Le Progrès Médical



PARIS. — IMPRIMERIE V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la rédaction : A. BLONDEAU

HUITIÈME ANNÉE

TOME VIII. – 1880

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE, ARCHAMBAULT, AVEZOU (CH.), BALLET (G.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BOUDET DE PÂRIS, BOUTEILLIER (G.), DE BOYER (H.-C.), BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CARTAZ (A.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), CORNILLON (J.), CRUET, DAREMBERG (G.), DEBOVE, DEJERINE (J.), DELASIAUVE, DURET (H.), FÉRÉ (CH.), JOFFROY (A.), JOSIAS (A.), JOUSSET DE BELLESME, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LIOUVILLE (H.), MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE, MAUNOURY (G.), MÉRICAMP (P.), MONOD (E.), MOUTARD-MARTIN (R.), DE MUSGRAVE-CLAY (R.), D'OLIER (H.), PARROT (J.), PELTIER (G.), PETIT (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, RECLUS (P.), REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SEGOND (P.), SEVESTRE (A.), SIMON (J.), TALANDIER (A.), TEINTURIER (E.), TERRILLON, THAON (L.), TRÉLAT (U.), TROISIER, VILLARD (F.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Beringier, Bert (P.), Berthault, Bétous, Brault, Calmels, Chambard (S.), Chantemesse, Chauffard, Comby, Darrier, Drouineau, Durand-Fardel, Dupuy-Walbaum, Fabre (de Commentry), Franck (F.), Gombault, Grasset (J.), Guelliot, Guiard, Hadden, Hillairet, Kelsch (A.), Laffont, Lalesque, Martin (H.), Mauriac, Moure, Netter, Ollive (E.), Oltramare (de Genève), Quinquaud, Richet (Ch.), Savard, Seguin (E.), Talamon, Tauber, Thibierge, Turner (E.), Vigouroux (R.).

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

6, RUE DES ÉCOLES, 6

8e ANNÉE. — N° 1. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 3 JANVIER 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sclérose latérale amyotrophique. — Autonomie et caractère spasmodique de cette affection.

Résumé des leçons par E. BRISSAUD.

Dès le début de l'étude que M. Charcot a consacrée à l'histoire des contractures dans ses dernières conférences de la Salpêtrière, a pris place, en première ligne, l'analyse détaillée d'un cas typique de sclérose latérale amyotrophique. Cette affection dont la première description date à peine de cinq ou six ans a été, dans ces derniers temps, l'objet de critiques assez nombreuses, visant surtout la nature spasmodique et l'autonomie nosographique que M. Charcot lui a attribuée. C'est pour affirmer une fois de plus la nature essentiellement spasmodique de cette maladie, au moins dans sa première période, que M. Charcot, en inaugurant ses leçons cliniques de cette année, a cru devoir présenter un exemple en quelque sorte idéal de sclérose latérale amyotrophique et en discuter les caractères fondamentaux.

On peut dire d'une façon très générale que certaines paralysies se traduisent principalement par de la rigidité ou de la contracture spasmodique des masses musculaires; tandis que d'autres sont marquées par l'absence de ce symptôme ou même par un état opposé, la flaccidité des membres. Cette division dichotomique, toute sommaire qu'elle soit, suffit à montrer l'intérêt pratique qui s'attache à l'interprétation du symptôme *contracture*.

Depuis quelques années, les observateurs ont en outre constaté l'importance de divers phénomènes qu'on peut désigner sous le nom générique de réflexes tendineux et, l'examen minutieux qu'on en a fait peut jeter un grand jour sur les conditions pathologiques qui favorisent l'apparition des contractures. Ces réflexes, lorsqu'ils ne dépassent pas une certaine mesure, appartiennent aux conditions normales. Mais lorsqu'ils se montrent manifestement exaltés, ils constituent un symptôme morbide d'une importance réelle, tant au point de vue purement clinique qu'au point de vue de la théorie physiologique.

Or, dans l'état actuel de nos connaissances physiologiques la contracture spasmodique permanente des muscles, passe à juste titre pour un phénomène étrange, inexplicable, ou peu s'en faut, paradoxal en quelque sorte. Cependant des recherches nombreuses, récemment entreprises en France et à l'étranger, tendent à établir que l'exaltation de réflexes tendineux et la contracture sont des faits connexes, pour ainsi dire équivalents, ou tout au moins appartenant à la même série; que l'interprétation physiologique, qui convient à l'une, convient également à l'autre; de telle sorte que, par là, la contracture permanente spasmodique se trouverait dépouillée de son caractère paradoxal.

Mais voici le cas concret sur lequel M. Charcot appelle l'attention; il est des plus précieux au point de vue de la thèse qu'il se propose de développer.

Il s'agit d'une femme, actuellement âgée de quarante-sept ans. Elle est confinée au lit et paraît absolument immobile, inerte. D'ailleurs son intelligence est parfaite et, quoiqu'elle ne puisse plus se faire comprendre, elle se rend très bien compte de son état. On constate à première vue que cette femme est paralysée de tous les membres, que la tête elle-même ne se tient plus en sa position normale et qu'elle penche tantôt à droite, tantôt à gauche, sans pouvoir être jamais volontairement redressée. On se figurerait donc assez naturellement que cette malheureuse est frappée d'une paralysie totale flaccide. Mais il y a cependant loin de là à la réalité. D'ailleurs, un examen plus minutieux est indispensable pour se rendre compte de l'état relatif des différentes parties du corps.

En ce qui concerne les membres inférieurs, on s'aperçoit, en effet, qu'ils ont une attitude assez particulière : les pieds sont étendus, les genoux sont collés l'un à l'autre; les deux jambes paraissent rigides. Néanmoins, on peut les fléchir et on n'éprouve pas une très grande résistance. Toutefois, cette résistance est plus considérable que dans les conditions ordinaires; il suffit, pour s'en assurer, de provoquer cette flexion passive successivement chez cette malade et chez un individu sain; on constate alors que la raideur existe vraiment, ou, en d'autres termes, que la flaccidité du membre est remplacée par ce qu'on a appelé la *flexibilitas cerea*. Si l'on percute avec un marteau de Skoda le tendon rotulien, immédiatement la jambe tressaute et même parfois reste animée pendant quelque temps des mouvements rapides de l'épilepsie spinale. Enfin, ces deux membres sont émaciés, mais non atrophiés, et ce que l'on observe sur l'un peut être observé sur l'autre. Quant à la sensibilité, elle est partout intacte; la malade ne présente à cet égard aucun trouble morbide, et on peut affirmer qu'à moins de circonstances exceptionnelles, elle n'en présentera jamais.

Pour ce qui est des fonctions de la vessie et du rectum, il n'y a rien non plus à signaler d'anormal; de telle sorte que si l'on s'en tenait simplement à l'état des membres inférieurs, en faisant abstraction des caractères morbides dont il sera question tout à l'heure, on ne relèverait chez cette malade que des symptômes de *paraplégie spasmodique*.

Mais les membres supérieurs présentent, eux aussi, des caractères bien particuliers; et d'abord, leur attitude seule est des plus remarquables. Ils sont à demi fléchis sur la poitrine, dans la supination, les mains tournées en avant, les doigts recroquevillés. De plus, ces membres sont extrêmement amaigris et en apparence flasques, si bien qu'à les considérer isolément on pourrait se croire en présence d'un cas d'atrophie musculaire progressive. Il n'en est rien cependant, et là encore il s'agit d'une paralysie spasmodique. En effet, si l'on examine de près ce qui reste des masses musculaires du bras et de l'avant-bras, on distingue en certains points un frémissement cutané correspondant à des con-

tractions fibrillaires spontanées et passagères ; en outre, la flexion provoquée de ces membres détermine la même sensation de résistance que dans le membre inférieur ; enfin la percussion du tendon du triceps détermine un réflexe manifestement exagéré ; et si, au lieu de provoquer l'action réflexe de ce muscle, on frappe légèrement la face antérieure de l'avant-bras aux différents points qui correspondent aux tendons fléchisseurs des doigts, la griffe s'accuse davantage sous l'influence de chacun de ces chocs, caractère des plus importants dans l'espèce, puisque le réflexe tendineux des fléchisseurs des doigts est peu prononcé ou même fait défaut le plus souvent à l'état normal. Il faut également signaler ce fait que les deux membres supérieurs sont symétriquement affectés, à d'infimes différences près, et que la sensibilité y est partout conservée intacte.

Si maintenant on analyse les détails que présente l'attitude de la tête et l'expression du visage, voici ce que l'on peut observer. Le cou est impuissant à maintenir la tête ; le menton vient buter contre le sternum, et si la malade est un peu renversée en arrière, la tête est entraînée par son poids, et les muscles antérieurs sont absolument incapables de la ramener dans sa position régulière. Pour ce qui est de la face, elle présente une physionomie qu'on peut caractériser d'un mot : paralysie labio-glosso-laryngée. Mais il s'agit ici d'une paralysie labio-glosso-laryngée un peu différente de celle qu'a décrite Duchenne, et le masque tout spécial qui en résulte permet de reconnaître souvent à première vue ce genre de maladie. Des rides en grand nombre, des sillons profondément creusés, et particulièrement les sillons naso-labiaux, ainsi que ceux de la région frontale, les commissures tiraillées, les yeux grands ouverts comme si les paupières avaient de la peine à se fermer, impriment un cachet vraiment spécifique à ce visage qui, par son aspect pleurard, se différencie aisément du masque inerte de la paralysie de Duchenne.

D'ailleurs, après cela, plus rien qui ne se rencontre dans la paralysie labio-glosso-laryngée protopathique ; aujourd'hui, en effet, la malade ne peut plus articuler un seul mot ; elle émet un son monotone, nasillard, à chaque instant interrompu par un mouvement de déglutition pénible. Elle peut cependant faire saillir légèrement sa langue ridée, petite et tremblottante, entre les arcades dentaires faiblement écartées. Mais elle est incapable de siffler, de souffler, d'avaler même, sans s'engouer à chaque instant, et elle laisse sa salive couler sans cesse de sa bouche à demi fermée.

L'examen minutieux de tous ces symptômes est, à coup sûr, des plus intéressants et des plus instructifs. Il fait voir un mélange de certaines paralysies musculaires, en apparence flaccides, avec un ensemble de phénomènes spasmodiques aussi nettement caractérisés que possible ; et c'est précisément là que réside le problème de la paralysie spasmodique. Or, l'histoire de la malade en question permet de saisir les conditions de la combinaison bizarre de tous ces phénomènes, en quelque sorte incompatibles.

Il y a deux ans et demi que la femme Den... a éprouvé les premiers symptômes de l'affection qui, aujourd'hui, touche à sa dernière période. Elle a d'abord ressenti quelques douleurs térébrantes dans les reins et dans les cuisses. Puis, elle a commencé à se sentir faible sur ses jambes, marchant péniblement « comme si elle avait un boulet à chaque pied. » Trois mois plus tard, s'est déclarée la paralysie des membres supérieurs caractérisée par de l'impuissance motrice, des contractions fibrillaires et de la raideur. Vers le sixième mois commence à se manifester la difficulté du langage. Peu à peu, tous ces symptômes s'accentuent, et, après dix mois de maladie, la femme D... était devenue absolument impotente. A cette époque (mars 1878), elle était soignée par M. le docteur Huchard, dans un service de l'hôpital Laënnec, et l'on peut dire que l'affection était alors arrivée à sa période d'état. Elle était alors si parfaitement caractérisée que M. Huchard put immédiatement porter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique. Mais, ce qu'il y a de très-important à signaler, pour ce qui concerne l'état de la malade dans cette phase de son affection, c'est que tous les accidents spasmodiques possibles sont relatés avec le plus grand soin sur l'observation recueillie alors par M. Huchard : secousses continuelles dans les membres, tremblements fibrillaires, contracture des fléchisseurs, trépidation spinale intense, à ce point que le moindre contact la provoque et qu'elle peut, à la suite de cette excitation, persister pendant plus d'une minute ; raideur des reins, raideur du cou, en un mot, sorte de tétanisation généralisée, associée à une atrophie musculaire progressive bien et dûment caractérisée.

C'est seulement au bout de dix-huit mois que cette femme fut admise dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, et alors pour la première fois se manifestèrent quelques troubles de la déglutition, ainsi que des accidents dyspnéiques transitoires (avril 1879). Jusqu'à cette date, qui peut être considérée comme l'apogée de la période spasmodique, tous les symptômes de l'hyperexcitabilité réflexe n'avaient fait que s'accroître. Mais, dès lors, et à mesure que la complication *atrophie musculaire* s'accentua, ils diminuèrent progressivement, d'abord dans les membres supérieurs, puis dans les membres inférieurs, et c'est ainsi qu'aujourd'hui la malade présentée par M. Charcot n'offre plus en quelque sorte que les vestiges des accidents spasmodiques dont elle avait été antérieurement affectée à un si haut degré.

Cette observation, aussi complète que possible, réalise dans tous ses détails le type que M. Charcot avait signalé en 1874 comme étant la détermination clinique d'une lésion médullaire, caractérisée par une sclérose symétrique des cordons latéraux combinée avec une altération dégénérative des cornes antérieures de la substance grise.

Mais les faits de cette nature ne sont pas fortuits, accidentels, et les exemples purs de cette variété morbide sont et deviennent plus frappants à mesure qu'on analyse avec plus de soin les cas si communs d'affections spinales décrits jadis sous la désignation collective de myélites chroniques.

L'occasion s'est présentée de montrer à côté de la malade dont il vient d'être question un homme atteint d'accidents absolument identiques, et que M. le docteur de Lorne a bien voulu conduire à la Salpêtrière pour permettre à M. Charcot de faire voir la ressemblance étonnante des deux cas.

Ici, l'affection est de date beaucoup plus récente. L'homme dont il s'agit, âgé de 35 ans, est malade seulement depuis un an. En janvier 1879, il a éprouvé de la faiblesse dans le bras gauche, et il n'a éprouvé que cela pendant deux mois. Mais, au mois de mars, surviennent en quelques jours un

affaiblissement de la jambe gauche, puis du membre supérieur et inférieur droits, une difficulté considérable de prononciation (pour certaines lettres en particulier, les g et les l, par exemple), et un amaigrissement rapide du bras et de la main gauche. A cette époque, dit M. Charcot, on aurait été presque en droit d'affirmer l'existence de la sclérose latérale amyotrophique. Mais peu à peu les symptômes de la maladie s'ajoutent les uns aux autres et voici dans quel état se présente actuellement le client de M. de Lorne.

Les deux bras sont paralysés ; la griffe est bien prononcée à chaque main, et les éminences thénar et hypothénar ont disparu. Ces membres pendent inertes et flasques en apparence de chaque côté du corps ; cependant, quand on cherche à les fléchir, on éprouve une assez grande résistance, aussi bien d'ailleurs que pour les étendre après qu'ils ont été fléchis. Les jambes ne sont pas paralysées au même degré, mais elles sont très faibles et le malade tombe à chaque instant. Cette parésie est nettement spasmodique. En effet, quand il marche, il ne fléchit pas les genoux, et il dit lui-même « qu'il marche comme avec des jambes de bois ». La progression est aussi rendue plus pénible par une trépidation spinale spontanée qui gêne ses mouvements à tout instant et qui lui donne une attitude sautillante tout à fait bizarre. Enfin, les réflexes, et particulièrement les réflexes tendineux sont considérablement exagérés dans tous les membres. Le signe du tendon rotulien surtout est beaucoup plus prononcé que dans les conditions normales, et il est suivi, la plupart du temps, d'une trépidation prolongée. Le *signe du pied* (trépidation provoquée par le redressement de la pointe du pied) existe aussi à un très haut degré.

Quant à la paralysie labio-glosso-laryngée, elle n'est encore qu'à ses débuts, mais rien n'y manque : facies caractéristique de la double paralysie faciale, voix nasillarde, parole pâteuse, langage monotone, impossibilité de siffler, difficulté déjà inquiétante des deux premiers temps de la déglutition, etc.

Tels sont les deux cas presque absolument identiques sur lesquels s'appuie M. Charcot, comme base de la discussion qui va suivre. Il est d'abord incontestable que ces deux malades sont atteints de la même affection, à cette différence près que, chez le second, les progrès du mal sont plus rapides par le fait des accidents bulbaires relativement prématurés qui ont, à très courte échéance, suivi les premiers symptômes de la paralysie atrophique des membres. Mais, à part cette légère différence, les deux observations offrent une similitude remarquable, et, pour ce qui a trait au pronostic, le résultat final sera indubitablement le même, c'est-à-dire la mort dans un bref délai.

Il s'agit donc d'une maladie bien spécialisée, autonome, et, dans les cas typiques comme les deux précédents, le diagnostic est absolument certain ; la constatation de la lésion se fera chez l'un et l'autre sujet conformément à l'appellation anatomique de *sclérose latérale amyotrophique* et il serait permis de dire d'avance que cette altération existe en quelque sorte comme si on l'avait faite. D'ailleurs, le diagnostic pendant la vie a été porté déjà dans des cas de ce genre, avec la plus grande précision par nombre d'observateurs, MM. Rigal, Huchard, Séguin, Nixon, Pick et Kahler. Ce n'est pas que dans l'affection dont il s'agit il existe des symptômes vraiment propres, pathognomoniques ; mais il ne faut pas oublier qu'un nombre relativement très restreint de phénomènes élémentaires peuvent, en se groupant de mille façons, constituer les formes si nombreuses et si variées des affections qu'on rencontre dans la clinique des centres nerveux. L'arrangement, l'enchaînement des symptômes font seuls les différences ; et c'est ainsi que les vingt-quatre lettres de notre alphabet diversement agencées suffisent à toutes les productions si ingénieusement variées de notre littérature.

Toujours est-il que, dans l'espèce, cet arrangement, ce groupement de quelques symptômes qui, suivant la description de M. Charcot, constituent un des éléments principaux de la détermination de la maladie en question, ont permis aux cliniciens qui viennent d'être nommés d'affirmer pendant la vie un diagnostic que la nécroscopie est venue plus tard justifier de tous points.

(A suivre.)

ANATOMIE GÉNÉRALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — **M. J. RENAUT.**

Leçon d'ouverture. — L'anatomie générale comparée et les sciences médicales (1).

Messieurs, ce qui est vrai pour la morphologie des organes complexes, comme l'œil et l'estomac, l'est aussi, fréquemment pour celle des éléments anatomiques et des tissus, et, de même que nous voyons certains organes acquérir chez d'autres animaux que chez l'homme toute leur perfection, de même aussi certains éléments anatomiques, certains systèmes, acquièrent cette même perfection chez des animaux souvent très inférieurs à l'homme et aux vertébrés supérieurs par l'ensemble de leur organisation. Vous voyez donc déjà que, dans nombre de cas, il est impossible d'arriver à la notion de la forme la plus complexe, la plus différenciée et la plus élevée d'un élément, d'un tissu, d'un système ou d'un organe complexe, si l'on n'a pas recours à l'anatomie générale que l'on pourrait appeler *comparée*.

Inversement, chez certains êtres, pris en dehors de l'homme et de ses similaires, les éléments anatomiques, les tissus, etc., présentent une simplicité d'organisation pour ainsi dire idéale. C'est ainsi que chez la grenouille, par exemple, les os les plus volumineux des membres, les humérus et les fémurs, sont composés d'un seul système de Havers et constituent, pour ainsi dire, des schémas véritables de l'*os long élémentaire*. Je pourrais à l'infini multiplier ces exemples et les appliquer au tissu conjonctif, à l'organe pulmonaire, à l'appareil digestif.

Mais, dans la structure des tissus, dans la morphologie des organes simples ou compliqués, nous trouvons, comme lorsqu'il s'agit des formes générales du corps, par exemple, des ressemblances considérables chez les animaux similaires. Les tissus se mettent chez eux en série, absolument à la façon des familles, des espèces et des genres, en histoire naturelle taxinomique. Un élément anatomique donné, a sa forme la plus simple chez tel animal, cette forme se complique au fur et à mesure que l'influence des lois d'adaptation et de spécialisation se fait sentir sur lui ; enfin, la perfection organique se produit, pour cet élément, *dans l'un des termes de la série animale*, et il n'est nullement nécessaire que ce terme soit l'homme : il peut être : soit le reptile, soit l'oiseau, soit enfin le mollusque ou l'insecte.

Partant de ces données, il devient évident, Messieurs, que

(1) Voir le n° 52 de 1879.

pour faire fructueusement de l'anatomie générale, c'est-à-dire pour acquérir la saine notion de la valeur et de la signification morphologique des objets qu'elle étudie, il devient absolument nécessaire de recourir à l'*anatomie générale comparée*. Lorsque l'on veut étudier un élément, un globule du sang, par exemple, il faut étudier les éléments du liquide nourricier chez les invertébrés, chez les poissons, les batraciens, les reptiles, les oiseaux et les mammifères. A l'aide des observations multipliées que je viens d'indiquer, on verra comment varient les formes organiques des éléments de ce liquide, comment elles se compliquent, s'adaptent chez les animaux supérieurs aux fonctions respiratoires. On cherchera ensuite comment naissent, chez les différents êtres, les éléments figurés du sang, et l'on cherchera (chose difficile dans l'espèce), à voir d'où proviennent initialement ces éléments, quelle est leur signification organique, leur valeur morphologique, en un mot.

En suivant une pareille méthode, nous ne ferons, Messieurs, que reproduire les procédés de la science mathématique, rigoureuse entre toutes. En analyse, lorsque l'on a construit une courbe quelconque, l'on examine toutes les conditions particulières auxquelles peut satisfaire son équation, et, de cet examen ou discussion de la courbe, l'on déduit l'ensemble de ses propriétés.

Seule, l'anatomie générale comparée nous permet d'imiter, pour les éléments anatomiques et les tissus, la discussion familière aux mathématiciens. Car, autant il y a d'espèces animales groupées en série *possédant des tissus similaires*, autant il y a de cas particuliers pour les tissus. De toutes les modifications observées dans la forme, la disposition, les relations des éléments entre eux et avec les parties voisines au fur et à mesure des progrès de la différenciation et de l'adaptation à des fonctions spéciales, nous déduirons à la fois leur valeur morphologique, leur façon de se transformer pour s'adapter, et une foule d'autres propriétés qui permettront de faire l'*histoire naturelle générale* de l'élément anatomique ou du tissu considéré.

Voilà la méthode que je vous propose de suivre dans vos investigations personnelles; c'est celle que je suis moi-même depuis longtemps dans mes recherches originales et dans les leçons théoriques que j'ai l'honneur de faire depuis deux ans dans cette Faculté.

Vous avez pu déjà comprendre que cette méthode est un excellent moyen de découverte, puisqu'elle permet, par la comparaison, de bien voir quelles sont, parmi les propriétés des éléments et des tissus que nous étudions, celles qui sont fondamentales, et, générales ; et puisque, par l'analyse d'un grand nombre d'objets similaires, elle permet d'apprécier l'importance de certains détails, leur valeur dans les éléments qui est marquée par une existence constante dans la série, enfin, la façon graduelle dont s'effectuent les perfectionnements organiques. De plus, en parcourant ainsi des séries d'éléments, de tissus et d'organes, non-seulement l'on prépare par une patiente *investigation analytique l'opération secondaire que j'appelle la discussion du tissu*, mais on trouve, chemin faisant, des objets simples, qui sont, pour ainsi dire, comme les schémas de ce qui existe chez l'homme et les animaux supérieurs, et dont souvent l'analyse éclaire certaines questions d'une lumière subite.

Je serai donc loin de considérer, dans ces leçons, l'anatomie générale comme une anatomie comparée limitée à un seul organisme, mais bien au contraire comme une anatomie comparée étudiant dans la série et dans leurs modifications successives tous les éléments et tous les tissus similaires de ceux de l'homme. Notre étude restera cependant médicale. Car, *si notre anatomie générale n'est pas limitée à l'homme elle lui sera constamment rapportée*, pour cette seule raison que j'ai déjà dite : à savoir que nous sommes ici tous des médecins.

Du reste, je crois que si je donne ici la formule générale d'une méthode d'investigation et d'instruction en anatomie générale, je suis loin d'en être l'inventeur. Déjà, depuis longtemps, le cercle étroit qui restreignait l'anatomie générale à l'étude exclusive des éléments, des tissus et des systèmes de l'homme, a été rompu. Le premier, je crois, M. le professeur Milne-Edwards mettait en pratique, il y a plus de 23 ans, la large méthode que je viens de vous exposer. Il l'a constamment suivie depuis dans ses admirables leçons de physiologie et d'anatomie comparées, dont la réunion constitue un véritable monument de morphologie générale. C'est à un cas particulier de cette méthode, *la recherche et le choix des objets d'étude*, que mon maître M. Ranvier doit ses principales découvertes, aussi, me permettez-vous de ne pas trouver, avec quelques représentants de l'école anatomique improprement dite française, que ce soit là une méthode allemande, et m'autorisez-vous à l'adopter pleinement, pour vous et pour moi.

III.

Je vais essayer maintenant, Messieurs, de vous montrer par des exemples la valeur de la méthode que je viens de formuler. Dans les sciences expérimentales, quelques faits précis valent mieux que tous les raisonnements. J'ai dit que pour bien comprendre la valeur morphologique d'un élément anatomique, d'un tissu, ou même d'un système entier, il faut les avoir considérés dans la série. L'oubli d'un terme important de cette dernière, et qui l'aurait fait écarter de la comparaison, pourrait devenir fatal au travail synthétique ultime de l'esprit ; l'idée générale qu'on se ferait alors d'un tissu pourrait être incomplète ou fausse. Cette remarque, faite il y a près de quatre-vingts ans par Cuvier (1), n'a pas cessé d'être vraie intrinsèquement, et elle est pleinement applicable aux conceptions d'anatomie générale.

Lorsque, chez l'embryon d'oiseau ou de mammifère, le sillon dorsal vient de se fermer, ou même, un peu auparavant, alors qu'il n'est constitué sur l'embryon que par une gouttière ouverte occupant l'axe et la portion médiane du corps, l'on voit se développer au-dessous de lui une pièce de charpente qui le soutient et le suit dans toute sa longueur. Cette pièce de charpente est la *corde dorsale*. Elle naît dans l'épaisseur du feuillet moyen ; elle accompagne la portion du tégument primitif (ectoderme), transformée en canal épendymaire, en lui servant comme de tuteur, et de pièce rigide d'appui. L'existence de cette corde dorsale est, on le sait, transitoire. La corde sert seulement de squelette d'attente au système nerveux myélencéphalique, et disparaîtra bientôt, étouffée par le développemeet de la partie axiale du squelette définitif, c'est-à-dire des corps vertébraux, qui viennent se disposer autour d'elle à la façon des grains d'un collier par rapport au cordon qui les enfile. Voilà certainemont, Messieurs, un organe de la plus haute importance, puisqu'il caractérise à lui seul les vertébrés, et nous avons grand intérêt à connaître exactement la signification morphologique de ses éléments anatomiques constitutifs. Cependant, si nous faisons l'analyse histologique de ces derniers, dans l'embryon de l'homme et des animaux supérieurs, si nous poursuivons cette analyse chez les autres vertébrés, y compris les moins élevés d'entre-eux en organisation, c'est-à-dire les cyclostomes, nous sommes très embarrassés dès qu'il s'agit de déterminer exactement la valeur du tissu de la corde dorsale, comparativement aux autres tissus qui entrent dans la constitution du squelette.

En effet, ce tissu notocordien n'est formé ni par du tissu fibreux vrai, ni par du cartilage vrai, ni par quoi que ce soit qui ressemble à une formation osseuse ni ossiforme ; il s'agit ici d'un tissu tout particulier et typique. Voici un têtard de grenouille long d'environ deux centimètres et demi et bien vivant, je le jette dans une solution d'acide osmique à 1 p. 100. Immédiatement les mouvements de l'animal s'arrêtent, il est mort et ses tissus vont être, d'ici à quelques minutes, absolument et définitivement fixés

(1) Cuvier, *Anatomie comparée*.

dans leur forme. Après avoir lavé la larve de grenouille ainsi fixée, j'enlève, à l'aide de la pince et des ciseaux, les deux moitiés de la lame natatoire caudale, de chaque côté de l'axe du corps. Ces deux moitiés se clivent aisément pour ainsi dire, et se séparent à la façon de deux feuilles de papier mouillé que l'on disjoindrait mécaniquement. Avec un peu d'adresse, il est facile d'isoler la corde dorsale sous forme d'un mince filament, transparent et cassant comme du verre. Ajoutons maintenant, à ce filament notocordien étalé sur la lame de verre, quelques gouttes d'éosine hématoxylique, et, dès que la coloration s'est effectuée (c'est-à-dire au bout d'une dixaine de minutes), employons comme liquide additionnel de la glycérine neutre, recouvrons la préparation d'une lamelle et examinons : La corde dorsale de la larve d'amphibie se montre composée de grosses cellules claires, transparentes comme du verre, ayant un gros noyau plat disposé au voisinage de la surface de l'élément. Le corps cellulaire est manifestement globuleux, clair, sauf quelques granulations souvent réunies en un petit amas distinct, enfin, il paraît formé par une substance analogue à celle du corps vitré, car, au fur et à mesure que l'on poursuit l'observation, on le voit se déformer, se rétracter sous l'influence de la glycérine, bien qu'il ait été fixé dans sa forme par l'osmium. Le réactif colorant a teint les noyaux en violet pur, le corps cellulaire transparent et globuleux en rose intense; enfin, les nombreuses granulations vitellines interposées aux cellules de la corde dorsale paraissent sous forme de petits grains homogènes d'un violet foncé, présentant d'ailleurs leur forme typique.

Nous acquérons, par cette première observation, certaines notions sur les éléments singuliers qui composent la corde dorsale, mais, pour avoir une bonne idée de la constitution intime de cette dernière, il convient de l'étudier dans l'état adulte. Cette observation ne peut être faite, on le conçoit, que chez les animaux pourvus d'une corde dorsale persistante, c'est-à-dire chez les cyclostomes et en particulier chez les ptéromyzons et les myxines. Si nous nous abstenions d'avoir recours à cette recherche d'anatomie générale comparée, il est clair que nous ne pourrions avoir aucune idée de la conformation du tissu notocordien complétement développé, c'est-à-dire du type définitif et le plus élevé de ce tissu, puisqu'en dehors des cyclostomes, la corde dorsale est ou absolument transitoire, ou s'arrête dans son développement, et s'atrophie sans jamais arriver à l'état adulte.

Messieurs, si l'on prend un segment de la corde dorsale persistante de la grande lamproie de rivière (*ptéromyzon planerii*), et si on le fixe dans sa forme, tandis qu'il est encore vivant, par l'action de l'acide osmique à 1 p. 100, l'on voit que cet organe présente dans ses éléments constitutifs la disposition suivante : La corde est limitée par une gaîne cylindroïde, formée par du tissu fibreux affectant une disposition lamelleuse. La paroi interne de cet étui est revêtue de plusieurs files d'éléments cellulaires, constitués par une masse globuleuse de protoplasma renfermant un noyau. Chaque cellule est entourée d'une loge qui n'est elle-même qu'une émanation de la gaîne fibreuse. L'élément cellulaire est de la sorte enveloppé d'une coque tout à fait analogue à celle disposée autour des cellules du nodule sésamoïde du tendon d'Achille des grenouilles, organe similaire, jusqu'à un certain point, de la corde dorsale, et dont l'interprétation morphologique a donné lieu depuis longtemps à de nombreuses controverses.

Au fur et à mesure que l'on s'avance vers le centre de la corde, les loges fibreuses, devenues polyédriques par pression réciproque, se montrent de plus en plus grandes. L'élément cellulaire qu'elles renferment s'atrophie au contraire de plus en plus. En fin de compte, il se transforme en une lame protoplasmique claire extrêmement mince, dont le noyau reste entouré d'une minime zone granuleuse. La cellule amincie de cette façon s'applique sur les parois de la loge fibreuse qui la contient, et, au centre de la corde dorsale, ell › est si réduite que, pour en montrer l'existence, il faut employer des solutions concentrées d'éosine-primerose ou d'hématoxyline. Néanmoins, l'emploi de ces deux derniers réactifs montre que, même dans les loges les plus centrales et les plus agrandies, il existe un élément cellulaire appliqué con t a paroi et la doublant. J'ai fait voir, en effet, ailleurs, que l'éosine poursuit le protoplasma dans ses expansions les plus délicates; or, sur les coupes minces, la paroi de la loge fibreuse est teinte en jaune-brun par l'osmium, et sa face interne paraît toujours revêtue d'une lame rose légèrement granuleuse. Je ne saurais dire si les cellules de la corde dorsale adulte de la lamproie sont exactement semblables à celles du nodule sésamoïde du tendon d'Achille de la grenouille, car, excepté à la périphérie, je n'ai pu isoler par la dissociation ces éléments cellulaires sans les déchirer. Mais le fait me paraît probable, car sous l'influence des réactifs qui, comme l'alcool, ne fixent pas instantanément les tissus dans leur forme, les loges de la notocorde reviennent sur elles-mêmes et se plissent de manière à prendre une apparence fibrillaire. L'on peut, du reste, s'assurer de ce fait que les parois des loges sont formées par des membranes très délicates, qui renferment des faisceaux fins de fibres connectives noyés dans une substance unissante homogène et translucide.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action thérapeutique des alcalins dans la glycosurie (1);

Par le Dr **J. CORNILLON.**

V. — L'emploi des alcalins chez les diabétiques tuberculeux est-il indiqué ? M. Senac prétend que le traitement par l'eau de Vichy ne paraît avoir aucune influence funeste sur la marche de la tuberculisation, que nos eaux parviennent à diminuer la quantité de sucre éliminée par les urines, que la tuberculisation s'arrête. Il voit chaque année des diabétiques tuberculeux qui ont des cavernes dans les poumons depuis fort longtemps, qui, de temps à autre, ont des crachements de sang et qui, cependant, tirent au moins momentanément un grand bénéfice des eaux de Vichy. M. Durand-Fardel ne partage pas cet avis; « pour mon propre compte, dit-il, je n'ai jamais vu la maladie aucunement enrayée dans les cas que j'ai rencontrés et son issue funeste à brève période m'a laissé craindre, plus d'une fois, sans en avoir la preuve, il est vrai, que le traitement thermal n'en eût accéléré la marche. Je persiste donc à considérer cette contre-indication comme absolue. Cependant, je reconnais qu'elle ne doit pas s'étendre à l'imminence tuberculeuse dont l'arrêt de la glycosurie pourra quelquefois suspendre l'évolution ».

Lorsque de vastes cavernes existent et que la cachexie est survenue, la médication alcaline est impuissante à enrayer le mal, ajoutons que même elle est nuisible. A deux reprises j'ai conseillé les eaux de Vichy à des diabétiques tuberculeux très avancés, sans en retirer le moindre bénéfice. L'un était un diabétique du Midi qui portait une énorme caverne au sommet du poumon droit, avec fièvre le soir, crachats purulents, amaigrissement considérable, toux opiniâtre. Après trois semaines de séjour à Vichy, il retourna dans son pays où il succomba quelques mois après. La seconde malade était une glycosurique de l'Isère qui avait au sommet gauche une caverne, avec affaiblissement, fièvre hectique, crachats purulents abondants, anorexie. Le traitement alcalin ne put enrayer l'affection; elle succomba peu après son retour. Quand l'affection pulmonaire est arrivée à cette période, je ne pense pas que les alcalins soient de la moindre utilité, mais, lorsque les néoplasmes sont encore à l'état de crudité ou ne font que commencer à se ramollir, la tuberculisation s'arrête momentanément, même si les déperditions glycosiques sont considérables avant le traitement alcalin.

(1) Voir le nº 51 et 52 de 1879.

La remarquable observation de M. Raynaud en est un exemple frappant. En effet, sa malade urinait 76 grammes de sucre par litre, avait une soif extrêmement vive, était très amaigrie. Quoiqu'elle n'eut qu'une toux insignifiante, on constatait une sub-matité appréciable sous la clavicule droite, en dehors, une obscurité du son dans la fosse sus-scapulaire du même côté. A l'auscultation, quelques craquements étaient disséminés dans la même région. Rien à gauche. Après sa cure de Vichy, la soif avait disparu, elle ne toussait plus, elle avait engraissé, le sucre était tombé à 6 grammes. A l'auscultation, on trouvait des craquements secs au sommet du poumon droit.

Il est incontestable que, dans le fait que nous venons de rapporter, les alcalins ont produit momentanément un effet salutaire, mais cet amendement a-t-il persisté lorsque cette malade a eu quitté Vichy? Enfin une guérison radicale s'en est-elle suivie? C'est ce que nous ignorons.

Au commencement de juillet 1878, je vis un homme de la Haute-Loire, âgé de soixante ans, qui était très glycosurique (55 grammes de sucre par litre). Il mangeait peu et était très affaibli; il buvait nuit et jour, urinait abondamment.

A l'auscultation, on trouvait de l'obscurité du son au sommet droit, et, à la percussion, de la sub-matité. Bien que pendant la plus grande partie de son séjour à Vichy il eut craché du sang en assez grande proportion, au moment du départ, la soif avait disparu, l'appétit était satisfaisant, les forces étaient revenues. Il y a quelques jours, j'ai reçu des nouvelles de cet homme qui n'a pas jugé à propos de revenir à nos thermes: de temps en temps, les hémoptysies se reproduisent, la consomption commence à se faire, bien que les phénomènes stéthoscopiques n'aient pas sensiblement augmenté.

Le 15 juillet 1879, je soignai un habitant de la Haute-Loire, âgé de 55 ans, qui avait 25 grammes de sucre par chaque litre d'urine, sans polydipsie, ni affaiblissement exagéré. Ce diabète avait été découvert dans de singulières circonstances. L'hiver précédent, M. X... contracta une pneumonie à gauche, qui, malgré une thérapeutique des plus énergiques, persista plusieurs mois, avec une soif des plus intenses. C'est alors que son médecin, qui est un homme distingué, songea à la glycosurie : il examina les urines et y trouva une grande quantité de glycose. Le malade fut soumis au régime antidiabétique, le sucre diminua, la soif s'apaisa, les forces revinrent, M. X... put, tant bien que mal, se livrer à l'exercice de sa profession. Toutefois, à différentes reprises, il crachait du sang en faible quantité, toussait légèrement, avait un peu de fièvre le soir — surtout la nuit. — Lorsque je l'observai pour la première fois, je constatai au niveau de l'épine de l'omoplate, du côté gauche, des craquements humides sur une très petite étendue. Ces craquements se manifestaient, même en dehors de la toux. Du côté de l'abdomen, le foie était hypertrophié. Cet organe recouvrait, en effet, la plus grande partie de la région épigastrique, et dépassait de trois travers de doigt, les fausses côtes droites.

Je prescrivis à ce malade deux verres chaque jour d'eau l, de la Grande-Grille, sans bain ni douche. Le quatrième jour, il eut un accès de fièvre très violent le soir, avec crachement de sang, toux opiniâtre, si bien que le lendemain, je fus obligé de suspendre le traitement minéral. Comme le pouls était fréquent (100 pulsations à la minute), j'administrai de la poudre de digitale, et fis pratiquer chaque matin des badigeonnages avec de la teinture d'iode, sur le point de la poitrine où j'avais trouvé des craquements. Au bout de trois jours, les crachements de sang étaient arrêtés, la fièvre avait diminué; je repris alors le traitement aquatique, en procédant avec la plus grande prudence; je commençai par 60 grammes, matin et soir, d'eau du puits Chomel, et arrivai peu à peu à faire absorber au malade 4 verres dans les 24 heures, sans que les hémoptysies se reproduisissent. Quand il partit, après 21 jours de cure, il n'avait plus que des traces de sucre dans l'urine : il toussait très peu, ne crachait plus de sang, la vigueur était revenue en partie.

A la date du 15 octobre, j'ai reçu des nouvelles de ce malade: son état extérieur est meilleur que précédemment, l'embonpoint est reparu ; il y a toujours un peu de sucre dans les urines. Il crache de temps en temps un peu de pus et de sang, le matin, au réveil. A l'auscultation, point de craquements dans une simple respiration; mais la toux en laisse encore percevoir quelques légers. L'appétit laisse parfois à désirer, mais la soif ne le tourmente pas.

Dans cette observation, il y a deux choses à retenir: 1° sous l'influence des alcalins la marche de la phthisie a été enrayée. En effet, notre malade a quitté Vichy amélioré, tant au point de vue de sa glycosurie que de sa tuberculose, et l'amélioration continuait encore deux mois et demi après son départ; 2° la recrudescence des hémoptysies au début du traitement aquatique est manifeste; elle doit être mise sur le compte de l'absorption de l'eau minérale. Car les crachements de sang ont cessé dès que la médication alcaline a été suspendue; 3° ces hémoptysies thermales n'ont influé en rien sur la marche ultérieure de la tuberculose.

Cette recrudescence des crachements de sang que nous venons de signaler chez ce malade, durant son traitement alcalin, n'est pas un fait isolé, nous avons observé pareil phénomène chez un diabétique hémophéique de Troyes qui n'accusait aucun signe bien tranché de tuberculisation pulmonaire.

A en juger par les faits qui se sont passés sous mes yeux, il résulte que les alcalins, contrairement à l'opinion de M. Durand-Fardel, n'aggravent pas la situation des diabétiques tuberculeux. En effet, les lésions pulmonaires ne s'étendent pas, les phénomènes généraux qu'elles engendrent s'atténuent, et quant aux autres symptômes morbides qui appartiennent en propre à l'affection diabétique, tels que la soif, l'affaiblissement, les déperditions glycosiques quotidiennes, ils disparaissent ou diminuent, mais, n'augmentent pas. On ne saurait donc regarder les alcalins comme contre-indiqués chez les diabétiques tuberculeux, aussi je n'hésiterai jamais à les conseiller dans les cas de ce genre, pourvu toutefois que la cachexie ne se soit pas encore déclarée. Mais, de là, espérer qu'une cure thermale d'un mois et même plus peut réussir à enrayer la marche de la phthisie, nous ne le croyons pas; les alcalins retardent les progrès de la phthisie diabétique, sans l'arrêter. Ils soulagent sans guérir, tôt ou tard, en effet, la consomption arrive et la mort survient.

VI. — Dans le diabète maigre les alcalins échouent, c'est l'habitude. Quelquefois, cependant, il se produit un léger amendement, mais, tandis qu'il est graduel et combiné dans les autres variétés du diabète, il n'a lieu ici qu'incomplétement et par secousses; parfois l'urine subit les changements les plus favorables au point de vue de la diminution du sucre sans que les autres symptômes en paraissent influencés (Brouardel). Le plus souvent, quoi qu'on fasse, on ne réussit pas à modérer les déperditions glycosiques, à calmer la soif, à relever les forces. J'ai dit plus haut que sur les trente-deux cas de diabète que j'avais observés minutieusement ces dernières années, la glycose avait augmenté chez deux malades, l'une sortait d'un accès très violent de colique hépatique, l'autre était atteinte de diabète maigre. Cette dernière nous arriva cette année-ci (18 août) avec 274 gr. de sucre, et urinant 3,850 grammes de liquide dans les 24 heures. Elle était très affaiblie, profondément amaigrie, voyait mal et avait très soif. Quand elle nous quitta le 4 septembre, elle urinait 5,000 grammes de liquide par jour avec 378 grammes de glycose, l'amaigrissement et l'affaiblissement avaient fait des progrès considérables, la soif était extrême, elle buvait toute la nuit. Dans les cas de ce genre, c'est aux arsénicaux qu'il faut recourir, eux seuls sont capables d'enrayer la marche de la maladie. (Danjoy.)

Dans ces derniers temps on a découvert une nouvelle variété de diabète à laquelle on a donné le nom de diabète phosphatique. Je n'ai vu qu'un seul exemple de cette variété de glycosurie et, si j'en juge par les résultats obtenus, les alcalins sont absolument indiqués dans cette forme morbide. Notre malade était un homme jeune qui, à son arrivée à Vichy, le 4 juillet 1879, urinait 5 gr. 88 de glycose et 7 gr. 20 d'acide phosphorique dans les 24 heures; à son départ, le 25 juillet suivant, le sucre était tombé à 2 gr. 80 et l'acide phosphorique à 4 gr. 28. Malgré cette diminution sensible la faiblesse était encore grande.

Il arrive parfois que, dans la glycosurie non compliquée d'amaigrissement progressif, la médication alcaline reste

sans résultat appréciable; mais, outre que ces insuccès sont rares, quand ils ont lieu, ils tiennent plutôt à l'individu lui-même qu'à l'affection proprement dite. Toutefois, nous ferons remarquer que l'action bienfaisante des alcalins ne persiste pas très longtemps après la cessation du remède. La soif et la sécheresse de la bouche reviennent, le sucre reparaît, s'il avait disparu, et augmente, s'il avait diminué, mais jamais il n'atteint ses proportions primitives. Alors, pour maintenir les heureux effets de la cure et éviter la cachexie, nous conseillons à domicile l'emploi des eaux de Vichy en boisson, de telle sorte que, quand les malades nous reviennent l'année suivante, ils ont à peu de chose près les mêmes quantités de sucre qu'à leur départ l'année précédente. Cette médication, en leur permettant de ne point s'astreindre à un régime très sévère, leur fournit en outre les avantages de vivre de la vie commune sans dommage pour leur santé ; ce qui est beaucoup.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le service des aliénés du département de la Seine : Réforme du mode d'admission.

L'un des points les plus intéressants du Rapport de M. Bourneville au Conseil général est celui qui est relatif au mode d'admission des malades. Voici comment il s'exprime à cet égard :

« *Mode d'admission des malades.* — Actuellement, tous les malades, sauf ceux qui ont les avantages des placements volontaires, doivent passer par le *Dépôt de la Préfecture de Police*, où ils font un séjour plus ou moins long, qui est quelquefois de deux jours. Cette obligation, très pénible pour les familles, est souvent dangereuse pour les malades, principalement pour ceux qui ont encore une partie de leur raison, ou pour ceux qui sont affectés de certaines formes d'aliénation, comme le délire de persécution. Elle constitue d'ailleurs une inégalité choquante qu'il convient de faire disparaître. Les familles riches ont, en effet, la faculté de conduire *directement* dans les maisons de santé, leurs parents frappés de folie. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les familles pauvres ? Rien de plus facile, du reste, que de mettre fin à ce triste état de choses, en autorisant les familles à conduire directement leurs malades au Bureau d'admission de Sainte-Anne, quand elles ont rempli les premières formalités exigées par la loi, absolument comme elles les conduisent à l'hôpital pour une affection ordinaire. Il est grand temps de considérer l'*aliéné* comme un *malade ordinaire* et de faire disparaître les préjugés qui règnent encore à ce sujet. Si cette mesure était adoptée par vous et par l'Administration, le Dépôt de la Préfecture ne servirait plus qu'aux personnes arrêtées par la police, atteintes ou réputées atteintes d'aliénation mentale.

» Le rétablissement des placements volontaires n'a supprimé le passage à la Préfecture que pour un nombre très minime d'aliénés indigents. En effet, il y a eu, en 1879, 25 placements volontaires à Vaucluse, 96 à Sainte-Anne et 4 à Ville-Evrard (1). Vous voyez, par ces chiffres, qu'une réforme est urgente et qu'il y a lieu d'inviter l'Administration à étendre les placements volontaires à tous les malades dont l'admission est sollicitée par les familles.

» *Situation des épileptiques dans les sections spéciales.* — Comme aucune modification n'a été apportée dans la situation des épileptiques, malgré la demande faite en février 1878 par le Conseil général, nous croyons devoir y revenir. Bicêtre et la Salpêtrière possèdent chacun une section spécialement consacrée aux épileptiques adultes et aux enfants épileptiques et idiots. Ces malades forment une catégorie toute particulière, très différente de celle des aliénés. En effet, la plupart jouissent, sinon de l'intégrité, au moins d'une partie de leurs facultés intellectuelles. Aussi ont-ils dans les asiles une plus grande liberté et peuvent-ils, de temps en temps, sortir en ville accompagnés de leurs parents.

» Nombre d'entre eux présentent des améliorations assez notables, des suspensions assez longues de leurs accès, qui permettraient de les rendre à leurs familles. Mais celles-ci hésitent souvent à les reprendre et le médecin à les leur rendre, par suite des difficultés nombreuses exigées ensuite pour leur *réadmission*. Une fois sortis, s'ils retombent, si les crises deviennent plus fréquentes, il faut recommencer les démarches déjà faites, lors du premier placement : certificat du médecin, visa du commissaire de police, séjour à la Préfecture de police, passage à Sainte-Anne, enfin transfert à Bicêtre pour les hommes, à la Salpêtrière pour les femmes. Votre Commission est d'avis d'appeler, sur cette situation intéressante, toute la sollicitude de l'Administration en l'invitant à examiner si, pour les malades incontestablement épileptiques, et qui ont séjourné à ce titre dans nos asiles, il ne serait pas possible de diminuer les formalités et de les faire réadmettre directement dans les sections spéciales de Bicêtre et de la Salpêtrière. Nos finances y gagneraient, en ce sens que les médecins hésiteraient moins à renvoyer des malades améliorés, s'ils savaient que, en cas de recrudescence de la maladie, ceux-ci trouveraient les portes largement ouvertes pour rentrer. Une étude attentive de ces malades nous autorise à penser qu'un nombre respectable d'entre eux pourrait passer plusieurs mois dehors chaque année, ce qui serait utile à leur santé et diminuerait nos dépenses. Nous vous prions, Messieurs, d'inviter encore une fois l'Administration à examiner cette question intéressante et à en préparer la solution. »

En 1878, il y a eu 79 *placements volontaires payants* et 21 *placements volontaires d'indigents* ; en 1879, il y a eu 105 placements volontaires de la première catégorie et 20 de la seconde. Or, le Conseil général a décidé que, pour l'année 1879, 330 places seraient affectées dans les asiles publics de la Seine et les quartiers d'hospice de Paris, au traitement tant des aliénés payants que des aliénés indigents, savoir : 170 places pour les premiers et 160 pour les derniers. On voit que l'on n'a pas profité beaucoup de cet avantage qui, cependant, est considérable puisqu'il dispense le malade du passage à la Préfecture de police. Pourquoi en a-t-il été ainsi ? C'est, croyons-nous, parce que les médecins ne connaissent qu'imparfaitement les formalités à remplir.

Pour les *placements payants* il faut, conformément à la loi du 30 juin 1838 : 1° une demande d'admission ; — 2° un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir enfermée ; — 3° le passeport, ou toute autre pièce, constatant l'individualité de la personne à placer. En pratique

(1) Abstraction faite des placements volontaires du Pensionnat.

*

on peut conduire sans délai et directement de son domicile, à Sainte-Anne par exemple, un homme qui vient d'être frappé d'aliénation mentale.

Pour les *placements volontaires d'indigents*, les formalités sont, au contraire, plus nombreuses. Outre les pièces dont nous venons de parler, la famille doit se munir d'un certificat d'indigence et adresser le tout à la Préfecture de la Seine, en y joignant une demande de placement volontaire. Après examen de ces pièces, le Préfet prend un arrêté de placement. Mais, comme cet arrêté n'est pas pris de suite, il en résulte un retard qui peut être quelquefois de huit jours. Il s'ensuit que, en cas d'urgence, les familles indigentes sont dans l'impossibilité de recourir au placement volontaire et sont réduites à faire passer leur malade par le dépôt de la Préfecture de police.

La réforme que nous réclamons consiste donc, en premier lieu, à demander à l'Administration de ne pas être plus exigeante pour l'admission des indigents que pour celle des payants. Une fois le malade indigent admis, il n'y aurait plus d'inconvénient à ce que les pièces exigées par la loi fissent un séjour plus ou moins long dans les bureaux de la Préfecture de la Seine.

En second lieu, ce qu'il faut obtenir, c'est l'admission directe des aliénés au Bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne et la suppression, par conséquent, du passage à la Préfecture de police.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances de Juillet.

M. le professeur Marey soumet à l'Académie un nouvel instrument destiné à faire pénétrer la *méthode graphique*, avec toutes ses applications, dans la clinique. Le nouveau *polygraphe* permet d'enregistrer en même temps le pouls, la respiration, les mouvements du cœur. Il contient tous les instruments nécessaires pour les recherches myographiques, piles, bobines, etc. Il peut être porté à la main et constitue un véritable perfectionnement sur tous ceux qui l'ont précédé.

L'excitation du bout périphérique du *sciatique* amène une abondante *sécrétion de sueur* chez le chat. Cl. Bernard a prétendu, avec Dupuy d'Alfort, que, chez le cheval, c'était la section du sympathique qui amenait la sécrétion exagérée. MM. Vulpian et Raymond ont pensé qu'une semblable discordance ne pouvait exister entre deux animaux. Ils ont recommencé les expériences de Dupuy, et ils ont vu que les fibres nerveuses excito-sudorales destinées à la peau de la face, proviennent : soit des filets nerveux sympathiques qui accompagnent l'artère vertébrale dans son trajet ascendant au travers des apophyses transverses des vertèbres cervicales, et par l'intermédiaire de ces filets du ganglion thoracique supérieur; soit des parties du sympathique qui naissent du bulbe rachidien et de la protubérance. Ces fibres excito-sudorales prennent place dans les différents nerfs cutanés : elles sont peut-être nombreuses dans les filets cutanés du nerf trijumeau.

M. Straus communique un certain nombre d'expériences sur les *sueurs locales*, obtenues au moyen des injections hypodermiques de *pilocarpine*. 1° Si on injecte de la pilocarpine sous la peau, on obtient, autour de l'injection, une collerette de gouttelettes de sueur. Si la dose est modérée, tout en reste là et la sueur ne devient pas générale. 2° Si, sur un sujet en pleine sueur, on fait une injection d'atropine, on voit la sueur s'arrêter tout d'abord dans les points où la dite injection a été faite. 3° Si, avant de faire l'injection de pilocarpine, on produit sur la peau une réfrigération intense, on n'a plus de phénomènes de sueur locale.

M. Arloing publie des expériences et des réflexions sur le *mécanisme de la mort*, par les *anesthésiques*. Il en déduit les conséquences pratiques qui suivent. Dans la première phase de l'anesthésie, l'attention doit être dirigée à la fois vers le cœur et la respiration, aussi bien avec l'éther qu'avec le chloroforme. Dans la deuxième phase on surveillera le cœur et on redoublera de vigilance si on se sert du chloroforme, car c'est à cette période que l'on est exposé à voir survenir, surtout avec cet agent, la sidération des malades. Dans la troisième, on surveillera avec soin la respiration.

MM. Moutard-Martin et Richet étudient les causes de la *mort* dans les cas d'*injection de lait* dans les veines. Ils concluent que la mort, suite d'injection de lait, survient par suite de l'anémie bulbaire tenant, soit à l'oblitération des capillaires du bulbe, soit à l'altération du sang.

M. Paul Bert lit un mémoire sur l'*action anesthésique du protoxyde d'azote* administré sous pression. — Le *Progrès médical* publiera une analyse détaillée des travaux de M. Bert sur cette importante question.

M. Méhu fait remarquer que, dans tous les procédés de *dosage de l'urée* par l'*hypobromite de soude*, on n'a guère que les 92/100 de l'azote réel. On commet donc une légère erreur en moins. Si on se sert d'urine sucrée, on obtient au contraire tout l'azote. Donc, en pratique, il convient de verser dans toute urine à analyser une certaine quantité de glucose.

MM. Dastre et Morat étudient l'action des *courants continus* et des *courants induits* très fréquents sur la *pointe du cœur*. Il résulte de leur étude que, si on excite la pointe du cœur séparée du reste de l'organe, on observe d'abord une contraction à la fermeture ; puis, si on augmente la force du courant, une contracture à l'ouverture et une à la fermeture; puis un rhythme régulier, des battements successifs, et enfin la tétanisation. Cette tétanisation est plutôt une contracture qu'une association de secousses composantes.

M. Prévost présente une note sur les effets physiologiques du *bromhydrate de conine*. Cette substance paralyse les nerfs moteurs ; il est possible de réserver et de soustraire au poison, des membres entiers, en en faisant la ligature. Le bromhydrate de conine paralyse le pneumo-gastrique et excite les sécrétions. Il passe dans les urines. Il ménage l'action des nerfs sécréteurs. Ce sel ne modifie pas la contraction musculaire.

M. Picard soumet une note sur la *sécrétion biliaire*. En voici les conclusions : 1° C'est un système artériel qui fournit l'urine, tandis que c'est un système veineux qui fournit la bile. 2° Dans la sécrétion biliaire, certaines substances formées dans le foie sont entraînées par le mouvement de sortie du liquide.

M. Yung a essayé le *curare*, la *strychnine* et la *digitaline* sur les crustacés. Ces divers poisons agissent sur les animaux inférieurs de la même manière que sur les vertébrés.

M. Marey ne peut admettre les explications que MM. Dastre et Morat ont données du phénomène du *battement de la pointe du cœur* sous l'influence d'un *courant continu*. Pour lui, l'intermittence tient à ce que, à un certain moment, le cœur devient réfractaire à l'excitation : à ce moment, le courant continu n'agit plus, le cœur ne lui obéit plus et ainsi de suite. Donc l'action continue du courant finit par amener une réponse intermittente du muscle.

MM. Richet et Moutard-Martin ont fait de nouvelles recherches sur la *polyurie* résultant de l'injection du *sucre de canne* dans les veines. Ils ont vu que la quantité totale d'urée excrétée augmente en même temps que l'eau éliminée par le rein avec le sucre. Il y a non-seulement de la glycosurie mais aussi de la polyurie et de l'azoturie.

M. Richet a examiné l'*excitabilité du muscle* pendant les différents temps de sa *contraction*. Il a prouvé : 1° que le muscle en état de contraction est plus excitable qu'en état de repos; 2° que le relâchement du muscle n'est pas brusque mais lent; 3° qu'il y a, pour les muscles tendus avec des poids, une période de contraction latente pendant laquelle le muscle est plus excitable.

M. Renaut publie une longue note sur la structure du *pancréas*. Il conclut en disant que c'est une glande composée de

cordons caverneux irrégulièrement divisés en loges pseudo-aciniques. La paroi de ces cordons est formée de tissu réticulé, leur aire est cloisonnée par le même tissu.

P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 décembre 1879. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Cerveaux de condamnés. — M. HANOT montre 4 cerveaux provenant de sujets morts à l'Infirmerie centrale des prisons de la Seine. On sait que le professeur Benedikt (de Vienne) a récemment attiré l'attention sur la disposition du cerveau chez certains criminels ; il a signalé la présence de quatre circonvolutions frontales chez 12 assassins condamnés à mort dont il avait fait l'autopsie avec soin. Or, M. Hanot vient de rencontrer la même anomalie 4 fois sur 11 autopsies à la prison de la Santé. Les individus dont il s'agit n'étaient pas à proprement parler des scélérats, mais des voleurs récidivistes, de véritables piliers de prison en un mot. — Sur les pièces montrées par M. Hanot, c'est la deuxième circonvolution frontale qui parait se dédoubler.

Ces résultats sont d'autant plus curieux à signaler que l'on ne trouve presque jamais cette anomalie des circonvolutions chez les sujets qui meurent dans les hôpitaux. Ainsi, dans le courant de l'année 1879, M. Ovion n'a pas trouvé un seul cerveau analogue parmi tous les malades qui ont succombé à l'hôpital Cochin.

Grosses glandes sudoripares des animaux. — M. POUCHET présente une note de M. HERMANN relative à la structure des glandes sudoripares chez les animaux. L'auteur maintient la division établie par M. Ch. Robin entre les grosses glandes sudoripares de l'aisselle et les glandes sudoripares des autres parties du corps ; il soutient, en outre, que l'épithélium de ces glandes repose sur des fibres-cellules disposées en long. Audessous des fibres-cellules se trouve une membrane hyaline. Chez le cheval, les glandes sudoripares du fourreau de la verge sont munies de cellules épithéliales contenant des granulations pigmentaires dont la matière colorante passe dans la sueur. Des glandes tout à fait semblables existent sur la mamelle des juments, et, au fond de la fossette du pli de l'aine chez les moutons.

Moelle des os. — M. POUCHET signale encore un fait anatomique intéressant qu'il a pu observer. Sur un vieil ours mort au Jardin des Plantes, d'un cancer du pylore, il a examiné la moelle osseuse du fémur. A l'œil nu, cette moelle paraissait incolore et transparente ; elle formait une véritable gelée blanche. A l'examen microscopique, M. Pouchet y a découvert quelques cellules graisseuses sans médullocèles.

Présentation d'instruments. — M. Fr. FRANCK présente : 1° un appareil fort ingénieux qu'il a construit pour mettre en évidence le retard du pouls dans les cas d'anévrysme d'un gros tronc artériel situé en amont ; — 2° un autre appareil destiné aux excitations du cerveau.

Sur la précocité. — M. G. DELAUNAY fait une communication sur la précocité qu'il considère comme un caractère d'infériorité biologique. En effet, d'après l'auteur, les espèces inférieures se développent plus rapidement et sont plus précoces que les supérieures. L'homme est, de tous les animaux, celui qui met le plus long temps à se former puisque le cerveau humain peut s'accroitre jusqu'à 50 ans environ. De même, les races humaines inférieures sont plus précoces que les supérieures. C'est pourquoi les enfants esquimaux, nègres, cochinchinois, japonais, arabes, etc., sont, jusqu'à un certain âge, plus vigoureux et plus intelligents que les petits Européens. A mesure qu'une race évolue, elle devient de moins en moins précoce. Les Français, par exemple, grandissent de moins en moins vite. Aussi, a-t-on été obligé d'abaisser deux fois la taille des conscrits depuis le commencement du siècle. Le même phénomène se produit en Italie. Dans la société française les nobles qui jadis avaient, d'après M. Broca, le crâne plus capace que les autres Français, ont aujourd'hui, d'après les recherches de M. Le Bon, la tête moins grosse que les savants et les bourgeois. Ainsi, les classes dont le développement est précoce sont inférieures à celles dont le développement est tardif.

Le sexe féminin est plus précoce que le masculin. Dans toutes nos espèces domestiques, la femelle est plus tôt formée que le mâle. De 8 à 12 ans, la fille gagne chaque année une livre de plus que le garçon. Dans les écoles mixtes, elle obtient les premières places jusqu'à 12 ans. M. Delaunay trouve trop rapprochées les limites d'âge pour l'admission aux écoles navale, polytechnique, etc., parce que la plupart des élèves précoces qui entrent à ces écoles ne font plus rien, une fois sortis.

Les tissus et les organes inférieurs se développent avant les supérieurs. Le cerveau est, de tous les organes, celui dont le développement est le plus tardif. Les parties antérieures, supérieures gauches du cerveau, siéges des facultés les plus élevées, se développent après les autres.

En résumé, d'après M. Delaunay, la précocité caractérisant les organismes et les organes les moins avancés en évolution (espèces et races inférieures, femmes, enfants, faibles de corps et d'esprit, côté gauche, organes et fonctions inférieurs) est *en raison inverse de l'évolution.*

CH. AVEZOU.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 25 avril 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

22. Alcoolisme chronique. — Gastrite scléreuse. — Péritonite chronique (cirrhose gastrique et péritonéale); par RAYMOND DURAND-FARDEL, externe des hôpitaux.

Le 25 mars 1879, le nommé Br.. Philippe, 53 ans, boulanger, est apporté dans le service de M. le professeur PETER, salle Saint-Michel, n° 15. Ce malade vient du service de M. le professeur Brouardel où il a subi, au commencement du mois, une paracentèse de l'abdomen qui a donné issue à sept litres d'un liquide jaune clair.

A son entrée, on constate la présence d'une ascite considérable : le liquide se déplace facilement, et la palpation éveille une légère douleur au niveau du creux épigastrique, sans donner la sensation d'aucune tumeur sous-jacente. Le foie est petit, autant qu'on en peut juger. Le malade est extrêmement maigre ; la peau sèche offre une teinte terreuse.

Les traits sont tirés. Langue saburrale, constipation habituelle, pas de vomissements, ni d'hématémèse, mais une inappétence extrême. Urines briquetées non albumineuses, laissant un dépôt abondant. Rien aux poumons, ni au cœur.

L'histoire de ce malade présente ce point particulier que les premiers symptômes ne se sont montrés que tardivement : c'est seulement il y a huit mois, dit-il, que les troubles digestifs ont apparu, et rapidement il est arrivé à un amaigrissement excessif, avec inappétence et disparition des forces.

Cependant jamais de vomissements. Depuis trois mois, il avait dû prendre le lit.

En face d'une évolution aussi rapide des troubles digestifs et un état général aussi grave, on pouvait se demander si l'on avait affaire à un alcoolisme chronique, on à un cancer gastrique dissimulé derrière une ascite considérable.

Les vomissements, la tuméfaction épigastrique manquaient pour cette dernière hypothèse.

Néanmoins, les douleurs vives, l'amaigrissement rapide, la teinte terreuse, et un certain empâtement senti à la région épigastrique après la ponction, peuvent encore faire hésiter.

29 mars : T. axillaire = 36°, 5.
— T. hypochondre = 36°, 1.

Cette surélévation de la température abdominale fait penser à M. Peter qu'il y a une phlegmasie péritonéale chronique dans la région de l'appareil gastro-hépatique.

Le malade s'affaiblit de plus en plus, ne mange plus; l'émaciation est extrême sans qu'il y ait toutefois de vomissements.

11 avril : T. axillaire = 36°, 6.
— T. hypochondre droit = 36°, 2.

15 *avril.* — Le malade meurt dans le marasme.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité abdominale il s'écoule une quantité considérable de liquide ascitique.

Foie : petit, ratatiné, dur, granuleux, pèse néanmoins 1250 grammes.

Estomac ; presque complétement dissimulé derrière le foie, très-petit; les courbures sont très-atténuées, de sorte que la poche stomacale affecte la forme d'un cylindre bombé, avec une masse violacée fibroïde, peu volumineuse, appendue à sa partie inférieure : c'est l'épiploon rétracté, qui accolle ainsi l'arc transverse du côlon au bord inférieur de l'estomac.

Pour isoler l'estomac, il faut le séparer à coups de scalpel d'une masse fibreuse, résistante, qui cloisonne l'arrière-cavité des épiploons, et réunit l'estomac, en arrière, avec le pancréas, à gauche avec la rate.

Cette masse fibreuse, constituée par le péritoine et le tissu cellulaire sous-jacent épaissis et indurés, englobe en effet tous ces organes à leur partie postérieure, recouvre les reins d'une coque épaisse, résistante, se prolonge dans le pédicule du mésentère, dont le bord adhérent, très épaissi, renferme des ganglions prévertébraux énormes, blanchâtres, ramollis graisseux.

Il existe en somme, une péritonite chronique prédominant dans la région épigastrique, d'où elle rayonne dans le voisinage.

La *rate* hypertrophiée pèse 280 grammes, et est enserrée dans une coque résistante de périsplénite.

Les *reins* sont gras et la capsule adhérente.

L'*intestin* est normal, mais compris dans des feuillets péritonéaux épaissis, avec des franges épiploïques rétractées et dures.

Les *plèvres* présentent des adhérences assez étendues du côté droit. — Quelques plaques scléreuses sur les plèvres viscérales des deux côtés. — *Cœur* normal, avec une plaque laiteuse péricardique. Peu d'athérome aortique.

Cet ensemble de lésions scléreuses presque généralisées, avec prédominance au pourtour de l'estomac qui en semble nettement le point de départ, forme un tout qui peut être franchement rattaché à l'alcoolisme chronique.

L'examen approfondi de l'estomac vient, du reste, confirmer cette manière de voir.

Nous avons déjà dit combien son volume était diminué, et comment ses parois revenues sur elles-mêmes, avaient modifié sa forme.

La surface externe est d'un blanc grisâtre, un peu granuleuse; au toucher, elle offre une consistance, dure, fibreuse, rappelant celle du carcinome, mais uniformément étendue du cardia au pylore.

La muqueuse gastrique présente des îlots de coloration pigmentaire disséminés, quelques petites érosions, mais pas d'ulcération à la coupe, les parois sont extraordinairement hypertrophiées, présentant près de quatre fois leur épaisseur normale et cela sur tous les points de l'estomac. L'hypertrophie semble porter surtout sur la couche muqueuse et la couche musculeuse.

L'examen histologique de l'estomac, fait par M. Letulle, donne les résultats suivants :

La muqueuse gastique est profondément altérée : les culs-de-sac glandulaires sont remplis par un grand nombre de cellules irrégulières, qui ne présentent plus aucun des caractères des épithéliums glandulaires; ce sont des cellules embryonnaires en voie de prolifération.

Sur un grand nombre de points, les canaux excréteurs ont complétement disparu ; on ne voit que des tractus fibreux, épais et onduleux qui traversent la couche glandulaire dans tous les sens, passant entre les culs-de-sac, coupant les canaux excréteurs, et s'enfonçant profondément dans la couche musculaire.

La couche celluleuse sous-muqueuse et la bande musculeuse sous-glandulaire ne sont plus reconnaissables ; elles sont remplacées par un épais réseau de tractus fibreux entrecroisés laissant entre eux, çà et là, des minces lignes de fibres élastiques et des espaces remplis de cellules embryonnaires.

La couche musculeuse est celle sur laquelle l'hypertrophie a porté principalement.

Les faisceaux musculaires semblent accrus de volume ; mais surtout, ils sont séparés les uns des autres par d'énormes tractus fibreux, continuation de ceux que nous avons mentionnés dans les autres couches, et dont la direction est sensiblement perpendiculaire à la surface des parois gastriques. En certains points, surtout au voisinage de la couche cellulaire, on voit de larges fentes creusées irrégulièrement dans la masse musculaire, et remplies de cellules irrégulières, volumineuses, accolées pour la plupart, aux parois des fentes : il s'agit là de larges espaces lymphatiques dont l'épithélium a proliféré.

Le péritoine, très épais, est constitué par des travées fibreuses horizontales, d'où semblent partir ces tractus volumineux que nous avons vus s'enfoncer entre les faisceaux musculaires.

Les vaisseaux sous-péritonéaux et sous-muqueux sont entourés par des zones fibreuses, dont la formation semble s'être faite simultanément avec la cirrhose décrite dans les divers points des parois gastriques.

Cet examen histologique démontre donc l'existence d'une gastrite chronique scléreuse, cirrhose gastrique diffuse avec hypertrophie musculaire, s'accompagnant de péritonite chronique partielle.

Toutes ces lésions réunies à celles décrites plus haut, forment un ensemble remarquable de désordres causés dans différents organes par l'intoxication alcoolique chronique.

Séance du 2 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Urémie (forme délirante et comateuse). — Transformation kystique des deux reins; par M. DUBAR, interne.

La nommée Buchon, Hortense, âgée de 37 ans, entre le 29 mars 1879 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marie n° 2 (service de M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ).

Je ne sais rien de bien précis sur sa famille. Elle a perdu ses parents dans sa jeunesse. Elle est enfant unique. Elle a toujours joui d'une santé excellente; elle était robuste et exerçait sans peine la profession pénible de marchande des quatre saisons. Mariée en 1860, elle a eu cinq enfants. Les couches se sont toujours passées d'une manière normale. Le dernier de ces enfants est une petite fille de 18 mois, avec laquelle elle entre à l'hôpital.

Au commencement du mois de mars 1879, elle commença à ressentir quelques malaises, de la courbature, un peu de douleurs de reins et des nausées. Bientôt aux nausées succédèrent des vomissements, qui devinrent abondants, fréquents et entraînèrent un amaigrissement rapide. En même temps, elle fut prise de céphalalgie d'abord intermittente, puis continuelle, opiniâtre. Elle fit alors appeler un médecin qui essaya de combattre les vomissements mais sans résultat. — Le 29 mars, elle se décide à entrer à l'hôpital.

La malade se présente à nous dans un état d'anxiété et et d'agitation assez grandes. Ses yeux sont vifs, brillants, humides, les conjonctives injectées. La parole est brève, un peu saccadée, l'intelligence intacte. Elle répond avec netteté aux questions qu'on lui adresse. Elle est étendue dans le décubitus dorsal et craint qu'on ne la remue parce qu'elle souffre dans le ventre. — La motilité et la sensibilité sont conservées.

Depuis son entrée (de midi à cinq heures du soir) la malade a vomi trois fois. Ces vomissements sont abondants, faciles, verts porracés. Ils n'ont pas d'odeur ammoniacale. La région épigastrique est un peu douloureuse, l'abdomen, légèrement ballonné dans toute son étendue, est sensible à la pression et dans les mouvements. Il existe un peu de diarrhée : les matières rendues sont muqueuses, filantes. La pression détermine dans la fosse iliaque droite un gargouillement à grosses bulles. La pression de la cavité abdominale donne un peu de tympanisme dans toute l'étendue, excepté au niveau de la région hypogastrique. — Nous sondons la malade et nous retirons environ 300 grammes d'urine assez colorée, dans laquelle l'acide nitrique et la chaleur nous font constater la présence de l'albumine.

L'exploration des organes thoraciques nous révèle l'existence de quelques râles aux deux bases des poumons en arrière. — Les battements du cœur sont nets, mais affaiblis. Le pouls est fréquent (112), dépressible. La température est de 37° dans l'aisselle, il n'existe dans aucun point du corps

de traces d'œdème. Le 30 mars, les vomissements continuent avec les mêmes caractères. — Pendant une partie de la journée, la malade présente un délire léger. — Il n'est pas possible de recueillir d'urine; la vessie est vide. La malade urine continuellement dans son lit. Le ventre est un peu moins ballonné, la diarrhée persiste. Température axillaire 36°, 8.

M. Dujardin-Beaumetz admet l'existence d'une lésion rénale, sans qu'il soit possible de savoir l'époque de son début, ni sa nature, et prescrit un régime lacté, de l'eau de Seltz et de la glace.

Le 31 mars, peu de modifications dans l'état de la malade. Céphalalgie, subdelirium, vomissements sont les phénomènes dominants. La température est de 36°, 6.

1er *avril*. La nuit a été très-agitée. La malade a un délire continu, loquace. Le matin, à la visite, nous la trouvons, le visage injecté, l'œil hagard. Elle ne reconnait pas les personnes qui l'entourent. On lui présente son enfant, elle ne s'en occupe pas. Les vomissements et la diarrhée sont supprimés depuis la veille. — On lui prescrit 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

Le 2 *avril*. La malade est dans un état semi-comateux qui a succédé à un délire violent. La peau est froide, couverte d'une sueur visqueuse. La température est de 36°, 2. La langue est sèche, noirâtre. En examinant la gorge, nous apercevons sur la paroi postérieure du pharynx une ecchymose avec pointillé rougeâtre assez étendu. L'abdomen est ballonné, tendu. La pression n'est pas douloureuse. — Nous retirons de la vessie 100 grammes d'une urine très-albumineuse.

Le 3 *avril*. Le coma est complet. La malade est inerte, froide. La respiration est un peu stertoreuse. La langue noire présente une grande sécheresse. La température est de 35°, 8. Le pouls filiforme très-fréquent.

Dans la journée on remarque quelques petits accès convulsifs venant interrompre le coma; et la mort arrive à six heures du soir.

Autopsie pratiquée le 5 avril. — Les poumons congestionnés présentent quelques cicatrices aux sommets. Le cœur est volumineux. La paroi du ventricule gauche est hypertrophiée. Il n'y a pas de lésions valvulaires. L'oreillette droite distendue est occupée par un énorme caillot cruorique.

Du côté du tube digestif nous notons une congestion généralisée de la muqueuse. Dans le pharynx, au niveau de la paroi postérieure, existe une large ecchymose, une infiltration sanguine muqueuse et sous muqueuse avec pointillé hémorrhagique. L'estomac rempli de liquide n'offre pas d'altérations. La partie moyenne du duodénum est le siége d'une large ecchymose et de petites ulcérations superficielles. Le foie est volumineux, congestionné et gras.

L'encéphale présente des phénomènes d'hyperémie très accusés sans œdème. — Les méninges et les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang. — La substance cérébrale montre dans presque toute son étendue un pointillé rougeâtre. Les reins présentent des altérations très-importantes sur lesquelles nous allons insister.

Les deux reins ont doublé de volume tout en gardant irrégulièrement leur forme. Leur surface présente un nombre considérable de kystes de grandeur diverse; depuis un petit œuf de poule jusqu'à un grain de chénevis. Ces kystes contiennent des liquides de coloration variant du jaune clair au brun noir et offrant entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires. — La transparence de ces kystes, la richesse et la diversité de leurs teintes, font ressembler ces reins exposés à la lumière à des grappes de raisin composées de grains de différentes couleurs.

Une coupe divisant le rein en deux parties égales est pratiquée. La plus grande partie de la substance corticale des deux reins est détruite et occupée par des kystes. Il n'en reste qu'ici et là quelques îlots. — Les plus considérables se rencontrent vers la partie moyenne des reins. Mais, même encore dans ces points se rencontrent des petits kystes, les uns gros comme des grains de chénevis, les autres ayant à peine la grosseur d'une tête d'épingle.

Les pyramides ont également disparu dans presque toute leur étendue. Les bassinets et les uretères sont dilatés sans que nous ayons trouvé d'obstacles sur leur trajet. La vessie est intacte.

Le mode pathogénique de ces kystes, leur nature réclamaient un examen histologique approfondi. M. le docteur Cornil a bien voulu s'en charger.

L'analyse quantitative du contenu des grands kystes a été faite par M. Verne, interne en pharmacie. Voici la note qu'il nous a remise à ce sujet :

J'ai pris, dit-il, 2 gr. du liquide en question, je l'ai introduit dans une très petite capsule, et le tout a été exposé dans une étuve à 100°. Le liquide s'est pris en masse vers la fin de l'opération, ce qui indiquait la présence de l'albumine (j'avais déjà constaté la présence de l'albumine dans une petite quantité de liquide au moyen de l'acide azotique). Le résidu a été traité par du sable très fin et très pur et ensuite par l'alcool, de façon à dissoudre toute l'urée, s'il en existait; j'ai filtré cet alcool, lavé la capsule, le sable et le filtre avec une petite quantité du même liquide et le tout a été de nouveau placé dans une étuve jusqu'à l'évaporation complète de l'alcool. Ensuite j'ai ajouté environ **1** gr. d'eau distillée; ce liquide devait dissoudre l'urée. Il a été placé dans un verre de montre, exposé dans un endroit froid, et additionné de q. s. $Az O^5 Ho$. Au bout de quelque temps, on a aperçu des petits cristaux qui étaient certainement de l'azotate d'urée. Ces cristaux ont été desséchés; pesés, il y en avait 0 gr. 017. Pour savoir la quantité d'urée que contenaient ces 0 gr. 017 d'azotate, il suffisait de connaître la formule de l'urée qui est :

$$C^2\ H^4\ Az^2\ O^2.$$

Ce qui donne pour son équivalent 60.

Celle de l'azotate d'urée qui est :

$$C^2\ H^4\ Az^2\ O^2\ Az\ O^6\ H.$$

et pour équivalent 123.

Dès lors, on a, d'après le calcul des équivalents, en désignant par X le poids de l'urée :

$$\frac{X}{0{,}017} = \frac{60}{123}$$

$$\text{d'où } X = \frac{60 \times 0{,}017}{123} = 0{,}0083$$

$X = 0{,}0083$.

2. Dilatation bronchique. — Noyaux de broncho-pneumonie avec gangrène centrale; par M. Louis Dubar, interne.

Le nommé Mathurin Morin, âgé de 51 ans, carrier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare, n° 10 (service de M. le docteur Dujardin-Beaumetz), le 31 mars 1879.

Cet homme, vigoureusement constitué, travaille depuis vingt ans aux carrières. Sans cesse au milieu de poussières, qui lui séchaient la gorge et le faisaient tousser, il a contracté l'habitude de boire souvent dans la journée. Sa boisson habituelle était le vin, qu'il préférait de beaucoup à l'alcool. Jamais il n'a eu de pituite ni de cauchemars. Il ne présente pas actuellement de tremblement des mains ni de la langue. Jusqu'en 1875, il n'a fait aucune maladie sérieuse. Pendant l'hiver de 1875 à 1876, il eut une bronchite avec fièvre assez vive, qui lui dura un mois, mais dont il se remit complétement. L'année suivante, il s'enrhuma de nouveau. Il ne fut pas obligé d'abandonner son travail. Mais, depuis lors, la toux ne l'a plus quitté. Son rhume diminuait pendant la belle saison et présentait un certain nombre de périodes d'aggravation pendant l'hiver. Il crachait peu en temps ordinaire ; mais, de temps en temps, son expectoration devenait abondante et offrait une coloration jaune-grisâtre. Les forces étaient bien conservées, l'appétit restait excellent. Son état ne le préoccupait pas.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'un refroidissement, il eut quelques jours de fièvre. La toux devint très-fréquente et pénible : il éprouva des douleurs à la base du thorax et dans tout le côté droit. Il resta couché quatre jours, puis une amélioration survenant, il crut que tout était fini et reprit son travail. Mais bientôt il se trouva à bout de forces ; les douleurs devinrent de plus en plus vives ; il eut des accès de fièvre, qui se montraient surtout la nuit. Enfin la fièvre ne le quitta plus et en même temps il perdit tout appétit. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 1er avril, nous le trouvons dans son lit, baigné de sueurs, la face rouge bleuâtre, congestionnée. Il se plaint de douleurs très-vives dans toute la poitrine, particulièrement du côté droit. Il tousse presque constamment, d'une manière quinteuse et rejette des crachats purulents à odeur infecte gangréneuse.

L'exploration de la poitrine nous fournit les signes suivants : en arrière et à droite il existe une submatité avec résistance au doigt dans les 2/3 inférieurs du poumon. Le 1/3 supérieur du côté droit, ainsi que tout le côté gauche, ont la sonorité normale. Dans les 2/3 inférieurs du poumon droit les vibrations thoraciques persistent, un peu affaiblies.

L'auscultation révèle dans le 1/3 supérieur du poumon droit de gros râles sous-crépitants disséminés, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du souffle bronchique intense, dans les 2/3 inférieurs des râles sous-crépitants, qui deviennent de plus en plus gros et de plus en plus humides, à mesure que l'on se rapproche de la base. Dans quelques points, on note des bouffées de râles crépitants fins. — A gauche, rien à noter ni au sommet ni à la base ; mais vers la partie moyenne on entend des râles sous-crépitants à grosses bulles.

En avant, nous ne notons aucun signe à la percussion ; à l'auscultation, nous trouvons quelques râles sibilants à la base du poumon droit.

Les bruits du cœur sont normaux, un peu sourds. Les urines ne présentent pas trace d'albumine. La température du malade est très-élevée, 40°,8 dans l'aisselle.

Le pouls bat 128 ; il est petit, presque filiforme. M. Dujardin-Beaumetz, après avoir écarté l'hypothèse de tubercules, vue la marche de la maladie, s'arrête au diagnostic suivant : Bronchite chronique. — Pneumonie droite terminée par gangrène. — Les jours suivants, malgré une médication active pour soutenir les forces du malade, diminuer et modifier l'expectoration, aucune amélioration n'est obtenue. La température reste très-élevée ; l'affaiblissement fait de rapides progrès. Le malade est sans cesse baigné de sueurs. L'expectoration conserve son odeur gangréneuse infecte. — Le malade succombe le 10 avril.

Autopsie. — Après ouverture du thorax, les poumons sont extraits avec quelque difficulté, à cause des brides nombreuses qui font adhérer les deux feuillets de la plèvre. Celle-ci a plusieurs millimètres d'épaisseur et est recouverte çà et là de fausses membranes. Les poumons exhalent une odeur repoussante de gangrène.

Une section antéro-postérieure verticale, pratiquée sur ces viscères, met en évidence des lésions très-variées.

Le poumon droit est partagé en trois régions distinctes : la région supérieure, qui comprend à peu près le sixième de la hauteur totale du poumon, présente relativement peu d'altérations. Il n'existe aucune trace de tubercules ni de dilatations bronchiques. On ne remarque que trois noyaux gros comme des noisettes, durs, au centre desquels existe une bouillie grisâtre.

La région inférieure, de beaucoup la plus considérable, puisqu'elle comprend plus des 4/6 de l'organe, montre un grand nombre de dilatations bronchiques. La paroi des bronches est très-épaissie, indurée dans certains points, de consistance presque cartilagineuse. — La muqueuse tuméfiée, rouge lie de vin, offre quelques ulcérations. En poursuivant les canaux aériens depuis les dilatations jusqu'aux grosses bronches, on remarque la même tuméfaction de la muqueuse et la même coloration rouge foncée sur tout leur parcours. Dans l'intérieur de ces canaux, se trouve un liquide muco-purulent à odeur gangréneuse.

A côté de ces dilatations bronchiques existent d'autres excavations creusées dans le parenchyme pulmonaire, qui deviennent bien apparentes, lorsqu'on a fait couler à la surface un filet d'eau. Ces cavités, très-nombreuses, surtout vers la base du poumon, ont pour paroi du tissu pulmonaire compacte. Le tout, excavation et tissu pulmonaire induré, forme des noyaux dont le volume varie de la grosseur d'une petite noix à celle d'une noisette, et qui sont en tout comparables à ceux que nous avons signalés précédemment à la partie supérieure du poumon. L'examen histologique apprend que les noyaux ne sont que des foyers multiples de broncho-pneumonie. Dans la partie indurée, les alvéoles pulmonaires sont remplis de cellules épithéliales diversement altérés et de leucocythes. Des bronches de petit calibre, dont la muqueuse est très-vascularisée, traversent la paroi et viennent s'ouvrir par des extrémités ulcérées dans la cavité centrale, qui est remplie d'une bouillie grisâtre. Dans cette bouillie, on rencontre des cellules épithéliales ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse, des globules de graisse, des leucocythes altérés, quelques hématies et quelques rares fibres élastiques, provenant du tissu pulmonaire détruit.

Les deux zones supérieure et inférieure précédentes sont séparées l'une de l'autre par un espace de trois à quatre centimètres de hauteur, de coloration bleuâtre, formé par un tissu dur, résistant, criant sous le scalpel et constitué par du tissu fibreux. — Le poumon gauche est le siége de lésions de même nature, dilatations bronchiques, noyaux de broncho-pneumonie avec gangrène centrale, mais limitées à la portion moyenne du poumon. Le sommet et la base de cet organe sont intacts.

Les ganglions bronchiques, assez volumineux, sont injectés et un peu ramollis.

Le cœur est assez volumineux. Les cavités droites et gauches sont distendues par de gros caillots noirâtres cruoriques. Il n'y a pas d'altérations valvulaires.

Les autres viscères, foie, reins, etc., ne présentent qu'une congestion assez intense.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 décembre 1879. — Présidence de M. Tarnier.

M. Terrillon lit un rapport sur une communication de M. Beauregard (du Havre) et relative à une *ostéotomie* par le redressement d'un *genu valgum.* Une incision profonde parallèle à l'artère articulaire a été faite à la partie interne et inférieure du fémur, intéressant toutes les parties molles jusqu'à l'os. Celui-ci mis à nu, un segment cunéiforme a été enlevé au-dessus du condyle interne avec la gouge et le maillet; puis un premier redressement a été fait au lieu de fracture de la portion externe de l'os respecté par le ciseau ; le quatrième jour, comme il n'y avait aucun accident, le redressement a été completé et le membre mis dans un appareil plâtré. Au cinquantième jour, la guérison était parfaite et l'opéré quittait l'hôpital.

M. Terrillon se demande pourquoi l'ostéotomie a été pratiquée par M. Beauregard, car ce point n'est pas traité dans la courte note remise par le chirurgien du Havre. On sait que deux méthodes se partagent la chirurgie pour le redressement brusque du genu valgum. L'une, née à Lyon et préconisée par M. Delore, consiste à redresser brusquement soit avec les mains, soit avec un appareil, le membre incurvé ; la seconde qui est pratiquée surtout en Angleterre et qui a conquis de nombreux adhérents, depuis que le pansement de Lister a rendu relativement bénigne les plaies osseuses, c'est l'*ostéotomie* qui comprend deux procédés : dans l'un, on scie le condyle interne, ce qui nécessite parfois l'ouverture de l'articulation : c'est le procédé de Hodgton ; l'autre consiste à faire une section simple ou cunéiforme.

Ces deux méthodes : le redressement brusque de Delore et l'ostéotomie sont restées chacune dans le pays où elles sont nées : en France, on ne pratique guère que la méthode de Delore ; en Angleterre et en Allemagne, l'ostéotomie ; M. Beauregard et M. Bœckel (de Strasbourg) paraissent être les seuls qui aient eu recours à cette dernière. Voyons, dit M. Terrillon, laquelle de ces deux méthodes nous semble devoir être adoptée.

Si l'on ne tient compte que du danger, l'avantage est évidemment à la méthode de Delore : il n'y a point de fracture osseuse communicante, comme dans l'ostéotomie ; un relâchement des ligaments est moins grave que ces détachements qui, parfois, ouvrent la cavité articulaire ; la guérison n'est pas plus rapide dans un cas que dans l'autre. Les statistiques sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse conclure avec des chiffres, mais M. Delore a fait son opération plus de 200 fois ; elle a été pratiquée également par Guérin, Lannelongue, Verneuil et moi-même, sans accidents. L'ostéotomie, au con-

traire, a provoqué la mort, des accidents graves d'arthrite, l'ankylose. Il semble donc que l'hésitation n'est pas possible, que la méthode non sanglante doit être préférée comme plus simple et moins dangereuse.

Ce qui explique le choix de M. Beauregard, c'est sans doute la résistance que présentait le membre chez un jeune homme de 18 ans ; mais les appareils que l'on possède à cette heure font disparaître cette objection, et je présente ici l'appareil de M. Collin sur lequel j'ai fait faire de légères modifications et qui permet de faire un redressement en sachant la force que l'on dépense. Il faut noter, en outre, une très grande précision dans le point d'application de la force qui doit provoquer la rupture de l'os et le redressement. Il n'est pas inutile d'ajouter, qu'avec cet appareil, on peut agir aussi par saccades selon les préceptes sur lesquels insiste tant M. Delore.

M. Terrillon termine en exposant les expériences qu'il a faites à l'amphithéâtre des hôpitaux, avec l'appareil de M. Collin, sur deux sujets âgés de 18 ans. Ces expériences diffèrent un peu de celle de MM. Farabeuf et Peyrot : il y a intégrité des ligaments et décollement du périoste comme dans le fait de Peyrot ; mais, au lieu de constater un décollement de l'éphiphyse, ce qui d'ailleurs s'explique par les 16 ans de leur sujet, on trouve ici une fracture du condyle externe, et un tassement du condyle interne. Dans un cas où un craquement avait été entendu pendant l'opération, on a constaté l'existence d'un arrachement de la tête du péroné.

M. Berger fait un rapport oral sur une observation envoyée par M. Eustache, professeur à l'Ecole catholique de Lille. Il s'agit d'un homme de 55 ans, auquel ce professeur pratiqua la *kélotomie* pour une *hernie crurale étranglée* depuis 5 jours : le débridement fait en dehors et en haut, il trouva une anse grangrénée qu'il ouvrit et un anus contre nature fut établi : les vomissements fécaloïdes persistèrent, et, au bout de 48 heures, le malade était mort. M. Eustache pensa sans doute à un étranglement, car il songea à la laparotomie et, après l'autopsie, regretta de ne pas l'avoir pratiquée, car il trouva une anse incomplète pincée dans l'anneau et le bout supérieur de cette anse perméable, puisque M. Eustache put y faire pénétrer un scalpel, mais tiraillée et un peu oblitérée par la traction du mésentère. Aussi, insiste-t-il dans ses conclusions sur l'étranglement par l'adossement des parois et le tiraillement de l'anse intestinale ; puis il ajoute que, dans ces cas, la gastrotomie est indiquée.

M. Berger combat ces propositions : il montre qu'il n'y a point eu étranglement; que le mécanisme invoqué par M. Eustache a été défendu par Roser et d'autres auteurs, mais pour des faits où il y avait étranglement véritable, tandis qu'ici il ferait défaut, et l'on avait tout simplement affaire à ces cas si bien décrits par M. Henrot, et connus sous le nom de pseudo-étranglements paralytiques.

La gastrotomie n'était donc nullement indiquée et serait, dans l'espèce, une pratique détestable. M. Berger propose de voter des remerciements à M. Eustache pour son observation qui sera déposée aux Archives.

M. Lefort cite un cas qu'il vient d'observer : après le débridement, les phénomènes graves ont persisté et le malade est mort ; il a vu que l'étranglement était maintenu par l'adhérence des deux parois de l'anse herniée, se compliquant d'une adhérence à l'épiploon non réduit.

M. Polaillon parle d'un fait de péritonite qui a provoqué, après la réduction, la mort avec tous les phénomènes du pseudo-étranglement de Henrot.

M. Tillaux désire qu'on insiste bien sur la nécessité de pratiquer le débridement, non pas en avant et en dehors comme le professeur Eustache, mais en dedans et en bas sur le ligament de Gimbernat. En dehors, on pourrait blesser l'artère crurale.

M. Lucas-Championnière dit que lorsqu'il pratique la kélotomie, il résèque la portion d'épiploon qui lui paraît altérée et rentre le reste dans la cavité abdominale.

M. Terrier agit de même : si l'épiploon lui paraît sain, il le réduit ; s'il est altéré, il résèque la portion altérée et réduit celle qui ne l'est pas : il a pratiqué cette année 6 opérations et a obtenu 5 succès ; une vieille femme, dans de fort mauvaises conditions, a seule succombé.

M. Lefort dit qu'il a pu observer une femme sur laquelle il avait pratiqué son opération de *cloisonnement du vagin*, et qui néanmoins pouvait se livrer au coït.

M. Duplay dit avoir opéré deux fois des prolapsus utérins par la méthode de M. Lefort et obtenu deux succès presque complets.

M. Guermonprez montre un *doigtier métallique* dont le but est de protéger les doigts blessés; la cicatrisation se fait sous l'instrument, tout en permettant à l'ouvrier de se livrer à ses occupations habituelles.

M. Lefort montre les *pièces* d'un enfant qui s'était heurté la jambe peu de jours auparavant : il ressentit une vive douleur, il entre à l'hôpital avec des signes alarmants; on l'explore avec le plus grand soin et l'on ne peut constater qu'une douleur assez vive dans le pli de l'aine, au devant de l'articulation de la hanche ; le petit malade meurt au troisième jour. On fait l'autopsie et l'on trouve du pus dans les deux cavités articulaires de la hanche ; une altération du cartilage et une *infiltration purulente* dans l'épiphyse du fémur. De plus il existait une péricardite intense et de petits abcès métastatiques dans les colonnes charnues du cœur. L'enfant avait donc été emporté par une affection purulente à marche foudroyante. On peut mourir d'infection purulente sans plaie ouverte.

M. Lannelongue insiste sur la présence du pus dans l'épiphyse : il a cité des observations où les malades avaient été emportés en deux jours.

M. Verneuil. J'ai pour ma part trois faits semblables de pyohémie, sans plaies communiquant avec l'air extérieur. Il faudrait cependant que cette notion fut désormais bien acquise : l'infection purulente ne nécessite pas toujours pour apparaître le contact des foyers blessés avec l'air atmosphérique.

Paul Reclus.

REVUE DENTAIRE

I. Anesthésie par le protoxyde d'azote ; par M. Paul Bert.

II. De la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique des lésions de l'appareil dentaire ; par le Dr Magitot ; Paris, 1879. G. Masson.

III. De la cause anatomo-pathologique de l'ostéo-périostite des jeunes sujets et de la chute prématurée des dents, consécutive ; par le Dr Baronnet. Thèse, Paris, 1877.

IV. Essai sur les fistules dentaires ; par le Dr Richaud. Thèse, Paris, 1877.

I. La revue dentaire ne saurait passer sous silence, en ce qui la concerne, les expériences remarquables que M. Paul Bert, l'éminent physiologiste, a faites sur le protoxyde d'azote, considéré comme agent anesthésique. On a pu lire le résumé de ces expériences dans les comptes-rendus de la Société de Biologie, faits ici même, avec tant de soin, par mon excellent ami Avezou ; nous n'avons donc pas à les rappeler en détail ; nous ne voulons, restant sur notre terrain, que rechercher si la chirurgie dentaire, la chirurgie des dents et de la bouche, n'a pas à faire son profit de ces expériences et à les utiliser pour son compte.

Tout le monde sait que le protoxyde d'azote est journellement employé par les dentistes, pour l'extraction des dents, ou d'autres petites opérations pratiquées dans la bouche ; mais on sait également que l'anesthésie obtenue à l'aide du protoxyde d'azote pur, rapidement obtenue, est aussi de courte durée ; et qu'en tous cas, elle ne saurait être prolongée sans danger, puisque parallèlement se développent des phénomènes d'asphyxie qui ne tardent pas à devenir menaçants. Donc, anesthésie de trop courte durée pour pratiquer une opération difficile, voire même une extraction de racine un peu délicate, et, d'un autre côté, dangers d'une anesthésie prolongée, tel était le double inconvénient qui empêchait beaucoup de chirurgiens, de dentistes consciencieux, d'employer souvent le protoxyde d'azote, mais qui, il faut l'avouer, ne gênait nullement... les autres. M. Paul Bert semble avoir résolu (le nombre des faits rapportés est encore restreint, mais augmente tous les jours) le double problème d'une anesthésie prolongée, et d'une anesthésie sans danger d'asphyxie, à l'aide du protoxyde d'azote. Il suffit que ce gaz soit administré non

pas pur, mais mélangé avec une certaine quantité d'oxygène (dans la proportion de 15 à 20 p. 100 d'oxygène) au patient plongé, d'ailleurs, dans un bain d'air comprimé sous une cloche, à une pression de 18 à 20 centimètres. Dans ces conditions, l'anesthésie peut-être prolongée de quelques minutes, à une demi-heure et plus, sans qu'il paraisse y avoir danger pour le patient. On voit de suite l'idée, extrêmement ingénieuse qui a inspiré cette méthode : l'oxygène étant absorbé en même temps que le protoxyde, il n'y a plus crainte d'asphyxie et, d'un autre côté, le malade ne perd rien des bénéfices de l'anesthésie, puisque, à volume égal, le protoxyde d'azote comprimé, est absorbé en plus grande quantité. Le résultat a d'ailleurs confirmé la théorie : l'anesthésie peut-être longtemps prolongée, mais hâtons-nous de le dire, à la condition que le patient respire le mélange, sans interruption ; si l'absorption cesse quelques instants, le réveil a lieu presque immédiatement. Ce fait qui constitue peut-être un avantage, lorsqu'il s'agit d'une opération pratiquée, partout ailleurs que dans la bouche, diminue singulièrement, lorsqu'on opère dans cette région, les bénéfices de l'anesthésie, puisqu'il faut pour ainsi dire, à chaque instant, interrompre l'opération, pour faire respirer le gaz de nouveau. Comme conclusion pratique, au point de vue des opérations dentaires, sans insister même sur l'installation compliquée d'un appareil, la nouvelle méthode anesthésique qui paraît devoir donner d'excellents résultats pour les opérations de chirurgie générale, ne réalise pas un progrès évident pour la chirurgie de la bouche, puisque c'est par la bouche, jusqu'à présent, qu'on a fait respirer les gaz et que l'on ne peut faire deux choses à la fois, opérer et en même temps maintenir l'anesthésie. Reste toujours l'innocuité plus grande du gaz protoxyde d'azote mélangé à l'oxygène ; mais on peut se demander si pour une opération qui, nécessairement doit être, presque instantanée, comme une extraction de dent facile, par exemple, il est bien nécessaire d'anesthésier. Dentistes, ne vous pressez pas encore d'installer une cloche dans votre cabinet.

II. M. le Dr Magitot vient de réunir un grand nombre d'observations de réimplantation dentaire dans une brochure qui a pour titre : *de la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique des lésions de l'appareil dentaire*. L'auteur n'étudie qu'un des groupes de la greffe dentaire, *la greffe par restitution*, c'est-à-dire, la réimplantation d'une dent en son lieu primitif, après ablation d'une partie malade de l'organe. Après quelques considérations sur la greffe dentaire en général, et un aperçu historique qui montre l'ancienneté de cette méthode thérapeutique, il pose les indications chirurgicales de la greffe par restitution, avec résection partielle de la racine ; cette indication repose sur le diagnostic d'une lésion spéciale de l'extrémité de la racine des dents, qui n'est autre que la périostite chronique du sommet ; la constatation de cette périostite suppose : l'inflammation du feuillet périostique, la dénudation et la nécrose du cément sous-jacent, la résorption de l'ivoire, etc. ; en résumé, une sorte de mortification partielle de la racine. Le diagnostic est d'ailleurs le plus souvent facile.

Nous avons eu l'occasion de discuter ailleurs (*Caries dentaires compliquées*, thèse 1879), la nature des lésions de la périostite chronique ; nous n'avons donc rien à dire ici de ces lésions que l'auteur ne fait qu'indiquer, mais nous pouvons regretter qu'il n'ait pas donné une plus grande place au chapitre des indications, et n'ait pas soumis les différents cas qui peuvent se présenter dans la pratique à une analyse sévère ; nous nous expliquons : la lecture attentive des observations très nombreuses, recueillies par M. le Dr Magitot fait voir que ces observations s'appliquent à deux ordres de faits : aux cas de périostite chronique, sans carie ; aux cas de périostite chronique, succédant à une carie pénétrante ; des premiers nous ne dirons rien ; l'opération semble le plus souvent nécessaire et elle donne presque toujours un bon résultat ; l'indication est, d'ailleurs, pour ainsi dire, unique ; abcès et fistule à l'état permanent. L'indication est-elle aussi précise lorsqu'il s'agit de périostite chronique, suite de carie ? Ici les cas qui peuvent se présenter sont multiples, et c'est précisément l'étude de ces cas particuliers que nous aurions voulu voir faire par notre savant maître, ne fût-ce qu'en quelques mots. Pour les spécialistes, c'est-à-dire pour ceux qui sont appelés à pratiquer l'opération de la réimplantation, le manuel opératoire, le succès présumé de l'opération, sont d'une grande importance ; mais la question de savoir quand il faut opérer, et quand une opération aussi grave par elle-même que la réimplantation est devenue nécessaire, ne les préoccupe pas moins.

Examinons quelques cas particuliers. Lorsqu'il y a périostite chronique avec suppuration se faisant librement par le canal dentaire, sans abcès ni fistule, la greffe est-elle indiquée ? En d'autres termes, la greffe est-elle absolument nécessaire pour amener la guérison ! Nous ne le pensons pas, et pour notre compte, il nous a été donné souvent de guérir, sans opération, ces caries compliquées de périostite chronique L'indication de la réimplantation est-elle plus formelle lorsque, dans le passé, il y a eu abcès et fistule, et que ces accidents ont disparu, laissant simplement le même écoulement purulent, se faire par le canal dentaire devenu ou rendu libre ; enfin, nous n'hésitons même pas à demander si l'indication est absolue quand il y a abcès et fistule, puisque l'un et l'autre peuvent guérir, comme on le voit tous les jours, sans opération ? Il serait en tout cas, intéressant de savoir au moins approximativement depuis combien de temps les divers accidents de la périostite doivent exister, pour rendre nécessaire la réimplantation, ou sous une autre forme, à quelle époque il y a une altération de la racine telle que la partie malade doive être enlevée, puisque, dans certains cas, on guérit des suppurations se faisant depuis longtemps par le canal dentaire et qui sont manifestement l'indice d'une périostite chronique.

Pour nous résumer, lorsqu'il s'agit d'une opération comme la réimplantation, l'indication sommaire et unique de périostite chronique ne nous semble pas suffisante ; il faut plus. Dans notre pensée, la réimplantation constitue, certes, un moyen thérapeutique puissant et d'une réussite presque assurée (les observations de M. Magitot le prouvent) ; mais elle doit rester une opération rare, et comme la ressource ultime du chirurgien, lorsque les autres moyens thérapeutiques plus simples ont été impuissants à guérir certaines caries compliquées.

Notre savant maître, M. Magitot, nous pardonnera l'indépendance de nos opinions et la liberté de notre appréciation d'un travail dont nous sommes les premiers à reconnaître la haute valeur et le grand intérêt.

III. M. le Dr Baronnet a étudié, dans sa thèse inaugurale *la cause anatomo-pathologique de l'ostéo-périostite des jeunes sujets et la chute prématurée des dents, consécutive*. La fréquence de cette affection, sa gravité, et disons-le, les difficultés thérapeutiques qu'elle présente, donnent un grand intérêt à un pareil travail. S'inspirant des idées de M. le Dr Desprès, le savant chirurgien de l'hôpital Cochin, qui a fait de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, le sujet de plusieurs leçons cliniques, et d'un chapitre très original de sa *Chirurgie journalière*, M. le Dr Baronnet nous montre, dans la disproportion qui existe entre le nombre et le volume des dents, et le développement des maxillaires qui les supportent, la cause de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire généralisée. Cette maladie redoutable se manifeste par l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire, la résorption alvéolaire, l'ébranlement et la chute des dents : le tableau est sombre, mais il n'est que trop vrai ; l'auteur n'hésite pas, avec M. le Dr Desprès, à attribuer l'apparition de tous ces accidents à la pression réciproque qui s'exerce entre toutes les racines des dents, qui ne trouvent pas à se loger sur un maxillaire trop étroit, dans les alvéoles comprimées ; cette pression, qui joue ici le rôle d'irritant permanent, amène, avec le temps, l'inflammation de la membrane de la racine, l'inflammation du tissu osseux alvéolaire et sa résorption ; naturellement, c'est au moment de l'éruption des dents de sagesse, c'est-à-dire, lorsque le nombre des dents est au complet, et la pression supposée à son maximum, que ces accidents se développent ; il suffit d'observer les mâchoires, et surtout la mâchoire inférieure d'un jeune sujet, atteint d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire ; son étroitesse, relativement

au volume et au nombre des dents, le chevauchement des incisives les unes sur les autres, et l'inclinaison en dedans ou en dehors des canines et des petites molaires cherchant, pour ainsi dire, à se soustraire à l'étreinte des dents voisines, sont des phénomènes qui ne peuvent manquer de frapper le chirurgien. Quoi de plus naturel alors que d'invoquer la pression comme cause immédiate de la maladie ? Telle est la théorie de M. le Dr Desprès, et tels sont les arguments qu'elle réunit en sa faveur. Appliquée à l'ostéo-périostite des jeunes sujets, elle nous paraît bien donner l'explication, surtout en l'absence de causes générales appréciables, des phénomènes observés ; en tout cas, elle apporte à l'esprit une satisfaction et résout en partie un problème étiologique qui n'est pas sans difficulté. Ce travail intéressant fait surtout à nos yeux ressortir la nécessité de scinder complètement l'histoire de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, au point de vue clinique ; cette histoire n'est encore qu'ébauchée, la thèse de M. le Dr Baronnet, la complète sur un point très important.

IV. La thèse de M. le Dr Richaud intitulée *Essai sur les fistules dentaires* étudie principalement la pathogénie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique des fistules d'origine dentaire. Au point de vue pathogénique, l'auteur démontre sans peine que les fistules dentaires ont toujours pour point de départ l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire, et surtout de cette partie du périoste qui recouvre l'extrémité de la racine ; la suppuration qui en résulte détermine la formation d'un abcès alvéolaire, qui perce l'alvéole osseuse, pour s'étendre du côté des parties molles, et finalement vient s'ouvrir sur un point de la surface muqueuse ou cutanée, après un trajet plus ou moins compliqué.

L'anatomie pathologique des fistules comprend l'étude des altérations de la racine de la dent malade, du périoste alvéolo-dentaire, du tissu osseux et du trajet fistuleux. Les lésions sont bien décrites par l'auteur, qui a lu avec fruit les travaux de M. le Dr Magitot. C'est encore à ce maître qu'il emprunte ses conclusions thérapeutiques ; avant que la réimplantation dentaire ne fût entrée dans la pratique, l'extraction était le seul moyen de guérir radicalement et promptement les fistules dentaires. Dans certains cas de fistules cutanées anciennes, multiples, à trajet compliqué, l'extraction est encore indiquée, car c'est un moyen sûr et rapide d'enrayer des complications graves; mais, dans un grand nombre d'autres cas, la réimplantation de la dent après résection partielle de la racine, agit comme l'extraction simple, c'est-à-dire amène la guérison des accidents, mais en conservant un organe utile.

La thèse de M. le Dr Richaud est à ajouter à la série des travaux qui, depuis quelques années, enrichissent si heureusement la pathologie dentaire. Dr Ludger CRUET.

BIBLIOGRAPHIE

Guide de l'élève et du praticien pour les travaux de micrographie; par MM. BEAUREGARD et GALIPPE. — Paris, 1879. G. Masson éditeur.

Il existe, à ma connaissance, peu de livres plus utiles que celui qui vient d'être publié par MM. Galippe et Beauregard.

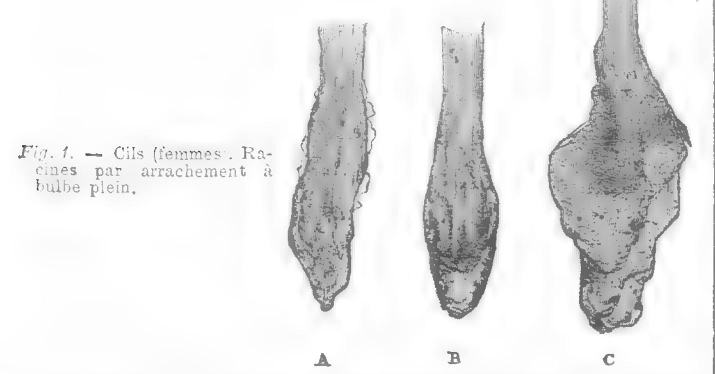


Fig. 1. — Cils (femmes). Racines par arrachement à bulbe plein.

Il a pour titre : *Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie*, et traite de toutes les applications du microscope, à la physiologie, à la clinique, à l'hygiène et à la médecine légale. Ce livre est divisé en deux parties bien distinctes. La première ou histologie végétale est un véritable

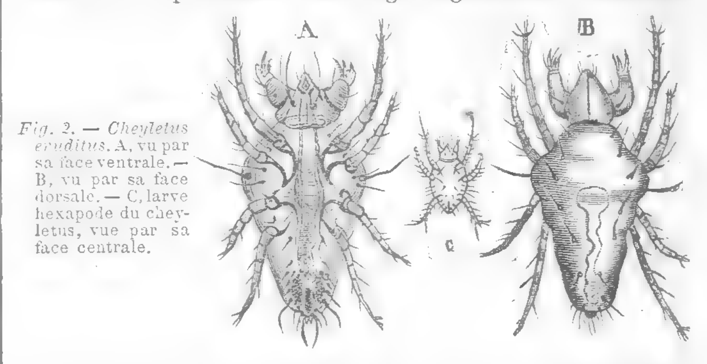
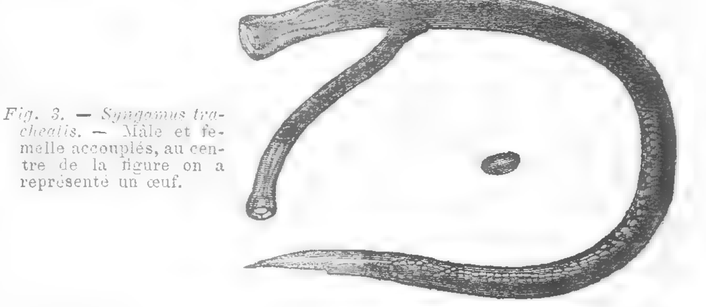


Fig. 2. — *Cheyletus eruditus.* A, vu par sa face ventrale. — B, vu par sa face dorsale. — C, larve hexapode du cheyletus, vue par sa face centrale.

traité de micrographie botanique dans lequel les auteurs nous font suivre, pas à pas, toutes les phases qu'un végétal est sus-


Fig. 3. — *Syngamus trachealis.* — Mâle et femelle accouplés, au centre de la figure on a représenté un œuf.

ceptible de parcourir depuis la *cellule*, les *tissus*, jusqu'aux organes les plus compliqués.

Le chapitre Ier est une entrée en matière indispensable : il contient la description et le maniement du micros-

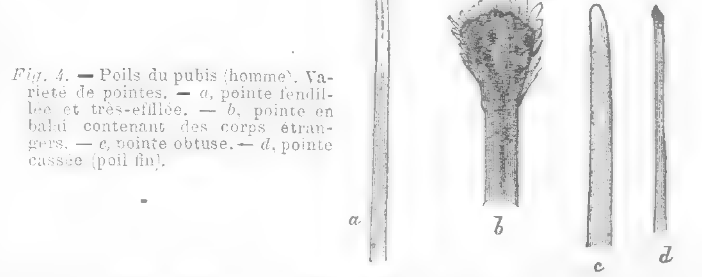


Fig. 4. — Poils du pubis (homme). Variété de pointes. — *a*, pointe fendillée et très-effilée. — *b*, pointe en balai contenant des corps étrangers. — *c*, pointe obtuse. — *d*, pointe cassée (poil fin).

cope, la préparation des objets microscopiques et leur conservation.

Avec le chapitre II nous entrons dans le sujet ; l'étude des cellules en fait l'objet. Après avoir parlé des divers modes de génération des cellules, les auteurs étudient la cellule vivante, les produits d'élaboration du protoplasma, les diverses formes de cellules, les matières textiles végétales, les produits contenus dans les cellules : *gommes*, *mucilages*, *amidon*, *fécules*.

Le chapitre III traite des organes élémentaires dérivés des cellules ; les *vaisseaux* proprement dits, les *vaisseaux utriculeux*, et les laticifères.

Le chapitre IV a pour objet l'étude des tissus formés par la réunion des cellules : leur jonction n'étant pas continue laisse des *cavités intercellulaires*. Les auteurs passent ensuite en revue les diverses formes et systèmes de tissus : d'abord le *système tégumentaire*, l'*épiderme*, avec la *cuticule* et les *stomates*; les *papilles* et les *poils*. Ce chapitre est terminé par des détails très nombreux sur les organes de sécrétion des végétaux, les glandes internes et externes.

Le chapitre suivant traite de la structure des tiges, d'abord chez les dicotyledones à tige normale et anormale puis chez les monocotyledones. La structure de la racine et des feuilles fait l'objet des chapitres VI et VII. Le dernier chapitre

est consacré à l'étude très-importante des organes de la reproduction. Nous attirons tout particulièrement l'attention du lecteur sur les pages qui traitent des champignons; surtout les parasites *entophytes* et *épiphytes*; puis des ferments. Cette partie est spécialement intéressante au point de vue médical. L'étude des organes de reproduction des plantes phanérogames termine ce chapitre et la première partie de l'ouvrage.

Le livre deuxième offre, au point de vue pratique, une importance plus grande encore que le premier. Il traite de toutes les questions d'hygiène et de médecine légale que l'on peut rencontrer dans la pratique médicale et pharmaceutique. On y trouve des renseignements d'autant plus précieux qu'ils représentent la quintessence de tous les ouvrages ou mémoires spéciaux que les auteurs ont pu réunir, ainsi que les résultats de leurs propres recherches sur ces différents sujets.

Tout d'abord vient l'étude du sang, les caractères des globules blancs et des globules rouges, les divers procédés de numération de ces derniers. On y trouve également la description des infusoires et des hématozoaires que l'on peut rencontrer dans le sang de l'homme. Dans le chapitre X les auteurs étudient le *pus*. Outre les *leucocythes* et les *granulations graisseuses*, ils signalent les diverses *algues* et *vibrions* qu'on y peut rencontrer, ainsi que les concrétions cristalloïdes et les colorations anormales.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de l'urine, au point de vue microscopique bien entendu. On passe d'abord en revue les sédiments formés par les éléments anatomiques organisés: *cellules épithéliales*, *tubes*, *pus*, *sang*, *infusoires*, *poussières*, *corps étrangers et parasites*. Ce chapitre est terminé par la description des sédiments cristallins de nature organique et minérale, puis des divers *calculs*.

Le lait fait l'objet du chapitre suivant, remarquable par l'abondance des renseignements qu'il renferme au point de vue de l'hygiène. Le lait est étudié aussi bien dans sa composition, lorsqu'il est normal, que dans ses altérations pathologiques. Les trois chapitres qui viennent ensuite traitent du *sperme*, des *produits des organes génitaux de la femme*, et des *matières fécales*. Les signaler, c'est indiquer leur importance.

Le chapitre VII a pour objet l'étude des parasites: *Helminthes*, *Trématodes*, *Nématodes*. Nous remarquons surtout des renseignements, précieux au point de vue de l'hygiène, sur les viandes charbonneuses et septicémiques. De très intéressantes pages sur les *acariens* et autres parasites de l'homme et des animaux domestiques terminent ce chapitre. L'examen microscopique des *eaux*, des *corpuscules* et *miasmes de l'air* fait l'objet des chapitres XX et XXI.

Le reste de l'ouvrage est surtout important au point de vue de la médecine légale. Nous y trouvons les *caractères principaux des mucus*; l'étude des matières vomies ou projetées seulement en dehors de la cavité buccale (strangulation), l'énumération des substances alimentaires ou toxiques que l'on peut rencontrer dans l'estomac.

Le chapitre XIX traite des taches dont on peut avoir à déterminer la nature; le volume est terminé par l'étude des cheveux et des poils au point de vue de la médecine légale. Cette partie du livre est aussi intéressante qu'originale; elle renferme beaucoup de faits nouveaux.

Telle est l'indication rapide des nombreux matériaux contenus dans ce livre. Ajoutons qu'il renferme près de 600 figures reproduisant avec autant de netteté que de fidélité les descriptions données par les auteurs; le texte est clair et concis comme il convient à ce genre d'ouvrage. Nous devons savoir gré à MM. Beauregard et Galippe d'avoir entrepris un pareil travail; ils ont certainement comblé une lacune. Leur Manuel sera bientôt dans toutes les mains, aussi bien dans celles de l'élève que dans celles du praticien. Ils ne peuvent faire une acquisition plus profitable, et auront ainsi à leur disposition une immense quantité de documents à consulter, au moment du besoin.

P. Yvon.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret en date du 31 décembre 1879, il a été créé une chaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy; M. Poincarré, professeur-adjoint à ladite Faculté, a été désigné pour en remplir les fonctions.

VARIA

Distribution des prix aux internes et aux externes des hôpitaux.

Nos lecteurs connaissent déjà tous les résultats de ces concours. La séance officielle de la distribution des prix et la proclamation des noms des élèves appelés, à la suite des concours de cette année, à remplir les fonctions d'internes et d'externes, a eu lieu lundi dernier. M. d'Echerac, secrétaire général, a lu le discours suivant au lieu et place de M. Michel Möring, empêché.

Messieurs,

Chaque année, à la suite des concours de l'Externat, de l'Internat et des prix de l'Internat, le Directeur de l'Assistance publique, entouré du corps médical des hôpitaux, de vos maîtres, de vos juges et des représentants de l'administration, vient proclamer publiquement les noms de ceux qui sont sortis victorieux de la lutte. Que cette heure soit la bienvenue; elle me permet de m'associer à votre joie et à vos succès, et, en même temps, d'exprimer à MM. les membres du jury, qui se consacrent pendant plus de deux mois à vos concours, ma vive et profonde gratitude. Qu'elle soit encore la bienvenue, puisqu'elle me fournit une occasion, que je voudrais plus fréquente, d'échanger quelques idées avec cette jeunesse généreuse et sympathique qui va poursuivre ou commencer, dans nos établissements, sa tâche de labeur et de dévouement.

Est-il, Messieurs, un sujet plus digne de fixer un moment notre attention que ce grand et magnifique mouvement qui s'opère en faveur de l'enseignement, à tous les degrés, et particulièrement en faveur de l'enseignement supérieur. Les écoles se multiplient, le nombre des chaires et des Facultés augmente; l'instruction devient de plus en plus accessible à tous; le budget de l'enseignement grossit chaque jour, à l'aide des ressources de l'Etat, des subventions des départements, des sacrifices que s'imposent les communes.

L'administration hospitalière de Paris Messieurs, a toujours tenu à honneur de suivre ce mouvement, et il est juste de dire qu'elle l'a parfois précédé. Qui ne sait combien les savantes cliniques des anciens maîtres des Hôpitaux étaient autrefois célèbres, alors qu'elles étaient les seuls lieux d'enseignement théorique et pratique de la médecine et de la chirurgie. Les cliniques ouvertes aujourd'hui dans nos nombreux établissements ne sont ni moins renommées ni moins fécondes.

Vous qui les suivez assidûment, Messieurs, vous qui devez vos succès d'aujourd'hui et qui devrez dans l'avenir les succès de votre carrière aux leçons de ces maîtres, vous unirez votre hommage à celui que je leur rends, et vous vous associerez publiquement et chaleureusement à l'expression de ma reconnaissance envers ces chercheurs infatigables, envers ces hommes qui donnent leur temps et leur talent pour le soulagement des pauvres, envers ces constants éducateurs de la jeunesse des Ecoles.

Laissez-moi vous rappeler encore, Messieurs, que l'Assistance publique s'efforce chaque jour davantage de développer à votre profit tous les moyens d'instruction, d'ouvrir des amphithéâtres, d'établir des laboratoires, d'installer des musées, de créer des bibliothèques, heureuse d'y consacrer une partie de ses ressources actuelles, désireuse de faire davantage le jour où ses ressources viendront à s'accroître.

Et laissez-moi également, après vous avoir rappelé comment elle accomplit et veut accomplir la tâche qui lui incombe, vous dire en quelques mots ce qu'elle attend de vous. Vous allez partager avec vos maîtres la plus belle et la plus noble des missions, celle qui consiste à soigner nos pauvres malades, à guérir leurs maux ou à adoucir leurs souffrances. Le devoir qui en résulte pour vous ne comporte pas seulement le dévouement et le savoir. Le dévouement, il est naturel à votre âge. Le savoir, vous avez fait vos premières preuves dans les concours difficiles dont je vais proclamer les résultats; vous ferez les autres en suivant votre carrière sous la direction de vos maîtres.

Mais tout le devoir n'est pas là; l'exactitude que votre intérêt vous commande, mais que l'intérêt du malade, la conservation de sa vie, souvent, vous commandent également; les égards et la douceur envers celui qui souffre et qui est pauvre, et qui par cela même est doublement exposé à être parfois injuste, presque à son insu; enfin, l'observance stricte de la règle de nos établissements qui est la condition absolue de leur bon fonctionnement, tout cela fait partie essentielle de ce devoir.

Vous l'accomplirez, Messieurs, j'en ai l'absolue conviction; vous voudrez apporter à notre œuvre commune votre part d'efforts et de dévouement. Vous serez dignes de vos aînés et dignes de vos maîtres. Et ici, Messieurs, à côté de vos joies et de nos espérances, je dois évoquer des souvenirs qui sont à la fois douloureux et glorieux. Abbadie-Tourné, Carette, vous étiez des hommes distingués et pleins d'avenir! Et voici qu'en soignant nos enfants et en voulant les arracher à ce mal impitoyable qui fait verser tant de larmes aux mères, vous êtes tombés sur le champ de bataille de la science et de la charité, victimes du devoir professionnel et du dévouement.

Que votre chère mémoire demeure impérissable parmi nous, que les anciens disent votre noble sacrifice aux nouveaux venus; et que tous enfin dans cette grande et belle administration hospitalière, nous nous souvenions

à l'heure du péril et du dévouement du magnifique exemple que votre mort glorieuse nous a laissé.

Nous reviendrons prochainement sur plusieurs points de ce discours que nous sommes heureux d'avoir pu placer sous les yeux de nos lecteurs.

Internat et externat. — Médailles de bronze.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique : vu l'article 93 du règlement sur le service de santé, qui dispose que les internes et externes en médecine et en chirurgie qui auront fait un service assidu et régulier pendant quatre années d'exercice pour les premiers, et pendant trois années pour les seconds, recevront une médaille de bronze comme témoignage de satisfaction ; — vu les notes confidentielles données par MM. les chefs de service pendant les années 1876, 77, 78 et 79 ; — Arrête :

La médaille de bronze est accordée aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie dont les noms suivent :

1° *Internes de 4e année.* MM. Barth ; — Bazy ; — Bellouard ; — Benoit ; — Béringier ; — Bide ; — Boussi ; — Brissaud ; — Castex ; — Chambard ; — Chevallereau ; — Chuquet ; — Cottin ; — Deschamps ; — Faucher ; — Gauché ; — Jalaguier ; — Langlebert ; — Lataste ; — Lebec ; — Leroux ; — Levrat ; — Maygrier ; — Mayer ; — Monod ; — Nélaton ; — Nitot ; — Piéchaud ; — Quenu , — Ramonède ; — Regnier ; — Robin ; — Sabourin ; — Segond ; — Weiss.

2° *Externes de 3e année.* — MM. Alibert ; — Ambressin ; — Amirault ; — Aubeau ; — Audoin ; — Auvard ; — Baralt ; — Barbe ; — Beauvallet ; — Berne ; — Boissard ; — Bottez ; — Bouley ; — Boulland ; — Bourdel ; Bourguet ; — Boyer ; — Brochard ; — Broussin ; — Bursaux ; — Cailleret ; — Cambillard ; — Chantemesse ; — Chanut ; — Crouzat ; — De-Brun du Bois-Noir : — de Gastel ; — de Landuie ; — de Lamer ; — de Molène ; — de Pezzer ; — Desplous ; — Dubois ; — Dufraisse ; — Dunoyer ; — Durand-Fardel ; — Geffrier ; — Gendron ; — Gerente ; — Giraudeau ; — Goureau ; — Goy ; — Guadalupe ; — Huë ; — Hulot ; — Inglessis ; — Labbé ; — Lacaze ; — Lacharrière ; — Laussedat : — Lemarigniet ; — Levaillant ; — Longbois ; — Luc ; — Manaud ; — Mancet ; — Marchand ; — Martinet ; — Mathieu ; — Mesnet ; — Metaxas ; — Mook ; — Moreau ; — Négel ; — Olive ; — Philippe-Lavallée ; — Pignol ; — Pradignac ; — Regeard ; — Regnard ; — Renard ; — Reine ; — Rivet ; — Rodet ; — Schmitt ; — Schwing ; — Sheahan ; — Soyez ; — Thuvin ; — Tisné ; — Touaille de Larabrie ; — Vauthier ; — Vautier ; — Verneuil ; — Walther ; — Yvon.

Faculté de médecine.

Concours d'agrégation. — Les lectures des compositions écrites ont continué ; elles ont eu lieu dans l'ordre suivant : 27 décembre : MM. Hutinel Regimbeau, Moriez, Perret ; — 30 décembre. MM. Arnozan, Troisier, A. Robin ; — elles se termineront le lundi 5 janvier.

Chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Par décret en date du 31 décembre 1879, il a été créé à la Faculté de Médecine de Paris, une chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques: M. A. Fournier, agrégé, membre de l'Académie de médecine, a été désigné pour remplir les fonctions de professeur à ladite chaire.

Travaux pratiques d'H. naturelle. — Ont été nommés : M. Faguet, chef des travaux ; — MM. André et Durand, préparateurs-adjoints de botanique ; — M. Brumeau de Montgazon, préparateur-adjoint de Zoologie.

Préparateurs des cours. — M. Levaillant vient d'être nommé préparateur du cours d'hygiène en remplacement de M. Pouchet : — M. Pouchet vient d'être nommé préparateur du cours de chimie biologique.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 5. — 2e *de Doctorat.* (Epreuve pratique) : MM. Broca, Guyon, Farabeuf. — 3e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Regnauld, G. Bergeron, Gay ; — 2e *série* : MM. Baillon, Gariel, Bourgoin. — 5e *de Doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Depaul, Potain, Terrillon ; — 2e *série* (Charité) : MM. Trélat, Ollivier, Chantreuil.

MARDI 6. — 1er *de Doctorat.* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Richelot. — 2e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Jaccoud, Bouchard, Berger ; — 2e *série* : MM. Ball, Rigal, Humbert. — 5e *de Doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Pajot, Lasègue, B. Anger ; — 2e *série* (Charité) : MM. Lefort, Fernet, Pinard ; — 3e *série* (Charité) : MM. Richet, G. Sée, Charpentier.

MERCREDI 7. — 1er *de Doctorat.* — MM. Béclard, Trélat, Cadiat. — 3e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Wurtz, Gariel, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Baillon, Reynaud, Bourgoin. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Straus. — 5e *de Doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Broca, Potain, Chantreuil ; — 2e *série* (Charité) : MM. Guyon, Ollivier, Pinard ; — 3e *série* (Charité) : MM. Verneuil, Depaul, Dieulafoy.

JEUDI 8. — 1er *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Robin, Lancereaux, Delens ; — 2e *série* : MM. Sappey, Lefort, Humbert. — 2e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Lasègue, Bouchard, Richelot ; — 2e *série* : MM. Laboulbène, Rigal, B. Anger. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Fernet, Grancher.

VENDREDI 9. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Monod. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Broca, Verneuil, Cadiat. — 3e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Wurtz, Baillon, Gay ; — 2e *série* : MM. Regnault, Gariel, de Lanessan. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, G. Bergeron, Rendu. — 5e *de Doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Depaul, Potain, Marchand ; — 2e *série* (Charité) : MM. Guyon, Ollivier, Chantreuil.

SAMEDI 10. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Sappey, Delens. — 4e *de Doctorat.* 1re *série* : Jaccoud, Lancereaux, Grancher ; — 2e *série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Debove. — 5e *de Doctorat.* 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Panas, Duguet ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu), MM. Gosselin, Rigal, Pinard ; — 3e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Lasègue Lefort, Charpentier.

THÈSES. — *Lundi* : 1. M. Weiss : De la trépanation de l'os iliaque dans certaines lésions de la fosse iliaque interne ; — 2. M. B. ou de Lauriére. — *Mardi* : 3. M. Lablancherie : De l'enclavement du nerf radial dans le col de l'humérus ; — 4. M. Boudet de Pâris : De l'élasticité musculaire. — *Mercredi* : 5. M. Gornard-Chantreau : Des injections interstitielles caustiques de chlorure de zinc dans le traitement de certaines tumeurs kystiques ; — 6. M. Clément : Contribution à l'étude du traitement de l'ectropion muqueux.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Du 29 au 31 décembre 1879. — 575. M. Gomez : Du carathès ou tache endémique des Cordillières. — 576. M. Taufflier : Etude sur les hémorrhagies internes consécutives à des ponctions de quelques cavités closes. — 577. M. Bide : Etude sur les résections anoplastiques articulaires. — 578. M. Luce : Recherches sur un cas curieux d'alopécie. — 579. M. Cottin : De l'ostéite épiphysaire des os longs de la main et du pied. — 580. M. Duhard : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. — 581. M. Sikora : Etude clinique sur le traitement des ulcères rongeants de la cornée. — 582. M. Colson : Etude sur le moment auquel se fait l'effacement du col de l'utérus pendant la grossesse. — 583. M. Desplous : De la tuberculose de l'arrière-bouche. — 584. M. Coudouin : Recherches cliniques de la paralysie spinale aiguë et de l'atrophie musculaire chez le même individu. — 585. M. Donon : Du traitement du goître suffocant. — 586. M. Hubert. Considérations sur le traitement des hémorrhagies post-puerpérales et en particulier sur les injections d'ergotine. — 587. M. Bussy : Etude sur l'exanthème scarlatiniforme.

Médecins militaires.

Par décret en date du 18 décembre 1879, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire :

1° *Au grade de médecin inspecteur* : M. Perrin, médecin principal de 1re classe, professeur et sous-directeur à l'Ecole de Médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Gerrier, décédé ; — 2° *Au grade de médecin principal de 1re classe* : M. Delcominète, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Perrin promu ; — 3° *Au grade de médecin principal de 2e classe* : M. Hurst, médecin major de 1re classe à l'Ecole d'application de cavalerie de Saumur, en remplacement de M. Fleury, retraité ; — M. Dujardin-Beaumetz, médecin major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Delcominète, promu ; — 4° *Au grade de médecin-major de 1re classe* : (Ancienneté). M. Fournier, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Briançon, en remplacement de M. Blanche, mis en non activité pour infirmités temporaires ; — (Choix). M. Gérard, médecin-major de 2e classe au 10e régiment de dragons en remplacement de M. Hurst, promu ; — (Ancienneté). M. Klec, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Dujardin-Beaumetz, promu.

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT a consacré sa dernière leçon à la description de l'*attaque hystéro-épileptique.*

Il a étudié d'une façon particulière les troubles de la vision chez les hystériques. Des projections électriques faites sous la direction du maître par MM. Regnard et Dubosc ont vivement intéressé les auditeurs. Nous continuerons, dans les prochains numéros, le compte-rendu des leçons de M. Charcot, rédigé par notre ami M. Brissaud, interne du service et revu par le professeur.

Aux renseignements que nous avons déjà donnés (V. numéros 51, 52, p. 1009, 1026) relativement à ces leçons, nous ajouterons les suivants : M. Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tome I, page, 275 à 285 ; — Bourneville et Voulet : *De la contracture hystérique permanente* ; appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard ; — *Représentation d'après nature de la danse de Saint-Guy*, par Breughel (Charcot, t. 1, page 405, où l'on trouvera la fig. représentant le pèlerinage à Echternach) ; — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, dans laquelle on trouvera reproduite l'esquisse de la démoniaque de Rubens; des renseignements sur Nicole Aubry, la possédée de Laon; sur les possédées de Loudun et de Louviers, une étude sur les crucifiées; sur les incubes et succubes; sur Marie Alacoque, et les observations de la plupart des malades que M. Charcot a présentées à son cours ; — enfin, con-

sulter sur les stigmatisées : Bourneville : *Louise Lateau ou la stigmatisée belge.*

Hôpital Cochin. Clinique chirurgicale. —Le Dr A. Després, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 10 janvier et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

Cours de physiologie. — M. le Dr Fort fera ce cours deux fois par semaine, à la salle Gerson, le lundi et mercredi, à 4 heures. La première leçon aura lieu le lundi 5 janvier. (Entrée de la salle Gerson rue Rastaud, 2, place Gerson).

Cours d'anatomie. — M. Fort commencera une nouvelle série de leçons d'anatomie le mardi 6 janvier, à 4 heures, dans son amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2. Ces leçons sont destinées : 1° aux élèves du 2e de fin d'année et du 1er de doctorat (ancien régime) ; 2e aux élèves du 2e doctorat (nouveau régime) ; 3° aux élèves de 1re année (nouveau régime). S'adresser, 21, rue Jacob, chez M. Fort.

Cours de gynécologie. — M. le Dr de Sinéty commencera son cours à l'Ecole pratique le mardi 6 janvier à 5 heures, amphithéâtre n° 1, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

FORMULES

1. Médication tonique dans la fièvre typhoïde chez les enfants (Archambault).

La médication tonique est la plus applicable d'une façon générale, et cependant elle ne satisfait pas à tous les cas. Elle consiste tout d'abord dans l'administration, dès le début de la maladie, de boissons additionnées d'une certaine quantité de vin, le quart ou le cinquième, comme tisane ; si les enfants ne veulent pas la tisane de limonade qui est la plus généralement employée, on peut leur donner simplement du vin coupé avec de l'eau, ou bien encore du vin de Malaga au quinquina. En même temps, on administre quotidiennement une potion ainsi composée :

Julep gommeux.........	80	grammes.
Sirop de Limon.........	30	—
Eau de vie...........	20 à 30	—
Extrait de quinquina....	2	—

Enfin, à titre de tonique, M. Archambault donne très-souvent le sulfate de quinine à la dose de 20 à 30 centig. pour les enfants de sept à huit ans. (*Journ. de Méd. et de chir. prat.*)

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement expirait à cette date de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. — Nous avons l'honneur de les prévenir qu'à partir de ce jour ils pourront nous adresser le montant de leur renouvellement, par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'auront aucuns frais à payer en sus du montant de leur renouvellement. En raison de la grande facilité que ce nouveau mode d'abonnement leur donnera nous prions nos abonnés, dont l'abonnement a pris fin* **le 31 décembre**, *de bien vouloir nous adresser de suite leur renouvellement.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions encore nos abonnés de joindre à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1879 de nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants.— Pendant la semaine finissant le 24 décembre 1879, on a déclaré 1077 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 21 ; rougeole, 5 ; scarlatine, 1 ; variole, 27 ; croup, 16 ; angine couenneuse, 16 ; bronchite, 63 ; pneumonie, 102 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 12 ; choléra nostras, » ; dysentérie, 1 ; affections puerpérales, 9 ; érysipèle, 8 ; autres affections aiguës, 241 ; affections chroniques, 521 dont 161 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 7 ; causes accidentelles, 27.

Muséum d'histoire naturelle. — *Chaire de physiologie générale.* — Par décret en date du 31 décembre 1879, M. Rouget, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de physiologie générale en remplacement de M. Claude Bernard, décédé.

Chaire nouvelle. — Par décret en date du 31 décembre 1879, il est créé au Muséum d'histoire naturelle une chaire de pathologie comparée. M. Bouley, membre de l'Institut, a été nommé professeur titulaire de ladite chaire.

Assistance publique. *Conseil de surveillance.* Par décret du 8 décembre 1879, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris : MM. Pont, conseiller à la Cour de cassation ; E. de Salveste, maître des requêtes au conseil d'Etat ; Carcenac, maire du 2e arrondissement ; Ferry, maire du 9e arrondissement ; dr Bouchardat, administrateur du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement ; dr Dubrisay, adjoint au maire du 4e arrondissement ; dr Nicaise, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Mont-de-Piété. — Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 24 décembre, MM. Forest, membre du conseil municipal ; Nast, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique ; Fabien, ancien notaire, ont été nommés membres du conseil de surveillance du Mont-de-Piété de Paris.

Statistique municipale. — Le conseil municipal vient de réorganiser complétement le service de la statistique municipale, à la suite des rapports très bien étudiés de M. le Dr Lamouroux. Par un arrêté récent, M. Hérold vient de placer à la tête de ce service M. le Dr Bertillon, qui portera le titre de chef des travaux statistiques de la ville de Paris.

Faculté des sciences de Caen. — Par décret en date du 20 décembre 1879, M. Ditte, professeur de physique à la Faculté des sciences de Caen, est transféré, sur sa demande, à la chaire de chimie vacante à la dite faculté en remplacement de M. Pierri, nommé professeur honoraire.

Asile de Bron. — Le concours pour l'internat en pharmacie vient de se terminer par la nomination de M. Eymonnet.

Faculté de médecine de Nancy. — *Prix.* — *1re année :* Prix, M. Barbier ; — mention honorable, M. Collinet. — *2e année* : Prix, M. Hutin ; — mentions honorables, MM. Jacquinot, Mosimann, Petit. — *3e année :* Prix, M. Baur ; — mention honorable, M. Simon. — *4e année* : Prix, M. Weiss. — *Prix Bénit* : M. Thiébaut ; — mention honorable, M. Rohmer. — *Prix de thèse* : M. Hypolitte ; — mentions honorables, MM. Bagnéris, Bugnet, Lorber, Maguin, Sadler, Fiessinger ; — citations, MM. Larché, Savouret, Febvré, André, Riboulot.

Faculté des sciences de Marseille. — Par décret en date du 31 décembre 1879, il a été créé une chaire d'astronomie à la Faculté des sciences de Marseille ; M. Stephan, docteur ès-sciences, a été désigné pour en remplir les fonctions.

Bibliothèque des Internes de Bordeaux. — Les internes des hôpitaux de Bordeaux, viennent de fonder une bibliothèque de l'internat à l'hôpital Saint-André. C'est une idée utile et excellente ; il serait à désirer que cet exemple soit suivi dans les autres hôpitaux de province.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Ollivier, candidat républicain, a été élu, le 28 décembre 1879, membre du conseil général du département des Basses-Alpes pour le canton d'Entrevaux.

Nouveaux journaux. — Nous venons de recevoir le premier numéro de l'*Obstétrique*, journal publié sous la direction de M. le dr A. Mattei, professeur libre d'accouchements. Ce journal paraît tous les mois. Bureaux, 4, rue Thérèse.

Nécrologie. — M. Teillard, un des doyens de la médecine, vient de mourir en Corse, à l'âge de 95 ans. Il avait exercé les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'hôpital militaire de Bonifacio, de 1804 à 1860, époque où il prit sa retraite. Il s'était particulièrement distingué pendant l'épidémie de choléra, qui sévit en cette ville, en 1854. — Le Dr Louis Odier, ex-interne des hôpitaux de Paris, est décédé dernièrement à Lausanne. Né à Genève, en 1836, il partit en 1855 pour Paris où il fit ses études médicales ; rentré dans son pays, il fut nommé chirurgien en chef de l'hôpital cantonal après un brillant concours. Entre autres travaux, on lui doit des recherches sur la mortalité des nouveau-nés et sur la loi d'accroissement des nouveau-nés constatée par les pesées régulières. — M. Eudamidas Prud'hon, le dernier survivant des enfants de l'illustre peintre de ce nom est mort à Neuilly le 12 décembre dernier, à l'âge de 82 ans. Après avoir été élève de l'Ecole polytechnique, il se fit recevoir docteur en médecine et alla exercer la profession à Toul.

Cerveau complet de jeune idiote (dr Bourneville)............ 6 »
Cerveau complet de chien.................................... 1 25
Hémisphère gauche normal (réduit) (dr Mathias Duval)...... 2 »

Les prix ci-dessus sont pour les pièces prises au bureau du journal; pour l'expédition, le port en plus aux frais des destinataires.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

BOURNEVILLE et REGNARD. Iconographie photographique de la Salpêtrière. Cet ouvrage paraît par livraisons de 8 à 16 pages de texte et 4 photo-lithographies. Douze livraisons forment un volume. Les *deux premiers volumes* sont en vente.— Prix de la livraison: 3 fr.— Prix du volume: 30 fr. —Pour les *abonnés* du *Progrès médical*, prix de la livraison, 2 fr., prix du volume, 20 fr. —Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets; demi-reliure, tranche rouge, non rognés. — Prix de la reliure, 5 fr.

BOURNEVILLE et VOULET. De la contracture hystérique ou appréciation scientifique des miracles de Saint-Louis et de Saint-Médard. Paris, 1872. In-8 compacte de 105 pages. 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr.

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome I: Troubles-trophiques; — Paralysie agitante; — Sclérose en plaques; — Hystéro-épilepsie. Paris, 1875, 2e édition. In-8 de 428 pages avec 25 figures et 10 planches en chromo-lithographie. 13 fr.— Pour nos abonnés, 10 fr.

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome II: *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; — *De la compression lente de la moelle épinière* mal de Pott, cancer vertébral, etc.); — *Des amyotrophies* (paralysie infantile, paralysie spinale de l'adulte, atrophie musculaire protopathique, sclérose des cordons latéraux, etc.). — *Tabes dorsal spasmodique*; — *Hémichorée post-hémiplégique*; — *Paraplégies urinaires*; — *Vertige de Ménière*; — *Epilepsie partielle d'origine syphilitique*; — *Athétose*; — *Appendice, etc.* — Prix: 14 fr. — Pour nos abonnés, 10 fr.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Médecine*: M. le prof. G. Sée; chef de clinique, M. Oulmont; — M. Frémy: interne, M. Talamon; — M. Hérard: interne, M. Petit; — M. Oulmont: internes, MM. Oudin, Gilbert; — M. Moutard-Martin: interne, M. Doléris; — Empis: interne, M. Robert. — *Chirurgie*: M. le prof. Richet: internes, MM. Derignac, Trousseau, Bruneau; — M. le prof. Panas: internes, MM. Barette, Lacaze, Pousson; — M. Cusco: internes, MM. Mathieu, Bourcy. — *Hôtel-Dieu* annexe: M. Raymond: interne, M. Durand-Fardel.

Pitié. — *Médecine*: M. le prof. Lasègue: chef de clinique, M. Tapret; — M. Gallard: interne, M. Vermeil; — M. Dumontpallier: interne, M. Herbelin; — M. Peter: interne, M. Barth; — M. Brouardel: interne, M. Chauffard; — M. Lancereaux: interne, M. Gautier. — *Chirurgie*: M. le prof. Verneuil: internes, MM. Labbé, Routier, Bruchet; — M. Polaillon: internes, MM. Luizy, Ozenne, Chantemesse.

Cochin. — *Médecine*: M. Bucquoy: interne, M. Robert; — *Chirurgie*: M. Desprès: internes, MM. Assaky, Cochez, Rousseau; — M. Lucas-Championnière: interne, M. Carafi.

Charité. — *Médecine*: M. le prof. Hardy: chef de clinique, M. Dejerine; — M. Bernutz: interne, M. Cerné; — M. Vulpian: interne, M. Le-

tulle ; — M. Laboulbène : interne, M. Brocq ; — M. Desnos : interne, M. Ledoux-Lebard ; — M. Raynaud : interne, M. Leloir. — *Chirurgie* : M. le prof. Gosselin : internes, MM. Dubard, Guelliot, Thibierge ; — M. Trélat : internes, MM. Duplaix, Berthaut.

Saint-Antoine. — *Médecine* : M. Mesnet : interne, M. Gille — M. Cornil : interne, M. Brault ; — M. Dujardin-Beaumetz : interne, M. Desnos ; — M. d'Heilly : interne, M. Fontaine ; — M. Hayem ; interne, M. Galliard ; — M. Rigal : interne, M. Juhel Rénoy ; — M. Duguet : interne, M. Faisans. — *Chirurgie* : M. B. Anger : internes, MM. Bellangé, Guinard, Blé ; — M. Perier : internes, MM. Babinski, Jamin.

Necker. — *Médecine* : M. le prof. Potain : chef de clinique, M. Barié ; — M. Delpech : interne, M. Diéterlen ; — M. Blachez : interne, M. Vimont ; — M. Ollivier : interne, M. Béclère. — *Chirurgie* : M. le prof. Broca : internes, MM. Girou, Marie, Olivier ; — M. Guyon : internes, MM. Féré, Rousseau, Boursier.

Beaujon. — *Médecine* : M. Millard : interne, M. Mercklen ; — M. Guyot : interne, M. Leduc ; — M. Gombault : interne, M. Laurent ; — M. Féréol : interne, M. Laurand. — *Chirurgie* : M. Le Fort : internes, MM. Ramonat, Jouin, Boulay ; — M. Tillaux : internes, MM. Ovion, Bertheux.

Lariboisière. — *Médecine* : M. Jaccoud : interne, M. Weil ; — M. Siredey : interne, M. Legendre ; — M. Proust : interne, MM. Comby, Verchère ; — M. Bouchard : interne, M. Gaucher ; — M. Constantin Paul : interne, M. Bénard ; — M. Fernet : interne, M. Defontaine ; *Chirurgie* : M. Labbé : internes, MM. Michaux, Delpeuch, Sainton ; — M. Duplay : internes, MM. Brun, Havage, Netter, Guiard.

Tenon. — *Médecine* : M. Gérin-Roze : interne, M. Siredey ; — M. Hallopeau : interne, M. Stackler ; — M. Grancher : interne, M. Germont ; — M. Dieulafoy : interne, M. Raymondaud ; — M. Straus : interne, M. Karth ; — M. Rendu ; interne, M. Josias. — *Chirurgie* : M. Th. Anger : internes, MM. de Brun du Bois-Noir, Malécot, Soyer ; — M. Delens : internes, MM. Gilson, Guiher, Philippe-Lavallée.

Laënnec. — *Médecine* : M. Ball : interne, M. Geffrier ; — M. Ferrand : interne, M. Thurier ; — M. Damaschino : interne, M. Variot ; — M. Legroux : interne, M. Boiteux. — *Chirurgie* : M. Nicaise : interne, MM. Hache, Launois.

Saint-Louis. — *Médecine* : M. Hillairet : interne, M. Suchard ; — M. Lailler : interne, M. Poulin ; — M. Guibout : interne, M. Liandier ; — M. Vidal : interne, M. de Marignac ; — M. Besnier : interne, M. Hanequin ; — M. Fournier : interne, M. Barthélemy. — *Chirurgie* : M. Péan ; internes, MM. Martinet, de la Personne, Schmitt ; — M. Le Dentu : internes, MM. Bastard, Garcia-Lavin, Gauchos.

Midi. — *Médecine* : M. Simonet : interne, M. Ollive ; — M. Mauriac : interne, M. de Gastel. — *Chirurgie* : M. Horteloup : interne, M. Gibier.

Lourcine. — *Médecine* : M. Martineau : interne, M. Binet ; — M. Gouguenheim : interne, M. Broussin. — *Chirurgie* : M. Terrillon : interne, M. Auvard.

Enfants-Malades. — *Médecine* : M. Bouchut : interne, M. Jousset ; — M. Labric : interne, M. Leroux ; — M. Archambault : interne, M. Savard M. Jules Simon : interne, M. Gastaud ; — M. Descroizilles : interne, M. Pioger. — *Chirurgie* : M. de Saint-Germain ; internes, MM. Poirier, Labbé Donatien.

Sainte-Eugénie. — *Médecine.* — M. Bergeron : interne, M. Süss ; — M. Triboulet : interne, M. Bouley ; — M. Cadet de Gassicourt : interne, M. Leclerc. — *Chirurgie* : M. Lannelongue : internes, MM. Ménard, Coudray.

Cliniques. — M. le prof. Depaul : chef de clinique, M. Budin.

Santé. — *Médecine* : M. Labbé : interne, M. Méricamp ; — M. Lecorché : interne, M. Lallesque. — *Chirurgi* : M. M. Sée : internes, MM. Gireaudeau, Lavergne ; — M. Cruveilhier : internes, MM. Walther, Boissard.

Maternité. — M. Hervieux : interne, M. Bar ; — M. Tarnier : interne, M. Labat.

Bicêtre. — *Médecine* : M. Debove : internes, MM. Capitan, Salat ; — M. Falret : internes, MM. Ferrand, Chambellan ; — M. Voisin : internes, MM. de Gennes, Millet (Pierre) ; — M. Bourneville : internes, MM. d'Olier, Négel. — *Chirurgie* : M. Gilette : internes, MM. Huë (A.), Meunier, Mercier.

Salpêtrière. — *Médecins* : M. Charcot : interne, M. Ballet ; — M. Luys : interne, M. Damalix ; — M. Moreau : interne, M. Touaille de Larabric ; — M. Legrand du Saule : interne, M. Berne. — *Chirurgie* : M. Terrier : interne, M. Luc.

Enfants-Assistés. — M. le prof. Parrot : chef de clinique, M. Dreyfus-Brisac ; — M. Guéniot : interne, M. Haranger.

Ménages. — M. Bernard : internes, MM. Clément, Millet (Joseph).

Incurables. — M. Audhoui : internes, MM. Bourdel, Gallois.

Sainte-Périne. — M. Gouraud : internes, MM. Bernard, Cayla.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 2. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 10 JANVIER 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — **M. J. PARROT.**

Leçon inaugurale.

(4 décembre 1879).

Messieurs,

En inaugurant, comme professeur de la Faculté de médecine de Paris, la chaire de clinique des maladies de l'enfance, je veux que mes premières paroles soient le témoignage de ma gratitude envers ceux qui l'ont fondée et qui m'y ont placé. — Je remercie d'abord le précédent ministre de l'instruction publique, M. Bardoux, qui, s'inspirant des besoins et des vœux de la Faculté, a obtenu la création de cet enseignement de la libéralité des Chambres, toujours prêtes aux sacrifices exigés par l'instruction nationale.

Le ministre avait le droit de pourvoir à cette place par une nomination directe. Il ne l'a pas fait; et sans aliéner sa prérogative, il a voulu s'éclairer de l'avis des plus compétents et des plus intéressés; il a consulté les professeurs de l'Ecole de médecine qui, entre les cliniciens désignés à leurs suffrages par la spécialité de leurs titres, ont choisi celui qui était le plus près d'eux, et que, par un vote antérieur, ils avaient déjà fait leur collègue. Je les en remercie cordialement et je m'efforcerai de justifier cette marque de haute et d'amicale estime.

En possession de la chaire, j'ai désiré, je vous dirai tout à l'heure pourquoi, qu'elle fût installée à l'hospice des Enfants assistés où nous sommes; mais cela n'allait pas de soi; et plus d'une bonne volonté m'est venue en aide, pour la réalisation de ce projet. Au nombre des efficaces soutiens de mon œuvre, je suis heureux de compter M. le doyen Vulpian et M. Michel Möring, le directeur de l'assistance publique, toujours prêt à mettre son influence et son autorité au service du corps médical et de l'instruction des élèves de nos hôpitaux. Bien d'autres encore m'ont secondé; et je ne saurais oublier l'intérêt si bienveillant de l'ancien président du Conseil général de la Seine, M. le docteur Thulié. Enfin, je veux, en terminant cet acte de gratitude, dire au directeur de notre maison, M. Lafabrègue, combien je lui suis reconnaissant de sa collaboration si active et si dévouée.

Dans cette leçon inaugurale, je ne vous entretiendrai ni de malades ni de maladies. Je la consacrerai à vous dire quelques mots de l'utilité de cette chaire; de l'avantage de son installation à l'hospice des Enfants assistés; et de la méthode que je compte suivre dans mon enseignement.

De l'utilité, de la nécessité de cette chaire, est-il nécessaire de vous parler, à vous, étudiants français? N'est-ce pas dans notre pays, que la clinique des maladies de l'enfance, comme d'ailleurs presque toutes celles des autres spécialités médicales, a pris naissance? — Et si, pour avoir négligé d'adapter à notre génie les méthodes et l'outillage mis par la science moderne au service des médecins, nous avons perdu momentanément la direction du progrès; désormais, grâce à de promptes, à d'importantes réformes, nous sommes prêts pour le travail. Travaillons donc; et bientôt, nos hôpitaux d'enfants, ces incomparables laboratoires de pédiatrique, deviendront des foyers d'études et de productions dignes de faire suite à celles des praticiens qui nous y ont précédés : à celles de Bertin, d'Andry, de Baudelocque, de Denis, de Billard, de Guersant, de Valleix, de Trousseau, de Legendre, de Rilliet, de Giraldès, pour ne parler que de ceux qui ne sont plus.

Non! vous n'avez pas besoin qu'on vous éclaire sur l'utilité de cette institution nouvelle; toutefois, s'il restait là-dessus quelques doutes dans votre esprit, je crois pouvoir les dissiper sans peine.

J'affirme d'abord qu'il y a des maladies propres à l'enfance; et je ne saurais trop m'élever contre une phrase du Manuel de MM. Despine et Picot; où il est dit : — Que ces maladies, à proprement parler n'existent pas; que toutes celles étudiées chez l'adulte peuvent se rencontrer avant 15 ans; et que les affections des enfants, si l'on excepte celles des nouveau-nés, atteignent aussi parfois les sujets plus âgés. — Cela n'est pas juste; car, d'une part, les jeunes enfants sont à l'abri de certaines affections de l'adulte, telles, par exemple, que les lésions artérielles et les névralgies; et, d'un autre côté, il est des maladies, comme l'œdème et l'ictère des nouveau-nés, l'athrepsie et la syphilis héréditaire, que l'on ne rencontre jamais en dehors des premiers mois, ou des premières années de la vie. Mais ce n'est pas tout; et certains états morbides, sans appartenir exclusivement à l'enfance, s'y manifestent avec une fréquence si exceptionnelle et empruntent au jeune âge des sujets une modalité si spéciale et parfois si caractéristique, qu'on peut, jusqu'à un certain point, les considérer comme faisant partie de son domaine propre. Telles sont : le croup, la varicelle, la coqueluche, la méningite tuberculeuse; et bien d'autres encore que je pourrais citer s'il y avait quelque utilité à le faire.

Certaines maladies sont donc particulières à l'enfance; et d'autres, sans lui appartenir exclusivement, s'y montrent avec une prédilection incontestable et avec une physionomie propre. — Vous allez voir que toutes, elles sont très fréquentes, très meurtrières, et que les plus redoutables, sont précisément celles qui constituent son apanage exclusif.

Cela n'a pas échappé à M. Charles West. Un tiers de vos malades, disait-il naguère à ses auditeurs, sera composé d'enfants; et parmi la population infantile, un cinquième meurt dans l'année qui suit la naissance et un tiers avant cinq ans.

Ce que l'expérience clinique a appris au médecin de Londres, les statisticiens nous le démontrent mathématiquement. — La dîme mortuaire, suivant l'expression de M. le docteur Bertillon, c'est-à-dire la probabilité de mort sur mille survivants au début de chaque période de la vie, est excessivement élevée dans le jeune âge, comme le montrent les tableaux suivants :

Mortalité annuelle par 1000 personnes de chaque âge.

	Hommes	Femmes	Deux sexes		Hommes	Femmes	Deux sexes
0 à 1 an.	222	187.40	205	45 à 50 .	13.41	12.09	12.75
1 à 2 .	61.90	60.13	61.20	50 à 55 .	18	16.05	17.03
2 à 3 .	35.10	34.75	34.90	55 à 60 .	24.05	21.40	22.70
3 à 4 .	23.35	23.50	23.35	60 à 65 .	37.85	34.45	36.10
4 à 5 .	16.75	17	16.80	65 à 70 .	52.60	51	51.77
5 à 10 .	8.44	8.84	8.63	70 à 75 .	81	83.70	82.41
10 à 15 .	5.07	6.05	5.51	75 à 80 .	129.50	125.90	127.60
15 à 20 .	6.94	7.76	7.35	80 à 85 .	212.40	99.101	209.80
20 à 25 .	10.60	9	9.78	85 à 90 .	273.10	264.20	268.20
25 à 30 .	8.40	9.20	8.80	90 à 95 .	311.50	308	309.10
30 à 35 .	8.44	9.80	9.11	95 à 100 .	402.30	36.103	360
35 à 40 .	9.03	9.86	9.41	100 à ∞ .	474.30	584	354.60
40 à 45 .	11.18	11.04	11.10				

0 à 15 ans : hommes 29.65, femmes 27.39, ensemble 28.4.

Mortalité de la 1re année de vie. — France entière.

		GARÇONS	FILLES	ENSEMBLE
De 0 à 7 jours ..	Avec addition des faux mort-nés............	40.7	32.6	37.5
De 8 à 15 jours ..	....	25.19	20	22.6
De 15 à 1 mois...	Semaine moyenne.......	13.15	11.17	12.2
De 0 à 1 mois...	Avec addition des faux dn.	90.8	73.1	82.3
De 1 à 3 mois...	Mois moyen...........	20.4	17.07	18.6
De 3 à 6 mois...	Id. Id.	12.1	10.17	11.14
De 6 à 12 mois...	Id. Id.	8.58	7.7	8.1
De 0 à 1 an	Id. avec correction année entière............	202.3	172	187.5
De 0 à 1 an	Id. avec correction, mois moyen............	16.85	14.33	15.6

Le premier tableau nous prouve que c'est aux deux extrémités de la vie, c'est-à-dire dans la première enfance et dans l'extrême vieillesse, que le danger de mort est à son maximum. Il dépasse 200 pour 1000, dans l'année qui suit la naissance ainsi que dans la quatre-vingtième. Dans la seconde, il est trois fois moindre. De 10 à 15 ans, il atteint à peine 5 pour 100; et après être resté stationnaire, de 5 à 45 ans, il reprend un croît accéléré.

Le second tableau, où sont multipliées les divisions du temps pour la première année, où la mortalité est calculée par semaines d'abord, puis par groupes de mois, nous montre qu'elle est à son maximum dans les sept jours qui suivent la naissance; et que tout en restant très élevée dans les septenaires suivants, elle y décroît constamment.

Ces faits sont rendus plus saisissants, par le diagramme ci-contre que j'emprunte à M. Bertillon. (*Fig. 3.*)

Vous voyez, par le nombre des victimes qu'elles font, combien sont importantes les maladies de l'enfance, quel vaste champ elles offrent à vos investigations, à votre sagacité et de quelle puissance sera votre intervention, lorsqu'il faudra les combattre.

Après cela, je ne crois pas devoir m'attarder plus longtemps, à la démonstration que je vous avais promise, de la nécessité d'un enseignement de la clinique infantile.

Mais on me dit : nous ne contestons pas l'utilité de cet enseignement, donné d'ailleurs depuis longtemps, avec beaucoup d'autorité et de succès, par les médecins des hôpitaux consacrés à l'enfance; ce qui nous semble inopportun, c'est l'institution d'une chaire magistrale. — A cela, je répondrai, avec mon collègue, M. le professeur L. Le Fort, qu'une chaire, occupée par un professeur titulaire, répond, non seulement aux besoins de l'enseignement, mais encore aux conditions, sinon aux exigences du progrès scientifique. Aujourd'hui, en effet, la clinique des maladies de l'enfance, est enseignée officiellement dans un grand nombre de villes : à Vienne, à Berlin, à Leipzig, à Prague, à Munich, à Bâle, à Berne, etc., par des professeurs titulaires, placés hiérarchiquement dans les mêmes conditions que leurs collègues. — Il était nécessaire que la France, où l'on a tant fait, comme je vous le disais tout à l'heure, pour la pathologie spéciale, et qui, naguère encore, était le rendez-vous de tous ceux qui désiraient l'étudier cliniquement, ne restât pas plus longtemps en arrière des autres pays. Pour cela, l'on devait permettre à ceux qui consacrent leur vie à l'étude de ces spécialités, d'atteindre à la hauteur des personnalités étrangères. Or, le meilleur, le seul moyen de le faire, était de créer pour ces enseignements spéciaux, des chaires magistrales. C'est ce qui a été fait pour la clinique infantile.

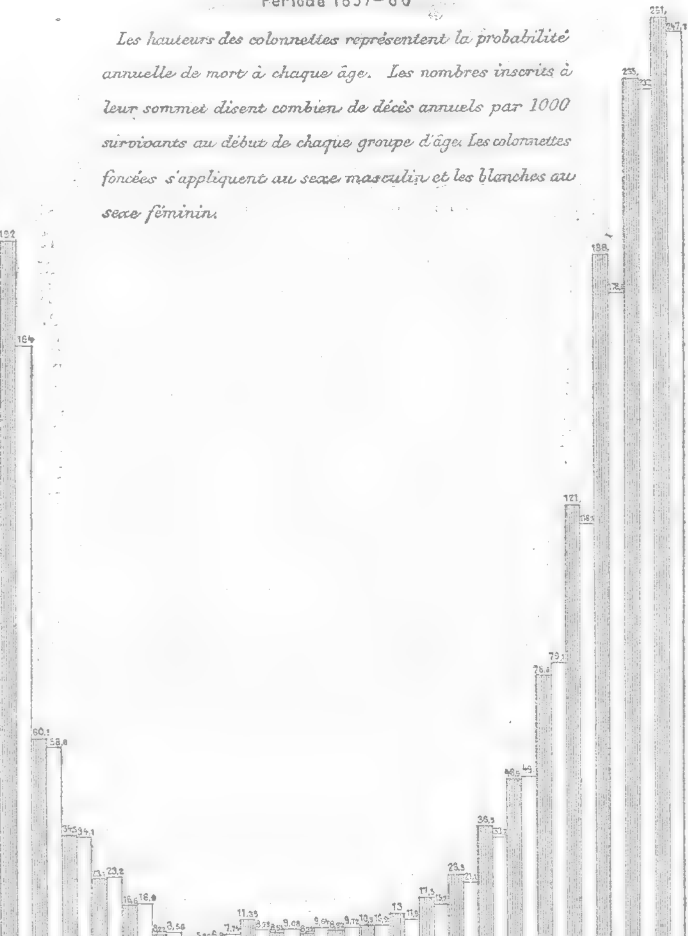
L'installation de cette chaire, à l'hospice des Enfants assistés est justifiée, vous allez le voir, par la comparaison de cet établissement avec les autres hôpitaux d'enfants. Ce parallèle nous montre, en effet, que les matériaux d'étude y sont mieux appropriés que partout ailleurs, à la spécialité de l'enseignement.

Rue de Sèvres et à l'hôpital Sainte-Eugénie, il entre un

DIAGRAMME DE LA MORTALITÉ

par âge et par sexe en

FRANCE.



(*Fig. 3.*)

grand nombre de malades, et la consultation externe, y est très achalandée, cela est incontestable; mais la population des salles est exclusivement recrutée parmi des sujets audessus de deux ans. Il ne s'y trouve donc pas d'enfants du premier âge.

En vous rappelant les tables de mortalité que je viens de vous présenter, vous saisirez toute l'importance de ce fait. Vous y avez lu, en effet, que les véritables enfants, ceux dont les affections sont le plus spéciales et le plus meurtrières, sont précisément ces sujets de un jour à deux ans, qui font ici complètement défaut. Cette lacune, considérable et irrémédiable, suffit à rendre ces deux hôpitaux impropres à l'établissement de la clinique infantile proprement dite.

Et les nourrices, — que l'on ne saurait séparer des enfants; qu'il faut étudier non seulement dans leur rôle physiologique, mais encore au point de vue des affections dont elles peuvent être atteintes; — elles y font aussi complètement défaut. Au contraire, dans notre hospice passent chaque année 500 de ces femmes, venant de la Bretagne,

de l'Allier, de l'Auvergne, du Nord, de la Sarthe et de la Bourgogne. Quant aux enfants malades de tout âge, ils y abondent. Voici par exemple les résultats que nous donne l'année 1878. Sur 5,605 admissions, il y a eu 1,141 entrées à l'infirmerie. Dans ce nombre je trouve 221 sujets de 1 à 15 jours — 556 au-dessous d'un an, et 354 de trois à douze ans. — Pour ce qui est des maladies les plus redoutables, les chiffres suivants vous permettront d'en apprécier la fréquence. Il y a eu 118 cas de syphilis héréditaire, 91 d'athrepsie, 87 de rougeole, 50 d'angine diphthéritique et de croup, 47 de broncho-pneumonie, 26 d'œdème, 6 de variole, etc.

	Entrés à l'infirmerie									Guéris ou rendus aux parents.	Décédés								
	De 1 à 15 jours.	De 15 à 30 jours.	De 1 à 3 mois.	De 3 à 6 mois.	De 6 mois à 1 an.	De 1 à 3 ans.	De 3 à 6 ans.	De 6 à 12 ans.	Total		De 1 à 15 jours.	De 15 à 30 jours.	De 1 à 3 mois.	De 3 à 6 mois.	De 6 mois à 1 an.	De 1 à 3 ans.	De 3 à 6 ans.	De 6 à 12 ans.	Total
Syphilis	10	11	26	44	44	33	3	2	173	55	6	6	16	37	36	16	»	1	118
Athrepsie	51	19	13	11	8	3	2	1	108	17	47	18	10	9	5	2	»	»	91
Rougeole	3	1	7	3	23	83	64	20	204	117	1	»	4	2	15	43	21	1	87
Variole	»	2	1	1	»	1	2	6	13	7	»	»	1	1	»	1	1	2	6
Varicelle	»	»	»	»	»	»	4	4	8	8	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Eczéma	»	»	1	1	1	»	1	1	5	3	»	»	1	»	1	»	»	»	2
Erysipèle	2	3	»	»	1	»	»	4	10	5	2	2	»	»	1	»	»	»	5
Broncho-pneumonie	3	1	4	4	15	34	17	6	84	37	3	»	3	2	12	20	5	2	47
Pneumonie	3	»	»	»	1	»	2	6	12	8	3	»	»	»	1	»	»	»	4
Coqueluche	»	»	1	»	»	6	4	»	11	8	»	»	1	»	»	2	»	»	3
Angine diphthéritique	2	1	1	1	»	10	15	14	44	23	1	1	1	»	»	9	7	2	21
Croup	»	»	»	»	»	10	14	5	29	»	»	»	»	»	»	10	14	5	29
Œdème	23	2	1	»	1	»			27	1	11	1	1	»	1	»	»	»	26
Embarras gastrique	»	»	»	»	»	2	6	7	15	15	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Maladies diverses	13	7	4	1	2	17	18	23	85	61	4	1	2	»	2	4	5	2	24
	110	47	59	66	96	199	152	99	828	365	94	29	40	51	74	107	53	15	463

Sujets, admis à l'hospice, soit comme enfants assistés, soit comme enfants en dépôt.

	Admis	Malades	Guéris	Décédés
De 1 à 7 jours / De 8 à 15 jours	1505	221	127	94
De 15 à 30 jours	344	82	53	29
De 1 à 3 mois	293	78	38	40
De 3 à 6 mois	229	74	23	51
De 6 à 12 mois	440	101	27	74
De 1 à 3 ans	887	231	124	107
De 3 à 6 ans	762	207	154	53
De 6 à 12 et au-dessus	1153	147	132	15
	5665	1141	678	463

Voilà les tableaux, d'où j'ai tiré ces chiffres; vous y trouverez relativement à l'âge de notre population hospitalière et aux maladies qui la frappent, des renseignements, qui ne sont néanmoins fournis que pour une année, il est vrai, mais qui peuvent servir de type et de terme de comparaison.

Sur les deux points, qui, je vous l'affirme, sont capitaux, dans la question qui nous occupe, notre maison l'emporte donc sur les deux autres hôpitaux d'enfants. Il est vrai que les malades au-dessus de 5 ans, y sont relativement peu nombreux; mais cela ne constitue pas une infériorité notable; car c'est surtout à ces sujets que s'applique ce que l'on a dit et ce qui n'est pas très éloigné de la vérité, à savoir : que leurs maladies diffèrent peu de celles des adolescents et des adultes. D'ailleurs, parmi celles-ci, je viens de vous le dire : la rougeole avec toutes ses complications, la diphthérie, la coqueluche, les affections inflammatoires du poumon, ne nous font pas défaut.

Nous observons rarement la dothiénentérie et la chorée; mais c'est là une lacune qui, j'en suis convaincu, sera facilement comblée, grâce aux malades que nous fournira la consultation externe, récemment ouverte et qui déjà nous a présenté plus d'un cas intéressant.

Enfin il est un avantage que cet établissement ne partage avec aucun autre : c'est que l'on y peut faire presque toutes les autopsies; et comme la mortalité y est considérable, puisqu'elle s'est élevée en 1878 à 463, en moyenne il peut y être fait de 350 à 400 ouvertures cadavériques; et cela intégralement, sans qu'aucune entrave soit mise aux investigations les plus minutieuses. Je n'insiste pas, vous comprenez qu'il y a là une source féconde d'instruction.

On a dit que nous étions ici dans une situation excentrique; c'est une erreur!

Des renseignements exacts, que j'ai pris sur la zone particulièrement habitée par les étudiants, me permettent d'affirmer que nous sommes plus rapprochés d'eux, qu'on ne l'est rue de Sèvres. Ajoutez que prochainement va s'ouvrir tout à côté de nous, la clinique d'accouchements où se donnera un enseignement lié au nôtre; qu'à deux pas de nous se trouvent l'hôpital Cochin et celui du Midi; tous établissements, qui, par les études que l'on y fait, intéressent les mêmes étudiants; c'est-à-dire ceux qui touchent à la fin de leur scolarité.

Enfin, rappellerai-je, en faveur de l'hospice des Enfants assistés, que des travaux, des livres de premier ordre, sont sortis de son enceinte. C'est ici, en effet, que Lelut a si admirablement étudié le muguet, que Denis de Commercy, Billard et Valleix ont recueilli les matériaux de leurs remarquables traités.

Vous le voyez : après cet exposé des faits, après cette comparaison que je crois impartiale, entre l'hôpital de la rue de Sèvres et l'hospice des Enfants assistés, l'avantage reste à ce dernier : bien entendu au point de vue où je me suis placé, qui est celui de l'enseignement de la clinique des maladies de l'enfance.

Il me reste à vous dire de quelle manière j'entends cet enseignement et comment j'y procéderai.

Je suis bien résolu à faire de la clinique et non de la pathologie. Je ne toucherai à cette partie de la science, que rarement; et ce ne sera qu'après vous avoir montré un certain nombre de cas particuliers, après en avoir fait l'analyse, que, par un travail de synthèse et en manière de conclusion, je tirerai une formule didactique. — D'ailleurs, pour construire ces schémas pathologiques, j'utiliserai surtout les matériaux que nous aurons recueillis ensemble.

Laissant de côté les classifications méthodiques et artificielles auxquelles est condamnée la pathologie, je m'efforcerai de conserver à la clinique cette liberté d'allures, qui en est le caractère essentiel; et me tenant prêt à l'improvisation qu'elle exige, j'en subirai les hasards. De votre côté, vous accepterez également les jours de profusion et ceux de disette; et surtout vous ne dédaignerez aucun des cas qui passeront sous vos yeux; car pour le clinicien, comme pour le collectionneur, tout échantillon a sa place et son intérêt. S'il est utile, en effet, pour aborder une démonstration, de présenter des faits typiques, il faut bien se garder de négliger ceux où le mal se présente avec des caractères atténués; car non-seulement ce sont les plus fréquents; mais sans eux, l'on comprendrait mal les processus pathologiques et les enchaînements morbides.

Des larges horizons de la pathologie, je vous ferai descendre à la réalité des faits; des descriptions générales, aux personnalités morbides; de la théorie, je vous ferai passer à l'action, m'efforçant de développer en vous, la sagacité, le coup d'œil, la résolution.

Vous le voyez, mon enseignement sera par-dessus tout pratique; mais ne croyez pas que cela m'emprisonne dans la salle; que cela me restreigne aux dissertations sur le malade vivant. Non! il n'en saurait être ainsi; si je faisais cela, je remplirais incomplétement la mission qui m'est confiée; et je tomberais fatalement dans le défaut de ceux qui, ne redoutant pas le contrôle, procèdent par affirmations. Je veux vous initier aux difficultés, aux hésitations de la clinique, je ne veux pas vous imposer des dogmes; je ne veux pas être un professeur despote; surtout je ne veux pas être un professeur pontife. Certes! j'oserai formuler des diagnostics, mais je veux que, le cas échéant, ils soient contrôlés, que, chez vous, la confiance naisse de l'expérience.

Or, il n'y a, dans l'espèce, qu'un moyen de contrôle, qu'une pierre de touche des assertions formulées au lit du malade: c'est, quand ce malade succombe, son autopsie.

Pour cela, nous ferons ici de l'anatomie pathologique. Nous en ferons beaucoup, autant qu'il nous sera permis d'en faire; — avec le scalpel et le microscope. Elle vous renseignera sur les affections observées durant la vie et vous expliquera leur marche, par les traces qu'elles auront laissées sur les organes et dans les tissus. Cette place importante que, dans mon programme, je donne à l'anatomie pathologique, vous est une preuve certaine que je la considère comme une partie intégrante et indispensable de l'enseignement clinique. J'en suis convaincu à ce point; que, si l'on m'en interdisait l'usage, je renoncerais à ma chaire.

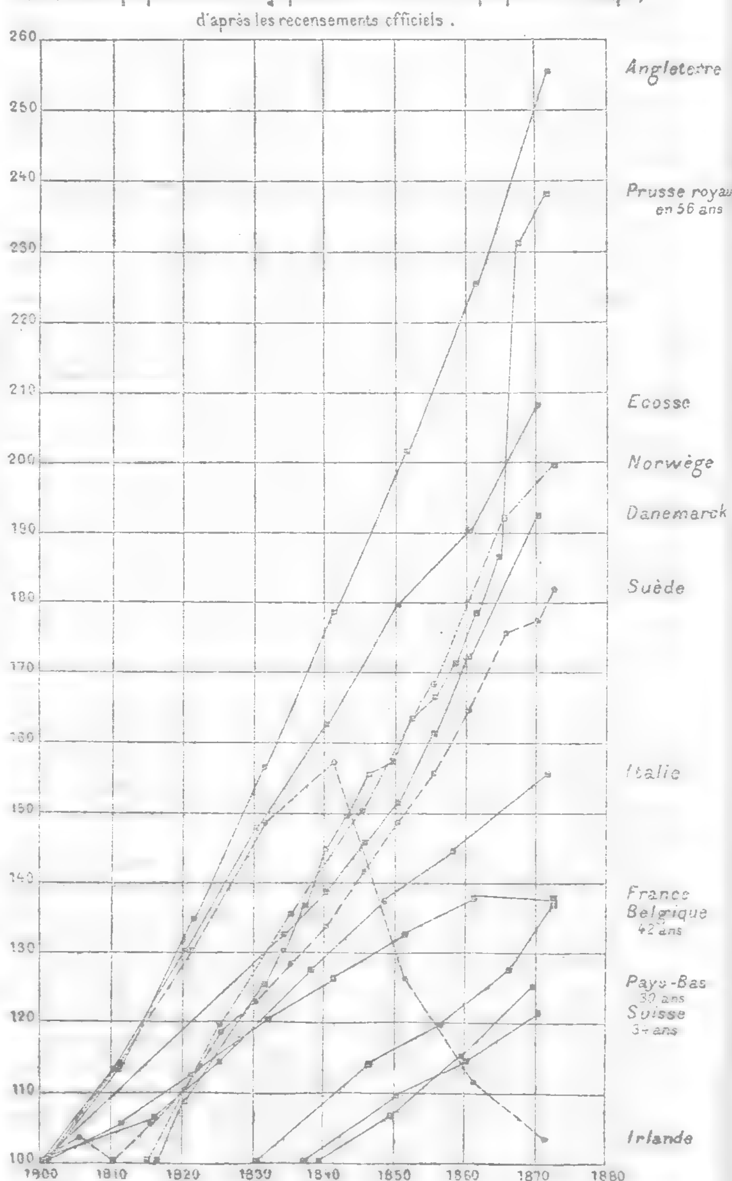
A ce précieux guide j'en associerai un autre, que je suivrai non moins rigoureusement: c'est l'*évolution*. Vous verrez comme elle éclairera notre marche et combien sûrement. C'est elle qui nous conduira le plus souvent jusqu'à la source des maladies; car c'est elle qui marque ces périodes critiques, où la vie des enfants court tant de risques; où, comme une armée en marche, elle est exposée aux attaques de l'ennemi; j'entends de ces affections qui fondent sur l'organisme parce qu'il est en mouvement, pour cesser d'être redoutables, dès qu'il a repris ses allures régulières.

L'évolution serait mal comprise de vous si je ne vous en montrais sur le vivant, à l'état de santé, les différentes étapes; les premières surtout qui vous sont moins familières. Je vous mettrai donc en contact avec des enfants très jeunes et bien portants; vous les toucherez, vous les prendrez dans vos mains, vous étudierez leurs attitudes, vous les verrez éveillés et durant leur sommeil, vous entendrez leurs cris de joie et de besoin; je vous les montrerai au sein de la nourrice et dans ses bras; en un mot, je vous familiariserai avec eux.

Pour vous initier à votre future pratique, je donnerai un soin particulier à la consultation externe. C'est là que vous apprendrez à interroger la mère ou toute autre personne chargée du soin de l'enfant; c'est là aussi, que vous recevrez des notions plus étendues de thérapeutique. Dans nos salles, en effet, les médications parfois les plus légitimes, les mieux indiquées, nous sont interdites. Comme vous le verrez, en effet, et pour ne citer que deux exemples, la peau dénudée par les vésicatoires s'ulcère, ou se couvre de diphthérie, et les préparations mercurielles donnent des diarrhées rebelles.

Enfin, je ne me contenterai pas de vous dire ce que je sais; je m'informerai parfois du degré de votre instruction, et un jour de la semaine sera consacré à vous demander des consultations sur les malades nouveaux. Je ne saurais trop vous engager à prendre part à ces exercices, qui rapidement feront de vous des médecins très capables d'aborder les difficultés de la pratique.

Tout cela je le ferai et vous m'aiderez à le faire. Je ne saurais donner trop de soins à votre instruction; et vous, vous ne sauriez mettre trop de zèle à utiliser les éléments d'étude que vous trouvez ici; car je vous le dis: notre pays



en détresse a besoin qu'on lui vienne en aide; et vous seuls pourrez ralentir sa chute, sur la pente fatale où il glisse.

Sachez, en effet, qu'en France la mortalité des enfants est à peu près aussi grande que chez la plupart des nations voisines; mais que la natalité, par une déchéance continue et rapide, est arrivée aujourd'hui à des proportions si basses que, tandis que l'accroissement par an, et par mille habitants, est chez les Allemands de 12 et chez les Anglais de 15, il n'est que de 3 dans notre pays. Aussi, comme le fait si justement remarquer, M. le Dr Bertillon, dans son remarquable travail sur la démographie de la France, celle-ci voit sa population diminuer chaque jour; et après avoir été la première des nations civilisées, par le nombre de ses habitants, elle ne vient plus aujourd'hui qu'au troisième rang et est fatalement condamnée à tomber encore beaucoup plus bas et à devenir une des moindres nationalités en Europe et sur la terre entière.

Ce n'est pas ici le lieu de rechercher les causes de cette décroissance de la natalité, liée à l'infécondité des ménages; je me contenterai de dire que les plus autorisés l'attribuent, pour une part considérable, à la diffusion de l'aisance et à la dissémination de la propriété terrienne. Aujourd'hui dans un nombre immense de ménages, la fécondité se calcule au prorata des revenus.

En attendant qu'à l'exemple du savant démographe que je vous nommais tout à l'heure, des plumes autorisées et des voix éloquentes et convaincues, prêchent la croisade contre ce mal moral, l'ennemi le plus redoutable de notre pays; en attendant que le patriotisme fasse échec à la stérilité préméditée et systématique; en attendant que l'épargne de l'argent, se transforme en production d'hommes; nous, messieurs, ne pouvant extirper le mal, efforçons-nous, au moins, d'en atténuer les effets; et puisque la genèse des enfants est insuffisante à combler les vides que font les maladies dans nos populations, diminuons la part de celles-ci; et pour cela, apprenons à les vaincre et surtout à les prévenir. La mort fait son œuvre; mettons-nous à la nôtre. — Quelle noble mission, que celle qui vise ainsi, par la conservation de ses enfants, le salut de la patrie! Je n'en connais pas de plus grande. C'est à la préparer et à l'accomplir, que je vous convie, dans ce jour où j'inaugure officiellement la clinique des maladies de l'enfance. Ne restez pas sourds à mon appel. — Quant à moi, tout ce que je puis avoir de temps, de savoir, de force, d'énergie, je le donnerai à cette œuvre de salut commun; oui! je ferai cela pour l'amour de vous, pour l'amour de la patrie, pour l'amour de l'humanité.

ANATOMIE GÉNÉRALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — **M. J. RENAUT.**

Leçon d'ouverture. — L'anatomie générale comparée et les sciences médicales (1).

Voici donc, Messieurs, le type adulte, (c'est-à-dire la forme la plus élevée du tissu de la corde dorsale), parfaitement déterminé par une simple recherche d'anatomie générale comparée. Mais quelle est la valeur anatomique générale, la signification morphologique exacte de ce tissu? C'est encore ici l'histologie comparée qui nous permettra de résoudre le problème. Nous aurions beau chercher parmi les tissus de l'organisme des mammifères, un tissu similaire à celui de la corde dorsale, considéré soit dans sa forme embryonnaire (chorda du têtard), soit dans sa forme adulte (chorda des cyclostomes). Pour trouver quelque chose d'analogue aux éléments anatomiques de la notocorde, il faut descendre jusqu'aux batraciens anoures.

A la partie inférieure du tendon d'Achille de ces animaux, on trouve un noyau lenticulaire cartilaginiforme d'aspect, développé au sein et aux dépens du tissu fibreux du tendon. Le long des tendons fléchisseurs des doigts on en trouve d'autres analogues de structure et d'apparence. Le premier a été surtout étudié par une série d'observateurs, notamment par F. Boll, Von Torök, par moi-même et enfin par mon maître M. Ranvier. Le tissu de ce singulier sésamoïde cartilaginiforme est très analogue à celui de la corde dorsale embryonnaire du têtard de grenouille. Les faisceaux connectifs du tendon se divisent à son niveau pour former des loges multiples ayant chacune une paroi propre hyaline, constituée par la transformation des faisceaux fibreux devenus très minces et modelés en une membrane d'une délicatesse extrême. Chaque loge renferme une cellule globuleuse constituée par une substance molle analogue à celle du corps vitré, le noyau est refoulé à la périphérie. Sur un point du globe cellulaire ainsi formé existe un amas distinct de granulations protoplasmiques sur lequel a insisté M. Ranvier. Enfin, comme celles de la corde dorsale, ces cellules sont d'une délicatesse extrême, tous les réactifs les rétractent. Voilà certes une singulière production, émanant évidemment d'une transformation particulière du tissu fibreux du tendon, comme je l'ai démontré, je crois, il y a plus de sept ans dans un travail auquel je suis forcé de vous renvoyer pour les détails (1). Plus récemment j'ai été amené à réunir ce tissu cartilaginiforme, véritable édification particulière du tissu fibreux, avec le tissu chondroïde abondamment répandu dans les parties fibreuses du squelette des oiseaux et avec la notocorde, pour en former un groupe anatomique distinct que j'ai nommé *tissu chordonien* à cause de ses nombreuses analogies avec celui de la corde dorsale. Mais la signification d'un pareil système, réduit, dans la plupart des organismes, à des rudiments insignifiants, m'échappait encore dans ce qu'elle a de plus général. C'est que, Messieurs, il fallait pousser plus loin que jusqu'aux batraciens, aux oiseaux, et aux poissons, l'analyse histologique comparée. Il fallait encore un terme anatomique pour achever de rendre possible la discussion du tissu, et j'avais négligé ce terme.

L'on sait parfaitement aujourd'hui, Messieurs, que certains genres supérieurs de la classe des mollusques présentent avec les vertébrés un grand nombre d'affinités organiques. Certains se rapprochent suffisamment des vertébrés proprement dits, c'est-à-dire des animaux pourvus d'un sang chargé de globules rouges imprégnés d'hémoglobine, pour qu'on en ait fait des êtres proches parents de ces derniers, des *provertébrés* pour ainsi dire. L'amphioxus, par exemple, est de ce nombre. J'ai montré ailleurs que la prétendue corde dorsale de cet animal est plutôt analogue à la plume d'un calmar qu'à une véritable notocorde, il est cependant certain qu'il existe, dans l'organisation de certains mollusques, des analogies étroites avec celle des vertébres proprement dits. Cette analogie se poursuit dans les tissus, et, en anatomie générale comparée, l'analyse de ces derniers devient souvent fort utile pour la solution des questions. Elle est indispensable si l'on veut comprendre la signification morphologique générale du tissu de la corde dorsale.

Dans l'épaisseur de la lame de tissu fibreux qui entoure et soutient extérieurement le tractus intestinal de l'escargot ordinaire (Helix Pomatia : mollusques gastéropodes), dans les cloisons également fibreuses qui pénètrent entre les culs de sac multifides de son foie ramifié, se rencontrent des bandelettes nombreuses constituées par un tissu hyalin, translucide, élastique, et analogue à l'œil nu au corps vitré. Ce tissu est exactement formé de la même façon que le nodule sésamoïde du tendon d'Achille des grenouilles : même disposition du tissu fibreux, mêmes éléments cellulaires transparents, délicats, globuleux, même noyau plat nucléolé refoulé près de la surface. Enfin, caractère de la plus haute importance, même amas isolé, distinct, de granulations protoplasmiques volumineuses sur un point de l'élément partout ailleurs constitué par du protoplasma transparent comme le verre. L'*identité* de

(1) Voir le n° 52 de 1879 et le n° 1 de 1880.

(1) Sur la transformation vésiculeuse des éléments cellulaires des tendons, *Archives de physiologie*, 1872.

forme entre les éléments des tractus interorganiques de l'escargot et ceux du nodule sésamoïde du tendon d'Achille d'une grenouille est telle, que ces éléments, dissociés et traités de la même façon dans deux préparations examinées l'une après l'autre, ne sauraient être distinguées par l'histologiste le plus exercé.

On connaissait déjà grossièrement ces cellules (cellules muqueuses) de la charpente fibreuse interne des mollusques gastéropodes, mais jusqu'ici, que je sache, personne n'avait remarqué les analogies singulières que je viens d'indiquer. Or, les bandes hyalines pénètrent partout dans les organes splanchniques de l'escargot avec le tissu fibreux qui les renferme et dont elle émanent. Partout où des *points de soutien* deviennent nécessaires elles apparaissent ou se renforcent pour les former. En un mot, *elles constituent un véritable système de squelette interne*, fourni par une modification particulière du tissu fibreux, très développé chez les mollusques dont je vous entretiens.

Messieurs, ce squelette hyalin n'est nulle part plus développé, chez l'escargot commun, que le long des nerfs sans myéline et des centres nerveux ganglionnaires qui forment le collier œsophagien. Il se poursuit le long des cordons nerveux, qu'il entoure de véritables tubes solides. Il forme au système nerveux tout entier un squelette tubulaire qui le protège et le soutient.

Vous pouvez, à l'aide de ces données, discuter maintenant la signification morphologique générale du tissu chordonien des animaux supérieurs. Ce tissu qui naît au sein même et par une modification relativement simple du tissu fibreux *représente véritablement le squelette interne, hyalin*, et pour ainsi dire *primordial*, des mollusques gastéropodes. Mais au lieu d'être, chez les vertébrés, un système de soutènement définitif, il n'entre plus dans l'organisme de ces derniers qu'à l'état de production transitoire. Pour faire la première pièce du squelette d'un poisson, d'un reptile, d'un oiseau ou d'un mammifère, la nature, comme par une sorte de *ressouvenir morphologique*, crée la corde dorsale sur le type du tissu général de soutènement des êtres inférieurs. Elle *copie* le tissu du squelette interne des mollusques.

Voilà pourquoi, Messieurs, le tissu de la corde dorsale paraît si différent de ceux qui formeront plus tard le squelette définitif. Faute d'avoir analysé le tissu cartilaginiforme des mollusques gastéropodes, nous n'aurions aucune idée de sa signification morphologique exacte. Maintenant nous comprenons comment l'axe rachidien primitif se relie à la série des autres tissus du squelette, pourquoi il disparaît devant le développement des tissus perfectionnés du squelette des vertébrés, en laissant çà et là, au sein du tissu fibreux, des productions qui sont comme le signe rudimentaire de son existence antérieure, et dont le nodule sésamoïde du tendon d'Achille de la grenouille offre l'exemple le plus remarquable et le mieux connu.

Je pourrais aller plus loin dans cette analyse, et vous montrer, à l'aide de quelques développements, les analogies que présentent, avec le tissu du squelette primordial, certaines portions du squelette fibreux qui suit les nerfs, de leur origine à certaines de leurs terminaisons. Mais ce que je viens de dire suffira, je crois, pour vous bien faire concevoir l'importance de l'analyse histologique comparée dans les recherches, et je pourrais dire dans les découvertes que l'on peut faire en anatomie générale.

J'aurai du reste, Messieurs, dans la suite de ces leçons, l'occasion de vous montrer par d'autres exemples l'importance de la méthode de recherches et de discussion que j'ai adoptée.

Ainsi, vous verrez comment l'étude seule des muscles striés des insectes permet d'arriver à la notion du type le plus complet et le plus élevé de la fibre musculaire à contraction brusque. L'analyse histologique de la fibre musculaire des coléoptères peut seule conduire à la notion du *segment contractile compliqué*, muni de trois disques épais contractiles et de trois disques minces élastiques. Pour prendre un autre exemple, vous n'aurez une bonne idée des modifications du cartilage, corrélatives à l'ossification, que lorsque vous connaîtrez les groupes isogéniques du cartilage des plagiostomes, et les changements qu'ils éprouvent quand arrivent à leur contact les vaisseaux ossificateurs.

IV.

L'importance de l'anatomie générale comparée comme méthode scientifique a été, je l'espère, rendue évidente par ce qui précède ; il n'en est pas de même de son intérêt purement médical. Ce dernier n'est pas, je l'avoue, immédiatement saisissable. A priori, il est difficile de concevoir comment l'étude des mollusques, par exemple, peut servir de guide en pathologie et en clinique.

Lorsque l'on fait en détail l'étude du cartilage hyalin, on trouve, en poursuivant l'analyse dans la série, une forme tout à fait singulière de ce dernier. Le cartilage céphalique des céphalopodes n'est pas partout formé de capsules closes, disposées comme dans celui des vertébrés supérieurs. Chez le Calmar on reconnaît facilement qu'à la périphérie de chaque groupe isogénique coronaire, les capsules émettent des prolongements ramifiés remplis par une expansion arborisée du protoplasma cellulaire. Ordinairement le noyau hyalin qui occupe le centre du groupe isogénique n'est pas parcouru par ses prolongements ramifiés. Chez le poulpe commun, les ramifications sont plus irrégulières, plus nombreuses, les branches canaliculées parties des capsules s'anastomosent avec leurs similaires émanées de capsules voisines ; tout le cartilage prend l'aspect d'un tissu muqueux dont la substance fondamentale serait devenue cartilagineuse et hyaline. Ces faits nous montrent premièrement qu'il existe, dans la série des tissus, une forme de cartilage que l'on peut appeler *ramifié*. Mais en dehors de cette notion anatomique pure, quelle importance médicale ou médico-chirurgicale peut prendre, à un moment donné, une semblable conception ?

Vous avez tous entendu parler, Messieurs, d'une variété de tumeur que l'on appelle l'*enchondrôme*, et vous savez que l'enchondrôme est fréquent au niveau de la glande parotide. Enlevez un enchondrôme parotidien et faites-en l'analyse histologique. Dans certaines tumeurs et sur certains points, vous pourrez retrouver le cartilage hyalin ordinaire, disposé soit en noyau, soit en masses diffuses, soit enfin mélangé avec du tissu fibreux. Mais très communément, sur de larges espaces, ou même dans toute une tumeur, vous ne trouverez pas les éléments typiques du cartilage hyalin, arrondis, capsulés, disposés en groupes isogéniques. *Au sein d'une substance qui donne de la chondrine par l'ébullition vous trouverez une infinité de cellules ramifiées*. La tumeur est elle donc un myxome et non un enchondrome ? Nullement, il s'agit simplement ici d'un chondrome à cellules ramifiées, et pour en faire le diagnostic histologique il faut savoir qu'il existe, chez certains animaux, une forme de cartilages à cellules ramifiées, et que la nature, en faisant chez l'homme l'enchondrome parotidien, copie souvent de plus ou moins loin le tissu cartilagineux de la tête du poulpe.

Voilà donc encore un point acquis par un exemple ; la pathologie peut être éclairée par des notions empruntées directement à l'anatomie générale comparée. Mais en clinique, au lit du malade, à quoi peuvent servir de pareilles notions ? expliqueront-elles des symptômes ? auront-elles quelque influence sur la direction du traitement ?

Il serait périlleux cependant, Messieurs, de répondre par la négative. Je vais encore prendre un exemple, et cette fois-ci, en pleine pratique médicale de tous les jours. Un malade est affecté de fièvre typhoïde, et, au début de sa maladie, dans la période première d'invasion, il a ordinairement des épistaxis. On a constaté, en clinique, l'existence presque constante de ces dernières, mais les auteurs restent muets sur leurs causes. Dans nombre de cas, vous savez en outre que la dothiénentérie s'accompagne souvent de manifestations gutturales d'une certaine intensité. Vers le milieu du second septénaire, et parfois même au début

de ce dernier le fond de la gorge présente des fuliginosités. Entre les piliers postérieurs du voile du palais paraît une surface noirâtre et sanguinolente, formée par une exsudation sanguine continue et légère, cause de ces dépôts sanguins gutturaux qui, mélangés avec le mucus de l'arrière-gorge, constituent un magma gluant et tenace. Le clinicien dit, en pareil cas, qu'il se fait, à la partie postérieure des fosses nasales, de petites épistaxis. Pourquoi ces dernières continuent-elles à se produire lorsque la période des manifestatations fluxionnaires initiales a été manifestement dépassée? C'est ce que l'on n'explique encore nulle part.

Enfin, chez certains sujets, l'état du fond de la gorge devient, du 16e au 20e jour et même au-delà, assez particulier pour attirer l'attention du clinicien. Les matières muqueuses et sanguines du pharynx s'accumulent dans cette cavité : l'orifice postérieur des fosses nasales est obturé à peu près complètement, la respiration ne peut s'effectuer que par la bouche qui reste largement ouverte, se dessèche, et se couvre d'enduits noirs. Quelquefois même la masse muco-sanguine du fond de la gorge s'accroît par l'adjonction d'un mucus tenace qui la prolonge jusqu'aux replis ary-épiglottiques et au vestible laryngien. La respiration s'embarrase alors, il se fait un léger tirage laryngé, et le poumon se remplit de râles sonores. Enlevez mécaniquement la matière accumulée entre les piliers postérieurs du voile du palais, répétez souvent l'opération, et la congestion du poumon va disparaître; je l'ai constaté bien des fois au lit du malade. Y a-t-il donc entre les piliers postérieurs du voile palatin, l'orifice postérieur des fosses nasales, et l'apophyse basilaire, une lésion particulièrement développée dans le cas que je viens de signaler? Certainement, Messieurs, et j'ai vu plusieurs fois, vers le 22e ou 25e jour de la maladie, le pinceau de charpie, avec lequel je fais nettoyer fréquemment le fond du pharynx, ramener au dehors une production singulière. C'est une *eschare superficielle*, de forme à peu près triangulaire, dont la face libre est brune et vernissée par le mucus et le sang concrétés, et dont la face profonde ou adhérente est semée de petits points arrondis, soit saillants, soit au contraire excavés à la façon des marques de variole récentes de la peau.

Messieurs, lorsque l'on fait l'anatomie générale comparée des organes lymphoïdes échelonnés le long du tractus intestinal des mammifères, on reconnaît que : chez le mouton, le veau, le chevreau et plusieurs autres mammifères supérieurs, existe dans le *cavum* des fosses nasales, dans l'espace triangulaire intercepté par les piliers palatins postérieurs et l'apophyse basilaire, une sorte d'amygdale pharyngienne, très développée chez ces animaux, et au niveau de laquelle la muqueuse gutturale, revêtue d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, forme une série de plis volumineux. Le derme muqueux est, sur ce point, infiltré d'éléments lymphoïdes et constitué par du tissu réticulé type. Plus profondément existent des follicules lymphatiques, nombreux jusqu'à se toucher, et disposés d'une façon tout à fait analogue à ceux qui forment, par leur ensemble, les plaques de Peyer de l'intestin grêle. Cette colonie de follicules agglomérés constitue, chez les animaux ruminants, ce que l'on appelle *la glande de Luschka*.

Sans le secours de l'anatomie comparée qui permet d'étudier cette glande chez les animaux où elle est volumineuse et très apparente, on n'aurait pas eu l'idée de l'étudier chez l'homme où elle est petite, peu saillante et en quelque sorte rudimentaire. Mais dans certains cas, et notamment dans les formes de dothiénentérie à manifestations gutturales marquées, cette glande est intéressée à la façon de ses similaires intestinales, *les glandes de Peyer*. Au début de la maladie, et dans la période des congestions fluxionnaires, la muqueuse qui la recouvre se congestionne à la façon de celle sus-jacente aux plaques de Peyer de l'intestin ; les vaisseaux gorgés jusqu'à se rompre donnent naissance aux épistaxis du début, dont l'origine réelle se trouve ainsi élucidée.

Plus tard, la plaque de Peyer pharyngienne, lorsqu'elle est sérieusement prise, se comporte comme celles de l'intestin, elle devient dure, exulcérée et laisse suinter du sang sanieux, origine des fuliginosités du fond de la gorge. Enfin, elle peut devenir, toujours à la façon d'une plaque de Peyer, l'origine d'une eschare superficielle.

Messieurs, tous ces phénomènes curieux, observés dans certains cas du côté de la gorge chez les typhoïques, s'expliquent donc d'eux-mêmes lorsque l'on a acquis certaines notions d'anatomie générale. Cette dernière science montre à la fois dans ce cas l'organe lésé, explique la marche de sa lésion par les analogies qu'il présente avec l'appareil lymphoïde intestinal, et enfin appelle l'attention du clinicien sur un organe *accessible*, qu'il faut panser soigneusement et déterger chaque jour plusieurs fois si l'on veut éviter les effets nuisibles de l'embarras du fond de la gorge et des arrière-fosses nasales. J'ai donc justifié, je pense, mon assertion, et montré que l'anatomie générale comparée peut même servir de guide au médecin quand il exerce au lit du malade.

Je pourrais multiplier encore ces exemples ; mais ceux-ci suffisent, je l'espère, pour bien établir cette notion dans votre esprit, c'est à savoir que la science pure a toujours, et tôt ou tard, des applications pratiques. Elle ne remplace pas l'expérience acquise, mais elle l'aide. Elle n'explique pas tout, mais elle est, et restera, le seul moyen d'augmenter les connaissances humaines. Elle s'appliquera tout aussi bien aux progrès de la médecine qu'à ceux de l'industrie, car vous ne devez pas oublier, Messieurs, que, si l'humanité doit aux notions théoriques acquises par Ampère sur les courants électriques la méthode de télégraphie la plus merveilleuse, elle doit à Claude Bernard la glycogénie et la théorie du diabète, aux recherches de M. Pasteur les méthodes chirurgicales antiseptiques. Et le nombre de ces applications s'augmentera constamment, car celui des notions positives acquises par la science pure s'accroît chaque jour, d'une manière si régulière et si constante, que rien n'est maintenant devenu plus faux que cet aphorisme de La Bruyère : « *Tout est dit et l'on vient trop tard* (1).... »

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La direction des Asiles d'aliénés.

Le Conseil général de la Seine a été saisi, par le rapporteur du budget des asiles d'aliénés, M. Bourneville, d'une question qui touche peut-être plus encore les asiles de province. C'est à raison de son caractère d'intérêt général que nous croyons utile d'en parler. Il s'agit de la direction des asiles spéciaux. Quand, sous l'influence de la loi de 1838, se multiplièrent les asiles publics d'aliénés, on adopta pour leur constitution intérieure le système suivi pour les hôpitaux et les hospices ordinaires. D'une part, un administrateur ayant, sous le nom de Directeur, la haute main sur tout le personnel et sur le régime moral et matériel des malades ; de l'autre, un médecin réduit au rôle secondaire d'ordonnateur de médicaments. Déjà sensibles dans les hôpitaux consacrés au traitement des autres maladies, les inconvénients de ce système éclatèrent bientôt, plus graves et plus tangibles, dans les établissements destinés à soigner des affections réclamant, plus que toutes autres, un parfait accord entre l'action sur les personnes et l'action sur les choses, entre la direction morale et la direction matérielle. On oublia que l'asile est par lui-même le meilleur instrument de traitement, que les prescriptions administratives y sont des prescriptions médicales, que tout y est médicament, depuis les murs eux-mêmes jusqu'aux gardiens. La séparation des fonctions administrative et médicale, ou

(1) La Bruyère, *Caractères*, édition stéréotype d'Herhan 1802, tome 1, page 7.

plutôt la subordination de la seconde à la première, ne tarda pas à porter ses fruits. Entre le directeur, jaloux surtout d'assurer la prospérité matérielle de l'asile, intéressé à présenter des budgets se soldant par un bel excédant, et le médecin, songeant avant tout à poursuivre la guérison des malades, ou au moins à leur donner le plus grand bien-être possible, la lutte était inévitable. Des conflits surgirent bientôt de toutes parts, et l'expérience démontra la vérité des paroles d'Esquirol : « Le médecin est, en quelque sorte, le principe de vie d'un hospice d'aliénés ; il lui appartient de diriger toutes les actions, parce qu'il est appelé à être le régulateur de toutes les pensées.. Il lui faut une autorité à laquelle personne ne puisse se soustraire. » Aux pressantes réclamations des médecins aliénistes, on n'avait à opposer qu'une objection : leur incapacité administrative présumée pour la gestion financière et économique. La présence dans l'asile, à côté du médecin, d'employés spéciaux, receveur et économe, aux mains desquels se trouvait déjà cette gestion, enlevait d'avance toute portée à cet argument, d'ailleurs intrinsèquement faux. Les médecins eurent gain de cause, et aujourd'hui, il ne reste guère qu'une dizaine d'asiles spéciaux où le médecin n'est pas en même temps directeur.

En principe, la victoire est complète ; nous la croyons même trop complète. Tant que la lutte a duré, il eût été imprudent de fournir prétexte aux résistances par des réserves intempestives. Maintenant que personne ne conteste plus la nécessité de la prédominance du médecin dans l'asile, il est permis de se demander si le but n'a pas été dépassé, si l'on a pris le meilleur moyen de donner à l'action médicale toute son efficacité, partout et toujours. Pour notre part, nous sommes profondément convaincus qu'on a commis une erreur en demandant la réunion, la concentration des fonctions administratives et médicales dans une même main, alors qu'il suffisait pour réaliser le vœu d'Esquirol, de renverser la situation dont on se plaignait à juste raison, de subordonner le directeur au médecin. Nous conviendrons volontiers que cette erreur en théorie a pu être avantageuse en fait; étant donnée l'existence des directeurs, il était peut-être plus facile d'en obtenir la suppression que de les amener à passer du premier rang au second. Il ne fallait pas songer à éliminer purement et simplement les directeurs en fonction ; il eût été chimérique, en les subordonnant à leurs inférieurs de la veille, d'attendre d'eux une parfaite résignation à ce qu'ils auraient considéré comme une dégradation. Quant aux employés qui auraient pu être appelés dans les asiles nouveaux à décharger le médecin d'une partie de la besogne administrative, ils seraient arrivés imbus des anciennes traditions, tentés d'empiéter et de se rehausser au niveau des anciens directeurs conservés. Donc il fut heureux peut-être pour le succès de la réforme qu'on se soit mépris sur l'idéal à réaliser. Ce ne serait pas le seul ni le premier exemple d'une erreur doctrinale compensant l'oubli de circonstances collatérales et aboutissant par cela même à de bons résultats pratiques. Mais nous n'en persistons pas moins à croire que le faix des détails administratifs est un grave impedimentum pour les médecins des asiles d'aliénés et que le moment est venu de les en débarrasser.

Il convient de constater tout d'abord que, même pendant la discussion du principe, on reculait devant l'application de la réforme aux asiles où se trouverait une population d'aliénés très nombreuse. On concédait que la séparation des fonctions y serait de rigueur, et on fixait de 800 à 900 le chiffre au-delà duquel elle s'imposerait. Cette limite nous parait bien élevée, car nous croyons qu'avec une population de 400 aliénés, un chef de service a suffisamment à faire s'il veut s'occuper sérieusement de ses malades, même avec l'aide d'un médecin adjoint et d'un interne. Quoi qu'il en soit, l'aveu qu'arrachait la force des choses suffit à démontrer que le procédé, employé pour sortir d'une situation fâcheuse, n'était pas capable de donner une solution définitive. Car enfin, les avantages incontestables de la suprématie médicale sont tout aussi désirables dans un grand établissement renfermant un millier d'aliénés que dans un petit asile n'en comptant qu'une ou deux centaines. Et il serait singulier de renoncer à ces avantages dans le cas précisément où est très grand le nombre des malheureux appelés à en profiter. En fait, on n'a pas respecté cette limite, et dans des asiles comptant plus de 900 aliénés, le médecin en chef est en même temps directeur.

En outre, il est des asiles où la présence de plusieurs chefs de service, égaux en droits, rend absolument impraticable la réunion des fonctions administratives et médicales. Car il faut bien le reconnaître, si des conflits sont inévitables quand le directeur n'est pas médecin, ils se reproduiraient identiquement les mêmes, avec toutefois plus d'acuité et d'acrimonie si le directeur était en même temps médecin. Faut-il donc pour cela priver ces asiles, dont le nombre s'accroîtra certainement, des bénéfices de la suprématie du médecin?

Ainsi d'une part, la réunion dans les mains du médecin des fonctions administratives et médicales excède ses forces quand le nombre des aliénés dépasse une certaine limite ; de l'autre, elle a plus d'inconvénients que la présence d'un directeur non médecin dans les asiles pourvus de plusieurs médecins en chef. Nous ajoutons que même dans les asiles à population moyenne, pour lesquels seuls on la réclamait, elle a de fâcheux résultats, qui peuvent se résumer d'un mot : L'administrateur diminue le médecin. Nous pourrions entrer dans les détails et faire voir par le menu quel temps précieux est absorbé par la paperasserie de l'administrateur qui serait mieux employé par le médecin au milieu de ses malades. Par exemple, si le médecin est dans son rôle en veillant à la bonne alimentation des malades, à leur propreté, ne peut-il remplir cette tâche sans avoir à se préoccuper du choix des meilleures races pour la basse-cour, de l'élevage des porcs et des poules, du rendement du potager ou du choix du savon pour la buanderie ? C'est à lui de décider si tel ou tel aliéné doit travailler, de désigner le genre de travail qui sera le plus profitable au malade ; est-il nécessaire pour cela qu'il ait à s'inquiéter de la maturité des récoltes, de l'assolement de la ferme, ou de la production des ateliers ? Les constructions nouvelles, les modifications à apporter aux anciennes, les réparations même ne doivent pas se faire sans son avis, en dehors de ses instructions ; mais une fois les projets arrêtés, ne saurait-il être suppléé dans la surveillance de la bonne exécution des travaux ? Tous ces soins purement administratifs et bien d'autres encore sont indispensables à

la prospérité de l'asile, mais ils pourraient tout aussi bien être dévolus à un homme absolument étranger à la science médicale et à l'aliénation. Ils absorbent par eux-mêmes un temps considérable qu'il vaudrait mieux employer à observer les malades et à agir sur eux, ou consacrer à des recherches scientifiques qui leur seraient, quoique indirectement, encore profitables.

Que l'on ne dise pas que le médecin adjoint est là précisément pour permettre au médecin directeur de distraire de son service médical, le temps qu'il donne à ses fonctions administratives. Ce serait la justification la plus irréfutable de notre aphorisme : L'administrateur diminue le médecin, et la condamnation la plus éclatante du système. Il est clair, en effet, que le médecin adjoint n'a pas la science, l'habileté, l'expérience médicales de son chef de service, qu'il ne peut par conséquent le remplacer qu'imparfaitement et qu'il est absurde de faire suppléer le médecin-directeur dans la partie essentielle de ses fonctions par une capacité inférieure, tandis qu'on le laisse chargé de la partie secondaire pour laquelle on trouverait facilement une capacité équivalente.

Concluerons-nous de là que l'on doit revenir à l'ancien système ? Non certes; mais nous dirons qu'en laissant aux médecins directeurs, avec leur titre, l'autorité suprême dans l'asile, sur les malades, sur le personnel et sur le matériel il est de leur intérêt, de l'intérêt des malades, de l'intérêt de la science, de les décharger du détail et des soins purement administratifs sur des employés spéciaux. Et comme en ces matières, les dénominations ont une grande importance, nous voudrions que, pour bien marquer la subordination complète, absolue de ces employés spéciaux vis-à-vis des médecins, on se gardât de leur donner le titre de directeur ou même de sous-directeur. On les appellerait, gérant, agent-comptable, régisseur, peu importe; l'essentiel serait de les désigner par un nom qui ne les entraînât pas à se faire illusion et à s'imaginer qu'ils sont les successeurs des anciens directeurs. Dans les petits et les moyens asiles, peut-être suffirait-il d'étendre le cercle des fonctions de l'économe ou du receveur ; dans les grands asiles et dans ceux à services multiples, la création de ces employés ou leur substitution aux directeurs actuels est une nécessité, pour soulager dans les premiers le médecin directeur aujourd'hui surchargé, pour assurer dans les autres l'autorité des chefs de service.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 janvier 1880

La Société procède à l'élection de son bureau pour l'année 1880. Le scrutin donne les résultats suivants. *Vice-Présidents,* MM. de Sinéty, Moreau ; *Secrétaires*, MM. P. Regnard, Budin, Franck, Kunckel.

M. Regnard fait une communication sur l'influence qu'ont les radiations rouges sur la végétation, M. Paul Bert avait pensé que, si la chlorophylle arrête une partie des rayons rouges du spectre, cela tient à ce qu'elle utilise ces rayons. Dès lors il avait fait pousser des plantes dans une lumière privée de radiations rouges et il avait vu dépérir ces plantes.

M. Regnard a voulu retourner l'expérience de M. Bert, il a fait pousser des plantes dans l'obscurité et cela en ne leur fournissant que les rayons rouges qui avaient traversé une solution d'iode dans le sulfure de carbone. Dans ces conditions les plantes ont très bien végété et ont poussé des rameaux verts comme si elles avaient été en plein jour. L'expérience est donc cruciale. Sans radiations rouges les plantes meurent : elles vivent avec des rayons rouges isolés.

M. Regnard fait une autre communication sur la température du muscle pendant la contraction physiologique. Il exécute avec M. Brissaud des recherches sur la température des muscles *contracturés*. Mais les deux expérimentateurs ont voulu au préalable répéter les expériences de Becquerel sur le muscle physiologique. Ils se sont servi d'un appareil d'une grande délicatesse. Un galvanomètre très-sensible était en rapport avec deux aiguilles dont la force électro-motrice se trouvait être trois fois plus grande que celle des couples employé par Becquerel. Un rayon de lumière électrique projeté sur le miroir du galvanomètre allait se réfléchir à 10 mètres sur une échelle graduée. On opérait donc en réalité avec un galvanomètre dont l'aiguille avait 10 mètres de long, les plus légers déplacements s'accusaient par un grand mouvement de l'index lumineux. Dans ces conditions MM. Brissaud et Regnard ont vu que, au début de la contraction musculaire, il y avait un abaissement de la température du muscle. Ils l'attribuent à ce fait que le sang est chassé par la contraction des fibres. Puis le muscle s'échauffe et la température monte. Elle reste fixe pendant un certain temps, puis dès que la contraction cesse elle monte subitement. Ce dernier phénomène est dû vraisemblablement au retour du sang échauffé dans le corps du muscle, autour de l'aiguille.

De la précocité. — M. Delaunay achève la communication qu'il a commencée à la dernière séance sur la précocité. La précocité est en raison inverse de l'évolution, puisqu'elle caractérise les organismes et les parties les moins avancées en évolution ; espèces et races inférieures, femmes, enfants, faibles de corps et d'esprit, côté gauche, appareils de la vie végétative. De plus, elle est en raison inverse de la nutrition. En effet, elle est accrue par le défaut d'aliments et par le fonctionnement prématuré ou exagéré. M. Delaunay reproche à notre système d'éducation de rendre les enfants précoces en les surmenant intellectuellement. Les climats chauds favorisent la précocité, et les habitants du midi sont plus tôt formés que ceux du nord. De même l'été favorise la croissance qui, chez un enfant de 5 à 10 ans, est de 19 centimètres en été et de 11 seulement en hiver. Les plaies se ferment plus vite chez un animal en état d'hibernation. La précocité ou rapidité de développement est donc en raison inverse de la nutrition.

Règle générale, la décroissance est en rapport avec la croissance. Suivant que l'une et l'autre sont rapides ou lentes, la vie est courte ou longue. Il en résulte que la longévité va avec la tardiveté, et la précocité avec la brièveté de la vie. M. Delaunay prouve que la longévité, à l'encontre de la précocité, est en raison directe de l'évolution et de la nutrition. En effet elle est plus grande chez les espèces supérieures que chez les inférieures, chez les races européennes que chez les autres races humaines. La moyenne de la vie s'élève de génération en génération. La femelle vit moins longtemps que le mâle. Les gens intelligents vivent plus longtemps que les autres. Les savants vivent plus longtemps que les agriculteurs, les rentiers, les artistes. La vie moyenne des académiciens est de 71 ans 5 mois. La longévité est accrue par les circonstances qui augmentent la nutrition : bonne alimentation, fonctionnement modéré, pays froids. Elle est donc bien en raison directe de l'évolution et de la nutrition.

En résumé, l'étude de la marche de l'évolution ascendante et descendante conduit M. Delaunay à cette conclusion que la rapidité de la croissance et de la décroissance est en raison inverse de l'évolution et de la nutrition, tandis qu'au contraire la lenteur de ces phénomènes est en raison directe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1879. — Présidence de M. Richet.

M. Broca, à l'occasion des communications faites dans les précédentes séances par MM. Peter et N. Guéneau de Mussy, sur les températures morbides locales, fait un exposé succinct

des travaux qu'il avait entrepris autrefois sur les températures locales et principalement sur la température cérébrale. Les plus anciennes recherches ont été faites en Angleterre par Forster. Quelques années plus tard, Demarquay les reprit et les appliqua à la détermination de la température du sang veineux. — Tout le monde, du reste, a été à même de constater et a signalé le refroidissement des membres dans les cas d'oblitération veineuse et d'oblitération artérielle, ainsi que dans les cas de ligature artérielle ; ce refroidissement se manifeste toujours sur une surface plus ou moins étendue. — Dans la portion d'un membre qui répond à une ligature, il y a une augmentation de la température ; ce phénomène serait dû, d'après M. Broca, à l'impulsion sanguine qui s'effectue d'une façon anormale, c'est-à-dire, d'une manière violente, dans les collatérales. Les premières expériences de M. Broca datent de 1861 et furent pratiquées à l'hospice de Bicêtre. — A cette époque, M. Broca comprima l'artère fémorale au niveau du pli de l'aine, durant 94 minutes ; cette compression simple, mais prolongée, donna les résultats suivants : pendant 44 minutes la température baissa ; puis, elle resta stationnaire 6 minutes, pour remonter et revenir au degré primitif.

Chez un malade qui avait une oblitération spontanée des artères du membre inférieur, M. Broca put établir, à l'aide du thermomètre, quelles étaient les artères animées ou privées de battements, alors que le simple toucher était impuissant à dénoter ces phénomènes. — Les embolies, qu'elles soient dues à une affection générale ou à une affection locale du système artériel, présentent presque toujours des oblitérations limitées. Or, la thermométrie, appliquée au diagnostic de l'embolie des membres, offre un intérêt pratique. Voyons comment il convient de procéder, afin de déterminer la température d'un membre malade : muni de six et même de huit thermomètres, le médecin devra placer ses instruments tous à la fois sur le membre malade et sur le membre sain. Si nous supposons une embolie de l'artère fémorale, au niveau de l'anneau du troisième adducteur, voici ce que nous observons : la température est augmentée au siège de l'embolie, demeure égale sur les genoux et les aines, et s'abaisse sur la jambe qui correspond au côté de l'embolie artérielle. Il en résulte que la température augmente dans la zone où se fait la circulation complémentaire ; autrement dit, dans la région de l'embolie.

Qu'un membre soit oblitéré sur une grande longueur et le thermomètre accusera un abaissement progressif de la température. Ces procédés, appliqués à la pratique chirurgicale, peuvent rendre de grands services en permettant de constater le point précis où siége une embolie artérielle et, par suite, en désignant, dans les cas graves, le lieu où doit se faire une amputation.

Les recherches que M. Broca a entreprises sur *les températures cérébrales* datent de 1865. Dans la pluralité des cas, la température est diminuée du côté gauche. Dans un cas pathologique, M. Broca a remarqué que la température du côté malade présentait une élévation de trois degrés.

Dans le ramollissement cérébral aigu, l'augmentation de la température est constante; le ramollissement chronique fournit des résultats différents. Toutes ces expériences ont été faites avec un appareil en toile ouatée auquel M. Broca a donné le nom de couronne thermométrique. Les premières expériences, purement physiologiques, ont porté sur la détermination de la température des lobes frontaux, pariétaux et occipitaux, chez des personnes intelligentes ou bornées. —Lorsqu'il s'agissait d'une personne sensée, intelligente, M. Broca attendait que la température devînt stationnaire pour soumettre son patient à un travail intellectuel ; il put ainsi constater que le thermomètre montait, d'autant plus manifestement, qu'il était appliqué sur les bosses frontales. — Le torticolis ancien s'accompagne souvent d'une atrophie de la face, sur le côté qui correspond à l'inclinaison de la tête : cette difformité n'est autre que le crâne oblique ovalaire de Virchow. Dans un cas semblable et de cette nature, M. Broca a observé une diminution de la température sur le côté de la face qui répondait au côté de la déviation.—La thermométrie appliquée au diagnostic de l'embolie cérébrale, est une méthode scientifique. L'embolie sylvienne peut bien être reconnue, si l'on s'en rapporte aux conditions dans lesquelles la perte du langage est effectuée; les résultats thermométriques varient suivant que les lésions frontales reconnaissent pour cause une embolie ou une altération graduelle du cerveau. Dans les cas d'embolie, tous les phénomènes observés rappellent ceux qui ont déjà été signalés, à propos de l'embolie des membres.

D'une façon générale, il y a une diminution de la température dans la portion du cerveau qui a perdu une partie de sa circulation; par contre, il y a augmentation thermique dans la région cérébrale où se trouve la circulation collatérale. Le diagnostic de l'embolie cérébrale par la thermométrie a également son importance pratique. Et en effet, à la suite d'un enfoncement du crâne, les fragments dirigés vers le cerveau peuvent engendrer des accidents médiats ou immédiats, l'épilepsie par exemple. Or, tout le monde sait que la trépanation a pu amener la guérison dans des cas analogues. — Aussi, pour répondre à ces circonstances, M. Broca a-t-il adopté une règle de conduite, basée sur la thermométrie locale : si la température est augmentée au niveau de l'enfoncement, il n'opère pas ; dans le cas contraire, il conseille d'opérer. Chez tous ses malades, M. Broca s'est servi d'un thermomètre à boule qu'il plaçait dans un sachet ouaté.

M. Colin. Les moyens dont on se sert aujourd'hui pour déterminer les températures morbides locales ou physiologiques lui paraissent superficiels, non précis et entachés d'une parfaite inexactitude. Pour remédier à ces imperfections, M. Colin voudrait qu'on appliquât le thermomètre sous la peau — Un thermomètre doit donner ses indications en une minute ou en une minute et demie et ne pas subir l'influence de la température ambiante.

Elections de diverses Commissions. — *Epidémies :* MM. Jaccoud et H. Guéneau de Mussy ; *Eaux minérales :* MM. J. Lefort et Laboulbène ; *Remèdes secrets* : MM. Bourgoin et Oulmont ; *Vaccine* : MM. Hervieux et Colin.

A cinq heures l'Académie se constitue en comité secret afin d'entendre la lecture des comptes de M. le Trésorier.

A. Josias.

Séance du 6 janvier 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. Bouillaud, à l'occasion du mémoire de M. Colin sur les causes de l'hydropisie, rappelle les travaux qu'il a entrepris sur ce sujet et qui remontent à l'année 1823. MM. Bouillaud et Colin s'accordent en tous points sur les effets de l'obstruction d'un tronc veineux, mais diffèrent essentiellement sur l'interprétation réelle de ce phénomène pathologique. M. Colin considère l'hydropisie comme un phénomène tout mécanique, tandis que M. Bouillaud l'attribue à un phénomène essentiellement actif. En outre, M Colin accorde, dans la production des hydropisies, une certaine part aux vaisseaux lymphatiques, ce qui d'après M. Bouillaud, ne serait rien moins qu'hypothétique. En somme, quelque convaincantes que paraissent les expériences de M. Colin, M. Bouillaud ne saurait méconnaître un acte vital dans la production de l'hydropisie.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

2. Examen histologique du rein kystique; par M. le Dr Cornil.

Les grands kystes contenaient un liquide clair tout à fait transparent ou incolore, ou bien un liquide citrin ou rosé. La couleur du liquide était due à la présence de corpuscules rouges du sang tenus en suspension.

Le liquide de ces grands kystes, absolument clos de toutes parts, a été examiné au point de vue de l'existence de l'urée. Ce liquide en renfermait une assez notable quantité. Deux grammes de liquide ont donné à l'analyse quantitative 0,017 d'azotate d'urée et 0,0083 d'urée, ce qui représente 4 gr. d'urée par litre.

Il était important de constater la présence de l'urée, car on a voulu faire de l'absence de cette substance le caractère des kystes dits séreux (Rayer), par opposition avec les kystes urinaires. Le liquide contenait en outre de l'albumine.

J'ai examiné, à l'état frais, dans l'eau, les cellules de revêtement des grands kystes, elles formaient une pellicule mince, composée d'une seule couche de cellules plates, munies d'un gros noyau également aplati et ovoïde.

Beaucoup de ces kystes contenaient une substance liquide plus épaisse et opaque, boueuse même parfois, et colorée en jaune ou en brun ou de couleur chocolat. Dans tous ces kystes, il y avait alors une beaucoup plus grande quantité de globules rouges, des cellules rondes et granuleuses, cellules épithéliales et globules de pus granulo-graisseux, et des cristaux de cholestérine en grande quantité.

Pour étudier les reins sur des coupes, j'ai fait durcir dans l'acide osmique et dans le liquide de Muller, des fragments du rein comprenant, les uns la paroi de grands kystes, les autres, des portions du parenchyme rénal, qui avait à peu près conservé ses caractères macroscopiques : il y avait en effet au milieu des innombrables kystes, dont le rein était farci des parties grises ou gris-rosé, où le tissu rénal était assez facile à reconnaître à l'œil nu. Dans ces parties elles-mêmes, l'examen microscopique nous a montré aussi des kystes.

Paroi des grands kystes. — Sur les sections minces, comprenant la paroi des grands kystes, on voit que leur charpente est formée par une membrane composée de plusieurs lamelles du tissu conjonctif lamellaire. Cette couche de tissu conjonctif est plus ou moins épaisse, mais généralement elle est mince et parcourue par des vaisseaux capillaires gorgés de sang qui se trouvent presque immédiatement sous l'épithélium, mais sans faire saillie à la surface interne du kyste. Immédiatement en dehors de cette couche fibreuse, on voit des sections de tubes urinifères qui sont petits, atrophiés, aplatis parallèlement à la surface interne du kyste et tapissés par une couche unique de cellules plates, analogues à celles qui se trouvent dans les tubes en anses.

Le revêtement épithélial des grands kystes comprend une simple couche de cellules plates formant une membrane mince, qui se détache facilement et qui est soulevée par places.

Ces grands kystes, qui ne communiquent nulle part avec des tubes urinaires et qui ne m'ont pas montré non plus à leur surface le vestige de vaisseaux qu'on puisse rapporter à des glomérules de Malpighi, nous apprennent peu de choses sur l'origine de ces formations pathologiques.

Kystes de moyen volume. — Les kystes plus petits, mais cependant encore visibles à l'œil nu, qui existaient dans les portions de parenchyme rénal solide, examinés sur des sections minces de ce tissu durci, présentaient un aspect variable.

Les uns avaient une forme à peu près ronde, mais ils offraient souvent un éperon saillant dans leur intérieur, qui les divisait incomplètement en deux parties; d'autres étaient tout à fait sphériques, mais leur cavité était souvent cloisonnée; une ou plusieurs cloisons très minces du tissu conjonctif, étendues suivant le diamètre de la section ou comme des axes, indiquait que l'ouverture d'un kyste provenait de plusieurs cavités primitivement distinctes, et ouvertes ensuite les unes dans les autres. De plus, à la périphérie de ces kystes, il existait des diverticules multiples. Les cloisons et les diverticules de forme sphéroïde étaient toujours tapissés par des cellules plates de revêtement.

Dans l'intérieur de ces kystes, on trouvait tantôt seulement des cellules lymphatiques rondes et des globules de sang, tantôt des cellules granuleuses, tantôt des corps sphériques clairs sans noyaux ni granulations à bords extrêmement minces et à peine visibles. Ces boules de mucus ou de matière protéique étaient surtout bien visibles après leur coloration par le carmin, ou mieux après l'action de l'acide osmique. L'acide osmique, en effet, permettait de voir qu'elles étaient composées par un petit bloc de substance transparente, légèrement teintée, mais solide. Ces petits corps, ayant de 15 ou 20 millièmes de millimètres de diamètre, remplissaient quelquefois presque toute la cavité kystique. Nous avons pu voir leur provenance de l'intérieur des cellules qui tapissaient la paroi des petits kystes, car il y avait là souvent de nombreuses cellules épithéliales présentant, dans leur protoplasma, une lacune ou vacuole, soit vide, soit remplie par une de ces boules de mucus.

Les kystes de moyen volume nous permettaient, par la présence des cloisons qui les partageaient, par l'existence d'éperons, de diverticules lacunaires à leur périphérie, de penser qu'ils provenaient de la dilatation sinueuse, irrégulière, de tubes urinifères préexistants.

Leur forme générale, leur cloisonnement et les diverticules périphériques excluaient en effet absolument l'hypothèse qu'ils pussent provenir de la dilatation de capsules des glomérules, car alors on aurait eu évidemment affaire à des kystes régulièrement sphériques et non cloisonnés.

Dilatations des tubes urinifères. — L'examen des portions les plus compactes du tissu rénal nous a confirmé dans cette manière de voir en nous montrant la communication de petits kystes microscopiques avec des tubes urinifères ou pour mieux dire des dilatations irrégulières des tubes. Sur les sections de ces parties, on voyait en effet des dilatations ampullaires totales d'un tube ayant 4 ou 5 fois le diamètre du conduit avec lequel il se continuait directement, ou bien c'étaient des renflements successifs, sinueux, d'un même tube, séparés par des éperons. Ces tubes dilatés, constituaient des îlots en quelque sorte caverneux où ils sont réunis au contact les uns des autres, séparés seulement par les cloisons minces du tissu conjonctif rénal. Il est facile de comprendre en voyant ces îlots de tubes dilatés séparés par des cloisons minces, qu'il suffira d'une dilatation un peu plus grande, de l'amincissement encore plus prononcé des cloisons, pour transformer un îlot de ces tubes en un kyste de moyen volume dont la cavité restera un certain temps encore cloisonnée, dont les bords montreront des diverticules. On peut ainsi, après avoir constitué l'échelle descendante des kystes depuis les plus volumineux jusqu'aux plus petits, remonter de ces derniers jusqu'aux plus gros kystes et comprendre parfaitement le mécanisme de leur formation.

Les îlots de tubes dilatés sont entourés d'un tissu rénal dont la charpente conjonctive est épaissie et dont les éléments rénaux, tubes et glomérules sont atrophiés. Là, en effet, il existe une zone dans laquelle le tissu conjonctif épaissi est infiltré de cellules rondes et petites, transformées en tissu embryonnaire. Les tubes sont petits, étranglés par le tissu fibreux, ils contiennent dans leur intérieur des cylindres colloïdes. La capsule des glomérules est épaissie et les glomérules subissent eux-mêmes l'atrophie fibreuse, et autour d'îlots de tubes dilatés en train de devenir des kystes, on trouve en un mot toutes les lésions de la néphrite interstitielle.

Aussi sommes-nous amenés, après l'étude histologique de ces reins, à nous ranger au mode de production des kystes qui a été donné par Virchow.

Les faits cliniques suivis d'autopsies dans lesquelles on a trouvé une transformation kystique complète des deux reins analogue à ce fait sont en réalité assez rares. Il est assez fréquent de trouver de grands kystes du rein, ou une transformation kystique complète de l'un des reins mais la dégénérescence kystique avec de très gros kystes des deux reins est assez peu fréquente.

Rayer en a figuré deux cas : l'un d'eux est semblable au fait étudié ici. (Pl. XXXVI, fig. 1 et 2.) Cruveilhier en a rapporté aussi un bel exemple (6e livraison, pl. IV, fig. 1 et 2), Lebert, un cas (pl. CXXXVIII, fig. 4).

Les *Bulletins de la Société anatomique* en contiennent aussi quelques exemples rapportés par Tavignot (1840), par Vigla (1837), par Jessé (XXIXe année), etc.

Dans tous ces faits, les malades étaient morts de symptômes cérébraux sans lésion cérébrale (urémie), excepté dans le cas de Jessé où le malade avait succombé à une pneumonie. Presque toujours les urines avaient présenté de l'albumine.

L'histoire clinique de notre malade, rapprochée de l'étude des lésions qu'elle a présentées à l'autopsie, nous montre que des altérations extrêmement étendues des deux reins peuvent pendant longtemps ne donner lieu à aucun phénomène appréciable. Il n'est pas douteux que, pour le cas qui nous occupe, la dépuration urinaire devait être depuis longtemps incomplète. En effet, à la portion de la substance rénale occupée par les kystes, et qui était totalement perdue pour la fonction, il faut encore ajouter toute la périphérie de ces kystes où les tubes urinifères, soit comprimés entre des poches voi-

sines, soit étranglés par du tissu conjonctif de nouvelle formation, n'offraient plus à l'excrétion qu'une voie très rétrécie. Seule la lenteur du processus morbide, en permettant à l'économie de s'habituer pour ainsi dire à la nouvelle situation qui lui est faite, fait comprendre la compatibilité de la vie avec de pareilles lésions.

Une excrétion complémentaire se fait alors par la peau, par l'intestin. Mais dans ces circonstances il suffit d'une cause souvent insignifiante pour rompre l'équilibre et déterminer subitement des accidents irrémédiables.

3 Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Anévrysme faux consécutif. — Traitement par l'électrolyse; par M. Louis Dubar, interne des hôpitaux.

Clotilde François, âgée de 47 ans, marchande ambulante, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz (salle Sainte-Agathe, nº 14), le 7 février 1879. Cette femme a fait précédemment un séjour d'un mois à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Besnier, salle Saint-Thomas, nº 46. M. Arnozan, interne du service, nous communique l'histoire de la malade, qu'il a recueillie à cette époque, les phénomènes qu'elle a présentés et le traitement qu'elle a suivi pendant qu'elle était soumise à son observation.

Voici la note de M. Arnozan, que nous transcrivons intégralement : *Antécédents héréditaires.* — Le père de la malade est mort d'une affection qui a persisté deux ans, mais sur laquelle on ne peut avoir aucun renseignement. Sa mère est âgée de 74 ans et bien portante. *Antécédents personnels.* — Sa santé a toujours été très bonne avant le début de la maladie actuelle. La malade n'a jamais présenté d'affection aiguë des voies respiratoires. Elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de 44 ans, où la ménopause ne s'est accompagnée d'aucun accident. Elle ne porte aucune trace de maladie constitutionnelle. Elle n'a jamais eu de rhumatisme, jamais d'accidents syphilitiques. Les artères ne paraissent pas athéromateuses. Elle n'est point alcoolique.

Il y a plus de vingt ans, elle a fait une chute violente dans un escalier, chute qui ne détermina d'ailleurs aucune fracture, mais de fortes contusions portant surtout sur la région lombaire. Quinze jours après, la malade était sur pied et reprenait ses travaux. Elle ne s'est jamais ressentie de ce traumatisme, le seul qu'elle ait à signaler dans ses antécédents.

Il est difficile de préciser l'époque exacte du début des accidents dont le développement amène la malade à l'hôpital (11 novembre 1878). Il y a trois ans, elle prit un métier extrêmement fatigant. Pendant quatre heures chaque jour, elle portait, soit sur le dos, soit à l'un des bras, quelquefois aux deux, de très-lourdes charges. Elle se sentait surmenée par ce travail au-dessus de ses forces. Elle était en outre obligée de crier sur la voie publique. Elle ne tarda pas à tousser, à maigrir, à s'affaiblir. Aussi, il y a environ huit mois, à la suite de petites hémoptysies qui persistèrent pendant deux septénaires et ne se renouvelèrent pas, elle se résigna à des travaux moins pénibles. Mais le développement de douleurs de plus en plus intenses dans le dos, dans la région précordiale, dans le bras gauche, l'obligea à renoncer absolument à tout ouvrage manuel; et, depuis trois semaines, elle est condamnée à l'inaction.

Actuellement la malade porte, à la région sternale, une tumeur dont elle n'a constaté l'existence que depuis six jours. Cette tumeur forme une voussure qui, du niveau du point d'union des deux premières pièces du sternum, s'étend obliquement en bas et en dehors vers l'extrémité interne du sein gauche, avec la saillie duquel elle se confond. Les téguments n'ont pas en ce point changé de coloration, mais le réseau veineux cutané y est assez développé et s'étend jusque dans le creux sous-claviculaire gauche. La voussure elle-même ne présente pas de battements visibles à la simple inspection; mais le choc du cœur contre la paroi thoracique est très-fort. La palpation est très douloureuse. La peau, cependant, prise entre les doigts, n'est pas hyperesthésiée. C'est par pression, si légère qu'elle soit, que l'on réveille la douleur, dont le siége profond se trouve ainsi démontré, et dont le caractère est comparé, par la malade, à une sensation de déchirure.

Le point maximum se trouve situé juste en dedans du bord gauche du sternum. Avec cette douleur, on constate, à la palpation, que la voussure est animée de doubles battements, isochrones à ceux du cœur. On ne sent ni frémissement cataire, ni frottement.

La consistance de la tumeur est demi-molle; mais on ne peut déprimer assez fortement pour s'assurer de l'état des cartilages costaux et des portions sous-jacentes du sternum. La température locale semble légèrement augmentée. Cette sensation est confirmée par l'application simultanée, en deux points exactement symétriques de la poitrine, de thermomètres à maxima. Celui qui repose sur la tumeur est toujours de 2 à 3 dixièmes de degré plus élevé. Cette exploration est faite le matin dans des conditions où l'excès de chaleur locale ne peut être attribué aux manœuvres de percussion ou d'auscultation exercées sur la tumeur.

La percussion permet de limiter une zone de matité concentrique à la voussure, présentant comme elle une forme oblongue à grand axe dirigé en bas et à gauche, et se confondant de ce côté avec la matité précordiale.

Sur ce même point, on perçoit très-nettement à l'auscultation les doubles battements dont le foyer maximum est le point le plus saillant de la tumeur.

Il n'est pas possible de distinguer les bruits normaux de l'orifice aortique. Au foyer d'auscultation de l'orifice mitral, on entend un bruit de souffle doux systolique, qui se propage vers l'aisselle et s'atténue du côté de la base du cœur. Dans le reste de la poitrine, on ne trouve pas d'autres phénomènes stéthoscopiques anormaux, si ce n'est quelques râles sonores dans le poumon gauche, surtout à sa partie moyenne et supérieure. Notons aussi que les doubles battements sont très bien perçus à l'auscultation de la fosse sous-épineuse gauche et le long du rachis, dans la partie correspondante.

La malade se plaint de douleurs paroxystiques au niveau de la tumeur. Elles débutent dans le creux sus-claviculaire gauche et irradient à la fois vers le membre supérieur qu'elles parcourent jusqu'à l'extrémité des doigts et vers la région présternale, où elles acquièrent leur plus grande intensité. La respiration est gênée, anxieuse, courte, fréquente. Il n'y a pas de tendance à la syncope.

L'examen des diverses grandes artères, la recherche des phénomènes de compression sur les organes du médiastin, ont donné les résultats suivants : Le pouls radial gauche est petit et retarde manifestement sur le droit. Le membre supérieur gauche est tuméfié, œdémateux ; la sensibilité y est bien conservée. L'artère sous-clavière gauche est soulevée à chaque pulsation, ainsi qu'on peut le constater en enfonçant les doigts derrière la clavicule. On n'entend nulle part de souffle vasculaire. — Il n'y a pas d'œdème de la face.

La voix présente par intervalles le caractère bitonal ; c'est le seul accident noté du côté du larynx, dont l'exploration au miroir n'a pas été faite.

Pas de dysphagie, pas de phénomènes oculo-pupillaires.

Cet examen a été complété par M. François Franck, qui a bien voulu appliquer à l'exploration du cœur et des artères les appareils enregistreurs de M. Marey.

Voici les principaux résultats auxquels il est arrivé :

« Le retard du pouls de la tumeur explorée au point maximum des battements est égal au retard que présenterait le pouls de l'aorte au niveau de la sous-clavière. D'où siége de l'anévrysme à ce niveau.

» Le pouls carotidien retarde plus à gauche qu'à droite. D'où on peut considérer l'anévrysme comme très voisin de la carotide gauche, ou même comme empiétant sur elle. Retard normal du pouls carotidien droit. Pas d'insuffisance aortique. »

L'état général de la malade est loin d'être satisfaisant. La dyspnée, les douleurs, la condamnent à l'insomnie. Elle est agitée, inquiète, s'affaiblit de jour en jour.

Telle a été la situation de la malade pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital Saint-Louis. A partir de ce moment, le repos, l'administration de la digitaline (1, puis 2 milligrammes par jour), quelques applications topiques calmantes, ont amené une rémission notable dans les troubles fonctionnels et surtout dans la douleur. Puis, cette amélioration-

tion ne s'est pas accentuée, et la malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours du mois de décembre 1878, au moment où M. Besnier allait agiter la question d'une intervention thérapeutique plus active (application des courants continus).

Voici les renseignements que nous donne la malade sur les phénomènes qu'elle a présentés depuis sa sortie de l'hôpital Saint-Louis : Pendant tout le mois de décembre et la première quinzaine de janvier 1879, l'amélioration obtenue par le repos et le traitement s'est maintenue. Elle a pu reprendre ses occupations, vendre sur la voie publique, et rester debout cinq à six heures par jour. Toutefois, chaque soir, la gêne permanente qu'elle ressentait dans la poitrine, augmentait et parfois devenait une véritable douleur avec engourdissement et fourmillement dans le bras gauche. Néanmoins, les nuits étaient bonnes ; le sommeil était réparateur et les forces semblaient renaître. La seconde quinzaine de janvier est marquée par une aggravation notable dans les crises douloureuses. A trois reprises, séparées par quelques jours d'intervalle, de véritables accès d'angine de poitrine, avec sensation de mort imminente, éclatent le soir et plongent la malade dans un grand effroi. Comme elle remarque que les accès ont surtout de la tendance à se produire quand elle se trouve dans le décubitus dorsal, elle passe ses nuits assise dans son lit. Le sommeil est de courte durée, entrecoupé de soubresauts. L'appétit diminue. Pendant les premiers jours de février, la dyspnée devient permanente, les forces décroissent rapidement. Elle se décide à entrer dans le service de M. Dujardin-Beaumetz.

Lorsque nous la voyons, le 8 février, dans son lit, son attitude nous frappe. Elle est assise, les genoux relevés, les bras croisés et appuyés sur les genoux, la tête inclinée en avant. Elle craint de faire le moindre mouvement et redoute toute espèce d'exploration. La face est pâle, anxieuse. La parole est faible, quoique bien timbrée. Elle nous dit que la nuit précédente a été très-mauvaise. Elle a eu deux accès de suffocation avec irradiations douloureuses jusque dans les doigts de la main gauche. Actuellement, elle a un poids énorme sur la poitrine qui l'étouffe. — On lui place des oreillers derrière le dos, et on procède à l'exploration de la poitrine.

La moitié supérieure de la face antérieure du thorax est sillonnée par des veines sous-cutanées assez volumineuses, qui, en certains points, constituent de véritables réseaux. Une tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, part de la partie centrale du sternum et va se perdre sous le sein gauche, dont elle soulève la demi-circonférence interne. Les doigts la circonscrivent difficilement. Toutefois, il est possible de reconnaître au-dessus d'elle la face antérieure du sternum, dans une étendue de deux à trois travers de doigt : au-dessous, le même os, dans une étendue de quatre travers de doigt. A droite, toute la série des côtes et des cartilages costaux est partout accessible. A gauche, au contraire, nous ne pouvons distinguer que les 1re, 4e, 5e, etc. côtes.

C'est au niveau du sternum que la tumeur présente sa partie la plus saillante. C'est là également que se rencontre une fluctuation très-nette. Deux doigts appliqués sur cette partie de la tumeur sont soulevés fortement à chaque systole cardiaque. Il est facile de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un phénomène de soulèvement en masse, mais bien de mouvements d'expansion. La percussion est rendue impossible par les douleurs violentes qu'elle occasionne. Même l'application du stéthoscope est difficilement supportée. Néanmoins, nous constatons dans la poche la propagation des deux bruits du cœur, *sans le moindre bruit de souffle*. Ces deux bruits sont très-nets, aussi bien à la pointe qu'à la base du cœur. Nous ne notons qu'un peu d'affaiblissement des bruits de la pointe.

L'auscultation de la poitrine nous donne partout le murmure respiratoire normal, sans râles.

L'exploration des gros vaisseaux permet de reconnaître une différence considérable dans les deux pouls radiaux. Le pouls radial gauche est presque insensible. Le bras gauche est un peu tuméfié, légèrement œdémateux et douloureux à la pression.

M. Dujardin-Beaumetz, après avoir pris connaissance des tracés sphygmographiques de M. Franck, et avoir constaté les différents symptômes que nous venons d'énumérer, porte le diagnostic suivant : Anévrysme de la crosse de l'aorte, situé au niveau du point d'émergence de la carotide et de la sous-clavière gauches, ayant amené une oblitération à peu près complète de cette dernière. Pour lui, cet anévrysme a détruit le sternum immédiatement au-dessous de la première pièce de cet os, et vient faire saillie sous les muscles, les aponévroses et la peau de la région. Quelle conduite devra-t-on tenir vis-à-vis de cette affection ? L'état général grave de la malade, les crises douloureuses excessives qui se produisent à chaque instant, la marche rapide de la tumeur vers la peau et, par conséquent, vers la rupture, l'engagent à proposer l'*électrolyse* comme moyen de traitement. Il résulte, en effet, de son expérience, que l'électrolyse, en amenant la formation de caillots dans la poche, peut arrêter la marche envahissante des anévrysmes, et que dans la plupart des cas, ce mode de traitement, sans qu'il en connaisse la raison, diminue ou fait disparaître les crises douloureuses, qui, dans le cas particulier, constituent, pour la malade, un véritable supplice.

Le 9 et le 10 février, les douleurs redoublent de violence. La malade réclame avec instance l'opération.

Le 11, matin, première séance d'électrolyse.

Une batterie électrique de 24 couples (pile médicale de Gaiffe), munie de deux fils métalliques très fins, portant à leurs extrémités des serre-fines, est disposée près du lit. La batterie communique avec un voltamètre, qui renseigne sur la régularité et l'intensité du courant. La batterie est ainsi faite qu'on peut utiliser deux, quatre, six, etc. couples successivement, et obtenir ainsi un courant qui soit bien supporté par le patient.

La malade est couchée, le dos appuyé sur deux oreillers superposés. Deux aiguilles de fer doux sont enfoncées, à 25 millimètres de profondeur, dans la partie la plus saillante de la tumeur, c'est-à-dire celle qui correspond au sternum. Une distance d'un centimètre et demi les sépare transversalement, en sorte que nous pouvons les distinguer en *aiguille droite* et *aiguille gauche*. L'introduction des aiguilles, grâce à l'appareil spécial inventé par M. Beaumetz, détermine peu de douleurs. Immédiatement, les pulsations de la tumeur se communiquent aux aiguilles, et celles-ci sont soulevées d'une manière rythmique et isochrone aux systoles cardiaques.

Les choses étant ainsi disposées, M. Dujardin-Beaumetz, suivant la méthode qu'il a préconisée, place le pôle négatif de la batterie sur une plaque d'étain, mouillée, qui embrasse la cuisse droite de la malade ; il applique d'autre part le pôle positif sur l'aiguille gauche. Le courant, étant ainsi fermé, doit partir du pôle positif, traverser la tumeur et une grande partie du corps de la malade. On emploie progressivement 2, 4, etc., jusqu'aux 24 couples, auxquels on arrive au bout de deux minutes. On laisse passer le courant pendant dix minutes, on diminue alors progressivement son intensité, jusqu'à interruption complète.

Cette première partie de la séance se passe sans incident. Nous n'avons à signaler qu'une légère douleur au-dessous de la pointe du cœur. Le pôle positif de la pile est transporté sur l'aiguille droite, et on procède exactement comme dans la première partie de la séance, c'est-à-dire qu'on fait passer le courant pendant dix minutes. Pendant les cinq dernières minutes, la malade ressent des douleurs dans le dos et dans le bras gauche. L'extraction des aiguilles est assez douloureuse. Les piqûres ne donnent lieu à aucune issue de sang. On aperçoit autour d'elles, dans un rayon d'un centimètre, un peu de rougeur.

La malade est agitée pendant les deux premières heures qui suivent l'opération. Dans l'après-midi, elle se calme, et bientôt, s'endort d'un sommeil profond. Nous la trouvons, le soir, reposée et contente. Le 12, l'amélioration est considérable. Les mouvements, impossibles les jours précédents, s'exécutent maintenant avec facilité. La malade s'étend dans le décubitus dorsal, se relève, s'assied, prend les objets qui sont autour d'elle, avec la plus grande aisance. La douleur, au niveau de la tumeur, a beaucoup diminué. Il existe encore une douleur sourde et fixe dans le dos. Les battements sont très appréciables à la palpation, bien qu'ils aient notablement diminué. La mollesse et la fluctuation des points où les piqûres

ont été faites ont disparu. Il existe à ce niveau une dureté, une résistance très appréciable. Nous ne constatons aucun phénomène d'inflammation.

Le 13, rien de particulier, si ce n'est une douleur au-dessous et en dehors du sein gauche. Nuit bonne.

Du 14 au 18, la malade est très satisfaite et espère guérir. Elle est habituellement assise sur son lit et ne souffre pas. L'appétit est revenu.

Le 19, quelques douleurs au-dessous du sein gauche.

Le 20, un peu de toux, sans signes stéthoscopiques. On prescrit une pilule de cynoglosse.

Le 21 et le 22, état très satisfaisant. Les nuits sont calmes. La malade mange deux portions.

Dans la nuit du 22 au 23, une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, avec irradiations dans le bras gauche, empêchent la malade de dormir.

Le 23, nous constatons que les battements de la tumeur sont plus accusés que les jours précédents.

Le 24, la malade souffre dans le dos et surtout au niveau du sein gauche. Elle réclame une deuxième opération.

La nuit du 24 au 25 est très bonne.

Le 25, *deuxième séance d'électrolyse.*

Les aiguilles sont enfoncées de 35 millimètres et placées immédiatement au-dessous des piqûres précédentes. L'aiguille *droite* présente des battements très nets, tandis que l'aiguille gauche ne bat pas. On procède comme dans la première séance. Le courant, passant par l'aiguille gauche pendant dix minutes, n'amène aucune douleur. Au contraire, le courant passant par l'aiguille droite, d'abord un peu douloureux, devient intolérable à la neuvième minute. On suspend le courant.

L'extraction des aiguilles se fait sans peine. Une goutte de sang s'échappe de la piqûre gauche. On remarque un peu de rougeur autour des piqûres. La patiente, assez agitée, se plaint de douleurs profondes derrière le sternum et dans le dos. Ces douleurs persistent quatre heures, puis se calment.

La nuit du 25 au 26 est excellente. Dès le matin du 26, la malade ne souffre plus. Les battements sont assez obscurs au niveau de la tumeur. Celle-ci a une grande dureté. On dirait qu'elle a une paroi cartilagineuse. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur très éloignés, sans aucun souffle.

Du 27 février au 5 mars, la malade, qui a recouvré le sommeil et l'appétit, se lève et se promène dans la salle. Les douleurs ont complétement disparu.

Du 5 au 10 mars, nouvelles douleurs, qui vont en augmentant d'intensité. La tumeur a un peu augmenté de volume, tout en gardant sa dureté.

Le 11 mars, *troisième séance d'électrolyse.*

Les deux aiguilles sont introduites dans le voisinage des piqûres précédentes, à 4 centimètres de profondeur. On procède tout d'abord suivant la même méthode que précédemment, c'est-à-dire le pôle négatif appliqué sur la cuisse de la malade. Après dix minutes (cinq minutes sur chaque aiguille), M. Beaumetz fait placer le pôle négatif sur l'aiguille droite, le pôle positif sur la gauche, suivant la méthode de Ciniselli. Pendant trois minutes un courant de trois couples d'éléments traverse ainsi la tumeur. Cette méthode est en général beaucoup plus douloureuse que celle d'Anderson. Aussi, ne se sert-on que de courants faibles.

A la fin de la troisième minute, des douleurs très violentes dans la poitrine et l'épaule gauche éclatent. On se hâte de supprimer le courant et d'enlever les aiguilles. On constate qu'il existe une tuméfaction pointue, comme tubériforme, au niveau de l'aiguille, sur laquelle a été placé le pôle négatif.

Les douleurs dans le bras gauche persistent pendant toute la journée de l'opération.

La nuit du 11 au 12 est tranquille. Les douleurs ont cessé.

Le 12, la malade est gaie et a de l'appétit. La dureté de la tumeur est considérable. Il n'existe autour des piqûres qu'un peu de rougeur. — Le 13, état excellent.

Le 14, beaucoup de douleurs dans la poitrine et dans le bras gauche. La nuit a été mauvaise. La tumeur a un peu augmenté de volume. A son centre, on trouve une saillie pointue, molle, pulsatile, qui n'existait pas la veille.

Du 14 au 18 mars. Période de calme complet. La tumeur est dure ; les battements ont diminué. La partie molle fluctuante que l'on trouvait au centre a disparu.

Le 19. Une crise douloureuse et violente se déclare. La malade souffre dans la poitrine, le dos, l'épaule gauche. On fait des injections sous-cutanées de morphine qui apaisent momentanément les douleurs.

Du 19 au 26. La tumeur s'accroit et amène une saillie de plus en plus accusée du sein gauche. Dure dans son ensemble, elle présente en différents points un peu de mollesse. Les battements, dont elle est le siége, augmentent d'intensité. — Du 26 mars au 4 avril. Les accès ont disparu. Il n'existe plus qu'un peu d'endolorissement, d'engourdissement. La malade repose assez bien la nuit.

Du 4 au 15. La malade a chaque jour un violent accès d'angine de poitrine. Elle reste habituellement assise dans son lit, la tête inclinée en avant. L'anxiété est très-vive. La tumeur augmente considérablement de volume. Elle est très-dure à la périphérie ; molle, au contraire, au centre. De la glace en permanence sur le thorax est prescrite. Cette application diminue les phénomènes douloureux. En même temps on pratique matin et soir une injection sous-cutanée de morphine. — Du 15 au 20. Une amélioration notable est obtenue. Les accès violents ont cessé. L'appétit et le sommeil sont recouvrés. — Mais ce temps d'arrêt n'est que momentané.

Le 21, des douleurs d'angine de poitrine extrêmement intenses se reproduisent. La poche anévrysmale fait des progrès incessants. Elle a le volume d'une grosse orange. Le sein gauche est soulevé en masse et présente des battements très-prononcés. Les jours suivants, la tumeur gagne du côté de la clavicule gauche. Le 1er mai, une petite eschare de la peau, de couleur bleuâtre, apparaît dans le point de la tumeur qui correspond au sternum, là où les battements sont les plus intenses. Du 2 au 6 mai, cette eschare s'agrandit et arrive à avoir les dimensions d'une pièce de 2 francs. Une rupture est imminente. Depuis le 1er mai, la malade n'a avalé qu'un peu de liquide. Pour modérer les douleurs horribles qu'elle ressent, elle réclame des injections de morphine répétées. On lui en fait par jour 3 ou 4 de 1 centigramme. Le 7, la malade a un peu de délire. Dans l'après-midi, sans hémorrhagie par aucune voie, sans rupture de la poche, elle s'éteint subitement.

Autopsie. — La pièce est enlevée dans son ensemble. Après dissection, nous constatons que la tumeur se compose de deux parties : 1° une vaste poche antérieure, située en avant du sternum et de quelques côtes ; 2° une poche postérieure formée par la dilatation anévrysmatique de toute la portion horizontale de la crosse de l'aorte. Un orifice au niveau du sternum fait communiquer les deux poches et présente des particularités très-intéressantes à étudier.

1° *Poche antérieure.* — Cette poche mesure 15 centimètres de largeur sur 20 centimètres de hauteur dans les plus grands diamètres. Elle a une forme grossièrement ovoïde à grosse extrémité tournée à gauche. 2/3 de la tumeur s'étendent depuis le bord gauche du sternum jusqu'au-delà de la mamelle gauche, qui se trouve fortement portée en avant. Le dernier tiers répond au sternum et empiète de quelques centimètres sur la région costale droite. C'est sur cette dernière portion que se trouve l'eschare. Au niveau du sternum, la tumeur commence à 2 centimètres au-dessous de la fourchette sternale et s'étend jusqu'à 5 centimètres au-dessus de la pointe de l'appendice xyphoïde.

La tumeur est fendue verticalement au niveau de la ligne sternale. Il s'écoule un liquide couleur chocolat, formé par du sang demi-liquide. Mais bientôt l'écoulement s'arrête et l'on se trouve en face d'un énorme caillot, rouge brun, pesant près de 300 grammes.

Le caillot enlevé et la poche lavée avec soin, on peut en étudier les parois. Celles-ci sont formées :

A. *En avant.* A gauche, par les muscles grand et petit pectoraux très-amincis et infiltrés de sang ; à droite, par les insertions détruites sur certains points du grand pectoral et par la peau.

B. *En arrière.* A droite du sternum, par le 2° espace intercostal dans une étendue de 2 centimètres. Le muscle et l'apo-

névrose intercostaux sont intacts. Le 2e et le 3e cartilage costaux sont dépourvus par place de leur périchondre. A gauche du sternum, les lésions sont beaucoup plus étendues et plus complexes. La poche remonte jusqu'à la clavicule, qui est cependant recouverte par une mince couche de parties molles. En bas, elle s'étend jusqu'au 5e espace intercostal. Transversalement et à partir du bord gauche du sternum, la surface costale, qui prend part à la constitution de la poche, est de 4 centimètres au niveau de la 1re côte, augmente progressivement pour atteindre 8 à 9 centimètres au niveau de la 4e côte. Le périchondre et le périoste manquent par îlots. Les muscles intercostaux ne présentent pas d'altération, excepté dans une étendue de 4 centimètres au-dessus et au-dessous de la 2e côte, tout à fait au voisinage du sternum. Là, la 2e côte est complétement dénudée, rugueuse et pointue. La destruction des muscles intercostaux a créé une sorte de diverticulum saillant du côté interne du thorax et limité par la plèvre épaissie. Le sternum est dénudé dans toute l'étendue qui répond à la poche. A l'union de la première avec la seconde pièce de cet os, se trouve un orifice circulaire de 4 centimètres de diamètre, dont la circonférence est rugueuse. Cet orifice n'occupe pas exactement la partie centrale de l'os. Il est plus rapproché du bord gauche. La 2e articulation chondro-sternale gauche et le cartilage de la 2e côte ont disparu, en sorte que l'orifice sternal présente à ce niveau une échancrure dans laquelle vient se placer l'extrémité pointue et rugueuse de la 2e côte libre et très-mobile.

L'orifice sternal est oblitéré par un bouchon fibrineux très-dense, présentant une épaisseur de 1 centimètre, adhérent à tout le pourtour de l'orifice, sauf dans un point très-circonscrit, qui répond à l'échancrure et à la 2e côte gauche. Là existe un petit caillot noirâtre que nous détachons. Nous pouvons alors faire passer un stylet de la poche antérieure dans la crosse de l'aorte. Or, nous y insistons, parce que nous aurons à revenir sur cette disposition, ce caillot noirâtre était en rapport direct avec l'extrémité pointue de la 2e côte.

2° *Poche postérieure.* — La crosse de l'aorte disséquée présente depuis l'union de sa partie ascendante et de la partie transversale, jusqu'au point où elle se met en rapport avec la colonne vertébrale, une dilatation de la grosseur d'une orange. Nous ouvrons la crosse suivant sa grande courbure. L'orifice aortique du cœur est sain. Dans la portion ascendante, nous rencontrons quelques plaques athéromateuses jaunâtres. La 1re portion de la partie transversale est en rapport avec le sternum. Elle présente un orifice circulaire qui adhère solidement à toute la circonférence de l'orifice sternal. Au-delà, jusqu'à l'aorte thoracique, la crosse est dilatée régulièrement. Les parois sont épaisses. Un gros caillot fibrineux à couches stratifiées de couleur blanc-jaunâtre occupe toute la demi-circonférence postéro-supérieure de l'artère et y adhère fortement, en sorte que la face antéro-inférieure lisse de ce caillot forme, avec la petite courbure de l'aorte, un nouveau canal qui a à peu près les dimensions normales de l'aorte. Le sang, parti du cœur et lancé dans l'aorte, venait directement battre l'orifice sternal ; puis la colonne sanguine cheminait entre le caillot et la petite courbure aortique pour pénétrer dans l'aorte thoracique. La disposition du caillot dans la crosse nous rend compte de deux symptômes observés pendant la vie, savoir : l'imperceptibilité du pouls radial gauche et le retard du pouls carotidien gauche. En effet, si l'orifice du tronc brachio-céphalique a son calibre normal et est parfaitement perméable, il n'en est pas de même pour les artères carotides et sous-clavière gauche. L'orifice de la sous-clavière gauche est complétement recouvert par plusieurs feuillets du caillot. Depuis longtemps, le sang ne devait plus y pénétrer. Pour l'orifice de la carotide gauche, il n'y a qu'une légère diminution de calibre, les feuillets du caillot empiétant un peu sur la circonférence de l'orifice. Mais il n'est pas douteux qu'il eût pu, si la malade avait encore vécu quelque temps, disparaître comme celui de la sous-clavière.

Le cœur est hypertrophié. Cette hypertrophie est considérable pour le ventricule gauche dont la paroi mesure un centimètre et demi. — Les poumons sont intacts.

La plupart des nerfs qui avoisinent l'anévrysme ne présentent aucune altération importante. Le pneumogastrique gauche seul fait exception. Le nerf est étalé à la surface de la poche anévrysmale. Les faisceaux sont épaissis, notablement augmentés de volume. Les filets qu'il fournit au plexus pulmonaire sont trois fois aussi gros que ceux du pneumogastrique droit. Nous cherchons le récurrent gauche et le plexus cardiaque. Nous trouvons ces différents nerfs dans la concavité de la crosse, enserrés dans un tissu fibreux assez dense, qui rattache la crosse de l'aorte à la bifurcation de la trachée. Rien à signaler du côté de la trachée et de l'œsophage. Les autres viscères, cerveau, reins, foie, sont un peu congestionnés.

Si nous rapprochons les faits constatés à l'autopsie des phénomènes cliniques observés chez notre malade, nous pouvons nous faire une idée assez nette de ce qui se passe dans une tumeur anévrysmale lorsqu'on y applique l'électrolyse. Nous avons noté, en effet, avant toute opération, la mollesse, la fluctuation de la tumeur qui avait déjà franchi les limites du sternum et formait une petite voussure sous la peau. Après les séances d'électrolyse, le durcissement de la tumeur, l'absence de fluctuation, indiquaient qu'il s'était formé des caillots dans son intérieur. Il n'est pas douteux pour nous que ces caillots étaient constitués par le bouchon fibrineux que nous avons décrit obturant l'orifice sternal. Ce caillot, en effet, est complétement distinct du gros caillot feuilleté qui occupe la crosse de l'aorte. Il n'avait pas, pour se former, les mêmes raisons que ce dernier, c'est-à-dire le ralentissement du cours du sang. Bien au contraire, l'orifice sternal, situé presqu'en face de l'orifice aortique du cœur, devait être battu avec une grande énergie par l'ondée sanguine. La coagulation du sang devait donc y être très-difficile. En tenant compte des dimensions antéro-postérieures de la poche, les pointes des aiguilles devaient venir se placer exactement dans le champ de l'orifice sternal. Nous croyons donc pouvoir conclure que le bouchon fibrineux est le fait du passage du courant.

Ce bouchon une fois produit, la marche envahissante de la tumeur a été pour quelque temps entravée. Mais deux circonstances défavorables n'ont pas permis un arrêt définitif. Le travail ulcératif s'est étendu du sternum à l'articulation chondro-sternale gauche ; la 2e côte, dénudée, mobile, suivant les mouvements de l'inspiration et de l'expiration, est venue frotter continuellement sur la partie voisine du bouchon fibrineux, y a déterminé une fissure que nous avons signalée plus haut, et, à partir de ce moment, le sang a été peu à peu versé au dehors, jusqu'à produire l'énorme poche antérieure au thorax. Comme le rapide accroissement de la tumeur s'était produit principalement quelques jours après la dernière séance d'électrolyse, M. Beaumetz s'était demandé si l'application du pôle négatif de la pile dans la tumeur elle-même n'avait pas contribué à ce développement. Mais la situation du pertuis qui laissait filtrer le sang, ses rapports avec la seconde côte, le fait que le pôle négatif a été appliqué sur l'aiguille droite, assez loin, par conséquent, de ce pertuis, doivent faire écarter cette opinion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 janvier 1880. — Présidence de M. Tarnier.

M. Nicaise lit un rapport sur une observation de M. Gross, de Nancy, et relative à un cysto-fibrosarcome développé dans le triceps fémoral ; après une première opération et une récidive, la cuisse a été désarticulée par le procédé de M. Verneuil ; mais la ligature de l'artère a été faite au-dessous de la naissance de la fémorale profonde ; aussi une certaine quantité de sang a-t-elle été perdue. Au bout de 6 mois, le malade, guéri de sa désarticulation, mourait d'une généralisation dans le poumon, le foie, la colonne vertébrale, les os du crâne ; il existait plus de 50 tumeurs secondaires. L'auteur de cette remarquable observation insiste sur la rareté des sarcomes primitifs des muscles niés par Cornil et Ranvier, admis par Volkmann qui en cite deux cas ; le fait de M. Gross en est un 3e exemple.

M. Farabeuf fait remarquer que si les anatomistes peuvent dire que la bifurcation de la fémorale a lieu à 5 ou

6 centim. au-dessous de l'arcade, les chirurgiens doivent l'oublier et agir comme si elle se faisait à un travers de doigt au-dessous de cette arcade. Feu M. Denonvilliers insistait pour qu'on mît à nu les fibres resplendissantes de l'arcade dans son incision. Alors on était sûr de pouvoir lier directement au-dessous du ligament de Fallope et au-dessus de la naissance de la fémorale profonde. Celle-ci du reste, au moment de sa naissance, est externe et superficielle : une palpation attentive aurait peut-être permis de percevoir ses pulsations.

M. Després fait un rapport oral sur un mémoire où M. Pilatte d'Orléans a rassemblé 51 observations de cancroïde de la face traités par le chlorate de potasse. L'auteur arrive à cette conclusion que l'efficacité du remède est grande dans les cancroïdes cutanés, mais illusoire lorsque le cancroïde a intéressé la muqueuse. Sur les 8 observations personnelles de M. Pilatte on aurait 3 insuccès et 5 résultats heureux. Mais M. Després pense qu'il y a eu, sans doute, erreur de diagnostic dans les succès, qu'il n'y avait pas véritable cancroïde, qu'en tous cas les malades n'ont pas été suivis assez longtemps, et l'on ignore si le mal a récidivé. M. Després, en un mot, croit que le chlorate de potasse ne peut avoir aucune influence heureuse sur le cancroïde.

M. Terrier a employé le chlorate de potasse à Bicêtre et à la Salpêtrière sur les ulcérations faciales développées chez les vieillards : il a ses observations bien présentes à la mémoire ; dans un premier cas, au bout de un mois d'application du chlorate, le malade guéri quittait l'infirmerie, mais pour y rentrer au bout d'un mois avec une récidive. M. Terrier laissa le service avant que la seconde cicatrisation fût complète. A la Salpêtrière, et pour un polyadénome de l'aile du nez, la solution concentrée a amené une complète guérison.

Enfin, dans un dernier cas, l'amélioration est grande mais la guérison n'est pas encore obtenue. M. Terrier pense que dans ces cas de polyadénomes sudoripares de M. Verneuil, le chlorate de potasse peut rendre des services.

M. Le Fort cite le cas d'un malade qui lui vint avec une ulcération du grand angle de l'œil et considéré comme cancroïdale : elle était un peu enflammée; en attendant une intervention plus radicale, M. Lefort mit un cataplasme de fécule et sous l'influence de cette simple application, la guérison fut obtenue.

M. Verneuil. J'ai beaucoup étudié les ulcérations de la face, ce qui m'a amené à décrire des polyadénomes sudoripares et je crois que leur diagnostic ne présente pas de grandes difficultés sur ; la face, en dehors des ulcérations syphilitiques et scrofuleuses, on ne trouve guère que l'épithéliome proprement dit, ou papillome épithélial, le polyadénome sudoripare et le polyadénome sébacé ; ce dernier est excessivement rare. Or le diagnostic de l'épithéliome est facile et on le distingue fort bien du polyadénome sudoripare dont les points d'élection sont l'aile du nez, le front, la paupière inférieure. Au début, son traitement est des plus simples : il peut guérir spontanément ; le chlorate de potasse, un simple cataplasme le font disparaître : mais j'emploie de préférence l'acide chromique qui me donne d'excellents résultats.

M. Championnière ne pense pas que le diagnostic soit aussi facile que le dit M. Verneuil : il cite l'observation d'une malade qui portait à la racine du nez une tumeur ulcérée à base indurée qui ressemblait étrangement à un cancroïde et dont la guérison a cependant été facilement obtenue.

M. Guyon a vu un cas où l'erreur aurait pu être commise aussi ; et la guérison a été complète par l'emploi sur l'ulcération de greffes épidermiques, selon la méthode de M. Reverdin.

M. Maurice Perrin a vu une tumeur du nez, un polyadénome sébacé — dont il croit l'existence moins rare que ne le pense M. Verneuil — guéri une première fois par des applications d'acide acétique. — La guérison s'est maintenue dix ans; —il vient de revoir son malade avec une récidive à la paupière au niveau du grand angle de l'œil.

M. Le Fort montre un enfant auquel il a fait une opération de bec de lièvre avec incision du bourgeon osseux interaxillaire : il a gardé le bourgeon cutané pour refaire la sous-cloison et disséqué la muqueuse qui recouvrait le bourgeon osseux afin de faire la sous-cloison.

Au cours de la séance : MM. Lister de Londres, et de Roubaix de Bruxelles, ont été nommés associés étrangers. — Correspondants : MM. Tilanus d'Amsterdam, Rose de Zurich et Saboïa de Rio-de-Janeiro. — Associés nationaux : Gross de Nancy, Mollière de Lyon et Hue de Rouen. Paul Reclus.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

I. Leçons sur les maladies du système nerveux, (faites à la Faculté de Médecine de Montpellier), par Grasset. Adrien Delahaye, éditeur. 2 vol. in-8°, avec fig. 1878-1879, Montpellier et Paris ;

II. Des localisations dans les maladies cérébrales, par Grasset. 2e édition, in-8°. 1878, Montpellier et Paris ;

III. Etudes cliniques et anatomo-pathologiques, par Grasset. In-8°. Montpellier, 1878 ;

IV. De la déviation conjuguée de la tête et des yeux, par Grasset. In-8°. Montpellier et Paris, 1879, avec une pl. double.

Le nombre et l'importance des ouvrages parus sur le système nerveux nous semblent nécessiter une revue générale que nous aurons à continuer dans quelques-uns des numéros suivants de ce journal.

I. M. Grasset a publié au commencement de l'année le second volume de son traité des maladies du système nerveux. Le volume précédent avait paru en 1878. Dans ces deux volumes, dont la réunion constitue une publication dogmatique intéressante, M. Grasset semble s'être surtout attaché à vulgariser les données ordinaires de la pathologie nerveuse. On trouvera, en effet, dans ces deux volumes peu de recherches personnelles, mais, par contre, leur lecture sera fort profitable à ceux qui voudront se familiariser rapidement avec les maladies du système nerveux. Le plan de l'ouvrage de M. Grasset est celui des traités de Pathologie : chacune des affections de la moelle ou de l'encéphale se trouve étudiée à son tour, et chacun des chapitres offre un résumé clair et succinct des ouvrages publiés sur la matière. Des figures, empruntées pour la plupart aux leçons de M. Charcot, et des tables analytiques soigneusement composées, contribuent à faire de l'ouvrage de M. Grasset un manuel facile à consulter.

Le premier volume s'ouvre par une leçon sur la vie et la maladie : on y lira un exposé de doctrines qui pouvait être nécessaires à la Faculté de Montpellier, où ces leçons ont été faites, mais auxquelles on nous permettra de ne pas nous associer (1). La seconde leçon traite du système nerveux en général et de ses propriétés. L'apoplexie, l'anémie, le ramollissement et l'hémorrhagie du cerveau sont étudiés de la 3e à la 10e leçon. Dans les leçons suivantes, M. Grasset s'occupe du siège des lésions cérébrales et l'on ne peut que louer les intéressants chapitres qu'il consacre à l'aphasie, à l'hémianesthésie, à l'hémichorée, à l'athétose, et aux lésions corticales. Après avoir traité de l'encéphalite et des tumeurs cérébrales, M. Grasset décrit les maladies de la moelle épinière d'après les recherches de M. Charcot et de l'Ecole de la Salpêtrière. Un premier chapitre est consacré aux conditions anatomiques et physiologiques de la moelle et sert de guide dans l'étude des lésions systématiques de cet organe. Abordant ensuite la description des myélites diffuses aiguës et chroniques, M. Grasset en arrive à l'étude de la paralysie générale, dont, selon les vues de M. Magnan, il fait une sclérose cérébro-spinale. Le premier volume se termine par les affections méningées et les méningites; enfin, dans un appendice, on

(1) .... « Je crois donc qu'il faut séparer dans l'homme le principe de la vie et celui de la pensée : la vie étant commune à tout le règne animal et à tout le règne végétal, étant par conséquent susceptible de degrés en nombre presque infini ; l'âme étant au contraire propre à l'homme et à l'homme seul, dont elle fait par là même, un être complètement à part, qui sera toujours séparé par un abîme infranchissable de tout le reste de la création, quels que soient les rapports que présentent son corps et sa vie, avec les autres corps et les autres vies. » (T. I. p. 17.)

trouve résumées les idées originales de Erb, d'après son traité des maladies de la moelle (*Ziemssen's Handbuch*).

Le second volume s'ouvre, comme le premier, par une leçon de pathologie générale, sur la méthode et les classifications en pathologie interne. L'auteur s'attache à combattre les classifications exclusives en médecine et croit qu'il faut laisser la classification nosologique à la pathologie générale, la classification anatomique à l'anatomo-pathologie et réserver la classification physiologique pour l'enseignement séméiologique.

Les névroses sont étudiées dans le second volume. Tout d'abord les névralgies sont étudiées en général, puis vient le tour de la névralgie trifaciale autour de laquelle l'auteur groupe la migraine et les troubles trophiques des tissus de la face; on trouve un peu plus loin la névralgie sciatique, l'asphyxie des extrémités et le mal plantaire, mais cette étude est séparée de celle de la névralgie par l'angine de poitrine et le goître exophthalmique, nous aurions préféré voir décrire ces deux affections après les troubles moteurs des nerfs, ainsi du reste que l'irritation spinale et l'agoraphobie. Les paralysies nerveuses forment une des parties les plus intéressantes de ce second volume, elles sont étudiées en général et en particulier, et nous citerons comme chapitres importants ceux relatifs à la paralysie faciale, à celle du masticateur, et aux paralysies des nerfs du tronc. A partir de la 26e leçon,

M. Grasset étudie les convulsions localisées, les spasmes fonctionnels, le tétanos, la catalepsie, la paralysie agitante. Enfin le volume se termine par la chorée, l'hystérie, l'épilepsie et les manifestations nerveuses des maladies générales.

On voit par l'énumération rapide que nous venons de faire, que l'ouvrage de M. Grasset est fort complet; aussi ne doit-on pas trop s'attacher aux défauts que peut présenter une classification artificielle des névroses, mais bien savoir gré à l'auteur d'avoir résumé d'une façon savante et claire, les innombrables documents publiés sur les maladies du système nerveux tant en France qu'à l'étranger.

II. Avant son grand traité, M. Grasset avait publié une série d'articles, dans le *Montpellier médical*, sur les localisations dans les maladies cérébrales; ces articles, joints à un certain nombre de documents plus récents constituent un intéressant fascicule. Dans cet ouvrage, M. Grasset a réuni, comme il le dit lui-même, les pièces justificatives des conclusions présentées au cours de ses leçons sur les maladies du système nerveux: c'est ce qui explique la division de l'ouvrage qui paraîtrait sans cela singulière. En effet, la brochure commence par l'aphasie et se termine par les objections que l'auteur fait aux doctrines de M. Brown-Séquard: les lésions centrales et corticales forment les chapitres intermédiaires.

On lira avec beaucoup d'intérêt l'historique de l'aphasie et la revendication des droits de M. Dax, dont M. Grasset se montre partisan, tout en reconnaissant l'importance des travaux de M. Broca sur la troisième frontale: puis, après avoir discuté les cas d'aphasie par lésion de l'insula, l'auteur reconnaît comme démontré le siège du langage articulé dans la troisième frontale gauche, chez le sujet droitier.

Le second chapitre traite des lésions de la capsule interne, de l'hémiplégie, de l'hémianesthésie, de l'hémichorée et secondairement de l'hémianesthésie mésocéphalique et de l'athétose. C'est dire que ce chapitre est entièrement conforme aux travaux de MM. Charcot, Couty et Oulmont, que M. Grasset a résumés complétement et clairement en quelques pages. Le chapitre troisième traite des circonvolutions cérébrales et de leurs centres. Après avoir donné une description anatomique fort bien faite des circonvolutions et rappelé les expériences de Hitzig, Ferrier, Carville et Duret, l'auteur entre dans le détail des observations, et conclut à l'existence des centres corticaux. Ce que ce fascicule offre de très-intéressant, c'est le soin avec lequel M. Grasset a joint à ses descriptions tous les faits publiés à l'appui de la doctrine des centres cérébraux; ces documents résumés et dont l'indication bibliographique est précisée au bas des pages, donnent au travail de M. Grasset une importance réelle et le rendent indispensable à consulter pour l'étude des localisation cérébrales.

III. Nous trouvons également dans un petit fascicule d'anatomie pathologique publié par le même auteur, plusieurs observations relatives aux maladies du système nerveux: ce sont: un cas d'hémiplégie alterne, dans laquelle on a trouvé à l'autopsie des tumeurs sarcomateuses de la protubérance et du cerveau. Cette nécropsie, avec planche à l'appui, se trouve séparée de l'observation et placée à la fin du fascicule. un cas d'hémiplégie droite, sans anesthésie, avec autopsie; un cas fort intéressant d'aphasie avec hémiplégie droite et hémianesthésie, explicable seulement par la doctrine des localisations corticales, et en tout comparable à un exemple que nous avons publié dans ce journal (1). Signalons encore deux cas de paralysie labio-glosso-laryngée, dont un semblerait donner raison à la théorie de M. Duval sur l'origine de la corde du tympan (2); et deux cas de méningite tuberculeuse. Tous ces faits méritaient d'être cités, car ils sont tous confirmatifs de la théorie moderne des localisations cérébrales.

IV. Tout récemment le même auteur a publié un travail important sur la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Il s'agit d'un point des localisations cérébrales à l'ordre du jour depuis 1868, époque de la thèse de Prévost. M. Ferrier, M. Landouzy, M. Grasset et d'autres auteurs ont, dans des publications antérieures, donné tour à tour plusieurs explications du phénomène. Pour Prévost, il résulte des 58 faits de sa thèse que l'animal regarde du côté de sa lésion: cette opinion eut cours, sauf pour le cas de lésion du mésocéphale, jusqu'en 1875, puisque à cette époque M. Lépine défendait la loi de Prévost dans sa thèse d'agrégation. En 1876, M. Landouzy, frappé par les nombreuses exceptions qu'il avait rencontrées, formulait une théorie contraire à celle de Prévost: on sait que M. Landouzy se basait principalement sur la différence qui pouvait exister entre l'excitation du centre rotateur et sa paralysie: tout en reconnaissant ces faits, M. Grasset s'élève contre les conclusions de M. Landouzy et est d'accord, du reste, avec cet auteur qui vient de présenter à la Société anatomique un travail dans lequel il rectifie son appréciation première.

M. Grasset a réuni 117 observations, dont il donne les sources et, pour quelques-unes, la représentation figurée, il en conclut que: *dans les lésions d'un hémisphère,* quand il y a déviation conjuguée, *le malade regarde ses membres convulsés s'il y a excitation, et regarde sa lésion, s'il y a paralysie;* la règle, en somme, est la même que pour le facial.

Dans une deuxième partie de son travail, M. Grasset recherche le siège de la lésion de la déviation conjuguée, à l'aide des 117 cas précités. Il en conclut que: *si la déviation conjuguée doit être attribuée à une lésion corticale, l'altération siège le plus souvent dans les circonvolutions qui coiffent le fond de la scissure de Sylvius et le pli courbe (centres 13, 13', 14 de Ferrier).* Cette conclusion n'explique peut-être pas la rotation de la tête, et du reste, le cas de Chouppe, sur lequel porte en partie la discussion, est malheureusement un cas complexe. Sans admettre pleinement la dernière conclusion de M. Grasset, nous devons signaler toute l'importance des recherches de l'auteur sur ce point délicat, et rappeler à ce propos aux lecteurs du *Progrès médical* que M. Chouppe vient à son tour de prendre la défense de la théorie de Prévost (3).

C'est donc un sujet à l'étude et il est fort probable que de nouvelles observations viendront bientôt fixer le centre de ces mouvements des yeux. Henry DE BOYER.

BIBLIOGRAPHIE

De l'ictère hémaphéique, principalement au point de vue clinique; par le Dr DREYFUS-BRISAC, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique de la Faculté. — Adrien Delahaye, Paris, 1878.

Nous sommes bien en retard pour présenter à nos lecteurs une thèse parue en 1878. Des circonstances indépendantes de notre volonté sont la cause de cette négligence. L'auteur, qui est en même temps notre collaborateur, est prié d'accepter ici nos excuses.

(1) *Progrès médical*, n° 37, 1877.
(2) M. Duval. *Soc. Biologie.* Mars 1878.
(3) Chouppe. *Gaz. hebdomadaire*, 1879.

Le sujet du travail de M. Dreyfus-Brisac, l'*ictère hémaphéique*, a déjà été traité par plusieurs élèves du professeur Gubler, auteur de la théorie de l'*hémaphéisme*. Il est bon de dire ici un mot de cette théorie basée sur les travaux de Gubler, Virchow, Zenker et Funke. Le pigment biliaire serait tout simplement une transformation de l'hémoglobine, provenant de la destruction continuelle des vieux globules rouges. Si, maintenant, sous une influence morbide quelconque, la destruction des globules sanguins est trop rapide, le foie deviendra impuissant à transformer toute l'hémoglobine en biliphéine; cette matière colorante restera donc dans le sérum. C'est à ces pigments qui se produisent à l'état pathologique et qui dérivent de l'hémoglobine incomplétement élaborée que M. Gubler donnait le nom d'hémaphéine, désignant sous le nom d'hémaphéisme l'accumulation de ce pigment dans le sérum sanguin. Le même phénomène se produira si le foie, devenu malade, est atteint dans son activité secrétoire.

De là, pour M. Gubler, deux modes de production de l'ictère : la rétention biliaire qui engendre l'ictère biliphéique et la transformation incomplète du pigment sanguin qui produit l'ictère hémaphéique.

M. Dreyfus fait, dans un second chapitre, l'étude trèsdétaillée des urines hémaphéiques comparées aux urines biliphéiques.

Mais, pour les praticiens, il importe seulement de retenir que la coloration des urines, du linge et la réaction de l'acide nitrique, suffisent pour reconnaître la nature du pigment qui colore les urines.

Dans le chapitre III de son travail, M. Dreyfus étudie la pathologie de l'ictère hémaphéique, ses symptômes, sa marche, son diagnostic et son pronostic. Il montre ainsi comment les urines hémaphéiques permettront d'attribuer à une intoxication saturnine ou alcoolique des symptômes qui, sans cette donnée, auraient été attribués à un embarras gastrique, simple, etc... Souvent aussi ce symptôme donnera plus de gravité à un état morbide en faisant soupçonner l'existence d'une lésion étendue de la glande hépatique. Telles sont les questions traitées dans la première partie de la thèse du Dr Dreyfus. L'auteur y aborde des problèmes de physiologie qui, s'ils ne sont pas résolus complétement, ont été singulièrement éclairés par les travaux des savants modernes et entre autres par le regretté professeur de thérapeutique de la Faculté de Paris.

Dans une seconde partie, la plus importante et la plus intéressante pour le clinicien, nous voyons quelles sont les maladies dans lesquelles se manifeste principalement l'hémaphéisme. Ce sont : les empoisonnements aigus, les pyrexies et les phlegmasies aiguës, les affections du foie. Chaque maladie, surtout l'ictère saturnin, est étudiée séparément : des observations sont citées à l'appui des assertions de l'auteur qui termine son travail en parlant des ictères bilieux prolongés qui sont, dit-il, généralement suivis d'un ictère hémaphéique secondaire, dû sans doute à l'altération des *cellules hépatiques* par la stase biliaire. Enfin, d'après les recherches modernes, l'ictère des nouveau-nés est hémaphéique dans la grande majorité des cas.

Tel est le résumé très-bref de la thèse de M. Dreyfus qui a su traiter, de manière à vivement intéresser le lecteur, un sujet aride et difficile, et qui contribue ainsi à démontrer une fois de plus combien les études en apparence les plus spéculatives peuvent venir en aide à la clinique.

G. BOUTEILLIER.

NÉCROLOGIE

Georges HERBELIN, interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir, à l'âge de 29 ans, d'une diphthérie maligne, contractée à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Ce nouveau martyr du devoir professionnel était aimé et estimé de tous. Il emporte les regrets unanimes de ses maîtres, de ses collègues et de tous ceux qui l'ont connu.

Essentiellement bon et droit, Herbelin avait en outre un caractère gai et entraînant qui ajoutait un charme nouveau aux excellentes relations qu'il avait avec tous ses collègues. Aussi, peut-on le dire hautement, sans crainte d'être démenti, toutes les sympathies lui étaient acquises, et dans les salles de garde où il a vécu, il n'a connu que des amis. Reçu interne des hôpitaux en 1877, il venait d'accomplir ses deux premières années d'internat avec un zèle et un dévouement peu communs.

Non content de voir à la visite du matin les enfants qui lui étaient confiés, il passait une grande partie de la journée auprès d'eux, se mêlant à leurs distractions, à leurs jeux, après leur avoir prodigué tous les soins qu'exigeait leur état. Il était adoré de ses petits malades.

Cette année si bien remplie à l'hôpital Sainte-Eugénie devait se terminer fatalement ; le 30 décembre, Herbelin avait une angine ; le 3 janvier, il était mort. La croix de la Légion d'honneur lui fut portée à son lit de mort par son chef bien aimé, le docteur Lannelongue. Cette haute récompense, qu'il avait si bien méritée et qu'il payait si cher, hélas ! procura à notre infortuné collègue quelques heures de soulagement, après lesquelles le mal inexorable reprit le dessus. Les pouvoirs publics ont tenu à honneur de se faire représenter aux funérailles de ce martyr et de rendre un éclatant hommage à sa mémoire. L'internat a perdu dans la personne de Georges Herbelin un de ses membres les plus sympathiques et les plus distingués.

J. COMBY.

VARIA

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Le conseil se compose de : 1° vingt-deux membres titulaires, nommés par le Préfet de police, avec approbation du Ministre de l'agriculture et du commerce, sur la présentation du conseil d'hygiène et de salubrité ; — 2° Deux membres du Conseil général de la Seine nommés annuellement par le Ministre de l'agriculture et du commerce, sur la présentation du préfet de police ; — 3° 12 membres à raison de leurs fonctions, savoir : le doyen, le professeur de médecine légale et le professeur d'hygiène de la Faculté de médecine ; le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie ; le directeur des travaux de Paris et le directeur des eaux et égouts quand ces fonctions sont séparées ; le secrétaire général, le chef de la 2e division, le chef de bureau de police sanitaire et industrielle et l'architecte en chef de la Préfecture de police ; l'ingénieur en chef des mines et l'ingénieur en chef des ponts et chaussées du département de la Seine ; un membre du Conseil de santé des armées désigné par le Ministre de la guerre.

Les membres actuellement en fonctions (1er janvier 1880) sont : *Membres titulaires* : MM. Bouchardat, Boussingault, Bussy, Colin, Chatin, Cloëz, Delpech, Hillairet, Lagneau, Lalanne, Larrey, de Luynes, Ollivier (A.), Pasteur, Péligot, Personne, Reynal, Riche, Schutzenberger, du Souich, Trélat (U.), Voisin (A.).

Membres du Conseil général : MM. Bourneville et Villeneuve.

Membres à raison de leurs fonctions : MM. Alphand, Bouchardat, Bezançon, Brouardel, Cambon, Chatin, Grégoire, Legouest, Lestiboudois, Luuyt, Paliard, Vulpian.

Président : M. le Préfet de police ; — *vice-président* : M. Schutzenberger ; *secrétaire* : M. Bezançon. — Le bureau est nommé annuellement par le préfet de police sur la présentation du Conseil d'hygiène. — Les présentations par le conseil ont lieu au scrutin ; il est présenté trois candidats.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 31 décembre 1879, on a déclaré 1,279 décès, savoir : fièvre typhoïde, 37 ; rougeole, 5 ; scarlatine, 3 ; variole, 56 ; croup, 14 ; angine couenneuse, 12 ; bronchite, 76 ; pneumonie, 156 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13 ; choléra nostras, 0 ; dysenterie, 0 ; affections puerpérales, 5 ; érysipèle, 8 ; autres affections aiguës, 273 ; affections chroniques, 566, dont 200 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 13 ; causes accidentelles, 42.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Les élections pour 1879 ont eu lieu le vendredi 28 décembre. Le bureau est ainsi composé : *Président*, M. Hillairet ; — *vice-président*, M. H. Guéneau de Mussy ; — *secrétaire général*, M. Ernest Besnier ; — *secrétaires des séances*, MM. Martineau, Duguet ; — *trésorier*, M. Dujardin-Beaumetz ; — *conseil de famille*, MM. Hervieux, Millard, Dieulafoy, Sevestre ; — *conseil d'administration*, MM. Dumontpallier, Ollivier, Damaschino, Rendu, Tenneson ; — *comité de publication*, MM. Debove, Lereboullet, E. Besnier, Martineau, Duguet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 12 janvier 1880, à 3 heures précises, au Palais de Justice (Salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil). — Ordre du jour : Communication de M. Weiss, interne des hôpitaux, sur un cas d'empoisonnement par l'acide phénique ;—Exposé par M. le docteur Evrard, membre correspondant, d'expériences démontrant

l'instantanéité de la mort par décapitation ; — Question posée par M. Demange, sur les exigences du secret professionnel ; — Communication de M. Brouardel, sur la valeur de certains signes de la pédérastie passive ; — Suite de la discussion sur les voleurs aux étalages et dans les magasins.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Par arrêté en date du 17 décembre 1879, un concours s'ouvrira le 24 juin 1880, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour un emploi de chef des travaux cliniques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Par arrêté en date du 17 décembre 1879, un concours s'ouvrira le 25 juin 1880, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, toxicologie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — Par arrêté en date du 17 décembre 1879, un concours s'ouvrira le 21 juin 1880, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

NÉCROLOGIE. — M. Fr. BOLL, professeur de physiologie à l'Université de Rome, est mort dans cette ville, le 19 décembre. — Notre ami, M. V. Cornil, rédacteur en chef du *Journal des Connaissances médicales*, vient de perdre son père, M. le Dr Félix CORNIL, mort dans sa 78e année. M. F. Cornil était médecin de l'hôpital civil de Cusset, inspecteur des eaux minérales et maire de cette ville. Comme toute la population de Cusset à laquelle M. M. F. Cornil a rendu de grands services, nous nous associons à la douleur de notre ami.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Laënnec. — *Chirurgie.* Service de M. NICAISE. — Salle Saint-André (H.) : 4, fistule à l'anus, tuberculose pulmonaire ; 6, fracture du péroné ; 8, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus : troubles trophiques; 10, brûlures multiples ; 11, fracture en rave du tibia ; 13, mal de Pott ; 14, tumeur blanche du pied. — Salle Saint-Philippe (F.) : 2, phlébite iliaque ; 3, mal de Pott lombaire ; 4, squirrhe des deux seins.

Médecine. Service de M. BALL. — Salle Saint-François (F.) : 3, myélite chronique ; 4, hystéro-épilepsie ; 8, kyste de l'ovaire ; 14, luxation vertébrale : compression de la moelle ; 24, myélite chronique ; 29, tumeur cérébrale ; 30, rétrécissement aortique ; 32, épilepsie ; — Salle Saint-Louis (F.) : 7, lésion mitrale : 8, lésion mitrale ; 11, épilepsie ; 12, hystérie ; 23, myélite chronique ; 24, mal de Pott, abcès par congestion ; 30, chorée hystérique. — Salle Sainte-Julie (H.) : 1, hémiplégie ; 8, asthme, emphysème ; 28, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Thérèse (H) : 6, anesthésie généralisée, syphilis; 7, paralysie saturnine ; 9, myélite chronique.

Service de M. FERRAUD. — Salle Saint-Barthélemy (F.) : 4, hémiplégie droite ; 10, néphrite interstitielle ; 14, phlegmon péri-utérin ; 15, chorée hystérique ; 28, rhumatisme chronique. — Salle Saint-Julien (F.) : 3, hémiplégie gauche ; 6, hystérie ; 10, insuffisance aortique et mitrale ; 11, tremblement sénile ; 17, affection cardiaque, névralgie cervico-brachiale ; 19, insuffisance mitrale ; 28, phthisie aiguë secondaire. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, hémiplégie droite, aphasie ; 4, phthisie, arthritis ; 13, ataxie locomotrice ; 22, bronchite chronique simple. — Salle Sainte-Anne (H.) : 3, phthisie, suite de rougeole ; 6, myélite transverse ; 10, bronchite chronique simple.

Service de M. LEGROUX. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 1, 2, 3, hémiplégie, aphasie ; 5, ataxie locomotrice ; 9, tuberculose pulmonaire, ictère chronique (cirrhose hypertrophique ?) ; 20, asthme, emphysème. — Salle Sainte-Hélène (H.) : 2, tuberculose pulmonaire, ulcère simple de l'estomac ; 4, insuffisance mitrale ; 15, myélite chronique ; 16, ataxie ; 17, ataxie, hyperesthésies et douleurs fulgurantes. — Salle Saint-Vincent (F.) : 3, ataxie, arthropathie des deux genoux ; 4, épithélioma interne ; 8, insuffisance mitrale ; 12, rhumatisme chronique progressif ; 16, dilatation de l'aorte. — Salle Saint-Nicolas (F.) : 2, ataxie locomotrice ; 13, insuffisance mitrale ; 14, hystérie ; 26, insuffisance mitrale.

Hôpital Tenon. — Médecine. Service de M. RATHERY. Visite à 9 heures. Consultation le mercredi. Salle Andrac (H) : 1, néphrite parenchymateuse ; 9, pneumonie typhoïde ; 10, anévrysme aortique et insuffisance mitrale ; 11, rhumatisme articulaire sub-aigu ; 20, asthme. — Salle Sainte-Thérèse (F) : 10, rhumatisme articulaire aigu ; endocardite ; 15, hystérie avec hématémèses. — Salle Sainte-Geniève (F) : 17, néphrite mixte ; 1re salle à droite (F) : 1, ataxie locomotrice avec crises gastriques ; 6, tuberculose pulmonaire et péritonéale ; 8, myélite transverse ; 25 et 26, chlorose.

Service de M. STRAUS. Visite à 9 heures. Consultation le jeudi ; spéculum le mardi. Salle Colin (F) : 2, ataxie locomotrice ; 4, affection mitrale, albuminurie, congestion pulmonaire, hémiplégie gauche ancienne ; 8, affection mitrale, emphysème et bronchite ; 13, double lésion aortique ; 14, arthrite sèche coxofémorale ; 19, carcinôme stomachal ; 21, goître exophthalmique. — Salle 2 extrême gauche : 6, fièvre continue ; 7, fièvre intermittente tierce ; 11, emphysème et bronchite ; 23, emphysème et bronchite ; 24, diarrhée chronique ; 30, sciatique ; 32, hémiplégie. — Salle Saint-Augustin : 2, bronchite et emphysème ; 5, cirrhose atrophique ; 6, typhlite ; 9, pleurésie purulente ;

12, typhlite ; 16, grippe ; 17, ataxie locomotrice ; 20, hémorrhagie cérébrale. — Salle Tenon : varioleux (F) : 13, v. confluente.

Service de M. RENDU. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi. Spéculum le mardi. Salle Sainte-Marguerite (F) : 2, dilatation bronchique ; 3, chlorose ; 7, métrite ; 10, insuffisance tricuspide et mitrale ; 11, carcinôme utérin ; 13, pleurésie diaphragmatique ; 15, splénite chronique ; 19, atrophie musculaire progressive ; 20, gommes scrofuleuses ; 21, hystéro-épilepsie ; 25, vaginite. — Salle Gérando (H) : 1, kyste hydatique du foie ; 4, diabète, albuminurie, tuberculose du sommet droit ; 9, pleurésie gauche ; 14, dilatation bronchique ; 17, ictère chronique ; 22, arthrite blennorrhagique du poignet gauche. — Salle 1re à gauche (H) : 1, typhlite ; 5, pleurésie gauche ; 7, rhumatisme articulaire aigu ; 8, hémorrhoïdes, mélœna ; 16, fièvre typhoïde ; 17, emphysème du médiastin ; 28, bronchite avec emphysème. — Service des varioleux (H) : 4, variole confluente sur le visage, bulleuse sur les mains et les poignets ; 6, variole discrète.

Service de M. DIEULAFOY. Visite à 9 h. 1/4. Consultation le lundi. Salle Magendi (F) : 5, contracture hystérique ; 7, ulcère de l'estomac ; 8, néphrite parenchymateuse ; 10, rétrécissement mitral ; 13, myélite chronique ; 18, insuffisance mitrale ; 23, ataxie. — Salle Laënnec (F) : 7, kyste hydatique du foie ; 10, leucocythémie splénique ; 13, purpura rhumatismal ; 14, néphrite parenchymateuse.

Service de M. GÉRIN-ROZE. Visite à 9 h. Consultation le mardi. Salle Lelong : 9, pneumonie ; 17, phlegmatia alba dolens ; 25, gangrène pulmonaire. — Salle Sainte-Honorine : 9, phlegmon du ligament large ; 17, néphrite parenchymateuse ; 18, kyste de l'ovaire ; 19, angine phlegmoneuse. — Salle Sainte-Marie : 2, paralysie du moteur oculaire externe ; 5, variole chez un enfant vacciné depuis trois mois ; variole chez un enfant vacciné.

Service de M. HALLOPEAU. — Visite à 9 heures, consultation le vendredi. Salle Bichat (H.) : 4, mal de Bright ; 6, hémiplégie alterne ; 10, pneumonie, grippe ; 15, paralysie faciale rhumatismale ; 22, purpura. — Salle Couverchel (H.) ; 4, scarlatine ; 6, affection aortique ; angine de poitrine ; 9, hémiplégie ancienne, épilepsie ; 17, maladie bleue avec rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Salle droite n° 2 ; 14 maladie bronzée.

Chirurgie. — Service de M. DELENS. — Visite à 9 heures, consultations, mardi, jeudi, samedi, spéculum le vendredi. — Salle Saint-Ferdinand : 3, pérityphlite ; 9, épulis de la voûte palatine ; 15, exostose du fémur opérée. — Salle Richard Wallace : 6, fracture de l'humérus et du bassin, avortement ; 9, fracture comminutive des deux os de la jambe droite. — Salle Saint-Michel : 1, carie du fémur ; 5, carie des os de l'avant-bras ; 7, hypertrophie de la prostate ; 7, ulcère variqueux ; 11, parotidite suppurée ; 15, fistules uréthrales ; 16, cal vicieux ; paralysie du radial.

Service de M. Th. ANGER. — Visite à 9 heures, consultations, lundi, mercredi et vendredi. — Opérations les mardi et jeudi. Ophthalmoscope le samedi. — M. Anger fera des leçons cliniques avant ses opérations du mardi.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 3. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 17 JANVIER 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sclérose latérale amyotrophique. — Autonomie et caractère spasmodique de cette affection (1).

Résumé des leçons par **E. BRISSAUD**.

Malgré la remarquable concordance des faits déjà nombreux qui ont pu être taxés de *sclérose latérale amyotrophique*, l'acceptation de cette variété nosographique ne s'est pas imposée à tous les médecins neuro-pathologistes et entre autres à M. le professeur Leyden, dont l'opinion sur ce sujet, formulée plusieurs fois dans diverses publications périodiques allemandes, vient d'être traduite en France dans un traité didactique des maladies de là moelle épinière. La compétence de M. Leyden justifie les développements par lesquels M. Charcot a cru devoir réfuter les critiques du professeur de Berlin.

Les arguments fournis par M. Leyden à l'appui de la théorie qui confond, entre autres, dans un même groupe la sclérose latérale amyotrophique et l'atrophie musculaire décrite par Duchenne et Aran peuvent être résumés sous les quatre chefs qui suivent :

1° Dans la sclérose latérale amyotrophique la paralysie serait *atonique* ; il n'existerait pas de symptômes spasmodiques ;

2° L'atrophie musculaire serait le symptôme dominant ; et il ne s'agirait pas d'une *paralysie* atrophique, en ce sens que le stade de paralysie initiale ferait défaut ;

3° Il n'existerait qu'une seule forme de paralysie bulbaire : celle qu'a décrite Duchenne (de Boulogne) ;

4° Enfin les lésions de la sclérose latérale amyotrophique n'auraient rien de spécifique ; l'altération de la substance blanche de la moelle porterait aussi bien sur les faisceaux antérieurs que sur les faisceaux latéraux (pyramidaux).

Si les faits avancés par M. Leyden étaient conformes à la réalité, il est certain que l'autonomie de la sclérose latérale amyotrophique serait compromise.

Mais, pour réduire à néant les conditions indispensables de cette autonomie, il ne fallait à M. Leyden rien moins que nier la constance et même l'existence de l'ensemble des caractères essentiels sur lesquels repose la description de M. Charcot.

Aussi les signes cliniques et anatomiques qui donnent à la sclérose latérale amyotrophique une allure si particulière, sont-ils précisément ceux-là mêmes auxquels s'est adressé le professeur de Berlin, pour en récuser formellement la valeur. M. Charcot a profité de la présence des deux malades dont il vient d'être question pour mettre une fois de plus en évidence l'exactitude des faits contestés par M. Leyden.

1. En ce qui concerne la nature spasmodique de la maladie, les deux exemples précédents sont aussi démonstratifs que possible ; la femme Den... en particulier, qui, à l'heure actuelle, semble frappée d'une paralysie atonique généralisée, a éprouvé *pendant un an et demi* une foule d'accidents spasmodiques permanents tels que contractures partielles, contractures de la totalité d'une région musculaire, soubresauts, trépidation spinale, etc., etc. ; et même aujourd'hui, en dépit de l'atrophie extrême des membres supérieurs, on peut encore provoquer un réflexe tendineux exagéré des fléchisseurs des doigts, par la percussion de certains points de la région anti-brachiale antérieure.

Mais la description de la sclérose latérale amyotrophique n'est pas de date si ancienne qu'on ne puisse en compter les cas. La statistique fournira donc la solution de la question en litige.

Or, en établissant le relevé des observations publiées jusqu'à ce jour, voici les résultats auxquels on arrive : sans compter les observations de M. Leyden lui-même dont il sera question plus loin, onze cas sont relatés avec les détails très circonstanciés de la vérification nécroscopique ; c'est dire qu'il s'agit là de faits irrécusables. Dans tous ces cas la contracture a été l'objet d'une mention spéciale. Pour sa part, M. Charcot a déjà fait cinq autopsies (1) ; et une fois seulement (cas de la femme Pic...) (2), la contracture ne figure pas au nombre des symptômes consignés dans l'observation ; mais l'exagération des réflexes tendineux y est signalée, et nous savons aujourd'hui que ce phénomène est en quelque sorte de la même espèce que la contracture elle-même. Quant aux six autres observations accompagnées d'autopsie, elles sont également affirmatives à l'égard de la contracture. (Seguin, Worms, Hun, Kussmaul, Rigal, Pick et Kahler.) Dans l'observation de M. Worms en particulier on voit spécifiée la *flexion forcée* des avant-bras, avec une trémulation convulsive des membres inférieurs. Quant aux faits de Rigal et de Pick et Kahler, ils étaient si nettement caractérisés que le diagnostic a pu être formulé de très bonne heure ; et d'ailleurs l'autopsie l'a pleinement justifié. Nous rapporterons ici le résumé de ces deux observations, car chacune d'elles est la reproduction fidèle du type décrit par M. Charcot.

OBSERVATION I (Kahler et Pick).

Catherine Maly, âgée de 64 ans, femme de ménage, commence à éprouver des secousses dans le bras gauche, puis dans le bras droit au mois de *mai 1877*. Bientôt après, les deux bras s'affaiblissent, les avant-bras se rétractent de manière à demeurer dans un état de demi-flexion légère; mais la malade peut travailler encore.

En *septembre*, la faiblesse des bras s'accentue, et l'amaigrissement y est déjà sensible. La jambe gauche d'abord, puis la jambe droite, deviennent peu à peu impuissantes et la malade

(1) Voir le n° 1.

(1) Gombault. — *Etude sur la sclérose latérale amyotrophique*, observations I, II, III, IV.

(2) Cette observation sera publiée ultérieurement.

(3) *Beiträge zur pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems*. Leipzig 1879.

est obligée de s'aliter. Elle remarque alors qu'elle prononce moins bien que par le passé.

En octobre, l'affection progresse rapidement. La femme Mal... prononce assez difficilement pour que son mari ait de la peine à la comprendre.

Janvier 1878. Elle entre à l'hôpital. L'état où elle se présentait alors est le suivant. Œdème des membres inférieurs. Pouls 90. Respiration 18. Les bras sont ramenés sur l'épigastre; les mains sont contracturées dans la flexion et la pronation; les phalanges sont fléchies. Ces membres sont très-émaciés; l'avant-bras est même complétement atrophié. Les jambes sont tendues, absolument paralysées, sans atrophie proprement dite. La rigidité est prononcée surtout dans les muscles adducteurs de la cuisse. La tête est immobile. Les mouvements des yeux sont libres mais le visage est inerte, surtout à droite. Le cou a conservé quelques mouvements de latéralité, mais toujours la tête s'abandonne, tantôt pour se renverser en arrière, tantôt pour retomber sur la poitrine. Généralement elle incline un peu à droite. Au commencement du mois de janvier se sont produits pour la première fois quelques troubles de la déglutition. La voix est nasillarde; la parole est incompréhensible. La bouche béante laisse la salive s'écouler. La langue est molle, plissée, excavée de fossettes, animée de tremblements fibrillaires. Les réflexes sont exagérés partout (réflexes tendineux des membres supérieurs et des membres inférieurs; trépidation spinale).

1er *Février*. La déglutition devient impossible.

11 *Février*. Les troubles respiratoires sont plus prononcés; râles bronchiques.

14 *Février*. Ralentissement de la respiration. — *15 Février*. mort.

Observation II (Rigal) (1).

X..., âgé de 35 ans, journalier, a été pris de faiblesse et de raideurs dans le membre supérieur gauche, vers le mois de *janvier 1876*. Peu à peu le membre supérieur droit fut frappé de la même manière, et très-rapidement survint un amaigrissement notable des mains.

Au mois d'*avril*, c'est-à-dire quatre mois environ après le début de l'affection, les membres inférieurs s'affaiblissent et le malade y accusa des crampes et des soubresauts.

En mai 1876, il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Rigal. Voici, en résumé, l'état dans lequel il se trouve. Les bras sont appliqués au devant dé la poitrine; les avant-bras sont demi-fléchis. Les doigts sont en griffe et on a dû placer un rouleau de bois dans la main afin que les ongles ne s'y implantassent pas. Quand on veut modifier la résistance de cette contracture, on détermine une exagération de la flexion avec quelques mouvements de trépidation. Cependant de faibles mouvements volontaires sont encore possibles.

Les membres inférieurs sont paralysés et contracturés, mais le malade peut encore marcher; — toutefois la progression exagère toujours la raideur des jambes.

Le tronc, la face, le cou sont également raides. La tête est un peu inclinée en avant. L'orifice buccal est agrandi; les commissures sont tirées en dehors. Impossibilité de siffler. La langue est libre, la déglutition n'est pas troublée. Les yeux sont grands-ouverts et l'occlusion des paupières est pénible.

Au mois de *novembre 1876*, c'est-à-dire onze mois après le début de l'affection, la contracture a diminué dans les membres supérieurs; mais les membres inférieurs sont dans un état spasmodique permanent. Le tronc et la tête sont encore raides. La parole et la déglutition s'embarrassent; les différents symptômes de la paralysie bulbaire s'accentuent rapidement; le malade succombe en janvier 1877, treize mois après les premiers symptômes de parésie.

Dans les deux observations qui précèdent, ainsi que dans toutes celles qui sont accompagnées de renseignements nécroscopiques, le diagnostic a été complétement confirmé. Mais comme les cas de ce genre ne sont pas encore bien communs, il est assurément permis d'invoquer à l'appui de la même thèse les observations sans autopsie où le tableau clinique est tellement ressemblant que le diagnostic ne saurait hésiter un instant. Il en est ainsi, par exemple, des deux malades présentés par M. Charcot au début de sa leçon, et voici encore en abrégé deux faits bien conformes au type, spécialement en ce qui concerne les accidents spasmodiques de la première période. L'observation III est le résumé d'un cas récemment publié par M.Nixon (1); quant à l'observation IV, elle concerne une malade de la province qui a été perdue de vue par M. Charcot, mais dont l'affection était assez avancée déjà pour que le doute fût impossible.

(1) Cette observation sera commentée dans un mémoire que MM. Gombault et Debove doivent publier dans le prochain numéro des *Archives de Physiologie*.

Observation III (Nixon).

Il s'agit d'un homme de 35 ans, charretier, qui, au mois de *février 1878*, fut pris d'une légère douleur dans le bras gauche avec faiblesse et rigidité du même membre. Le mois suivant le bras droit se prit à son tour, et le malade put, à partir de ce moment, constater l'amaigrissement de ses deux bras qui étaient également animés de secousses musculaires fréquentes.

Au mois d'avril survint la faiblesse des membres inférieurs. De temps en temps, la progression est gênée par la trépidation spinale. A mesure que la maladie s'accentue, les membres inférieurs deviennent raides comme des bâtons, « they got like stiks », et le malade cherche à les fléchir avec ses mains.

Dans le temps où les membres se raidissent, la physionomie se transforme; la déglutition devient difficile, le malade remarque qu'il ne peut plus cracher... et ainsi de suite. L'affection évolue et voici en quelques mots sa situation au neuvième mois. La lèvre inférieure est pendante; l'expuition est impossible. La langue se meut encore, mais elle est petite, tremblottante, froncée, atrophiée. L'articulation des mots est excessivement embarrassée. — Les membres supérieurs sont profondément atrophiés, surtout au niveau des éminences thénar et hypothénar, mais il n'y a plus de rigidité constatable. Pour ce qui est des membres inférieurs, ils ne sont nullement atrophiés et le malade peut marcher encore, mais il a la démarche spasmodique et éprouve de la trépidation spinale.

Observation IV (Charcot).

Madame Mont..., âgée de 54 ans, sans profession, à Cambrai, a ressenti pour la première fois de la raideur et de la pesanteur dans la main droite au mois de novembre 1877. Au mois de mai 1878, c'est-à-dire après un intervalle de six mois le bras gauche se prit de la même manière et la faiblesse de la main droite s'accusa de plus en plus. En septembre commencèrent quelques engourdissements dans la jambe gauche, bientôt suivis d'une grande faiblesse. Le mois suivant la jambe droite fut envahie à son tour. En même temps l'articulation des mots devint pâteuse, la parole prit un caractère étrange, scandé, la voix commença à être nasillarde. En *janvier 1879*, les symptômes paralytiques s'exagèrent; mais la malade a pourtant de la trépidation spinale, surtout en marchant. Elle vient consulter M. Charcot, à la Salpêtrière, en avril 1879. Facies caractéristique; rides transversales du front, contracture de la partie inférieure de la face, soulèvement des commissures. Paralysie légère des muscles labiaux (la malade dit qu'elle bave continuellement pendant la nuit; dans la journée même, elle est souvent obligée de s'essuyer la commissure droite. — Elle regarde de côté, ne tourne pas la tête à cause de la raideur de son cou. — La parole est monotone, on dirait que la malade récite tout ce qu'elle dit. Par moments, elle a des accès d'oppression.— Les mains pendent maigres, recroquevillées, impotentes; la face palmaire est dirigée en

(1) *Dublin Journal of med. science, 1879.*

avant. — La marche est pénible; les genoux sont serrés, et la trépidation est une cause de gène incessante. Faux-pas à chaque instant. Exagération des réflexes tendineux. Après la percussion du tendon rotulien, la jambe devient raide, et il faut attendre quelque temps avant qu'on parvienne à la fléchir aisément. — Diagnostic : Sclérose latérale amyotrophique au onzième mois. Cette malade a été perdue de vue.

Il est incontestable que les deux cas dont l'histoire abrégée vient d'être rapportée sont, à part la durée de l'évolution clinique, de tous points semblables à l'observation de la malade présentée par M. Charcot. On peut même dire qu'arrivée à une période aussi avancée la maladie ne comporte aucune difficulté de diagnostic. Mais l'intérêt essentiel de ces deux faits, au point de vue où se place M. Charcot, consiste dans la multiplicité et la généralisation des symptômes spasmodiques qui s'imposaient à l'observation la plus superficielle. Ils n'étaient d'ailleurs prononcés à ce point que parce que l'atrophie musculaire n'avait pas marché vite. Quoi qu'il en soit, les malades des observations III et IV sont à coup sûr affectés de sclérose latérale amyotrophique, au même titre que les deux malades dont il a été question tout d'abord; et, bien que l'autopsie n'ait pas été faite encore, on est aussi certain de l'existence de la lésion que si on l'avait actuellement sous les yeux. Or, comme ces quatre cas sont péremptoires au sujet des manifestations spasmodiques (contractures, etc.), il ne subsiste sur un total de 15 observations classiques, qu'un seul cas où il n'ait pas été fait mention de la contracture en propres termes, bien que l'exagération des réflexes tendineux ait été signalée ; aussi ce cas unique lui-même n'est-il pas tout à fait en défaut. La conclusion tirée de la statistique est donc loin d'infirmer le caractère spasmodique de l'affection.

Mais il existe, dit-on, des cas contradictoires? On a cité des faits dans lesquels la contracture n'a pas été observée? — Si l'on fait appel encore à la statistique, voici, en quelques mots, à quels résultats on arrive :

1° Les cas prétendus contradictoires ne dépassent pas le chiffre de cinq, ou tout au plus de six; et cela est déjà une infériorité par rapport aux observations de cas positifs qui sont au nombre de quinze ;

2° Dans l'un de ces cas contradictoires (Shaw, de Brooklyn), la contracture, prétend-on, n'a pas été observée. Mais a-t-elle existé à un moment donné pour disparaître par la suite ? Et les réflexes tendineux ont-ils été étudiés? Il n'en est pas question.

3° Dans un autre des cas du même groupe (Pick), s'il n'y avait pas de contracture, le malade était sujet à des secousses involontaires. Or, les secousses involontaires, comme l'exagération des réflexes tendineux sont des phénomènes analogues ou de la même origine et qui confinent à la contracture. Quant aux réflexes, il n'en est pas plus question dans cette observation que dans la précédente.

4° Il ne reste donc en fait de cas contradictoires que les quatre ou cinq cas de M. Leyden lui-même. Or, pour ce qui est des réflexes tendineux, M. Leyden ne croit pas que dans aucune de ses observations l'absence des réflexes n'ait pas été signalée. A cet égard cependant, l'observation II de son mémoire fait exception, car il y est dit : « Les réflexes tendineux du genou sont nettement conservés (1). » Quant à la contracture, elle n'existerait jamais; tout au plus pourrait-on admettre un certain état de rigidité déterminée par la *position habituelle des membres,* et cette rigidité serait sensible au genou, à l'épaule, au coude.

Outre que la rigidité articulaire pure et simple dans le cas d'une paralysie flaccide semble une chose bien invraisemblable, n'est-il pas vraiment plus naturel d'envisager cette rigidité comme un faible degré de contracture, comme cet état caractéristique du muscle malade et cependant actif, et qui en un mot suffit à maintenir entre les surfaces articulaires une adhérence assez grande pour faire naître la sensation de résistance particulière à la *flexibilitas cerea*? D'ailleurs, M. Leyden ne s'en est pas tenu là. Il a énuméré d'autres signes de contracture, comme la flexion des doigts avec impossibilité de les étendre, et tremblement provoqué (1). Il s'agit là d'un phénomène vulgaire dans l'état de contracture permanente et relevé depuis longtemps dans la contracture des hémiplégiques. Dans le même genre M. Leyden signale la trépidation à l'occasion des mouvements de progression, cette trépidation sur laquelle M. Charcot a tant insisté comme étant une cause de gène considérable dans la marche. Or, chez un des malades de M. Leyden, non-seulement la marche était rendue difficile, mais elle était pour ce motif même devenue impossible : « Le *patient* peut à peine se tenir debout, et il est obligé de se rasseoir immédiatement parce que ses jambes commencent à trembler (2). »

Tels sont les cas dont M. Leyden s'est servi pour tenter de démontrer que la sclérose latérale amyotrophique n'affectait pas l'allure d'une maladie spasmodique. La conclusion qu'on pouvait tirer déjà des observations précédentes s'impose dès lors avec plus de rigueur. Mais les cas de M. Leyden n'en sont pas pour cela moins précieux ; ils doivent même être consultés avec fruit comme des exemples cliniques de paralysie spasmodique où l'ensemble des symptômes propres à la contracture peut être modifié, à un moment donné par l'apparition de l'atrophie musculaire. L'intervention plus ou moins précoce de cet élément séméiologique nouveau jette une certaine perturbation dans le consensus des phénomènes qui constituent, par leur groupement, l'état de contracture. Mais si l'un de ces phénomènes disparaît, un autre, tout à fait connexe, en quelque sorte homologue, pourra parfois subsister longtemps encore : c'est pour cela que les caractères de la contracture, qui, assurément, sont très-variés, demandaient à être recherchés minutieusement sous toutes leurs formes; et si dans les observations de Pick et de Shaw, invoquées par M. Leyden, la contracture proprement dite n'a pas été observée, on eût été amené à découvrir le caractère spasmodique de l'affection en analysant avec soin les caractères des réflexes tendineux dont il n'est fait aucune mention.

II. — La seconde objection de M. Leyden peut être résumée de la façon suivante : dans la sclérose latérale amyotrophique, décrite par M. Charcot, il ne s'agit que d'une atrophie musculaire *primaire* progressive ; l'atrophie musculaire est le symptôme dominant; et ce n'est pas à pro-

(1) « *Sehnenreflexe am Knie sind deutlich vorhanden* .» *Arch. f. Psych.* 1878, VIII, Bd; 3. Heft; P. 675.

(1) « *Die Finger können nicht gestreckt werden, und beim Versuch der Bewegung tritt ein eigenthümliches, leichtes Zittern ein.* » *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

prement parler une *paralysie atrophique* en ce sens qu'il n'y a pas un stade antérieur de paralysie simple.

C'est là une assertion que M. Charcot relève et réfute par les observations de M. Leyden lui-même. En effet, à ne considérer que les membres inférieurs, où l'atrophie est tardive et par conséquent exceptionnelle (la mort, en général, survenant auparavant), il est incontestable que de prime-abord ces membres paraissent frappés d'une paralysie toute simple. Tel est le cas du malade cité dans l'observation I du professeur de Berlin (1). « Aux membres inférieurs, les masses musculaires ne sont pas précisément atrophiées, mais flasques, et leur énergie est extraordinairement diminuée ». Il en est absolument de même dans l'observation II du même travail : « Les extrémités inférieures sont sensiblement affaiblies, sans atrophie remarquable ; » — et un peu plus loin : « les jambes ne sont pas atrophiées d'une façon frappante, mais les muscles sont flasques, lâches, et leur force très notablement amoindrie ; le malade peut à peine se tenir debout (2). M. Westphal a fait une remarque absolument identique ; il signale l'impuissance motrice très prononcée des membres inférieurs, avec conservation des réflexes tendineux : « Les membres inférieurs, dit-il, sont flasques ; le malade ne peut marcher debout sans être aidé (3). » Donc, pour ce qui concerne les membres inférieurs, aucun doute n'est possible : l'atrophie est précédée d'une période plus ou moins longue de paralysie. Mais aux membres supérieurs même, quand l'atrophie ne survient pas trop brusquement, cette paralysie peut se montrer comme un symptôme isolé de la maladie qui commence, et, sous ce rapport, les observations II, III et IV sont très concluantes.

III. — Quant à l'identité de nature de la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne avec les accidents bulbaires de la sclérose latérale amyotrophique, l'insinuation de M. Leyden est démentie par des faits récents qu'il suffit d'énumérer. Sans compter les observations, déjà publiées, de MM. Charcot, Joffroy et Duchenne, Eisenlohr, etc., M. Charcot signale les cas de MM. Sabourin et Pitres, Déjérine, Duval et Raymond, comme étant de ceux en présence desquels il n'est plus permis de confondre les deux maladies dans une seule et même description, par le côté anatomique tout au moins.

IV. — Enfin, la dernière objection de M. Leyden est la suivante : anatomiquement, la lésion n'a rien de spécifique ; elle ne porte pas exclusivement sur les faisceaux latéraux (pyramidaux) ; les faisceaux antérieurs sont pris, et il faudrait que la lésion pût être suivie au-dessus du pont de Varole pour qu'on fût en droit de conclure à la nature systématique de l'affection.

Pour ce qui est de la coexistence d'une altération du cordon antérieur, M. Charcot fait remarquer tout d'abord que si on l'observe, c'est en quelque sorte fortuitement, qu'il est des cas, ainsi que l'a reconnu M. Flechsig, où elle fait défaut. En second lieu, cette altération est toujours d'une infime importance relativement à la sclérose du cordon latéral (pyramidal) ; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur les figures très exactes, d'ailleurs, que M. Leyden a jointes à son mémoire (1). On peut ainsi s'assurer que la coloration morbide du cordon antérieur est très pâle, très diffuse, tandis que le cordon latéral est vivement teinté par le carmin. Cela veut dire simplement que la dégénération, primitivement localisée au faisceau pyramidal, a déterminé dans son voisinage, par contiguïté et non par continuité, une réaction inflammatoire relativement légère. D'ailleurs, cette propagation de l'altération systématique aux parties voisines n'a pas échappé même aux anatomo-pathologistes français, qui ont adopté sans réserves l'opinion de M. Charcot.

Dans un travail cité précédemment, MM. Debove et Gombault l'ont signalée et décrite, mais sans lui attribuer plus d'importance qu'elle n'en mérite : « Les racines intra-spinales ne sont pas saines, et il est probable que leur lésion a amené, à la partie antérieure des cornes de substance grise, cette altération légère du cordon antérieur désignée dans l'observation sous le nom de *zône de rayonnement.* »

Si, d'autre part, on considère, non plus dans la moelle épinière, mais dans le bulbe, la grande distance qui sépare les pyramides antérieures des noyaux moteurs, on est bien obligé d'admettre que la sclérose du faisceau pyramidal a des rapports très étroits avec l'altération dégénérative de la substance grise.

Enfin, le désidératum qui manquait encore à la description anatomique de la sclérose amyotrophique, à savoir la prolongation pédonculo-cérébrale de la sclérose latérale, vient d'être rempli par MM. Pick et Kahler, dans l'observation dont la partie clinique a été résumée plus haut : « Dans la partie externe du tiers moyen de l'étage inférieur des pédoncules cérébraux, ces auteurs ont trouvé de nombreux corps granuleux. Ces points ont été reconnus sclérosés sur des coupes pratiquées après durcissement dans l'acide chromique. Les sillons compris entre les circonvolutions frontales et occipitales étaient grêles et durs, et les sillons précentral et central très larges et très profonds. » Des corps granuleux existaient aussi dans le pied du pédoncule chez une femme autopsiée par M. Charcot. (Picot).

On le voit, tout concourt à confirmer l'autonomie clinique et anatomo-pathologique de la sclérose latérale amyotrophique ; et, à mesure que le nombre des faits grossira, l'unité nosographique de cette affection ressortira avec plus d'évidence. Il en sera donc de la sclérose latérale amyotrophique comme il en a été de la sclérose en plaques ou de l'ataxie locomotrice. Voilà certainement deux maladies spinales dont l'autonomie n'est contestée par personne : et, cependant, les formes anormales, les formes frustes diffèrent singulièrement du type décrit par Duchenne. Bien plus, on pourrait dire que ce sont ces formes mêmes qui, une fois ramenées à l'interprétation véritable, ont le plus contribué à la conception synthétique de l'ataxie et de la sclérose multiloculaire. Mais cette synthèse ne serait peut-être pas réalisée encore pour l'ataxie locomotrice elle-même, si Duchenne n'avait eu le mérite de préciser les caractères d'un type, d'un étalon, auquel pussent être comparées les nombreuses variétés de l'espèce. L'histoire de la

(1) *Loc. cit.*, p. 670.
(2) *Loc. cit.*, p. 675.
(3) Tom. III, p. 338.

(1) *Loc. cit.* Taf. XII, fig. 2, A, T.
(2) Debove et Gombault. *Loc. cit.*, p. 762.

sclérose latérale amyotrophique à l'heure actuelle, en est donc au même point que l'ataxie locomotrice progressive à l'époque de Duchenne (de Boulogne). Il fallait d'abord en réaliser le type fondamental; tel a été l'objet que s'est proposé M. Charcot dans ses travaux antérieurs et dans les conférences que nous venons d'analyser.

OBSTÉTRIQUE

De l'emploi d'un fil de caoutchouc pour pratiquer, dans certains cas, la ligature du cordon ombilical.

Par le Dr **P. BUDIN**, chef de clinique d'accouchement.

Les hémorrhagies secondaires par le cordon ombilical sont rares. Dans certains cas cependant où le cordon est gras, c'est-à-dire contient dans son épaisseur une assez grande quantité de gélatine de Wharton, bien que la ligature ait été très serrée, on peut voir, à la suite de cris et d'efforts, survenir une hémorrhagie grave, quelquefois même mortelle. M. le docteur Tarnier nous a rapporté un cas de ce genre, pendant que nous étions son interne à la Maternité en 1875 : un enfant à la naissance duquel il venait d'assister avait un cordon volumineux ; afin de se mettre en garde contre une hémorrhagie secondaire, il fit une première ligature près de l'ombilic, une seconde à l'extrémité de la tige funiculaire dont il avait conservé une partie assez longue, puis doublant le cordon il fit une troisième ligature très serrée portant sur les deux parties pliées du cordon. Quelques instants après son départ une hémorrhagie funiculaire se déclara et il fut rappelé en toute hâte. Une nouvelle ligature dut être faite pour arrêter l'hémorrhagie ; l'enfant guérit. A ce propos notre très cher maître nous fit entreprendre quelques recherches expérimentales pour voir si des ligatures faites avec un fil élastique, en caoutchouc, ne pourraient pas empêcher ces hémorrhagies de se produire.

Le 11 novembre 1875 naquit à la Maternité un enfant chez lequel le cordon était volumineux, nous fîmes sur lui deux ligatures : une première aussi serrée que possible au voisinage de l'ombilic avec un fil de lin plié en quatre, la seconde en arrière de la première avec un fil de caoutchouc enroulé cinq à six fois autour du cordon ; nous avions placé ce dernier fil plus loin de l'ombilic, car nous craignions qu'il ne coupât le cordon ombilical.

Le lendemain, en examinant les deux ligatures, on trouva qu'entre la première et le tissu à moitié désséché du cordon, on pouvait passer un stylet et une sonde canelée ; entre le fil élastique au contraire et le cordon il était absolument impossible de pénétrer. Tandis qu'au niveau de la ligature avec le fil ordinaire le cordon avait conservé un certain volume, la pression continue exercée par le fil élastique lui avait, au niveau de l'autre ligature, donné l'aspect d'une petite corde. Ces deux sortes de ligatures, faites sur d'autres enfants, ont donné absolument les mêmes résultats.

Nous avons fait alors un certain nombre d'expériences sur des cordons gras. Après avoir fait une ligature portant sur la totalité du cordon, nous isolions un des bouts de la veine ombilicale qui était liée sur un tube conique. Dans ce cône pénétrait à frottement l'embout d'une seringue de métal. Nous injections ensuite de l'eau dans la veine ombilicale pour chercher quelle pression serait nécessaire afin de triompher de la résistance opposée par la ligature. Un fil de lin, mis en double et formant un nœud très serré sur le cordon laisse passer l'eau avec une pression assez faible. — Quatre fils réunis laissent encore passer l'eau, mais une pression plus forte est nécessaire. — Si on réunit huit fils l'eau passe encore, mais il faut une pression plus grande.

Un fait important à signaler est le suivant : lorsque l'eau injectée a franchi une première fois l'obstacle elle continue à passer avec une certaine facilité sous une faible pression.

Ces expériences ont été faites sur des cordons gélatineux et gras naturellement. On peut en injectant de l'eau au milieu de la gélatine de Wharton produire des cordons gras artificiels : les résultats qui ont été obtenus sur ces cordons ont été absolument semblables aux précédents. L'eau passe toujours sous une pression plus ou moins marquée qui paraît en rapport avec le nombre des fils employés, et une fois que la résistance a été vaincue, le liquide continue à passer avec une assez grande facilité.

Nous avons fait les mêmes expériences en nous servant de différents fils élastiques; ces fils au nombre de trois avaient des diamètres variables : le plus petit passé à la filière Charrière mesurait $1^{mm},66$, le moyen 2^{mm}, le plus gros $2^{mm},33$, on allongeait autant que possible, avant de faire la ligature, la portion du fil qui devait être appliquée sur le cordon.

Quelques expériences ont été faites avec le fil le plus petit; si la ligature est simple, l'eau passe sous une faible pression ; si on fait deux tours, l'eau passe encore, mais une pression plus forte est nécessaire ; si on fait trois tours, on peut encore faire passer l'eau; mais il faut déployer une force plus considérable. Lorsqu'on a cessé de faire passer l'eau, si au bout de quelque temps on essaie de nouveau, on rencontre la même résistance dont il faut encore triompher, car le fil élastique a reconquis toute sa puissance.

La ligature simple étant faite avec le fil moyen qui mesure 2 millimètres de diamètre, il faut une pression assez forte pour faire passer l'eau; si le fil est enroulé deux fois autour du cordon, l'eau ne passe que sous une très forte pression. Si on se sert du fil élastique qui mesure 2 millimètres 33 de diamètre, il faut une pression très forte pour faire passer l'eau lorsque le fil est simple et si on l'enroule deux fois, on n'arrive à triompher de l'obstacle qu'avec la plus grande difficulté. J'échouai en appuyant l'extrémité du piston de la seringue sur la poitrine ou sur une planche verticale, il me fallut prendre un point d'appui sur une table horizontale élevée et tirer de toutes mes forces de haut en bas pour réussir à faire passer un peu d'eau. Lorsque je cessais d'appuyer un instant sur le piston de la seringue, il me fallait avoir recours à une nouvelle pression aussi forte que la première pour faire passer le liquide.

Si avec le fil élastique moyen ou gros on fait sur le cordon trois, quatre ou cinq tours, il est absolument impossible de triompher de la résistance apportée par la ligature : j'ai exercé des pressions si violentes, lentes et brusques, que j'en étais exténué et deux fois l'eau rompant le calibre de la veine a traversé la gélatine de Wharton et a jailli violemment au dehors. Les mêmes expériences ont été reproduites sur des cordons devenus volumineux artificiellement par l'injection d'une certaine quantité d'eau dans la gélatine de Wharton, les résultats ont été constamment les mêmes.

Nous redoutions pour la ligature élastique un inconvénient qui n'est jamais survenu, c'est la section du cordon. Dans un cas nous avions vu le cordon coupé par un fil de lin quadruple qui avait été fortement serré, et nous avions constaté la sortie d'une certaine quantité de sang au moment où l'enfant poussait des cris; nous n'avons jamais observé rien de semblable avec la ligature élastique. Sous la pression continue du fil élastique le tissu du cordon se tasse et arrive à former un véritable cordonnet plein, très régulier et très résistant. On peut du reste voir sur la figure 7 les résultats différents de la compression faite

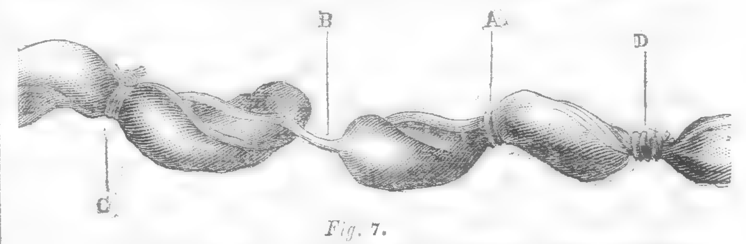


Fig. 7.

avec les deux espèces de ligature sur un cordon gélatineux dans la veine et dans les artères duquel on avait insufflé de l'air : en A, avait été appliqué un fil de lin plié en quatre, le cordon dans son ensemble avait conservé

6 millimètres de diamètre. La ligature avait été tellement serrée que la membrane amniotique recouvrant le cordon avait été coupée sur tout le pourtour. En B, au contraire avait été appliqué un fil élastique; le cordon ne formait plus qu'une sorte de gros fil qui mesurait 2 millimètres de diamètre. En C, on a laissé le fil quadruple appliqué sur le cordon; par suite de la dessiccation, le fil ne serrant plus les vaisseaux est devenu mobile, on peut le faire tourner sur le cordon et on passe très facilement un stylet entre la tige funiculaire et lui. En D, au contraire se trouve le fil élastique moyen qui a été enroulé quatre fois et on voit qu'il continue à exercer une très forte pression sur le cordon. Ainsi donc avec le fil élastique, la pression est continue, très puissante et la section du cordon par ce fil ne nous paraît pas devoir être redoutée.

Mais l'application du fil élastique n'est pas toujours très facile, il glisse sur le cordon et s'échappe, il faut qu'un aide tienne le cordon solidement fixé en deux points entre lesquels on jette la ligature, et encore n'est-il pas facile de réussir d'emblée. Frappé de ces difficultés, M. le Dr Tarnier a conseillé un procédé très ingénieux qu'il a appelé *le procédé de l'allumette*. Au point où l'on veut faire une ligature, on applique sur le cordon et parallèlement à sa longueur le bois d'une allumette. On comprend alors dans la ligature le cordon et l'allumette : cette dernière maintient le cordon rigide et de plus, sa surface n'étant point glissante, le fil élastique reste fixé sur elle et n'a aucune tendance à s'échapper. Lorsque le nœud a été fait, on prend entre le pouce et l'index les deux bouts de l'allumette, en exerçant une pression sur le centre avec les pouces on la brise en son milieu ; il suffit alors de tirer doucement pour dégager chacun des deux morceaux de bois de dessous le caoutchouc et la ligature élastique est définitivement fixée sur le cordon.

Ce n'est pas la première fois qu'on a l'idée d'appliquer le caoutchouc à la ligature du cordon. Nous avons trouvé l'indication d'une communication faite sur le même sujet par M. le Dr Dickson à la Société obstétricale (1) d'Edimbourg en 1874, une année par conséquent avant que nos expériences ne fussent entreprises. M. le Dr Dickson fait remarquer que dans certains cas de cordons gélatineux l'hémorrhagie peut survenir malgré l'existence d'une ligature faite avec le fil ordinaire. Il a donc entrepris de faire des ligatures avec une sorte de ruban qui mesure 4 millimètres de largeur et est composé de fils élastiques tissés avec de la soie. M. Dickson, dit le compte-rendu de la séance, a montré des préparations qui prouvent que la pression exercée par ce ruban est continue et empêche toute hémorrhagie de se produire. Les médecins qui assistaient à la réunion ont tous critiqué plus ou moins le procédé de M. Dickson à l'exception d'un seul l'éminent président de la Société, M. le professeur J. Matthews Duncan qui insista sur l'efficacité de la ligature élastique.

Les expériences que, de notre côté, nous avons faites à l'instigation de notre maître, M. le Dr Tarnier, nous permettent, ainsi que plusieurs faits d'observation clinique, d'arriver aux conclusions suivantes.—1° Dans les cas où le cordon est gras et gélatineux, la ligature avec le fil de lin ordinaire, même si elle est très fortement serrée, peut être absolument insuffisante pour empêcher l'hémorrhagie secondaire de se produire; 2° Dans ces cas exceptionnels on fera bien d'avoir recours à la ligature élastique. — 3° Le fil élastique qui nous semble devoir être préféré est celui qui mesure 2 millimètres de diamètre à la filière Charrière. Il sera facile en ayant recours au « procédé de l'allumette » de l'enrouler sur le cordon; quatre ou cinq tours faits avec le fil seront suffisants.—4° Le fil élastique exerce alors une pression continue et forte qui rendant les vaisseaux imperméables empêche toute hémorrhagie secondaire de se produire. Il ne présente pas l'inconvénient de sectionner le cordon comme on aurait pu le craindre.

(1) Obstetrical journal, vol. II, p. 41.

PATHOLOGIE INTERNE

Hématologie clinique

Par le Dr **QUINQUAUD**, médecins des hôpitaux.

I. Affections cutanées

Un assez grand nombre d'éruptions de la peau se caractérisent par une diminution de l'hémoglobine dans la phase active du processus, mais la réparation se fait vite et la destruction est toujours plus faible qu'on ne serait tenté de le croire *à priori* en voyant les malades qui paraissent très-améliorés.

Ce sont surtout les albuminoïdes du sérum qui diminuent et la raison en est facile à saisir: ces substances servent, en effet, à la néoformation pathologique ; toutefois, il arrive un moment où le sang se concentre et les matériaux solides paraissent relativement plus considérables qu'à l'état normal, alors qu'en réalité il y a olighémie. Voici des exemples d'altération du sang dans quelques affections cutanées :

Eczéma généralisé herpétique. — Période d'état. — L'hémoglobine descend à 85,88 gr. pour remonter dans la période de réparation à 95, et même à 98 gr. Le pouvoir absorbant oscille entre 165 cent. cubes et 170 cent. cubes pour s'accroître et atteindre 180, 190 cent. cubes. Les matériaux solides du sérum se chiffrent par 85 gr. dans la période active, mais ils remontent vers 95,100 gr. dans la 3e période de l'eczéma.

Obs. I. *Eczema généralisé herpétique* (1). — S., âgé de 52 ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 8 juillet 79, pavillon Gabrielle, n° 21 (service de M. Hillairet suppléé par M. Quinquaud.

Cet homme ne présente pas d'antécédents héréditaires, il n'y a pas eu de maladies de peau dans sa famille ; il a deux enfants bien portants, dont une fille mariée, qui n'ont jamais été atteints l'un ni l'autre d'affection cutanée.

Personnellement, il n'a jamais eu ni rhumatismes ni migraines, ni dyspepsie, ni névralgies. Son eczéma date d'une vingtaine d'années ; avant cette époque jamais il n'avait présenté d'éruption cutanée ; la seule maladie a été un rétrécissement de l'urèthre opéré l'année dernière par M. le docteur Guyon. Cet eczéma a déjà été soigné et guéri plusieurs fois ; il a jadis été traité par M. Bazin, qui porta le diagnostic d'eczéma herpétique.

L'attaque actuelle dure depuis six mois, elle porte sur les quatre membres et sur la face, sur les paupières qui sont rouges et enflammés. — Il n'y a rien sur le tronc ni sur le scrotum. Les deux moitiés du corps sont d'ailleurs atteintes également et symétriquement. L'éruption est surtout marquée aux jambes ; la jambe gauche présente au niveau du 1/3 inférieur, un petit ulcère du diamètre d'une pièce de 1 fr. Les deux jambes portent, surtout au-dessus des malléoles, des varicosités cutanées, des points isolés de varices capillaires qui révèlent l'existence de dilatations veineuses profondes.

M. Hillairet prescrit des bains d'amidon, des cataplasmes sur les jambes et les avant-bras, de la pommade à l'oxyde de zinc sur la face, de l'iodoforme sur l'ulcère.

Le 24 juillet, la pommade à l'oxyde de zinc est remplacée par la pommade au sous-acétate de plomb. — Le 30 juillet l'eczéma de la face est presque guéri, celui des membres est très-amélioré ; l'ulcère de la jambe est à peu-près cicatrisé. Quand la cicatrisation sera complète, le malade devra porter des bas élastiques. — Le 4 août, M. le docteur Quinquaud change le traitement, il prescrit, sur les membres, de la pommade au calomel, de l'onguent ferrugineux sur l'ulcère, des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent sur la figure : Analyse du sang : hémoglobine, 98 gr. 95 ; pouvoir absorbant, 190 cent. cubes ; matériaux solides, 101 grammes.

Psoriasis. — Psoriasis herpétique généralisé. — L'hémoglobine peut descendre à 72 gr. 91, le pouvoir oxydant à 140 cent. Les matériaux du sérum sont à 82, 84 gr. Pendant la cachexie psoriasique, la matière cristalline peut arriver à 67 et même à 62 gr., le pouvoir oxydant à 140 et à 130 cent. cubes.

Dans la dermatite exfoliatrice aiguë avec accidents

(1) Observation recueillie par M. Gaucher, interne du service.

graves, l'hémoglobine peut arriver à 65 gr., le pouvoir oxydant à 125 cent. cubes, les matériaux solides à 84 gr. et même à 78 gr.

Psoriasis généralisé de moyenne intensité. — Les altérations du sang ne sont jamais considérables, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas de psoriasis aigu scarlatiniforme, évoluant avec une grande intensité; dans cette variété, l'hémoglobine descend à 78 gr. 12 et même au-dessous; le pouvoir absorbant à 150 cent. cubes; les matériaux solides à 80 gr.

L'hémoglobine se tient aux environs de 95 à 98 gr., le pouvoir oxydant à 184, à 190 cent. cubes, les matériaux solides à 95 gr. — A la longue, l'hémoglobine se détruit; on ne trouve plus que 83 gr. 54, le pouvoir oxydant tombe à 160 cent. cubes, les matériaux solides à 86 gr.

Obs. II. — *Psoriasis généralisé*, 16 ans, nom: Tal., âgé de 39 ans, serrurier, est entré le 7 juillet 79, salle St-Léon, n° 43. hôpital Saint-Louis, service de M. E. Besnier, suppléé par M. Quinquaud (1).

Ce malade est sorti de la salle St-Léon, il y a un an, blanchi d'un psoriasis qui datait de 15 ans et traité par l'huile de cade; 15 jours après sa sortie de l'hôpital, les lésions ont reparu et elles n'ont fait que croître depuis. Les antécédents héréditaires ou pathologiques de ce malade ne donnent sur l'étiologie de son psoriasis aucun renseignement.

L'éruption est actuellement généralisée. Elle occupe le cuir chevelu et la partie supérieure du front où elle est constituée par de petits placards érythémateux et saillants, garnis de très peu de squames; on aperçoit des lésions semblables en différents points de la barbe; sur la partie antérieure du tronc il existe plusieurs larges placards à contours irréguliers et squameux; l'ombilic est entouré par une de ces plaques; une autre occupe le pubis. On constate de plus çà et là de larges surfaces pigmentées, siège d'anciennes lésions. Les placards sont plus larges dans le dos et surtout sur les fesses où ils sont confluents. Les membres présentent les lésions à leur siège d'élection; elles consistent en larges surfaces argentées et squameuses. Les mains et les doigts sont parsemés à leur face dorsale de nombreuses gouttelettes, sous forme de tâches de bougie. Les ongles sont altérés, présentant de nombreuses dépressions ponctuées et un état opaque de leurs extrémités.

Les pieds sont couverts de larges placards argentés. — Rien aux orteils.

Prescription. — Frictions avec la pommade à l'acide pyrogallique (15 0[0), deux frictions par jour.

12 *juillet.* Le malade ne supporte pas la pommade à 15 0[0; il présente déjà des excoriations à la périphérie des placards. On passe à la pommade à 10 0[0. — 20 *juillet.* Le malade n'a pas supporté la pommade à 15 0[0. Il ne supporte celle à 10 0[0 qu'avec un certain degré d'irritation nécessitant des intervalles. — 25 *juillet.* Erythème intense. Quelques plaintes du malade. — Mais il existe peu d'émaciation et la médication agit très-activement.

4 *août.* — Analyse du sang: Hémoglobine 98 gr. 95. Pouvoir absorbant, 190 cent. cubes. Matériaux solides, 95 grammes (pris 3 grammes 227, qui donnent 0 gr. 331).

18 *août.*— Le malade qui supportait bien dans ces derniers temps la pommade à 10 0[0 sort complétement blanchi.

L'état général de cet homme ne paraissait avoir souffert ni de son psoriasis, ni du traitement. C'est un homme sec, mais vigoureux.

Erythème desquamatif. — Au moment des poussées, l'hémoglobine peut arriver à 72 gr. 91, le pouvoir oxydant à 140 cent. cubes et les matériaux solides à 84 gr.

Dans la période de réparation, qui se fait plus lentement que dans les autres affections cutanées, on voit peu à peu l'hémoglobine remonter à 75 gr., le pouvoir absorbant à 144 cent cubes, les matériaux solides à 92, 94 gr.

Obs. III. — *Erythème desquamatif du tronc et des membres supérieurs* (13e poussée). — Beau..., âgé de 39 ans, domestique, est entré le 28 juillet 1879, salle Saint-Léon, n° 33, hôpital Saint-Louis, service de M. Besnier suppléé par M. Quinquaud.

A l'âge de 8 ans, ce malade a été atteint pour la première fois de l'affection cutanée qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, et, jusqu'à 14 ans, il a présenté une poussée semblable tous les ans. Puis pendant 18 ans, c'est-à-dire jusqu'à 32 ans, il n'a plus rien eu de semblable. Enfin depuis 7 ans, les lésions ont reparu régulièrement tous les ans, toujours pendant les mois chauds (juin, juillet), durant deux mois environ, mais avec une intensité toujours décroissante à mesure que la maladie devient plus ancienne.

Le malade jouit du reste d'une bonne santé et ne présente rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels qui puisse se rattacher à son affection cutanée, celle-ci évolue de la manière suivante:

Le malade est d'abord pris dans les points qui vont être le siège de l'éruption, de sensation de chaleur et de vives démangeaisons; bientôt apparaissent des placards érythémateux; au bout de 2 ou 3 jours les démangeaisons sont calmées et les placards deviennent suintants. La dessiccation, qui lors des premières poussées, se faisait attendre 3 semaines et plus, commence maintenant au bout de peu de jours et est bientôt suivie d'une desquamation en larges plaques.

Le malade a fait un premier séjour à la salle Saint-Léon en 1877. L'an dernier, la poussée a été très légère. La poussée actuelle date du 18 juillet 1879, par conséquent de dix jours; elle a suivi sa marche habituelle. Actuellement les lésions occupent les membres supérieurs et le tronc où elles sont absolument confluentes, s'arrêtant brusquement et nettement au niveau ds la ceinture. Ces lésions consistent en ce moment en squames de moyenne épaisseur mais très larges et peu adhérentes, recouvrant des surfaces érythémateuses et encore un peu suintantes.

On retrouve un état squameux mais différent dans les régions pileuses de la face, sur les fesses et sur les jambes. surtout vers les genoux, région où la peau est en même temps épaissie et un peu indurée. La squame ici est petite et argentée, reposant sur une peau sèche et non érythémateuse.

Les ganglions sont très développés. La santé générale ne s'est pas altérée.

4 *août.* — Analyse du sang: Hémoglobine, 75 gr. Pouvoir absorbant 114 cent. cubes. Matériaux solides 97.

24 *août.* — La desquamation est à peu près achevée et sans que le malade ait éprouvé pendant son séjour à l'hôpital aucun malaise et aucune démangeaison. Cette desquamation s'est faite par larges lambeaux; les surfaces sous-jacentes sont maintenant sèches et moins érythémateuses.

Pemphigus foliacé généralisé. — Pour peu que la maladie s'aggrave, l'hémoglobine descend à 88 gr., souvent à 78 gr. 12, le pouvoir oxydant à 170 cent. cubes et à 150 cent. cubes, les matériaux solides à 83 gr. A l'époque des poussées de bulles, l'hémoglobine descend à 88 gr. 54, mais au moment de la réparation elle augmente et se chiffre par 93 gr. 70, parfois le nombre est plus élevé.

Le pouvoir oxydant descend à 170 cent. cubes pour aller à 190 cent. cubes. Les matériaux solides tombent à 83 gr. pour atteindre ensuite 90 et même 95 gr.

Obs. IV. — *Pemphigus foliacé généralisé.* — L..., 60 ans. Entré le 15 mars 1879 au pavillon Gabrielle, n° 7, hôpital Saint-Louis, service de M. Hillairet, suppléé par M. Quinquaud.

C'est un homme d'une bonne constitution et qui ne présente aucune tare héréditaire. Il n'y a pas de maladie diathésique dans sa famille, mais à différentes reprises on a trouvé de la gravelle dans les urines, et il a été atteint de rhumatisme articulaire aigu, en 1870. L'affection actuelle a débuté, il y a un an environ, par le nez, elle était d'abord constituée par des bulles, bientôt desséchées et remplacées par des croûtes foliacées.

Progressivement l'éruption s'étendit sur la face, le dos et le reste du corps: depuis quatre mois elle est généralisée. Tels sont les renseignements qui me sont fournis par le malade lui-même. Quand j'arrive dans le service, le 1er juillet, cet homme est couvert de la tête aux pieds de squames foliacées assez larges et répandant autour de lui une odeur particulière. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Les squames se détachent facilement; et, à mesure qu'on les enlève, le corps muqueux, mis à nu, secrète, devient opalin, prêt à former rapidement de nouvelles squames, moins épaisses, il est vrai, que les premières. M. Hillairet prescrit comme traitement externe, de la poudre d'amidon, à l'intérieur de l'eau de chaux et du phosphate de chaux.

Pendant le mois de juillet on observe à deux reprises, une

(1). Observation recueillie par M. Merklen, interne du service.

poussée aiguë, l'une du 3 au 9 juillet, l'autre du 14 juillet au commencement du mois d'août.

Les poussées aiguës sont constituées par l'éruption de bulles volumineuses qui s'affaissent rapidement et laissent à leur place des squames : chacune d'elles est accompagnée de fièvre (T. = 38° à 38°, 5), le pouls oscille entre 84 et 96, il est parfois intermittent, l'intermittence se produit toutes les 5 ou 6 pulsations. Il y a du délire la nuit, délire de paroles et du mouvement : le malade se lève et veut sortir de sa sa chambre. Il n'y a pas de diarrhée, pas de vomissements, pas de bronchorrhée, on n'entend aucun râle dans la poitrine. Le 3 août la fièvre et le délire ont cessé. Le 5 août, analyse du sang : Hémoglobine, 88 gr. 54. Pouvoir absorbant, 170 cent. cubes. Matériaux solides, 95 gr.

Du 6 au 12 août, nouvelle poussée avec délire et fièvre (T. = 38°). Le 13 août M. le Dr Quinquaud prescrit deux grammes d'extrait de quinquina. 19 août, le malade dort bien, sans délire, il a bon appétit, ses déjections sont régulières ; les squames sont en partie tombées au niveau des jambes.

Analyse du sang : Hémoglobine, 88 gram. Pouvoir oxydam 170 cent. cubes. Matériaux solides, 83 gram.

Pityriasis rubra chronique de Devergie — L'hémoglobine ne descend guère au-dessous de 94 gr., le pouvoir oxydant à 181 cent. cubes, les matériaux solides restent à 88 gr.

Lichen ruber généralisé d'Hebra. — L'hémoglobine descend à 70 gr., le pouvoir oxydant à 134 cent. cubes, les matériaux solides à 85 gr.

Lèpre. — La lèpre altère l'hémoglobine, mais laisse à peu près intact le sérum sanguin ; l'hémoglobine descend parfois à 57 gr. 29 et même au-dessous, le pouvoir oxydant à 110 cent. cubes, les matériaux solides restent à 95 gr.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les médecins de l'état civil à Paris.

Dans l'organisation actuelle du service médical de l'état civil, l'indemnité fixe accordée aux médecins vérificateurs des naissances et des décès n'est proportionnelle ni au nombre des visites à faire, ni aux distances à parcourir. Par exemple, dans deux quartiers limitrophes ayant à peu de chose près la même superficie (39 hectares, et 40 hectares 85), les deux médecins vérificateurs touchent la même indemnité (2,400 fr.) ; mais l'un n'a eu, en 1878, que 929 constatations à relever, tandis que l'autre, celui du plus grand quartier en a eu 1733 ; cela fait ressortir le prix de chaque visite à 1 fr. 38 pour l'un et à 2 fr. 59 pour l'autre. Les deux quartiers qui donnent le maximum et le minimum, ont des territoires inégaux et sont situés tous deux au centre de Paris ; la différence entre les prix de visite y est de 6 fr. 21 à 1 fr. 30, soit de 4 fr. 91.

Contre ces inégalités choquantes, le Conseil municipal avait à plusieurs reprises énergiquement protesté et l'administration préfectorale vient enfin de proposer diverses combinaisons pour y remédier.

La première, qui s'offrait tout d'abord à l'esprit, consisterait à réviser le taux des indemnités en tenant compte du nombre probable des visites et de la superficie des quartiers. Le rapporteur de la Commission du budget, M. G. Martin, fait justement observer que, la population se déplaçant et la mortalité variant d'une année à l'autre, on n'arriverait jamais à une équité mathématique, même en modifiant chaque année les allocations d'après la statistique de l'exercice précédent. Ajoutons qu'en fixant un maximum et un minimum pour les allocations, l'administration rendait à l'avance impossible une proportionnalité rigoureuse.

La seconde divise le service de chaque arrondissement entre deux médecin un pour la constatation des naissances, un autre pour la vérification des décès. C'est là proposer deux fois un même problème, ce n'est pas le résoudre. En outre, on fait ainsi revivre, avec une augmentation du budget, la malséante appellation de *médecin des morts*, préjudiciable aux praticiens et heureusement abolie.

Ce dernier reproche s'applique aussi au troisième système qui, avec la diminution des services, adopterait la rémunération fixe et uniforme par visite, telle qu'elle était pratiquée avant 1869. Ce système exigerait de plus, pour égaliser autant que possible la situation pécuniaire des médecins de l'état civil, un remaniement complet des circonscriptions. Et dans ce remaniement, visant l'égalité d'indemnité, il faudrait négliger l'élément *distance*. Les médecins de l'état civil, dans un mémoire collectif, ont déclaré se contenter d'un simple remaniement, tenant compte autant que possible de la superficie et des circonscriptions du nombre des visites ; mais alors il faut renoncer à la rémunération par visite, qu'ils repoussent d'ailleurs comme attentatoire à la dignité médicale. On ne peut pourtant pas, en ce genre de visites, les accuser de « pousser à la consommation. »

Enfin, un quatrième projet, maintenant la réunion des services et les circonscriptions existantes, adopte le paiement à la visite préconisé, par M. G. Martin. La *distance* n'entre pas en ligne de compte et, certains traitements s'élevant alors très haut, l'administration propose d'établir un maximum infranchissable de 3,500 fr. A part cela, la rémunération est proportionnelle aux services rendus !

La vérité est que si l'on prétend tenir compte des distances, ce qui est juste, du nombre des visites, ce qui est juste encore, et donner à tous les médecins de l'état civil une situation égale, ce qui est raisonnable, il est impossible d'arriver à une solution quelque peu durable, car on opère sur des éléments instables. Il faut, de toute nécessité, se contenter d'à peu près, et chercher les moyens de compenser indirectement des inégalités inévitables La commission du budget l'a compris et, en accueillant le dernier projet de l'administration, y a apporté quelques modifications qui en corrigent les défauts et permettent de se rapprocher beaucoup de l'équité mathématique, désirable, mais irréalisable. Paiement intégral de toutes les constatations faites, tel est le principe ; division des circonscriptions qui, pendant trois années, vaudraient à leur titulaire des honoraires dépassant certaine limite ; réunion des circonscriptions contiguës où ces honoraires tomberaient au-dessous d'un minimum ; indemnités annuelles (200 et 400 fr.) en dehors des honoraires pour les circonscriptions dépassant une certaine superficie (200 hectares), tels sont les expédients pratiques auxquels s'est arrêtée la commission. Ils ne sont pas à l'abri de toute critique, ni ne suppriment toute difficulté, mais il semble difficile de faire mieux. Quant aux chiffres admis par la commission, nous n'avons pas à les discuter, nous regrettons seulement qu'elle n'ait pas pu allouer plus de 2 fr. par constatation de naissance ou de décès.

La commission a aussi exprimé le vœu que désormais les médecins de l'état civil se recrutent par un concours spécial, dont les juges seraient élus par les médecins de l'état civil en fonctions. On connaît les sentiments du *Progrès*

médical sur le concours en général ; il nous suffit donc de rappeler l'importance en cette matière du choix du programme et de l'organisation des épreuves.

Les récentes recherches sur le sang (*Suite*). (1).

II. Etude des éléments figurés du sang.

Les éléments figurés tenus en suspension dans le liquide sanguin sont de deux sortes : les uns ont reçu le nom de *globules rouges* ou *hématies*, les autres celui de *globules blancs*, de *cellules lymphatiques* ou de *leucocytes*. A côté de ces deux sortes d'éléments, on en trouve d'autres plus petits, qu'on appelle *hématoblastes* ou *globulins* et qui ont été l'objet de recherches nombreuses pendant ces dernières années.

1° *Hémoglobine*. — Nous commencerons par l'étude des globules rouges. Homogènes à l'état vivant, ils sont formés cependant par l'union intime de deux substances vivantes qu'on désigne sous les noms de *stroma* ou *globuline* et d'*hémoglobine*. Ces deux substances sont entre elles dans le rapport de 1 à 13.

Dans une série de conférences faites au collège de France et en cours de publication dans le *Progrès médical*, M. Ch. Richet a trop bien fait l'histoire de l'hémoglobine pour que nous songions à la résumer aussi de notre côté. Nous rappellerons seulement ici quelques-unes des propriétés de cette substance.

L'hémoglobine est une substance albuminoïde, la seule que l'on connaisse qui puisse cristalliser. On peut par divers procédés l'obtenir à l'état cristallin. Les indications nécessaires à ce sujet se trouvent dans tous les traités de chimie médicale ou physiologique. On les trouvera notamment dans le livre de Preyer (2).

L'hémoglobine cristallise plus ou moins facilement suivant les animaux : très facilement chez le cochon d'Inde, par exemple ; mais il est d'autres animaux chez lesquels il est très difficile de l'obtenir à l'état cristallin et à cause de cela on a admis jusqu'à présent que l'hémoglobine, qui existe dans le sang de tous les vertébrés, n'était point cristallisable chez tous.

Il est pourtant un moyen bien simple de s'assurer du contraire. Jolyet et Regnard (3) l'ont observé pour la première fois. « Lorsque, disent-ils, les sangsues dégorgent, et cela un mois et plus, en hiver, après leur morsure sur des chiens, le sang rendu est rouge vif et rempli d'hémoglobine parfaitement cristallisée »

Preyer, dans son ouvrage déjà cité, range la grenouille parmi les animaux dont le sang cristallise très difficilement. Or, avec des hirudinées rien n'est plus facile que de préparer l'hémoglobine de la grenouille, comme j'ai pu l'observer moi-même. En disséquant des batracobdelles que j'avais laissées pendant plus d'un mois vivre en parasites sur des discoglosses, j'ai trouvé les culs-de-sacs gastriques de chacune d'elles remplis d'un nombre immense d'aiguilles cristallines de dimensions fort variables, leur longueur pouvant osciller entre 110 et 3 μ. : c'étaient des cristaux d'hémoglobine de grenouille.

(1) Voir le n° 30 de 1879.
(2) W. Preyer. — *Die Blutkrystalle*, Jena, 1871.
(3) F. Jolyet et P. Regnard. — *Recherches sur la respiration des animaux aquatiques*, in *Archives de physiologie*, 1877, page 50 du tirage à part.

Voilà donc un procédé facile pour se procurer des cristaux d'hémoglobine d'un animal quelconque. Il suffira de faire dégorger une sangsue à laquelle on aura fait préalablement sucer le sang de l'animal dont on veut avoir l'hémoglobine. Le sang ainsi dégorgé renferme l'hémoglobine à l'état cristallin et pour le conserver en cet état en préparation persistante, il suffira, ainsi que l'a indiqué M. G. Pouchet à la Société de Biologie, de l'exposer aux vapeurs d'une solution concentrée d'acide osmique. L'hémoglobine, précédemment soluble dans la glycérine, ce dissolvant universel, ne se dissoudra plus et pourra même fixer les matières colorantes.

Dans le sang artériel, l'hémoglobine est constamment combinée à l'oxygène (*oxy-hémoglobine*). Cette combinaison instable se détruit dans l'intimité des tissus, le sang artériel devient sang veineux et l'oxy-hémoglobine devient *hémoglobine réduite*. Les caractères spectroscopiques de l'hémoglobine sont très différents à chacun de ces deux états Ce n'est point ici le lieu de les rappeler, non plus que les caractères de sa combinaison avec l'oxyde de carbone.

L'hémoglobine renferme du fer. Sous quelle forme se trouve ce fer? On est à peu près dans l'ignorance la plus absolue à cet égard. Pourtant M. Joly (1), admet que « le fer se trouve, dans les globules sanguins, à l'état de phosphate et seulement sous cette forme. »

Le sang du poulpe (octopus vulgaris), suivant Frédéricq (2), renferme, non pas de l'hémoglobine, mais une substance albuminoïde unique, à laquelle il donne le nom d'*hémocyanine*, parce qu'elle ne contient pas de fer et renferme au contraire une forte proportion de cuivre qui y joue le même rôle que le fer dans l'hémoglobine. « Cette hémocyanine se charge d'oxygène dans la branchie du poulpe ; puis, cheminant dans le système artériel et dans les capillaires, elle transporte cet oxygène et le cède aux tissus qui en sont avides. Le sang veineux du poulpe est incolore; le sang artériel bleu foncé. Ces changements de coloration sont bien dus au fait de la respiration. On peut s'en assurer en mettant à nu la grande artère céphalique du poulpe : le sang qu'elle charrie est bleu, tant que l'animal respire normalement dans l'eau ; dès qu'on l'en empêche, en le retirant de l'eau, ou simplement en introduisant les doigts dans la cavité palléale, le sang de l'artère se décolore et prend la teinte pâle asphyxique. Il en est de même si l'on paralyse les muscles respiratoires par la section des nerfs palléaux. »

L'hémocyanine, que Frédéricq appelle une substance *nouvelle*, ne l'est cependant point. Mon maître M. Paul Bert (3) l'avait déjà sinon dénommée, du moins bien observée chez la sèche (sepia officinalis Linn.). Postérieurement, Frédéricq l'a encore retrouvée chez le homard.

Avant de quitter l'hémoglobine, rappelons encore qu'on ne la rencontre pas seulement dans les hématies : on la rencontre fréquemment sur les leucocytes, comme nous le verrons bientôt avec plus détails, et W. Kühne (4), professeur de physiologie à l'université de Heidelberg, l'aurait

(1) — Joly, *Sur le mode de combinaison du fer dans l'hémoglobine*, in *Comptes-rendus*, 19 mai 1879.
(2) L. Frédéricq.—*Sur l'hémocyanine, substance nouvelle du sang du poulpe* in *Comptes-rendus de l'Acad. des sciences*, 16 décembre 1878.
(3) Paul Bert. — *Mémoire sur la physiologie de la Sèche*, in *Société des sciences de Bordeaux*, t. V, 1867.
(4) W. Kühne. — *Zur Geschichte des Hämoglobin der Muskeln*, in *Untersuchungen des physiol. Instituts zu Heidelberg*, Bd. II., Heft I, 1879.

observée aussi dans les muscles rouges. Toutefois les preuves qu'il donne à l'appui de son observation nous semblent assez peu probantes. Il se pourrait que les muscles rouges dussent leur coloration à une substance voisine de l hémoglobine et non à l'hémoglobine elle-même.

Il n'existe point actuellement de méthode précise qui permette de doser exactement la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang. On ne peut avoir recours pour cela qu'à des méthodes très approximatives, qui néanmoins sont suffisamment rigoureuses pour les recherches cliniques. On admet généralement qu'il y a 125 gr. d'hémoglobine dans le sang d'un individu de taille et de force moyennes. Cette quantité diffère t-elle sensiblenent à l'état malade de ce qu'elle est à l'état sain? O. Leichtenstern (1) s'est posé cette question et est parvenu dans ses recherches aux résultats suivants :

Le sang des nouveau-nés est le plus riche en hémoglobine, mais la proportion qu'il en renferme diminue rapidement, en sorte qu'au bout de 10 à 12 semaines il n'en renferme pas plus que le sang d'un individu adulte. La quantité diminue encore pour atteindre le plus petit chiffre, qui s'observe de 6 mois à 5 ans. De 6 à 15 ans, la proportion augmente un peu; après 15 ans, elle augmente davantage, et c'est de 21 à 45 ans qu'est atteint le chiffre le plus élevé. Finalement, la proportion d'hémoglobine diminue encore un peu.

Le tableau suivant indique la quantité d'hémoglobine observée aux différents âges :

1-3 jours.	1/2-5 ans.	5-15 ans.	15-25 ans.	25-45 ans.	45-60 ans
100	55	58	64	72	63

Le sexe, à partir de la dixième année, est cause d'une légère différence : le sang des femmes est généralement de quelques centièmes plus pauvre en hémoglobine que celui des hommes.

La différence de constitution et de nourriture n'a aucune influence au point de vue qui nous occupe, chez des individus bien portants. Chez les personnes très grasses, la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang semble pourtant être très petite.

Pendant six jours consécutifs, Leichtenstern a dosé d'heure en heure l'hémoglobine de son sang et il a vu ainsi que de 4 à 6 heures après le repas la quantité d'hémoglobine diminue, ce qui tient sans doute à ce que le sang est alors dilué par le chyle.

Les maladies fébriles (pneumonie, scarlatine, rhumatisme articulaire aigu, érysipèle de la face, méningite cérébro-spinale épidémique) ne modifient point d'une façon appréciable la quantité d'hémoglobine. C'est seulement dans la convalescence et par suite d'une diète prolongée qu'on constate une diminution.

La phthisie, le carcinome, l'ulcère de l'estomac, les maladies chroniques du cœur, de même que toutes les maladies chroniques, s'accompagnent d'une diminution de l'hémoglobine.

R. BLANCHARD.

(*A suivre.*)

(1) O. Leichtenstern. — *Untersuchungen über Hämoglobingehalt des Blutes in gesunden und kranken Zustanden*, Leipzig, 1878.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Température des muscles pendant la contraction. A l'occasion du procès-verbal M. LABORDE rappelle qu'il a étudié autrefois la température développée par la contraction musculaire à l'aide du thermomètre à aiguille enfoncé dans la jambe. Il a obtenu ainsi des résultats analogues à ceux de MM. Regnard et Brissaud. Il se propose d'ailleurs de reprendre ses premières expériences.

M. REGNARD fait observer que le thermomètre à aiguille n'est pas douloureux, et qu'il peut fort bien servir pour l'étude de la température du muscle pendant la contraction physiologique chez les animaux.

Températures locales. Au nom de M. MORTIMER GRANVILLE (de Londres), M. LABORDE présente un thermomètre à spirales dont on a fait usage en Angleterre pour déterminer les températures locales. Ce thermomètre est spécialement destiné à l'haleine; cependant, en lui faisant subir de légères modifications, on peut l'utiliser pour mesurer la température dans les espaces intercostaux. M. Mortimer Granville a fait à l'aide de son thermomètre des observations multiples à l'hôpital des phthisiques de Londres (Brompton hospital). Voici les principaux résultats auxquels il est arrrivé :

Dans la phthisie aiguë la température de l'haleine augmente, tandis qu'elle diminue dans la phthisie chronique. Toutes les fois qu'il s'agit d'un malade ayant une phthisie à forme lente et atone, la température moyenne de l'haleine atteint 86 à 88 degrés Fahrenheit, le thermomètre étant toujours placé à la même distance de la bouche. Lorsque survient la complication de pneumonie, l'haleine atteint la température de 96 à 97 degrés Fahrenheit. Enfin dans le cours de la bronchite aiguë il y a abaissement de la température de l'haleine.

Injection d'acide osmique dans le crâne.— M. LABORDE montre ensuite un chien chez lequel sont survenues des altérations de la cornée à la suite de l'injection d'une petite quantité d'acide osmique dans le crâne. Ces altérations de la cornée sont absolument identiques à celles que produit une lésion de la cinquième paire crânienne.

Albuminurie expérimentale.— M. CORNIL a étudié les lésions du rein sur des lapins albuminuriques. Ces lésions ne diffèrent pas de celles qu'il a décrites en 1879 pour l'albuminurie de l'homme. Pour rendre un chien albuminurique, il suffit, d'après M. Cornil, de lui administrer de la poudre de cantharide pendant plusieurs jours consécutifs.

Application de l'eau de Vichy au traitement des maladies de l'estomac.— M. LEVEN communique l'observation d'une femme de 37 ans, entrée dans son service à l'hôpital Rothschild pour des vomissements opiniâtres durant depuis trois ans. Cette malade souffrait de troubles dyspeptiques depuis 15 ans; elle s'était nourrie toute sa vie exclusivement de soupe, de légumes et de fromage,sans jamais manger de viande. Au moment de son entrée à l'hopital, cette femme ne pouvait supporter aucun aliment; elle vomissait invariablement tout ce qu'elle prenait aussitôt après l'injection. Chez elle, la température du creux épigastrique était de 37°2 et celle du creux axilaire de 37° 4. M. Leven essaya d'abord, mais sans succès. de faire avaler de l'eau de Vichy à sa malade. C'est alors qu'il pratiqua le sondage de l'estomac à l'aide d'un long tube de caoutchouc; puis il introduisit coup sur coup dans l'estomac cinq verres d'eau de Vichy à 37°. L'eau de Vichy fut retirée à l'aide du tube amorcé en siphon, après avoir séjourné deux minutes dans l'estomac.

M. Leven a continué ce traitement tous les jours et il a vu se produire une amélioration rapide. Dès le second jour la malade ne vomissait plus autant. Aujourd'hui, elle est grandement améliorée; la température de son creux épigastrique n'est plus que de 36°; elle peut manger des œufs et du poisson; enfin elle est débarrassée d'une forte hyperesthésie cutanée qu'elle avait au moment de son entrée.

Glandes pileuses. — M. G. POUCHET dépose sur le bureau

un travail de M. HERMANN relatif aux glandes pileuses de la gazelle? L'auteur a trouvé dans l'épithélium de ces glandes de grandes cellules pigmentaires ramifiées. Il y a là un fait entièrement nouveau.

Machine parlante. — M. DRAGOUNIS, attaché d'ambassade, présente et fait fonctionner un petit appareil qu'il a construit pour la reproduction de la voix humaine. Le résultat de cette expérience n'a pas été merveilleux, mais la tentative mérite d'être encouragée. Ch. AVEZOU.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 *janvier* 1880 — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Renouvellement du bureau pour 1880.

Président, M. CHARCOT.
Vice-présidents, MM. MONOD, RENDU.
Secrétaires, MM. FERRÉ, LETULLE.
Trésorier, M. COSSY.
Archiviste, M. DE BEURMANN.
Membres du comité titulaires, MM. QUINQUAUD, PORAK, DURET.
Adjoints, MM. CHAMBARD, DREYFUS-BRISAC, DEJERINE.

Séance du 2 *mai* 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

5. **Périostite phlegmoneuse diffuse de l'os iliaque droit, de l'extrémité supérieure du fémur droit et de l'extrémité inférieure du premier métacarpien gauche ;** par M. LOUIS DUBAR, interne des hôpitaux.

Le nommé Pottcher, âgé de 15 ans, journalier dans une fonderie de cuivre, entre le 12 mai 1879, salle Saint-Lazare, n° 7 (service de M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ).

Ce jeune homme a encore son père et sa mère ; son père est rhumatisant. Il a deux frères et deux sœurs tous bien portants. Jusque dans ces derniers jours il a eu une excellente santé.

Le 8 mai, étant à son travail, il est pris, sans cause connue de douleurs très vives dans l'aine droite. Il rentre chez lui et se couche. Pendant la soirée il ressent de légers frissons, qui se reproduisent le 9 et le 10. Pendant ces trois jours, l'appétit est à peu près nul, la soif vive, les insomnies sont complètes. Le 11, dans la nuit il a une hémorrhagie nasale abondante.

Il se présente le 12 à la consultation appuyé sur les bras de deux de ses parents. Il se plaint de douleurs dans la hanche, dans les genoux, dans les doigts ; il a avec cela de la fièvre et la peau moite, en sorte qu'à première vue on le prend pour un rhumatisant. Le soir, nous le trouvons prostré, immobile dans son lit, redoutant toute espèce de déplacement. Le visage est coloré, les traits un peu tirés, mais la physionomie ne présente pas d'hébétude. L'intelligence est intacte. Le malade répond nettement aux questions qu'on lui adresse. La céphalalgie est modérée. Il n'existe aucun trouble des organes des sens.

Du côté des voies digestives voici ce que nous observons : La langue est recouverte d'un léger enduit blanchâtre. Le ventre est modérément tendu, un peu douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Dans le même point nous constatons un léger gargouillement. Néanmoins le malade est très constipé depuis le début de sa maladie. Il n'a eu qu'une selle le 11 à la suite de l'administration d'un lavement. L'exploration la plus attentive ne fait découvrir aucune tache à la surface de la peau.

Du côté des organes thoraciques, pas le moindre phénomène stéthoscopique à signaler. Le murmure vésiculaire existe dans toute sa pureté aussi bien en avant qu'en arrière ; les bruits du cœur sont nettement frappés à la base, comme à la pointe. — Les urines sont fortement colorées. — Elles contiennent une notable quantité d'albumine.

La douleur initiale au niveau de l'aine droite, les douleurs qu'accuse le malade dans différents points du squelette, attirent notre attention du côté des jointures. Il est difficile de communiquer des mouvements aux articulations coxo-fémorales. La droite est particulièrement douloureuse. Il existe de ce côté, au-dessus du grand trochanter, jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, une légère tuméfaction sans œdème ni changement de couleur à la peau. Dans le même point nous remarquons un réseau veineux superficiel constitué par quelques veines dilatées. La pression sur l'épine iliaque antéro-supérieure n'est pas douloureuse. Cette pression est, au contraire, difficilement supportée au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure et du grand trochanter droit. Nous recherchons avec le plus grand soin la fluctuation dans ces points ; il n'en existe pas trace.

Les mouvements des articulations fémoro-tibiales sont également douloureux. La palpation des extrémités osseuses qui constituent ces articulations ne produit aucune douleur. Les petites articulations métacarpo-phalangiennes sont assez sensibles. Nous notons une douleur très vive à la pression au niveau du premier métacarpien gauche.

La température axillaire est 40°, 2, le pouls bat 128 à la minute. — L'épistaxis, la céphalalgie, la tension du ventre, la douleur dans la fosse iliaque droite chez un malade atteint de fièvre, font songer au développement possible d'une fièvre typhoïde. Mais l'absence d'hébétude et de diarrhée, l'existence de douleurs au niveau des jointures nous font rejeter ce diagnostic. Nous hésitons davantage entre un rhumatisme articulaire aigu et une périostite phlegmoneuse. Cependant les mouvements imprimés aux articulations coxo-fémorales et métacarpo-phalangiennes bien que douloureux sont encore possibles ; ils sont certainement mieux supportés que cela n'a lieu habituellement dans le rhumatisme articulaire aigu.

Toutefois le diagnostic reste en suspens jusqu'au dernier jour où l'apparition d'œdème et de rougeur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche nous démontre l'existence d'une affection périostique.

Le 13, le malade est dans le même état que la veille.

La peau est très chaude, sèche. La température axillaire est de 40°, 2 ; le pouls bat 128. La soif est très vive. La tuméfaction n'a pas augmenté au niveau du grand trochanter. En revanche, il existe du gonflement avec rougeur au niveau du premier métacarpien gauche. Pas trace de fluctuation profonde. — La nuit du 13 au 14 est très mauvaise. Le malade a eu du délire. Dans la journée du 14 le délire continue. L'enfant prononce continuellement des paroles confuses.

Il cherche à saisir avec ses mains des objets imaginaires. Ses réponses ont perdu toute précision.

La palpation de la fosse iliaque droite éveille une douleur très vive. — Nous notons en ce point de gros gargouillements. Le ventre est ballonné.

Au niveau du grand trochanter droit, le gonflement a un peu augmenté ; toutefois la peau n'a pas changé de coloration. Mais il existe un peu d'œdème.

Au niveau du premier métacarpien gauche nous notons de la douleur, du gonflement avec œdème et de la rougeur.

Dans la soirée du 14, le malade tombe dans le coma. La température s'abaisse rapidement. Elle était de 38°, 4 le matin, elle est de 38° le soir. La peau devient froide, visqueuse. Des ecchymoses se montrent au voisinage du sacrum. — La mort arrive le 15 à 3 heures du matin.

AUTOPSIE. — Les viscères des cavités thoracique et abdominale sont enlevés et examinés. Les poumons sains ne présentent pas trace de tubercules. Le cœur est peu volumineux. Le péricarde renferme par place des îlots de fibrine jaunâtre. Les orifices du cœur n'offrent pas d'altération.

La muqueuse de l'estomac et de l'intestin est un peu hyperémiée. Les plaques de Peyer et les follicules clos ne présentent aucune trace de tuméfaction ou d'ulcération. Le foie et la rate sont congestionnés.

Les reins présentent à la coupe une injection très appréciable de la substance corticale. Ils se laissent décortiquer sans difficulté. L'examen histologique ne fait découvrir aucune lésion des tubuli.

L'encéphale montre sur une coupe un piqueté rougeâtre.

C'est du côté des os que nous observons les lésions les plus importantes. Après avoir débarrassé la fosse iliaque droite des organes qu'elle renferme et avoir enlevé avec précaution le muscle psoas et iliaque, nous rencontrons le périoste tendu et soulevé dans toute l'étendue de cette cavité. Nous incisons

le périoste et nous trouvons entre lui et l'os un pus rougeâtre assez épais. La collection purulente n'est pas limitée à la fosse iliaque interne. Un trajet assez large dans lequel peut s'engager l'index contourne l'épine iliaque antéro-inférieure et conduit dans un clapier de 3 à 4 centimètres de diamètre en rapport avec la fosse iliaque externe et situé immédiatement au-dessus du sourcil cotyloïdien. Le bourrelet cotyloïdien est détaché dans l'étendue de un centimètre de ses insertions à l'os et le foyer affleure du côté de l'articulation sous la synoviale qui a résisté et qui est un peu épaissie et vascularisée. Le muscle petit fessier qui forme la paroi du clapier est infiltré de pus. L'articulation coxo-fémorale est à peu près saine, la synoviale est un peu hypérémiée. Le ligament rond, à son point d'attache dans l'arrière-fond de la cavité cotyloïde est rouge et épaissi.

Du côté de l'extrémité supérieure du fémur droit, nous rencontrons un abcès sous-périostique situé immédiatement au-dessous du grand trochanter. Cet abcès est peu saillant; il a 4 centimètres de hauteur sur 2 centimètres de largeur. Il renferme un peu de pus rougeâtre.

Nous brisons au moyen d'un ciseau à froid l'os iliaque et le fémur dans différentes directions.

Les mailles du tissu osseux dans toute l'étendue de la fosse iliaque et dans toute l'épaisseur de l'os sont infiltrées de pus jaunâtre. Au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure, dans un rayon de 6 centimètres, l'os est complétement baigné dans le pus. Là, en effet, on trouve de la suppuration sous le périoste de la fosse iliaque interne, dans toute l'épaisseur de l'os et encore sous le périoste externe qui, en ce point, est ramolli et détruit par places.

L'épiphyse supérieure du fémur est saine. Il n'existe de suppuration ni dans la tête de l'os, ni dans les trochanters. L'extrémité supérieure de la diaphyse de l'os, et cela dans une étendue de six centimètres en hauteur et dans presque toute l'épaisseur de l'os, est infiltrée de pus jaunâtre.

L'os iliaque et le fémur gauche sont sains. Nous ne trouvons pas d'altération dans les os qui concourent à la formation des articulations fémoro-tibiales.

Rien à signaler dans les os des mains, excepté pour le premier métacarpien gauche. Cet os dans sa moitié inférieure est totalement envahi par la suppuration. Le périoste est décollé et soulevé par quelques gouttes de pus. L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce renferme une petite quantité d'un liquide rougeâtre, sa synoviale est épaissie et rouge. Les cartilages sont intacts.

La difficulté du diagnostic, les lésions osseuses et périostiques disséminées que nous avons rencontrées à l'autopsie, le siége de la lésion la plus étendue dans l'os iliaque droit nous ont paru dignes d'attirer l'attention et ont motivé notre présentation à la Société anatomique.

6. Cirrhose et cancer primitif disséminé du foie; par M. Louis Dubar, interne des hôpitaux. — Examen histologique, par M. le docteur Cornil.

Lenig, Louis, âgé de 62 ans, entre, le 5 mai 1879, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare n° 26 (service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz).

Cet homme n'a aucun antécédent héréditaire. Il a perdu son père et sa mère à un âge très-avancé (90 et 82 ans); il a des frères et des sœurs qui jouissent tous d'une parfaite santé.

Lui-même ne s'est jamais reposé un seul jour pour cause de maladie jusqu'à la fin de 1878. Le seul fait à relever avant cette époque, c'est qu'il a eu en 1868 des revers de fortune et des chagrins de famille qui l'ont beaucoup affecté. Il n'est pas alcoolique et, à la fin de décembre 1878, il est pris, pendant quinze à dix-huit jours, de diarrhée; il prétend qu'il y avait des matières noires dans ses garde-robes. La diarrhée disparaît et pendant quinze jours tout va bien. Il commence alors à vomir. Ces vomissements sont alimentaires, plus souvent formés par une sorte de bouillie noirâtre ressemblant à du marc de café. Ils se répètent plusieurs fois par jour. Le malade maigrit rapidement et perd ses forces, d'autant plus que l'appétit est presque supprimé. Ces phénomènes durent un peu plus d'un mois.

Pendant une partie du mois de mars, les vomissements disparaissent. Mais de nouveaux phénomènes entrent en scène. Le ventre commence à enfler; c'est par le bas-ventre que le gonflement débute; bientôt il s'étend à toute la cavité abdominale. Enfin, ce n'est que trois semaines avant son entrée à l'hôpital que l'œdème envahit les membres inférieurs. Pendant le mois d'avril, les vomissements reparaissent avec les mêmes caractères, c'est-à-dire alimentaires et sanguins. Les vomissements cessent encore, pour ne plus revenir, à partir du 20 avril.

État actuel. — Le malade est très-amaigri. Il présente une teinte pâle avec léger reflet jaunâtre. En le découvrant, on est frappé du développement considérable de la cavité abdominale. Le gonflement est général. L'épigastre et les flancs sont très-distendus. A la surface de l'abdomen, on aperçoit quelques veines dilatées. Il existe un réseau veineux en voie de développement au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre. On en remarque un autre à mailles plus serrées au niveau de l'hypochondre gauche. Vers les parties inférieures de l'abdomen, il n'y en a pas trace.

La palpation permet de constater l'existence d'une ascite considérable. La sensation de flot est des plus nettes. La distension des parois abdominales empêche l'exploration des viscères contenus. Les manœuvres auxquelles on soumet le patient ne sont pas douloureuses. Il n'a d'ailleurs jamais ressenti la moindre douleur.

Les membres inférieurs et les bourses sont œdématiés et conservent la dépression caractéristique des doigts.

Il n'existe aucun phénomène morbide appréciable du côté du cœur et des vaisseaux. Les poumons sont parfaitement sains. L'intelligence est intacte. — Les urines sont d'un jaune sale. Elles ne contiennent pas d'albumine.

Le diagnostic offre de sérieuses difficultés. Deux opinions se trouvent immédiatement en présence. D'un côté, les chagrins qui ont longtemps affecté le malade, son âge, les vomissements noirs et le méléna qu'il a présenté à diverses reprises, l'amaigrissement rapide, sa teinte jaune pâle, sont autant de signes qui tendent à faire admettre un cancer de l'estomac qui se serait propagé au hile du foie ou au foie lui-même. Les phénomènes d'ascite et d'œdème dépendraient alors d'une compression veineuse par la néoformation. D'un autre côté, l'ascite considérable, l'apparition de réseaux veineux font songer à une cirrhose possible du foie. Dans cette hypothèse, les hématémèses et le méléna sont symptomatiques d'un obstacle à la circulation de la veine porte intra-hépatique.

M Dujardin-Beaumetz pratique, le 8 mai, une ponction abdominale avec un gros trocart. Il s'écoule 7 litres d'un liquide citrin albumineux. Lorsque les parois abdominales se sont affaissées, on sent facilement, dans la région épigastrique, le lobe gauche du foie dur et légèrement bosselé. Le foie paraît petit. L'exploration attentive de l'estomac ne fait découvrir aucune espèce d'induration. M. Beaumetz, tout en faisant quelques réserves à cause de l'âge du malade, de sa coloration et surtout de la marche rapide des accidents, conclut à une cirrhose du foie.

Les jours suivants, le liquide se reproduit avec rapidité. Le 15 mai, l'abdomen est aussi distendu qu'à l'entrée. Le malade boit beaucoup de lait et ne vomit pas. Il tousse un peu depuis deux ou trois jours. L'examen de la poitrine révèle l'existence aux deux bases d'un hydrothorax dans l'étendue de quatre travers de doigt.

Du 15 au 19 mai, l'affaiblissement fait de rapides progrès. Le malade ne peut plus rien prendre. Il meurt le 20 à 4 h. du soir.

Autopsie. — Les organes contenus dans le thorax sont sains. — Le cœur ne présente aucune lésion valvulaire. Il y a un peu d'épanchement séreux dans les plèvres.

L'estomac et l'intestin sont ouverts dans toute leur étendue. La muqueuse stomacale n'offre que deux îlots rougeâtres, ecchymotiques. Il n'y a d'ailleurs aucune trace de cancer. Le pylore est épais; mais cet épaississement est constitué par

des fibres musculaires un peu hypertrophiées. — Dans le reste de l'intestin pas trace d'altération. — La rate est petite et a sa consistance normale. — Les reins sont un peu congestionnés. — Les organes du petit bassin, vessie, rectum, prostate, sont parfaitement sains. — Le foie présente des altérations très-remarquables, sur lesquelles nous allons insister. — Les ganglions du hile du foie ont leur volume ordinaire et n'exercent aucune compression sur les divisions de la veine porte.

Le foie est petit, dur, bosselé légèrement à la surface. Ces bosselures ou granulations sont très-appréciables au niveau du lobe gauche et sur toute la face inférieure du foie.

Nous pratiquons deux coupes antéro-postérieures, l'une sur le lobe gauche, l'autre sur le lobe droit. Le tissu du foie est dur et crie sous le scalpel. La coupe qui porte sur le lobe gauche nous découvre des noyaux d'aspect cancéreux, de couleur jaune-brunâtre, isolés dans certains points et comme agminés dans d'autres. La coupe, portant sur le lobe droit, traverse un énorme noyau gros comme un œuf de poule, de couleur brune, de consistance demi-molle, bien différente de la consistance dure, fibreuse des régions voisines. Aux environs de ce gros noyau se trouvent des amas plus petits de matière cancéreuse. Il nous est facile, par des coupes pratiquées dans diverses directions, de constater l'existence de masses cancéreuses, de grosseur très-diverse, dans tout le parenchyme hépatique. Le tissu du foie autour de tous ces noyaux est résistant et ne se laisse pas déchirer par l'ongle. Il est lui-même lobulé, et on constate entre les lobules des lignes nettement dessinées de tissu conjonctif.

L'examen microscopique qui vient révéler la coexistence dans la glande hépatique de deux lésions bien distinctes, la cirrhose et le cancer, est complétement confirmé par l'étude histologique que M. le docteur Cornil a bien voulu nous transmettre.

L'étude a porté sur deux points. Là où les îlots cancéreux n'existent pas, le tissu du foie présente les lésions bien connues de la cirrhose : l'hypertrophie du tissu conjonctif avec état normal des cellules hépatiques. Un caractère important, puisqu'on le rencontre toujours dans la cirrhose, se retrouve également ici, nous voulons parler de l'hypertrophie des vaisseaux biliaires. Ces vaisseaux, extrêmement élargis, présentent des dilatations ampulliformes. Ils ne peuvent être confondus avec des vaisseaux sanguins, car, à leur intérieur, on trouve une série de cellules épithéliales constituant dans leur ensemble une membrane qui s'est détachée de la paroi, parce que le réactif employé pour la préparation a amené une rétraction du tissu conjonctif.

Dans les points en voie de transformation squirrheuse, nous trouvons les lobules hépatiques qui, au premier abord, ne semblent pas altérés et qui sont entourés par du tissu fibreux très dense. Le tissu conjonctif, qui entre dans la constitution normale du lobule, présente également la même disposition que dans un lobule sain. Mais en examinant la préparation à un fort grossissement, des altérations apparaissent aussi bien dans le tissu conjonctif du lobule que dans les cellules hépatiques. On sait que, dans le tissu conjonctif normal, on trouve des fibres séparées par des cellules plates. Ici nous avons ces deux éléments, mais, de plus, nous rencontrons, au milieu des fibres, de véritables nids de grosses cellules cancéreuses. Sur les parois de ces nids, de ces espaces, on aperçoit les cellules plates normales. Les cellules hépatiques sont plus grosses que d'ordinaire. Elles sont formées de protoplasma sans bile ni graisse et contiennent à leur intérieur des masses cancéreuses.

Lorsqu'on jette un coup d'œil d'ensemble sur la préparation, on est frappé de trouver côte à côte des lobules complétement sains, des lobules cancéreux et des lobules cirrhotiques. — L'étude anatomique du foie de notre malade est donc venu démontrer la coexistence de deux affections qui évoluent rarement ensemble, le cancer et la cirrhose. Elle confirme les deux diagnostics qui ont été portés pendant la vie et met d'accord deux opinions qui, au premier abord, paraissaient complétement opposées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1880.— PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Aujourd'hui a eu lieu la séance solennelle de la Société de chirurgie. M. TARNIER, en quittant le fauteuil, a adressé à ses collègues un discours vivement applaudi où il souhaite la bienvenue aux nouveaux membres, et parle des pertes regrettables que la Société a faites pendant l'année.

M. LANNELONGUE retrace ensuite dans un très remarquable rapport, les travaux accomplis par la Société ; malgré la longueur inévitable d'un pareil résumé, M. Lannelongue a lu près d'une heure ! l'attention de ses auditeurs n'a pas un seul instant faibli, tant la phrase était claire et vive ! La tâche était lourde cependant : ne devait-il pas donner la substance de grandes discussions qui s'étaient déroulées pendant l'année au sein de la Société ? Il l'a fait avec une verve et un talent qu'ont récompensés des applaudissements unanimes.

M. de SAINT GERMAIN prononce ensuite l'éloge de Dolbeau. Nous ferons mieux que de le louer ; nous le mettrons sous les yeux de nos lecteurs dans le prochain numéro.

Enfin M. le secrétaire général nous donne les noms des lauréats de la Société :

M. GOLAY a obtenu le prix Duval ; M. ANCELET, le prix Laborie ; M. JEANNEL le prix Gerdy et enfin M. IVERT, le prix Demarquay. P. R.

REVUE CHIRURGICALE

I. La chirurgie et le pansement anti-septique en Allemagne et en Angleterre ; par le Dr Gaston DU PRÉ. Paris, 1879.

II. Le pansement anti-septique exposé spécialement d'après la méthode de Lister ; par F.-N. de NUSSBAUM, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Munich, trad. par le Dr E. de la HARPE. Paris, 1880.

III. De la réunion immédiate sous le pansement de Lister ; par le Dr Georges POINSOT. Bordeaux, 1879.

I. Le travail du Dr Du Pré, qui a déjà paru sous forme de lettres séparées dans le *Journal de Médecine* de Bruxelles, est le récit très clair et très intéressant d'un voyage scientifique que l'auteur a fait dernièrement en Angleterre et en Allemagne ; il nous conduit dans les cliniques les plus importantes, et nous initie à la pratique des principaux chirurgiens de ces deux pays, et cela d'une manière très attrayante et très instructive. Ne pouvant donner ici une analyse bien longue de ce travail, nous nous bornerons à attirer l'attention sur quelques faits saillants et sur certaines questions actuellement à l'ordre du jour.

Nous n'insisterons pas longtemps sur le pansement antiseptique que le Dr Du Pré a vu employer un peu partout, et qu'il nous décrit longuement, d'après ce qu'il a observé à Edimbourg dans le service de Lister lui-même. Signalons en courant quelques modifications au pansement Lister type : le remplacement du drain par des fils de catgut, ou un faisceau de crins de cheval bien dégraissés et phéniqués (Chiene) ; la tarlatane mise à la place de la gaze et un papier huilé à la place du mackintosh (Bœckel) ; bandes de toile neuve trempées dans la solution phéniquée, remplaçant les bandes de gaze, et feuille de gutta-percha remplaçant le mackintosh (Volkmann) ; feuille de gutta-percha remplaçant le protective et jute remplaçant la gaze (Billroth) ; substitution de l'acide salicylique à l'acide phénique (Thiersch). Nos lecteurs connaissent depuis longtemps toutes ces modifications qui, à part la dernière, ne sont que de légères variantes du pansement Lister.

M. Du Pré a vu pratiquer des résections articulaires dans presque tous les services de chirurgie, et principalement dans le service de Volkmann à Halle : résections de la hanche, résections du genou, etc ; mais malgré des succès assez nombreux, il nous semble que l'impression générale n'est pas très bonne en ce qui concerne les résections du membre inférieur, et que plusieurs chirurgiens allemands ont été un peu déçus dans les espérances que leur avait données, il y a quelques années, l'application du pansement anti-septique aux résections de la hanche et du genou, par exemple. Signalons

la résection d'une moitié du maxillaire inférieur pratiquée par Billroth dans un cas de nécrose phosphorée ; le chirurgien incisa la muqueuse gingivale le long des alvéoles dentaires, sépara l'os avec la rugine, fit la section de la symphyse avec la scie, et arracha la tète articulaire par un violent effort. Ajoutons que, contrairement à la pratique généralement suivie en France, Billroth n'attend pas la mobilisation du séquestre pour opérer dans ces cas ; Langenbeck fait de même.

D'autres opérations très diverses méritent également une mention : le redressement des incurvations rachitiques des jambes, qui est pratiqué journellement par Billroth avec l'appareil de Rizzoli, appareil composé de deux larges anneaux s'appliquant sur une des faces de la jambe, et d'une vis dont l'extrémité munie d'une pelote, appuie de l'autre côté de la jambe sur le point à fracturer ; — le procédé de Volkmann pour traiter les kystes hydatiques du foie, procédé qui consiste à inciser la paroi abdominale jusqu'au foie et à panser à plat sous lister, ce qui détermine sûrement l'adhérence des bords de la plaie au péritoine hépatique, et permet alors d'inciser directement le kyste ; — une trachéotomie faite par Langenbeck pour enlever un polype de la corde vocale inférieure ; — une suture du grand nerf sciatique faite par le même chirurgien chez un homme qui avait eu ce nerf coupé deux ans auparavant : deux mois après la suture faite avec du catgut, on constata le retour de la sensibilité.

Nous trouvons également quelques détails sur l'emploi de la canule-tampon de Trendelenbourg destinée à empêcher l'entrée du sang dans les voies aériennes lors des opérations pratiquées sur la bouche ; un mot sur un singulier procédé de Boeckel qui, dans les cas où des fils à ligature tardent trop à tomber, exerce sur ces fils une traction, en y suspendant un faible poids. La torsion des artères que l'auteur a vu employer dans les hôpitaux d'Angleterre, ne lui paraît pas être une méthode très sûre ; plusieurs fois il a vu à la suite survenir des hémorrhagies secondaires qui nécessitaient la ligature ; nous insistons là-dessus, car nous avions déjà fait nous-même cette remarque dans l'un de nos voyages.

A côté de ces faits opératoires, citons deux faits pathologiques intéressants. Busch de Bonn a observé 10 ou 11 cas d'une affection singulière de la tête humérale qui nous paraît avoir une certaine analogie avec l'altération décrite sous le nom d'atrophie des os, mais qui s'en distingue cependant, tant par sa marche que par sa terminaison. Un sujet, le plus souvent jeune, sans traumatisme ni aucune manifestation diathésique, s'aperçoit un jour qu'il lève le bras un peu difficilement, puis l'épaule maigrit peu à peu sans avoir jamais été tuméfiée, il existe des douleurs légères lors des mouvements, la tête humérale diminue de volume, se soude à la cavité glénoïde, puis se résorbe et disparaît complètement ; le bras pend alors inerte le long du corps comme à la suite d'une résection sans réunion nouvelle. Aucune trace de pus ni de fongosités. La résection de la tête humérale serait le seul moyen de s'opposer à la marche envahissante du processus. Le deuxième fait est plus connu et infiniment plus fréquent, l'auteur en a vu un grand nombre de cas à la clinique de Langenbeck ; il s'agit de la tuméfaction circonscrite du sterno-cléido-mastoïdien qu'on observe souvent chez les nouveaux-nés ; presque toujours dans ces cas il y a eu application de forceps.

Nous devons nous arrêter un peu plus longtemps sur l'ovariotomie. On peut dire qu'aujourd'hui tous les chirurgiens appliquent à cette opération la méthode anti-septique, mais on n'est pas encore parfaitement fixé sur la manière dont il faut traiter le pédicule. Quelques-uns tels que Spencer Wells, Kœberlé, Billroth le plus souvent, maintiennent le pédicule fixé dans la plaie quand cela est possible ; d'autres beaucoup plus nombreux, tels que von Linhart de Wurzbourg, Busch et Veit de Bonn, Olshausen de Halle (pour ne citer que des allemands), sectionnent le pédicule après l'avoir lié, le réduisent dans la cavité péritonéale, et suturent la plaie abdominale sans s'en occuper davantage. Ce traitement intra-péritonéal du pédicule est évidemment destiné à remplacer désormais le traitement par le clamp. Cette méthode exige toutefois certaines précautions ; MM. Thornton et Bantock, chirurgiens du Samaritan-Hospital de Londres, qui l'emploient presque toujours, ne manquent jamais dans ces cas d'appliquer le tube de Keath, tube de verre de un centimètre de diamètre et sept à huit de longueur ; l'extrémité, qui doit être placée dans le petit bassin, a ses parois percées de trous fins dans une certaine hauteur, l'autre extrémité présente un rebord qui sert à la fixer dans la plaie abdominale. Lorsque ce tube de Keath est appliqué, on introduit dans ce tube toutes les douze heures, et à la rigueur toutes les six heures, un tuyau de caoutchouc long de vingt centimètres, par lequel on aspire à l'aide d'une petite seringue de verre, la sérosité rougeâtre qui se trouve dans le petit bassin, et par lequel on injecte de l'eau phéniquée à 2,5 p. 100 ; le lavage est répété jusqu'à ce que le liquide revienne clair.

Citons enfin quelques remarques intéressantes ayant trait au pronostic de l'ovariotomie. Billroth a vu chez des malades opérées d'hystérotomie ou d'ovariotomie, guéries depuis plusieurs semaines sans aucun trouble général ou local, survenir de temps en temps, cinq ou six soirs de suite, une élévation de température inexplicable ; la malade semble se porter parfaitement, n'accuse ni malaise, ni douleur, mais elle a 40° le soir, et au bout de quelques jours tout revient à l'état normal. — Olshausen attache une grande importance à la fréquence du pouls après l'ovariotomie ; il n'est nullement inquiet lorsque le pouls reste au-dessous de 110, bien que la température soit de 39 ou 40 ; au contraire, il considère le cas comme grave si, même avec une température inférieure, le pouls est à 120 ou 130. — Enfin l'on sait que les adhérences du kyste avec le péritoine non seulement n'aggravent pas le pronostic, mais le rendent plus favorable ; nous avons là deux cas d'adhérence totale du kyste, opérés par M. Thornton qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

Nous trouvons des renseignements assez complets sur la clinique laryngoscopique de Schnitzler à Vienne. L'auteur donne des conseils très pratiques sur la manière de faire l'examen au miroir et de porter des médicaments dans le larynx, puis il décrit les diverses opérations qu'on pratique aujourd'hui sur cet organe. Il nous fait passer en revue la plupart des cas qui étaient en traitement lors de sa visite, laryngites diverses, paralysie, polypes ; citons quelques pages très intéressantes sur le diagnostic des différentes ulcérations laryngées. Ce n'est pas seulement le côté pathologique qui est traité, il y a là en une quinzaine de pages un bon résumé de la thérapeutique nouvelle des maladies du larynx.

Depuis plusieurs années déjà on a conseillé de traiter la syphilis par des injections sous-cutanées de sublimé, et d'innombrables essais ont été faits, le plus souvent avec succès. En Allemagne, c'est le professeur Lewin qui a plus particulièrement attaché son nom à cette méthode. Ce mode de traitement avait l'inconvénient de déterminer une douleur assez vive avec infiltration notable au point où l'on fait l'injection. Bamberger de Vienne proposa, pour remplacer le sublimé, l'albuminate de mercure qui n'a pas ces inconvénients, mais qui d'autre part est difficile à préparer et encore plus à conserver. Le peptonate de mercure, mis à l'essai par Bamberger, Zeul et Neissman, offre au contraire tous les avantages ; il est actuellement employé à Vienne dans tous les services de syphilitiques, et plusieurs médecins d'Allemagne l'ont également adopté. Vingt-cinq à trente injections, à raison d'une par jour, suffiraient d'après ces médecins. Pour préparer la solution de peptonate de mercure, on fait dissoudre 1 gr. de peptone de viande dans 50 cent. cubes d'eau distillée, on ajoute à la liqueur filtrée 20 cent. cubes d'une solution de sublimé à 5 p. 100, et l'on dissout le précipité dans la quantité nécessaire (environ 15 à 16 cent. cubes) d'une solution de chlorure de sodium à 20 p. 100 ; puis on ajoute de l'eau distillée de manière à faire en tout 100 cent. cubes : la liqueur renferme ainsi par chaque centimètre cube 1 centigr. de mercure.

La pneumothérapie est une méthode qui a pour but de guérir mécaniquement des maladies de l'appareil respiratoire sur lesquelles la thérapeutique interne a peu ou pas d'action.

Il y a plusieurs années, on avait déjà obtenu d'assez bons résultats en faisant respirer les malades sous une cloche dont on pouvait modifier à volonté la pression atmosphérique, mais la nouvelle médication pneumatique, qui n'est guère en usage que depuis 1870, est infiniment plus parfaite, et constitue pour ainsi dire une nouvelle méthode. Voici les données sur lesquelles elle repose : on peut, à l'aide d'un instrument nommé pneumatomètre, constater que chez tout individu il existe une certaine force d'expiration toujours supérieure à la force d'inspiration. Toute modification du rapport qui existe entre ces deux forces, et qui d'ailleurs varie pour chaque individu, indique une altération du tissu pulmonaire ; il y a diminution de la force d'inspiration dans la tuberculose au début, la pleurésie, la pneumonie chronique ; et c'est au contraire la force d'expiration qui diminue dans l'emphysème, la bronchite chronique. La pneumothérapie se propose d'agir en sens contraire ; pour cela on fait expirer l'emphysémateux dans de l'air raréfié, ce qui permettra aux vésicules dilatées de se contracter, et on fait inspirer le tuberculeux dans de l'air comprimé, ce qui dilatera les vésicules rétrécies par les exsudats et les tubercules. Les appareils employés à cet effet, sont les appareils de Frœnkel, de Biedert, de Schnitzler; celui de Waldenburg est de beaucoup le plus commode et le plus souvent employé. Il parait qu'on a obtenu des résultats tout à fait surprenants à l'aide de ce dernier appareil dans des cas d'emphysème chronique et de tuberculose au début.

Nous devons encore dire un mot d'un nouveau mode de traitement qui est également fort employé aujourd'hui en Allemagne dans les affections stomacales, et notamment dans la gastrique chronique : c'est le lavage de l'estomac. Lorsque l'on commença à employer cette méthode, on se servait d'une sonde œsophagienne et d'une pompe de Wyman avec laquelle on injectait et on aspirait le liquide servant au lavage. Le professeur Oser, de Vienne, a perfectionné cette méthode en substituant à la pompe un véritable syphon. Il se sert à cet effet d'un tube de caoutchouc mou ordinaire, long de deux mètres, et ayant 10 à 12 millim. de diamètre intérieur. Un vase gradué, placé à deux mètres de haut, est rempli d'eau tiède. L'opération se fait en trois temps : 1° on introduit dans l'estomac le tube de caoutchouc sur une longueur de 60 cent. environ ; 2° on laisse couler par ce tube adapté au récipient un demi-litre à un litre d'eau ; 3° on laisse tomber à terre l'extrémité du tube, l'eau injectée s'écoule alors en entraînant des fragments d'aliments non digérés et de viande fétide. On aura bien soin de s'abstenir de ce traitement, si l'on craint une dilatation de l'aorte, car on pourrait produire ainsi une hémorrhagie foudroyante.

Nous passons sous silence bien d'autres renseignements intéressants, mais nous ne pourrions nous étendre davantage sans dépasser les limites d'une analyse. Citons, en finissant, les quelques lignes par lesquelles l'auteur termine ses lettres d'Allemagne : « Les malades sont soignés, non par des sœurs, mais simplement par des infirmiers et des infirmières laïques qui s'acquittent fort bien de leurs fonctions ; il en est ainsi à Vienne, à Halle, à Leipzig, à Wurzbourg et à Berlin. »

II. Le professeur Nüssbaum, de Munich, est un des premiers chirurgiens allemands qui aient employé le pansement Lister dans toute sa rigueur, et il nous expose en détail dans une brochure la technique du pansement, ou mieux de la méthode antiseptique, avec nombreuses observations à l'appui. Nous laisserons de côté ce point qui aujourd'hui est suffisamment connu du public médical français, du moins en théorie ; mais nous voulons attirer l'attention sur un très important chapitre traitant de l'application de la méthode antiseptique à la chirurgie de guerre. Il est évident qu'avec la nouvelle méthode l'organisation du service de santé militaire doit être profondément modifiée ; car, si l'on veut des succès, il est nécessaire d'appliquer la méthode dès que la blessure vient d'être faite, et d'autre part il est absolument impossible de faire un pansement antiseptique sérieux près du champ de bataille, alors qu'on n'a rien sous la main.

Le chirurgien qui se trouve à la place de premier pansement se gardera bien de toucher à la blessure avec un instrument ou ses doigts, à moins d'absolue nécessité ; il devra se borner à faire l'occlusion immédiate de la plaie à l'aide d'un tampon antiseptique fait de ouate saticylique que chaque soldat devra porter sur lui à un endroit déterminé de son uniforme. On évacuera les blessés ainsi pansés, et ce n'est qu'à leur arrivée dans un hôpital ou une ambulance fixe qu'on procédera au pansement antiseptique régulier. Ainsi, faire l'occlusion immédiate et appliquer des attelles plâtrées par dessus en cas de fracture, voilà à quoi doit se borner le rôle du chirurgien sur la place de premier pansement, sauf dans certains cas relativement rares tels que plaie artérielle, broiement d'un membre, etc.

Ce qui précède n'est pas de la pure théorie ; Bergman et Reyher ont appliqué ce système pendant la dernière guerre turco-russe, et ils ont obtenu ainsi d'excellents résultats. Souvent ils virent de simples plaies en séton, pansées par occlusion avec le tampon sur le champ de bataille, être complètement cicatrisées lorsque, plusieurs jours après, les blessés arrivaient à l'ambulance. Dans des cas de fracture compliquée, on trouvait parfois la plaie cicatrisée sous le tampon, et on n'avait plus là que des fractures simples guérissant parfaitement. A l'arrivée à l'hôpital, le tampon de chaque blessé était défait sous le spray, et le pansement antiseptique appliqué. Dans les cas où l'on avait négligé de faire sur le champ de bataille l'occlusion immédiate, on essayait de désinfecter la plaie à l'aide de la solution de chlorure de zinc à 8 p. 100 ; mais il n'était souvent plus possible de rendre la plaie aseptique. Enfin, argument d'une certaine valeur, le ministre de la guerre de Bavière a déjà fait préparer, en prévision d'une guerre, un nombre suffisant de tampons à l'ouate salicylique.

Nussbaum dit quelques mots de l'intoxication phéniquée qui, deux fois, a causé la mort de ses malades ; dans un cas il s'agissait de l'ablation d'un cancer du rectum, dans l'autre de l'ouverture d'un abcès par congestion de la hanche. Il tend à admettre comme cause la prédisposition individuelle.

Enfin, il nous signale quelques complications et accidents observés dans les deux cents ovariotomies qu'il a faites. Une fois une anse intestinale s'étrangla sous un fil d'argent de la suture ; une autre fois l'uretère fut sectionné et l'urine s'écoula par la plaie abdominale au niveau de laquelle il se forma peu à peu une sorte de réservoir entre le pubis et l'ombilic ; la guérison fut obtenue en passant un drain de ce réservoir à la vessie. — Autre fait très obscur et encore plus singulier, qui semblerait mieux placé dans les aventures du baron de Münchhausen que dans un livre de chirurgie : « Un drain tomba dans l'abdomen d'une malade malgré le fil qui le retenait. Quatre mois après la guérison complète, elle le sentit en valsant dans un bal, et elle en fit l'extraction avec ses ongles, dans une chambre voisine. Là-dessus, cette femme courageuse se remit à danser. »

III. M. Poinsot de Bordeaux attire l'attention sur la vogue nouvelle que le pansement antiseptique donne à la réunion immédiate qui, il y a quelques années seulement, semblait définitivement abandonnée. Il examine les statistiques publiées, non plus seulement au point de vue de la guérison, mais au point de vue de la réunion immédiate, et il arrive à ce résultat, que sur un total de 137 faits elle a été obtenue 106 fois, soit 76,25 p. 100. M. Poinsot donne à l'appui dix opérations qu'il a pratiquées à Bordeaux et à la suite desquelles il y a eu réunion immédiate, grâce au pansement Lister.

G. MAUNOURY.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale; par le professeur M. PETER. Tome II, vol. in-8° de 825 p. Paris 1879, Asselin.

Les travaux de M. le professeur Peter offrent presque toujours un cachet d'originalité, soit dans le fond, soit dans la forme, et ce double caractère se retrouve particulièrement dans le second volume des *Leçons de clinique médicale*, aussi bien que dans le premier. De la forme nous dirons peu de chose : tout le monde connait le style de l'auteur, style bien personnel, visant à la fois à la précision et à l'élégance, par-

fois un peu étrange dans ses allures, mais empruntant à ce caractère même d'originalité un attrait de plus. Le style d'ailleurs répond bien ici à la pensée qu'il exprime ; car, sous ce rapport encore, M. Peter ne suit pas volontiers les sentiers battus ; alors même qu'il s'attaque à un sujet que l'on pourrait croire vulgaire, il sait en relever l'intérêt par des aperçus nouveaux, qui pourront être appréciés diversement, mais qui auront tout au moins le mérite de faire réfléchir, et, en provoquant la discussion, de susciter d'autres idées.

Cela dit, indiquons maintenant rapidement la nature des sujets traités dans ce volume. L'étude de la phtisie pulmonaire en occupe la plus grande partie ; mais bien que M. Peter ait consacré près de 600 pages à cette étude, il n'a point songé à faire l'histoire complète de cette maladie. Il s'est borné à en envisager les traits principaux, ceux qui ont surtout de l'intérêt pour le médecin appelé à soigner un phtisique. Après avoir établi une distinction tranchée entre la tuberculose et la phtisie et montré qu'il n'y a point de parallélisme entre la lésion pathologique et l'altération de l'organisme, ou en d'autres termes que ce qui crée la différence dans le pronostic c'est la tolérance plus ou moins grande de l'organe et de l'organisme pour le tubercule, M. Peter résume l'idée fondamentale qui domine et inspire toutes ces leçons sur la tuberculisation pulmonaire, en disant que « Le tubercule n'est pas la tuberculisation, ni la tuberculisation la phtisie. Le tubercule est le *produit* et le témoignage d'une déchéance de l'organisme ; la tuberculisation, le *mode d'évolution de ce produit*; la phtisie le *résultat général* et plus ou moins prochain de la tuberculisation, une sorte de *cachexie organique*, dont nous pouvons, dans un grand nombre, de cas retarder l'apparition et les progrès, alors cependant que nous ne pouvons rien, absolument rien contre le tubercule.

» C'est une *déchéance* de l'être vivant qui le fait produire en lui des tubercules ; mais cette déchéance peut être temporaire ou permanente, rapide ou lente, aggravée ou retardée, et c'est en quoi il nous est donné d'intervenir efficacement. Les tubercules étant produits par une déviation de la nutrition, tout va dépendre désormais de deux particularités essentielles : la tolérance de l'organe, et la tolérance de l'organisme....... »

Mais, avant tout, il faut savoir comment on se tuberculise ; M. Peter étudie avec soin les causes de la déchéance de l'organisme, lesquelles peuvent résulter de l'inanitiation par les voies digestives (alimentation mauvaise ou insuffisante) ou par les voies respiratoires (inspiration insuffisante d'air ou respiration d'un air vicié). Les mauvaises conditions de l'organisme, l'alcoolisme, la vieillesse, la maternité et l'allaitement, les diathèses, etc., aussi bien que les maladies générales aiguës et chroniques, influencent aussi beaucoup le développement des tubercules. De même, c'est dans les tissus et les organes dont la vitalité générale est amoindrie que se développent les tubercules.

Après cette étude longue et minutieuse d'étiologie clinique, l'auteur aborde l'étude des formes symptomatiques de la tuberculisation pulmonaire, formes résultant de la tolérance plus ou moins grande de l'organe et de l'organisme.

Enfin, quatre leçons sont consacrées au traitement, dont les indications doivent être cherchées d'abord dans les notions résultant de l'examen des conditions étiologiques : c'est dire que l'hygiène y occupe une grande place. Cependant il faut aussi traiter les symptômes, et il faut surtout traiter le poumon malade. « La congestion, voilà l'ennemi ; la révulsion, voilà l'auxiliaire ». D'ailleurs les indications varient aussi beaucoup suivant les formes symptomatiques, et le succès du traitement est lui-même très-variable suivant les mêmes conditions.

Les 16 leçons suivantes ont pour objet l'étude des maladies puerpérales, étude dans laquelle certains points seront probablement contestés, mais dont nous devons nous borner à donner ici un aperçu général sommaire. M. Peter insiste d'abord sur l'état d'hyperémie de l'utérus pendant la grossesse et surtout au moment de l'accouchement, hyperémie qui de fonctionnelle peut facilement devenir pathologique. Cette notion sert à expliquer la fréquence des inflammations puerpérales, de même que la leucocytose physiologique de la grossesse fait comprendre pourquoi ces inflammations sont si facilement purulentes. Il est encore dans la grossesse une autre condition ; c'est l'augmentation de la masse du sang chez les femmes enceintes qui, pouvant être anémiques par qualité, sont pléthoriques par quantité. De là peuvent résulter des accidents variés : étouffements, hémoptysies sans tubercules, congestion et état graisseux du foie, ictère grave, congestion du rein et par suite sérumurie et maladie de Bright, avec l'éclampsie comme conséquence, etc.

De là découle aussi une indication thérapeutique particulière, et l'auteur insiste longuement sur l'importance des saignées dans tous ces cas et spécialement dans l'éclampsie.

Les mêmes conditions : hyperémie locale (révélée par l'élévation de température de l'utérus), leucocytose et pléthore générale, influencent aussi le développement de la fièvre puerpérale, ou tout au moins ses déterminations morbides locales ; mais, en somme, cette maladie si éminemment contagieuse (typhus puerpéral pyogénique) reconnait surtout pour cause l'encombrement et le voisinage d'autres femmes en couches... en fait « une femme en couches est à une autre femme en couches une occasion de maladie, et une réunion de femmes en couches constitue une réunion *idéale* de causes de maladies. — La conclusion va de soi. »

Une leçon sur la gangrène diabétique, et deux autres sur les températures excessives dans les maladies (hyperthermie et refroidissement) terminent ce livre dont nous n'avons pu donner qu'un aperçu fort insignifiant ; car nous avons dû nous borner à indiquer sommairement l'économie générale de l'ouvrage, sachant bien qu'en pareil cas une analyse, quelque étendue et quelque complète qu'elle puisse être, ne saurait jamais remplacer la lecture du livre lui-même.

A. S.

VARIA

Mort de M. Vigne. — Mesures à prendre par l'Administration.

Nous lisons dans le *Temps* du 10 janvier :

« M. Vigne, interne de l'hôpital Beaujon, vient de périr comme Georges Herbelin, victime de son dévouement, en soignant des varioleux. Ce jeune homme a été atteint de la contagion et n'a pas tardé à succomber. Ses obsèques ont eu lieu hier. Tous ses camarades ont tenu à honneur de l'accompagner jusqu'à sa dernière demeure. »

Ce fait regrettable, qui s'est déjà produit à différentes reprises, prouve une fois de plus l'insuffisance des mesures prises par l'Administration de l'assistance publique pour protéger son personnel contre la variole, alors qu'il serait si facile et si simple d'empêcher les élèves et les employés de gagner cette maladie, ou tout au moins d'en mourir. Si nous sommes désarmés contre la diphthérie, nous pouvons, grâce à la vaccine, nous préserver de la variole.

On exige de tout candidat à l'externat ou à l'internat un certificat de vaccine, mais c'est là une mesure véritablement illusoire, ou bien parce que l'immunité vaccinale est perdue, l'inoculation ayant été pratiquée 20 ou 25 ans auparavant, ou bien même parce que des médecins trop confiants n'ont pas hésité à croire sur parole des étudiants en médecine qui demandaient un certificat de vaccine, et se sont dispensés de vérifier l'existence des cicatrices. Nous voudrions donc que l'Administration, au lieu de s'en tenir à une formalité qui ne sert qu'à encombrer les bureaux de paperasses inutiles, fît revacciner d'office tous les élèves au moment de leur admission dans les hôpitaux, soit comme interne ou externe, soit même comme stagiaire. La même mesure devrait aussi être appliquée aux employés de tout ordre. Nous avons déjà plus d'une fois insisté sur ce point et nous regrettons que des faits malheureux nous forcent à y revenir aussi souvent.

L'enseignement de la botanique au Jardin des Plantes.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts : considérant que le Jardin des Plantes possède pour les études de botanique des richesses exceptionnelles ; que les chaires de botaniques, placées en dehors du Muséum, ne peuvent avoir que des collections insuffisantes ; qu'il y a lieu de revenir aux usages et réglements anciens qui faisaient du Muséum le centre de l'enseignement de la botanique à Paris, à la lettre et à l'esprit des décrets et ordonnances qui ont assuré la prospérité de cet établissement et, en particulier, du décret du 10 juin 1793 ; décrète.

Article 1er. — Le professeur d'histoire naturelle médicale de la Faculté de médecine, les professeurs de botanique de la Faculté des sciences et de

l'Ecole de pharmacie de Paris, ont le droit de faire en totalité ou en partie leur cours au Muséum d'histoire naturelle. Il est mis, à cet effet, à leur disposition des amphithéâtres et des salles de conférences. Ils se servent pour leur enseignement et leurs recherches personnelles, au même titre que les professeurs titulaires du Muséum, et sous les conditions qui sont imposées à ces professeurs, des herbiers et des plantes vivantes.

Art. 2. — Les professeurs désignés à l'article 1er et les professeurs titulaires du Muséum qui enseignent la botanique forment une commission spéciale se réunissant une fois par mois sous la présidence du directeur du Muséum, pour étudier les questions qui se rapportent à leur enseignement. Les délibérations de cette commission sont soumises à la première réunion trimestrielle de l'assemblée du Muséum; les professeurs désignés à l'article 1er ont droit de séance et voix délibérative à cette réunion.

Art 3. —Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 10 janvier 1880.

Actes de la Faculté de médecine.

Lundi 19.— 1er *de doctorat.* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Broca, Farabeuf.— 3e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Regnauld, G. Bergeron, Gay. — 2e *série* : MM. Baillon, Gariel, Bourgoin. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Depaul, Potain, Terrillon ; — 2e *série* (Charité) : MM. Guyon, Ollivier, Chantreuil.

Mardi 20. — 1er *de doctorat*, 1re *série* : MM. Robin, Panas, Duval; — 2e *série* ; MM. Sappey, Lefort, Delens. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité): MM. G. Sée, Pajot, Humbert. — 2e *série* (Charité): MM. Richet, Fernet, Charpentier.

Mercredi 21. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Guyon, Pozzi. — 3e *de doctorat*, 1re *série* MM. Wurtz, Baillon, G. Bouchardat. — 2e *série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Strauss. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Verneuil, Fournier, Pinard, 2e *série* (Charité) : MM. Broca, Potain, Chantreuil.

Jeudi 22. — 1er *de doctorat* : MM. Sappey, Lefort, Richelot. 1er *officier de santé*, à 1 h. : MM. Richet, Bouchard, Charpentier. — 4e *de doctorat* : MM. Brouardel, Fernet, Hallopeau.

Vendredi 23. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Broca, Cadiat. — 3e *de doctorat*, 1re *série*: MM. Baillon, Regnauld, Gay ; 2e *série* : MM. Wurtz, Gariel, de Lanessan. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Verneuil, Potain, Chantreuil; 2e *série* (Charité) : MM. Guyon, Fournier, Pinard.

Samedi 24. — 1er *de doctorat* : MM. Sappey, Panas, Duval. — 4e *de doctorat* : MM. Jaccoud, Brouardel, Debore. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Richet. Pajot, Duguet ; 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Lefort, Rigal, Charpentier.

Thèses. — Lundi 17. — M. Rouget : Essai médical sur les vins du Jura. — 18. M. Barthez : Contribution à l'étude du traitement du mal de Pott. — Jeudi 19. M. Puel ; de la dacryocystite et de son traitement. — 20. M. Cotini. — 21. M. Large : Recherches expérimentales sur les bains d'air sec (Bains turcs Hammam). — 23. M. Chatelin.

Faculté de médecine.

Concours d'agrégation. — Les épreuves orales consistant en une leçon de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, ont eu lieu dans l'ordre suivant.

8 janvier : MM. Perret et Vinet ; *névralgie sciatique* ; — 9 janvier : MM. Raymond et Troisier ; *néphrite interstitielle* ; — 10 janvier : MM. Du Castel et Stœber ; *insuffisance tricuspide* ; — 13 janvier : MM. Quinquaud et Hutinel ; *du zona* ; — 14 janvier : MM. Moriez et Chauvet : de *l'hémoptysie* ; — 15 janvier : MM. Robin et Rondeau : de *l'endocardite ulcéreuse*.

Faculté de médecine de Bordeaux.

Concours pour une place de chef de clinique médicale. — Ce concours sera ouvert à la Faculté de médecine, le mercredi, 7 avril 1880. Les épreuves consisteront en : 1° Une leçon clinique d'un quart d'heure de durée, faite sur un malade, après dix minutes d'examen et dix minutes de réflexions ; 2° une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie pathologique, après un examen anatomique microscopique et chimique de trois heures ; 3° une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après dix minutes d'examen et vingt minutes de réflexion.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours. Aux termes de l'arrêté du 4 août 1868, est admis à concourir tout docteur en médecine, qui n'est pas âgé de trente-quatre ans, le jour de l'ouverture du concours. La durée des fonctions est de deux années. Un traitement de mille francs est alloué au chef de clinique. Les chefs de clinique assistent le professeur ; en l'absence du professeur, ils sont responsables vis-à-vis de l'administration des hospices, de l'ordre et de la régularité dans le service.

Hospices civils de Rouen.

Concours pour une place de médecin adjoint. — Une place de médecin adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 15 avril 1880. Ce concours aura lieu à l'Hospice-Général, sous la présidence d'un administrateur. Les épreuves se composent : 1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne ; 2° d'une dissertation écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique médicales ; 3° d'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de médecine ; 4° d'une consultation rédigée sur un cas de maladie grave. La question à traiter sera la même pour tous les concurrents. L'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury en séance secrète. — Les candidats devront : 1° Se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 25 mars. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise ; 2° déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire ; un certificat de moralité ; leur diplôme de docteur en médecine ; les pièces constatant qu'ils ont 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français ; 3° justifier de deux années de pratique comme docteur en médecine. Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats. Le concours est public. Aucun candidat ne pourra entrer à l'Hospice-Général, pour y visiter les infirmeries, durant les quinze jours qui précèderont le concours. Les fonctions de médecin sont gratuites.

Enseignement supérieur en Algérie.

Nous extrayons le fragment suivant, relatif à la médecine du décret qui organise l'enseignement supérieur en Algérie.

Art. 3. — L'enseignement à l'école préparatoire de médecine, et de pharmacie d'Alger est constitué ainsi qu'il suit : 1° Une chaire d'anatomie ; 2° une chaire de physiologie ; 3° une chaire de pathologie interne; 4° une chaire de pathologie externe ; 5° une chaire de clinique interne ; 6° une chaire de clinique externe ; 7° une chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants ; 8° une chaire de chimie et toxicologie ; 9° une chaire d'histoire naturelle ; 10° une chaire de pharmacie et matière médicale ; 11° une chaire d'hygiène et médecine légale ; 12° une chaire de thérapeutique.

Art. 4. — Sont attachés à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger : 1° Six suppléants, savoir : un suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie ; un suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique internes et maladies cutanées ; un suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique externes et accouchements ; un suppléant pour les chaires de pharmacie et matière médicale ; un suppléant pour les chaires de physique et chimie ; un suppléant pour les chaires d'histoire naturelle : 2° un chef des travaux anatomiques ; 3° un chef des travaux chimiques.

Les Religieuses hospitalières.

Un des lecteurs de la *Petite République française* lui écrit de Brives (Corrèze) : Un officier du 14e de ligne, M. le sous-lieutenant Küttel, appartenant au culte protestant, vient de mourir à l'hôpital de cette ville.

Au moment des obsèques, les officiers de la garnison étant réunis pour accompagner à sa dernière demeure le corps de leur camarade, la supérieure de l'hospice voulut s'opposer à ce que le convoi sortît par la porte d'honneur, disant que cette porte était réservée « aux catholiques romains, morts après avoir reçu les sacrements. »

A bout d'arguments, l'officier conduisant le deuil dit à la bonne sœur qu'il se verrait obligé, si elle s'obstinait, de passer outre à sa défense. Devant cette attitude énergique la supérieure céda, mais toutes les béguines de l'hôpital affectèrent de plaisanter et de rire bruyamment pendant que le ministre protestant lisait l'Evangile avant la levée du corps. — Toujours la charité chrétienne !

Société de médecine légale.

Cette société vient de renouveler son bureau qui, pour l'année 1880 est ainsi composé : Président, M. Devillers. — Vice-présidents, MM. Chaudé, Lagneau. — Secrétaire-général, M. Gallard. — Secrétaires des séances, MM. Leblond, Lutaud. — Archiviste, M. Ladreit de la Charrière. — Trésorier, M. Mayet.

Commission permanente, chargée de répondre d'urgence, dans l'intervalle des séances, aux demandes d'avis motivées, adressées à la Société. — MM. Devilliers, président. Gallard, secrétaire-général. — MM. Blanche, Brouardel, Hémar, Leblond, Lefort, Mayet, Pénard, Riant, Trélat.

Comité de publications : MM. Delastre, Hanot, Ladreit de la Charrière, Leblond, Lutaud.

Conseil de famille : MM. Chopin d'Arnouville, Delastre, Hémar, Lunier, Pénard.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Ribemont commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 2 février, à 4 heures 1/2. Ce cours sera complet en deux mois et sera divisé en quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique. — 2° Accouchement. — 3° Opérations et dystocie. — 4° Exercices cliniques et opératoires. S'adresser, pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Voies urinaires. — Le Dr H. Picard commencera le mardi 20 janvier, à une heure et demie, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et il le continuera les samedis et mardis sui-

vants, à la même heure. — Il traitera des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr A. Voisin a repris ses conférences cliniques sur les maladies nerveuses, dimanche dernier 11 courant à 9 heures 1/2 et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Elles ont lieu dans l'amphithéâtre de l'hospice.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra dans le nouvel amphithéâtre de l'admission les leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses le dimanche 18 janvier, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Hôpital Saint-Antoine. M. Cornil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le lundi 20 janvier, à 9 h. 1/2 du matin, des leçons sur l'anatomie pathologique pratique et la clinique médicale. Il les continuera les vendredis et lundis suivants.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement expirait à cette date de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. — Nous avons l'honneur de les prévenir qu'à partir de ce jour ils pourront nous adresser le montant de leur renouvellement, par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'auront aucuns frais à payer en sus du montant de leur renouvellement. En raison de la grande facilité que ce nouveau mode d'abonnement leur donnera nous prions nos abonnés, dont l'abonnement a pris fin* **le 31 décembre**, *de bien vouloir nous adresser de suite leur renouvellement.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions encore nos abonnés de joindre à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1879 de nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

NOUVELLES

Muséum d'histoire naturelle.— Par décret en date du 10 janvier il est créé au Muséum d'histoire naturelle une chaire de physiologie végétale. Par décret en date du même jour, M. Dehérain, aide-naturaliste, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

Médecins de la marine. — Par décret du Président de la République, en date du 29 décembre 1879, rendu sur le rapport du Ministre de la marine et des colonies, M. Bourru (Joseph-Henri), médecin de 1re classe de la marine, a été promu, après concours, au grade de médecin-professeur.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon.— Le Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon donne avis que, le lundi 14 juin 1880, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin appelé à faire le service dans les établissements de l'Administration des hospices civils de Lyon. Les fonctions de médecin titulaire ont une durée de quinze ans. Le traitement annuel est fixé à deux mille francs : mille francs à titre d'honoraire fixe et mille francs pour droit de présence (*Lyon Méd.*)

Ecole de médecine d'Alger. — M. Texier, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie, établie à Alger. est nommé, pour trois ans, directeur de la dite école.

Injections hypodermiques de morphine. — Le Dr H. H. Kane (de New-York) qui, depuis quelque temps, recueille des documents sur les injections hypodermiques de morphine, sera fort reconnaissant aux membres de la profession ayant quelque pratique de ces injections de répondre aux questions suivantes :

1° Quelle est votre dose ordinaire? — 2° Vous servez-vous de morphine seule, ou jointe à l'atropine? — 3° Quelle est la dose maxima que vous ayez injectée d'un seul coup? — 4° Avez-vous observé de l'inflammation ou des abcès au point de la piqûre? — 5° Ayez-vous eu quelques accidents ou observé la mort après ces injections? — 6° Connaissez-vous des cas de morphiomanie après l'emploi de ces piqûres? Si la mort est survenue, donnez les résultats de l'autopsie quand elle a eu lieu.

On recevra avec reconnaissance tous les renseignements bibliographiques sur ce sujet. Toutes les communications seront considérées comme confidentielles et le nom de l'auteur ne sera cité que s'il le juge nécessaire

Adresser les communications au Dr H. H. Kane, 366 Bleecker-Street New-York.

Un propos de pharmacie religieuse. — On nous rapporte le propos suivant, parfaitement authentique paraît-il : Une bonne sœur pharmacienne s'adressant à une dame de l'œuvre, je ne sais sur quelle paroisse : « On nous fait bien des misères, dit-elle, avec ces inspections de pharmacie. On nous épie constamment. Tenez, pas plus tard qu'hier, on m'apporte à remplir une ordonnance de médecin, avec :

Arséniate de soude	0.05 centig.
Eau distillée	30 grammes.

(A prendre par gouttes.)

» Quand j'ai vu arséniate... j'ai pensé de suite qu'il y avait de l'arsenic, et qu'on voulait nous prendre. Mais j'étais sur mes gardes : j'ai fait la potion et... je n'ai rien mis » (*Lyon médical.*)

Nécrologie. — Le *Progrès de la Côte-d'Or* annonce la mort du Dr Jules Lavalle, qui, dès 1848, s'était voué à la défense de la cause républicaine. M. Lavalle, qui s'était adonné à l'industrie, avait créé un genre de faïences artistiques dont la réputation est établie sérieusement. M. Lavalle était conseiller général du canton de Genlis depuis 1877 et maire de la commune de Piemières. Il avait été conseiller municipal de Dijon. Il avait été directeur de l'Ecole de médecine et du jardin botanique de Dijon. Né au mois d'avril 1820, M. Lavalle n'avait pas encore soixante ans.

M. le Dr Anatole Dufour, ancien interne des hôpitaux, auteur d'une thèse intéressante sur l'*hypochondrie*, vient de mourir à Paris à l'âge de 44 ans. — Nous apprenons également la mort de Ch. Caboche, étudiant en médecine, décédé le 9 janvier, à Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne).

Nécrologie. — Le corps médical de Bordeaux vient de faire deux pertes cruelles. MM. les docteurs Bertrand-Caussade et Grezéau ont succombé à quelques jours d'intervalle, M. Bertrand-Caussade, mort à 85 ans, était médecin honoraire des hôpitaux et avait occupé pendant longtemps une grande situation médicale à Bordeaux. — M. le docteur Toussaint-Martin vient de mourir à Alger, à l'âge de 84 ans. Ancien chirurgien-major de l'armée, et longtemps médecin civil de l'hôpital d'Alger, ce docteur avait publié récemment un *traité de physiologie*. On lui doit également un mémoire sur un nouveau procédé de *traitement de l'ongle incarné* et de recherches sur les *hydropisies* et leur traitement en Afrique.

Librairie P. ASSELIN, place de l'École-de-Médecine

Béhier et Hardy.— Traité élémentaire de pathologie interne. Tome IV. Première partie, maladies générales fébriles. Vol. in-8° de 400 pages. Prix : 6 fr. Paris, 1880.

Colombat (L.) (de l'Isère). — Traité d'orthophonie, voix normale, bégaiement, vices de parole, sons esthétiques, physionomie. Un fort volume in-8° de 576 pages. Prix : 10 fr. Paris, 1880.

Mehu (C.). — L'urine normale et pathologique, les calculs urinaires. Vol. in-8° de 390 pages avec 74 figures dans le texte. Prix : 6 fr. Paris, 1880.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Clément (E.). — Conférences pratiques de médecine légale. Grand in-8° de 220 pages et 2 planches. Prix : 4 fr.

Fonssagrives (J. B.). — Thérapeutique de la phthisie pulmonaire. Vol. in-8° de 560 pages. Prix : 9 fr. Paris, 1880.

Tollet (C.). — Les logements collectifs. — Casernes. Paris 1880. In-f° de 25 pages et 9 planches, cartonné : 16 fr.

Librairie G. MASSON, éditeur, boulev. St-Germain.

Audiffrent (G.). — Des mouvements irrésistibles. Vol. in-8° de 90 pages. Prix : 1 fr. 50. Paris, 1879.

Harvey. — La circulation du sang, des mouvements du cœur chez l'homme et chez les animaux. Traduction française avec une introduction historique et des notes par Charles Richet. Un volume in-8° avec 2 planches et 10 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Paris, 1880.

Meyer (Ed.). — Traité pratique des maladies des yeux, 2e édition. Vol. in-8° de 800 pages avec 261 figures. Prix : 12 fr. Paris, 1880.

Tillot (E.). — Du catarrhe nasal chronique et de l'ozène. Brochure in-8° de 30 pages, Paris, 1879.

AVIS A NOS ABONNÉS. — Tout abonné du Progrès Médical qui s'abonnera par notre intermédiaire, à : 1° *La Gazette obstétricale*, journal bi-mensuel, publié sous la direction du Dr B. Dupuy, ne paiera son abonnement que 3 fr. par an au lieu de 9 fr. (pour l'étranger 3 fr. 50.) ; 2° *La Gazette d'ophthalmologie*, journal mensuel paraissant le 1er de chaque mois, sous la direction du Dr Carré, ne paiera son abonnement que 2 fr. au lieu de 6 fr. (étranger 2 fr. 50). Les abonnements partant du 1er janvier, on peut s'abonner à ces deux journaux ou à chacun d'eux séparément.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Siredey. Saint-Augustin (*bis*) (H) : 11, endopéricardite ; 20, cancer du pylore ; 21, rhumatisme blennorrhagique. — Sainte-Geneviève (F) : 2, ectopie rénale ; 11, rétrécissement mitral et insuffisance aortique ; 34, grippe et érythème marginé.

Service de M. Proust. Saint-Charles (H) : 4, hémianesthésie de cause cé-

rébrale ; 9, atrophie musculaire ; 15, laryngite syphilitique ; 23, rétrécissement de l'œsophage; 33, stomatite syphilitique. — Sainte-Marie (F) : 8, corps fibreux de l'utérus ; 11, anesthésie généralisée; 23, chorée hystérique.

Service de M. Bouchard. Saint-Landry (H) : 1, cirrhose hypertrophique ; 15 (bis), néphrite interstitielle ; 18, diabète. — Sainte-Mathilde : 7, rhumatisme génital ; 15 (*bis*), rhumatisme noueux ; 20, ataxie locomotrice.

Service de M. Jaccoud. Saint-Jérôme (H) : 4, pneumothorax ; 9, adénopathie trachéo-bronchique. — Sainte-Claire (F) : 9, péritonite chronique ; 18, pachyméningite cervicale ; 22, lithiase biliaire, fistule ; 30, contracture des extrémités.

Chirurgie. — Service de M. Duplay. Saint-Ferdinand (H) : 14, rupture de l'urèthre, infiltration d'urine ; 34, kyste hydatique du foie. — Sainte-Marthe (F) : 20, kyste de l'ovaire ; 33, arthrites de la hanche et du genou, paralysie consécutive.

Service de M. Labbé. Saint-Louis (H) : 10, balle dans le cerveau sans accidents ; 11, orchite tuberculeuse ; 19 (*bis*), entorse du genou, fracture du condyle interne. — Saint-Augustin (H) : 11, rétraction de l'aponévrose palmaire ; 12, rupture de l'urèthre ; 29, fracture du crâne. — Sainte-Jeanne (F) : 13, ostéite du fémur ; 16, adénôme du sein ; 20, kyste de l'ovaire.

Hôpital St-Antoine. — *Médecine.* — M. Mesnet. — Salle Saint-Hilaire : 3, pneumonie chronique ; 4, pleurésie double : 5, paralysie agitante ; 8, néphrite parenchymateuse ; 10, ataxie locomotrice ; 21, phthisie aiguë ; 28, laryngite tuberculeuse ; 46, pneumonie chez un brightique. — Salle Sainte-Cécile : 7, insuffisance mitrale ; 10, insuffisance aortique ; 18, cancer de l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz. — (Suppléé par M. H. Huchard). — Salle Saint-Lazare : 13, paraplégie syphilitique ; 48, hydro-pneumothorax ; 7, néphrite interstitielle ; 9, tumeur cérébrale syphilitique ; 10, vertige de Mé-

nière ; 12, néphrite parenchymateuse ; 18, dysenterie ; 19, rétrécissement de l'œsophage ; 21, rétrécissement mitral. — Salle Sainte-Agathe : 5, rhumatisme puerpéral, endopéricardite ; 7, sarcôme du petit bassin ; 9, insuffisance et rétrécissement mitraux et aortiques ; 13, cholécystite : 19, broncho-pneumonie ; 15, sciatique, insuffisance mitrale.

M. Hayem. — Salle Saint-Louis : 3, carcinôme de l'estomac ; 5, pneumonie franche ; 7, coliques hépatiques chez un tuberculeux ; 10, pleurésie suspecte ; 12, fièvre intermittente tierce ; 14, bronchite chronique, emphysème ; 15, dysenterie ; 22, diathèse fibro-plastique ; 27, glossite phlegmoneuse. — Salle Sainte-Thérèse : 2, hémiplégie gauche ; 6, fibro-myôme ; 7, néphrite parenchymateuse : 12, caverne pulmonaire ; 15, syphilis ; 21, kyste de l'ovaire ramollissement cérébral.

M. Cornil. — Salle Saint-Antoine : 7, sciatique ; 9, hydrox vésiculeux, rhumatisme articulaire ; 10, pleuro-pneumonie : 15, ulcère simple ; 16, pneumonie ; 21, affection mitrale intense. — Salle Sainte-Adélaïde : 1, 4, 23, 24, mal de Bright ; 6, métrite du col ; 17, mal de Pott.

M. Rigal. — Salle Saint-Eloi : 1, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 3, hémianesthésie saturnine ; 4. arthrite vertébrale ; 6, pleurésie ; 7, sclérose en plaques ; 8, ectasie cardiaque ; 9, méningo-myélite ; 11, impaludisme ; 16, mal de Bright ; 17, ataxie locomotrice ; 18, infection purulente, pyléphlébite. — Salle Sainte-Jeanne : 1, coxalgie hystérique ; 2, coxalgie et pied bot hystériques ; 1, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale ; 6, tumeur du cerveau ; 7, 12, adéno-lymphite utérine ; 8, rhumatisme noueux ; 10, affection cardiaque ; 14, bronchite, avortement ; 18, tumeur extra-utérine ; 23, diabète ; 21, métrite.

M. Duguet. — Salle Saint-Augustin : 1, pneumonie du sommet ; 3, rétrécissement mitral ; 11, pleurésie gauche ; 22, insuffisance aortique ; 16, abcès périnéphrétique ; 23, hydrargyrisme chronique ; 25, iritis, rhumatisme blennorrhagique ; 28, scarlatine ; 38, paralysie agitante ; 56, sclérose en plaques. — Salle Sainte-Geneviève : 3, syphilis tertiaire ; 9 *bis*, pneumonie ; 11, zona intercostal ; 12 *bis*, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 14, hydrargyrisme aigu ; 15, corps fibreux de l'utérus ; 24, hystérie.

M. D'Heilly. — Salle Saint-Etienne : 3, pleuro-pneumonie : 4, ataxie locomotrice ; 9, pleurésie : thoracentèse ; 16, rhumatisme articulaire aigu ; 21, cancer du pylore. — Pavillon n° 1 : 1, rétrécissement aortique ; 4, hémiplégie droite ; 7, albuminurie ; 9, hystérie, hémianesthésie ; 12, asystolie. — Varioleux.

Chirurgie. — M. Benj. Anger. — Salle Saint-Barnabé : 4, abcès urineux ; 5, cataracte double ; 10, tumeur blanche tibio-tarsienne ; 12, fracture de la colonne vertébrale ; 13, fracture du maxillaire inférieur ; 29, gangrène de la jambe ? 40, épithélioma de la langue ; 54, sarcôme des fosses nasales : opération ; 63, entorse du genou ; 64, brûlure du dos (3° degré).

Salle Sainte-Marthe : 2, plaie du cou par arme à feu ; 3, plaie de jambe, érysipèle ; 4, brûlure de la tête ; 5, fracture du tibia ; 6, ulcère scrofuleux de la jambe, tuberculose ; 7, abcès du sein, phlegmatia alba dolens ; 11, abcès du sein ; 19, fracture de jambe ; 16, carcinôme utérin : paralysie de la jambe droite.

M. Périer. — Salle Saint-Christophe : 1, écrasement du bras ; 2, fracture bi-malléolaire ; 4, 7, fractures compliquées ; 10, arthrite du genou, épanchement considérable ; 16, fracture de la voûte du crâne avec enfoncement, plaie : trépanation ; 17, fracture de l'humérus ; 20, tuberculose génito-urinaire ; 21, abcès froid de la fosse iliaque et de la fosse ; 23, orchite traumatique ; 26 *bis*, épithélioma des lèvres : opération ; 30, mal perforant ; 32, anévrysme traumatique de la carotide gauche, hémiplégie droite et aphasie ; 23, phlegmon de la main ; 39 *bis*, fracture de la rotule : 40 abcès périnéphrétique ; 43, sarcôme pré-sternal.

Salle Sainte-Marguerite : 3, hernie ombilicale, kyste ovarique ; 4, phlébite ; 7, 9, abcès du sein ; 10, calcul vésical ; 11, nécrose du fémur : trépanation ; 16, fracture de l'humérus ; 17, fracture de jambe compliquée de plaie.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Note à l'appui de l'hypothèse de M. Landouzy sur l'existence d'un centre rotateur des yeux ;

Par le Dr CH. ABADIE.

Dans ses remarquables études cliniques publiées récemment par le *Progrès médical* (1) et qui peuvent avoir une portée si haute pour la physiologie et l'anatomie cérébrales, M. Landouzy a mis en relief une série d'arguments, de faits, de déductions ingénieuses qui tendent à démontrer l'existence d'un centre rotateur cortical des yeux et de la tête. Comme toutes les hypothèses appelées à devenir des vérités indéniables, celle-ci explique tous les faits connus et aucun ne la contredit ; néanmoins, il lui manque encore la sanction de l'anatomie pathologique.

Aussi, à défaut de preuves directes qui ne tarderont pas à être fournies par les autopsies, toutes les présomptions qui peuvent donner encore plus de force à l'opinion de M. Landouzy nous semblent devoir être signalées.

Oui, il doit exister un centre rotateur cortical, d'où part l'excitation destinée à diriger les mouvements associés des yeux. Sans cela la vision physiologique ne serait pas possible. Si la volition n'agissait pas toujours simultanément et avec la même intensité sur le droit externe d'un œil et le droit interne de l'autre, s'il n'y avait pas la synergie la plus parfaite dans les contractions de ces deux muscles les lignes visuelles cesseraient de se déplacer constamment de la même quantité, d'être toujours dirigées ensemble vers les mêmes objets et dès lors il y aurait diplopie.

Jamais, dans aucune circonstance, les mouvements des yeux dans le regard au loin ne peuvent être dissociés, il est absolument impossible que le droit externe d'un côté se contracte sans qu'en même temps le droit interne du côté opposé ne se contracte de la même façon et réciproquement. C'est précisément la dépendance absolue qui existe dans les contractions de ces muscles qui nous fournit les moyens de guérir complètement les strabismes considérables. L'analyse attentive de ce qu'on observe, dans ces cas là, tend bien à prouver que l'innervation qui règle les mouvements associés des yeux part d'un centre commun.

Supposons qu'un individu louche en dedans de l'œil droit et que son strabisme soit *excessif;* pour fixer un chiffre, admettons que la déviation de cet œil en dedans soit d'environ 8 millimètres.

Pour corriger cette difformité, nous pratiquons d'abord la section du tendon du droit interne de l'œil droit. D'ordinaire, à la suite de cette opération, le centre de la cornée est ramené en dehors, mais seulement de 4 millimètres environ.

La correction obtenue est donc d'environ 4 millimètres, et il reste, par conséquent, encore une déviation *en dedans* d'environ 4 millimètres. Comment y remédier ? Pour cela nous sectionnons *le tendon du droit interne de l'œil gauche normal.* Il arrive alors que cet œil gauche dont l'équilibre musculaire était auparavant parfait, entraîné à présent par son droit externe se dévie vers la gauche de 4 millimètres, de telle sorte que, quand le sujet veut fixer devant lui sur la ligne médiane, il est obligé de contracter très énergiquement le droit interne affaibli de cet œil. C'est seulement grâce à une excitation puissante qu'il parvient à amener le centre de la cornée au milieu de la fente palpébrale. Or, pendant que cette excitation exagérée redresse l'œil gauche, l'œil droit se redresse à son tour. Pourquoi, parce que le droit externe de cet œil est stimulé aussi par le même excès d'innervation que le droit interne de l'œil gauche.

Cela ne prouve-t-il pas que le droit interne de l'œil gauche et le droit externe de l'œil droit reçoivent leur innervation d'une source commune, toujours la même quoi qu'il arrive ?

(1) Voir les nos 36, 37, 41, 42, 43, 46 et 48 de 1879.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Note pour servir à l'histoire des luxations et des fractures du sternum ;

Par Ch. FÉRÉ.

L'histoire des fractures et des luxations du sternum présente, au point de vue de l'étiologie, des symptômes et des complications, un grand nombre de caractères communs : dans certains cas même, on peut reconnaître que les deux lésions anatomiques coexistent, aussi avons-nous cru qu'il nous était permis de les réunir dans une courte étude que nous avons tentée à propos de deux malades qui se sont présentés récemment à notre observation. Nous avons laissé de côté les lésions de l'apophyse xyphoïde ordinairement produites par des causes directes et extrêmement rares.

I. — La production des fractures peut être favorisée par certaines causes prédisposantes, telles que des lésions inflammatoires ou néoplasiques. Le sternum est quelquefois atteint de cancer (1), mais il peut arriver, comme dans le cas que nous avons présenté à la Société anatomique, que l'altération ait précisément pour effet de rendre la fracture impossible en donnant à l'os la consistance du caoutchouc. Aussi, bien que dans le cas de Comte (2), quelques personnes aient cru voir une fracture secondaire, nous croyons que cet ordre de causes est surtout théorique. Dans un cas d'abcès sous-périostique du sternum, présenté par Gérard Marchant (3), il y avait une disjonction des deux pièces du sternum ; il s'agit plutôt là d'une luxation secondaire que d'une fracture ; mais il faut reconnaître que les lésions pathologiques de l'articulation sternale n'ont guère eu plus d'influence sur la production des luxations traumatiques, que les lésions osseuses n'en ont eu sur la production des fractures.

Les fractures et les luxations sont plus fréquentes dans l'âge adulte et chez l'homme. On ne peut guère dire si la luxation se produit de préférence chez les sujets les plus jeunes ; cependant, cela paraît vraisemblable ; le sujet le plus jeune chez lequel nous ayons trouvé une lésion traumatique de cet os, était un enfant de treize ans ; il avait une luxation (4).

Les causes déterminantes sont directes ou indirectes, et on peut admettre qu'elles sont communes aux deux formes de la solution de continuité.

Les causes directes sont des chutes sur des corps plus ou moins saillants, des coups violents portés par un timon de voiture par exemple, des écrasements du thorax par une roue ou par une masse pesante, de quelque nature que ce soit.

Les causes indirectes sont les plus intéressantes à étu-

(1) Genouville, *Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 138. — Legroux, *Ibid.*, 1862, p. 16. — Béhier, *Ibid.*, 1868, p. 117. — Lorey, *Ibid.*, 1874, p. 625. — Féré, *Ibid.*, 1875, p. 682.

(2) *Bull. Soc. anat.*, 1826, p. 138.

(3) *Ibid.*, 1875, p. 325.

(4) Ancelet, *Des luxations de l'articulation sternale supérieure* (*Gaz. des hôpitaux*, 1863, p. 257).

dier, elles sont très diverses. On a pu voir des solutions de continuité du sternum à la suite de chutes sur le dos : tel est le cas d'Aurran (de Rouen), qui observa un écartement des deux premières pièces chez un maçon qui était tombé le dos sur un mur, la tête et les bras d'un côté, les jambes de l'autre, et s'était fait en même temps une fracture des deux dernières apophyses épineuses dorsales. David (Basille) a vu dans le même hôpital un cas tellement semblable qu'on peut penser, avec Malgaigne, qu'il s'agit du même sujet. Nous avons observé récemment un cas très analogue au précédent; il n'en diffère que parce qu'il y a eu non pas luxation, mais fracture de la deuxième pièce. Cet exemple nous paraît aussi propre à établir l'existence de la fracture par redressement du tronc.

Observation I. — Piv...., Charles, maçon, âgé de 35 ans, est entré le 10 novembre 1879 dans le service de M. Broca, à l'hôpital Necker (nº 52, salle Saint-Pierre).

Il était tombé le matin de quatre mètres de haut, le dos sur une poutre assez élevée pour que la tête fortement renversée en arrière n'ait pas touché le sol. Le lendemain matin, on le trouve assis sur son lit, la tête fortement inclinée en avant ; il se plaint de douleur dans le dos, dans le cou et dans la poitrine, surtout quand il respire ou quand il cherche à se redresser.

La douleur du dos est facilement localisée, c'est l'apophyse épineuse de la douzième dorsale qui est sensible, elle est en même temps un peu tuméfiée ; c'est sur ce point qu'a porté le choc direct. Toute la région de la nuque est douloureuse sans localisation précise ; les mouvements d'inclinaison latérale et de rotation sont possibles, mais le malade ne peut pas relever le menton qui est porté en avant en même temps que fléchi. A la partie postérieure du cou, on distingue à peine la saillie de la proéminence et la région forme une sorte de méplat ; aussi, bien qu'il n'y ait aucun trouble sensitif ni moteur (le malade se tient bien sur ses jambes), on se demande s'il n'y a point quelque lésion de la colonne cervicale qui donnera l'explication de la déviation et des douleurs ; le malade est maintenu au repos absolu.

Le 12, la douleur du cou a considérablement diminué, c'est à peine s'il s'en plaint ; mais la douleur thoracique est restée la même et devient plus distincte, elle est exaspérée par les mouvements respiratoires, par les moindres efforts surtout s'ils tendent à redresser la tête: le malade désigne lui-même le point où il souffre le plus. Il n'existe aucune déformation, mais lorsqu'on presse avec le doigt sur le sternum, au niveau du bord inférieur des troisièmes cartilages, sur une ligne transversale qui irait d'un espace intercostal à l'autre, on provoque une douleur extrêmement vive, que l'on reproduit encore au même point en appuyant fortement à quelque distance au-dessus ou au-dessous ; on ne perçoit pas de crépitation, même avec le stéthoscope, mais personne ne doute plus qu'il y ait une fracture transversale du sternum ; quelques personnes ont même cru sentir une sorte de sillon transversal, mais c'est là un point douteux. Il n'existe aucun autre point douloureux sur le thorax. Un bandage de diachylon fortement serré soulage immédiatement la douleur.

La gêne de la respiration décrut peu à peu, mais la douleur locale persistait encore lorsque le malade quitta l'hôpital le 30 novembre, vingt jours après son entrée; les mouvements d'extension de la tête étaient encore douloureux et on sentait au niveau de la fracture une tuméfaction diffuse.

Il est bien évident que, dans ce cas, la lésion du sternum a été produite par le renversement du corps en arrière; mais il resterait encore à déterminer si la solution de continuité se fait par traction longitudinale, ou plus probablement par exagération de courbure de l'os inégalement soutenu par les arcs costaux.

Il est une autre catégorie de faits que l'on peut rapprocher des précédents, ce sont ceux où la rupture a été produite par action musculaire, tels sont les deux cas de Chaussier, le cas de Comte où la lésion s'est produite pendant les efforts de l'accouchement, le cas de Faget, cité par Malgaigne, d'un saltimbanque qui, après s'être fortement renversé en arrière, voulait se relever en soulevant avec les dents un poids considérable, le cas de Lafont (1) observé sur un individu qui se contracta fortement pour éviter une chute en arrière. Malgaigne avait fait remarquer que, sur les trois cas de ce genre qu'il connaissait, il y avait une fracture siégeant sur la première pièce ; M. Dubroca (2), après avoir édifié sur le mécanisme de ces lésions une théorie un peu confuse, déclare qu'il doit forcément en être ainsi dans tous les cas de fracture par renversement du tronc. Nous lui opposons le fait précédent dans lequel la fracture siége au-dessous de la troisième côte.

On ne peut guère expliquer le fait unique de fractures par contraction brusque du diaphragme dans un effort de vomissement.

L'écrasement latéral du thorax peut produire des lésions très diverses du sternum. Duverney rapporte le fait d'un maçon surpris par une pierre qui lui tomba sur le côté, les côtes projetèrent la deuxième pièce du sternum en avant avec une telle force qu'elle fit plaie aux téguments (3); dans un cas analogue, observé par Barrau, il y eut une fracture longitudinale.

Mais les fractures ou luxations indirectes du sternum sont plus souvent produites par des violences agissant sur les extrémités de la colonne vertébrale.

Les chutes ou les chocs sur la tête ont quelquefois produit des solutions de continuité du sternum, nous en rapporterons plus loin un nouvel exemple; les violences exercées sur les épaules peuvent peut-être avoir le même résultat. Mais elles sont plus souvent encore déterminées par des chutes sur les extrémités inférieures (dans un cas de Chevance, les pieds seuls avaient touché le sol), et surtout sur le siége, aussi trouve-t-on dans plusieurs observations la coïncidence d'une fracture du bassin avec une lésion du sternum. Cruveilhier (4) a pu croire que, dans ces cas de chute sur le siége, la contraction musculaire jouait le principal rôle dans la production de la fracture du sternum ; mais la chute suffit, puisque nous l'avons vue produire la rupture du sternum sur le cadavre (5).

La fracture du sternum peut encore être produite par la pression, en sens inverse, des deux extrémités de l'axe vertical du tronc ; aussi M. D. Mollière rapporte l'observation d'un individu qui montait à une échelle, les épaules chargées d'un fardeau pesant, l'échelle se rompit et l'homme tomba lourdement par terre.

Comment peut-on expliquer la production des solutions de continuité du sternum produites par des violences agissant sur les extrémités du tronc ? On a songé à faire jouer un rôle à la pression du menton qui viendrait enfoncer la pièce supérieure du sternum ; cette explication ne pourrait être, à la rigueur, admise que dans les cas de chute sur la tête, mais on ne trouve guère, dans les observations, de trace de contusion du menton, trace qui ne devrait pas manquer dans cette circonstance.

M. Maisonneuve (6) fait jouer un rôle considérable à la clavicule, que le choc ait eu lieu sur une extrémité ou sur l'autre. Dans la chute sur l'extrémité supérieure, il semble admettre qu'il faut nécessairement que l'épaule porte, c'est la clavicule qui transmettrait le choc au sternum ; dans la chute sur l'extrémité inférieure, la clavicule transmettrait le poids de l'épaule. Ce mécanisme est difficilement acceptable, car dans la chute sur l'extrémité inférieure comme dans le cas de violence agissant verticalement sur l'extrémité externe de la clavicule, cette dernière est attirée dans la direction de l'abaissement forcé du moignon de l'épaule et ne transmet aucun choc au sternum ; quand la violence

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1867, p. 327.
(2) *Essai sur les fractures du sternum*, 1879, p. 34.
(3) Malgaigne, *Tr. prat. des fractures et luxations*, t. II, p. 406.
(4) *Bull. Soc. anat.*, 1826, p. 128.
(5) Féré, *Fractures expérimentales du bassin par chute sur le siége. Bull. Soc. anat.*, 1877, p. 437.
(6) *Rech. sur les luxations du sternum.* Clinique chirurg., 1863, t. I, p. 475 et suiv.

agit de dehors en dedans, la clavicule a de grandes chances de se fracturer plutôt que de rompre le sternum ; dans le cas de M. Maisonneuve, il y avait une fracture de la clavicule qui nous paraît n'être qu'une simple coïncidence.

Malgaigne admet, sans l'expliquer, l'influence dé la flexion forcée du tronc. C'est ce dernier mécanisme qui est le plus vraisemblable ; pendant le mouvement de flexion de la colonne vertébrale, les côtes supérieures et inférieures qui offrent une direction convergente à leur insertion sur le sternum agissent en sens inverse.

En haut, la première côte est à peu près la seule qui, par sa direction et sa résistance, soit capable de transmettre efficacement la pression ; pendant la flexion du tronc, elle tend à immobiliser l'extrémité supérieure du sternum, ou même à la porter en bas et en arrière, tandis que les autres côtes sternales et principalement les cinq dernières tendent à porter la seconde pièce en avant et en haut. Cette action antagoniste des côtes rend compte du siége des ruptures du sternum, par flexion forcée du tronc, qui occupent le plus souvent l'articulation sternale supérieure ou la partie supérieure de la seconde pièce, et elle donne en même temps la clef de la direction du déplacement qui, dans ces sortes de cas, est toujours la même, qu'il y ait luxation ou fracture : le fragment inférieur tend à se porter en avant et en haut.

M. Maisonneuve a montré qu'une fracture de la colonne vertébrale, au milieu de la région dorsale, favorise le déplacement des pièces du sternum ; mais, dans les chutes sur l'extrémité supérieure, les fractures se produisent de préférence sur la région cervicale, et dans les chutes sur l'extrémité inférieure, la lésion siége plutôt à la limite de la région dorsale et de la région lombaire, comme le montrent les travaux de Chedevergne (1), de D. Mollière (2), de Bellemère (3).

Un individu observé par M. Frémy (4), frappé d'un coup de timon au tiers inférieur du sternum, présenta à ce niveau une enfonçure de l'os et, en outre, une luxation de la première articulation sternale ; on peut considérer cette dernière comme une luxation indirecte consécutive à une fracture directe. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE INTERNE

Hématologie clinique (5);

Par le Dr **QUINQUAUD**, médecin des hôpitaux.

II. Maladies virulentes.

A. *Variole confluente.* — Avant l'éruption, l'hémoglobine commence à se détruire, mais faiblement ; elle arrive à 109 gr. 79, et parfois même à un chiffre supérieur. Le pouvoir oxydant reste à 210-208 cent. cubes. Les matériaux solides du sérum à 92 et 90 grammes.

Pendant l'éruption, l'hémoglobine continue à se détruire et arrive à 100-98 gr. Le pouvoir oxydant est à 192-189 cent. cubes. Les substances du sérum descendent à 88 gr. et même au-dessous.

Pendant la suppuration, l'hémoglobine est à 90 gr. 54 et, à mesure que l'on avance près de la dessiccation, la substance oxydable du sang diminue de plus en plus. Le pouvoir oxydant, pendant ce temps, reste à 174 cent. cubes pour diminuer ensuite graduellement. Les matériaux solides du sérum sont d'abord à 87 gr., pour décroître ensuite.

Pendant la dessiccation, l'hémoglobine n'est plus que de 70, 75, 74 gr., ce qui montre qu'elle a été détruite pendant la suppuration, et que son maximum de décroissance est au moment où les pustules se dessèchent ; c'est alors qu'existe le maximum d'anémie, le maximum d'altération du sang au point de vue de la destruction. Le pouvoir absorbant varie entre 144 et 140 cent. cubes. Les matériaux solides du sérum sont descendus à 81 et même 80 grammes, parfois un peu au-dessous.

Plus tard, l'hémoglobine, le pouvoir absorbant, les matériaux solides augmentent ; ces derniers sont au 21e jour de 83 gr. (pris 3 gr. 047 qui donnent résidu sec 0 gr. 253) ; puis, peu à peu, la réparation se fait plus rapidement que dans la fièvre typhoïde. Il y a là un point différentiel important au point de vue des maladies virulentes et des maladies infectieuses.

B. *Syphilis.* — La syphilis n'est point, comme l'a enseigné l'école huntérienne, une maladie qui marche de la périphérie au centre : après l'intoxication, elle est centrale et périphérique, viscérale et cutanée. Il en résulte que la lésion hématique s'accuse d'emblée après l'infection générale.

On voit alors survenir une destruction de l'hémoglobine, qui atteint dans les cas bénins 92, 94 gr. chez l'homme, 88 gr. chez la femme. Mais parfois la matière oxydable arrive à 80, 76 grammes. Quelquefois, dans l'espace d'un mois, la destruction est de 17 gr. de substance cristalline. Les matériaux solides ne subissent pas de grandes variations : on les voit descendre à 86, 84, 83 grammes. Toutefois, sous l'influence du traitement rationnel, cette lésion hématique cesse assez rapidement.

Obs. V. — *Syphilis secondaire.* — La nommée T..., âgée de 21 ans, domestique, est entrée le 5 avril 1879, à la salle Sainte-Marie, no 19. Elle n'a jamais été malade dans son enfance. Sa mère n'a fait, à sa connaissance, aucune maladie. Réglée à 14 ans, ses règles ne sont revenues à partir de cette époque que très irrégulièrement, sans qu'il y ait jamais eu d'aménorrhée. Pas d'alcoolisme, ni de nervosisme.

Le 5 avril, elle entre à l'hôpital pour se faire soigner d'une éruption qui, dit-elle, siége à la vulve, et d'un mal de gorge qui la gêne énormément à ses repas. Au dire de la malade, elle n'aurait cohabité avec un homme, pour la dernière fois, qu'en août 1878, et ce n'est que vers les premiers jours de mars qu'elle se serait aperçue d'un petit bouton, rapidement suivi de plusieurs autres, sur les régions vulvaires.

Quoi qu'il en soit, on constate aujourd'hui dans ces régions des plaques muqueuses exulcérées ; sur chaque amygdale, on voit deux plaques rouges circonscrites, non diffuses, au milieu desquelles existe une teinte opaline caractéristique. Une autre plaque plus petite existe au niveau du frein de la lèvre supérieure. Elle n'a jamais éprouvé de céphalalgie bien intense ; mais il y a une quinzaine de jours, en même temps que du mal de gorge et de l'éruption vulvaire, elle s'est aperçue en se peignant qu'elle avait des croûtes en assez grande quantité dans la tête, et que ses cheveux tombaient.

La poitrine, le dos et les bras sont parsemés d'une éruption de roséole syphilitique. Derrière le cou, on sent très nettement l'adénopathie sous-occipitale. Enfin, au niveau de la saignée du bras droit, on lui trouve une petite plaque étalée avec une légère croutelle. De même dans l'aisselle droite.

1er *dosage* : hémoglobine, 82 gr. 54 ; pouvoir oxydant, 160 cent. cubes ; matériaux solides, 86 gr.

15 *avril* : L'éruption du dos, des bras et de la poitrine s'est complètement effacée. Les chancres et l'adénopathie inguinale sont en voie d'amélioration. Les plaques muqueuses de la gorge n'existent plus. — 25 *avril* : Il ne reste aujourd'hui que l'adénopathie cervicale. Elle quitte l'hôpital pour aller au Vésinet. Cette jeune fille est forte, à système musculaire bien développé avec les muqueuses colorées.

2e *dosage* : Hémoglobine, 90 gr. 50 ; pouvoir oxydant, 174 cent. cubes ; matériaux solides, 88 gr.

Remarque. — La syphilis a donc détruit l'hémoglobine dans la proportion de 17 gr. Dans certains cas, le chiffre est encore plus considérable. Observons encore ici que sous l'influence du traitement spécifique, sans fer, sans quinquina, cette malade a refait 7 grammes d'hémoglobine en 18 jours.

2° *Syphilis de moyenne intensité.* — La matière cristallisable du sang reste au-dessus de 85 gr. ; le pouvoir absorbant au-dessus de 164 cent. cubes, les matériaux solides du sérum arrivent à 86 gr.

3° *Syphilis maligne précoce.* — Dans le début, l'hématocristalline descend à 83 gr. 54, à 78 gr. 12, parfois à 62 gr. 50 ; sous l'influence du traitement mixte, on voit aug-

(1) *Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire*, 1869.
(2) *Rech. expér. et cliniques sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale*. Lyon, 1872.
(3) *Consid. sur les fract. indir. de la colonne vertébrale*. Th., Paris, 1877.
(4) *Bull. soc. anat.*, 1869, p. 56.
(5) Voir le numéro 3.

menter rapidement la substance active des globules qui s'élève à 93, — 98 grammes; cette augmentation est beaucoup plus lente lorsqu'on n'emploie que le traitement hydrargyrique pur et simple.

Le pouvoir oxydant descend d'abord à 160, 150 cent. cubes, même 120 cent. cubes, pour augmenter ensuite à 180, 190 cent. cubes. Les matériaux solides du sérum diminuent dans les premiers temps, atteignant 80, 85 grammes, pour se chiffrer plus tard par 90, 95 grammes.

Obs. VI. — *Syphilis maligne très améliorée* (Rupia syphilitique des auteurs). — Le nommé Simon, âgé de 28 ans, déménageur, entré le 28 juillet 1879, salle Saint-Léon, lit 31 (hôpital Saint-Louis, service de M. Besnier, suppléé par M. Quinquaud.)

Ce malade rentre pour la quatrième fois à la salle Saint-Léon. Il est atteint depuis deux ans d'une syphilis maligne, caractérisée dès les premières périodes par des syphilodermes tuberculo-ulcérants gangréneux. Actuellement, il présente sa quatrième ou cinquième poussée cutanée, mais, en même temps, est atteint de lésions laryngées. Le malade en effet est aphone, se plaint de douleurs vives dans la région du larynx, surtout pendant la déglutition; l'examen de la gorge ne présente rien de particulier. Cette affection laryngée date de 4 mois; elle a été déjà améliorée, non guérie dans le service; une nouvelle exacerbation s'est produite il y a quinze jours.

La peau du tronc et des membres est couverte de surfaces déprimées et légèrement pigmentées. De plus, le malade présente de vastes ulcérations de 5 à 6 centimètres de diamètre, et deux ulcérations sous scapulaires, beaucoup plus petites.

De plus, l'élément primitif de la lésion peut être reconnu et saisi sur le fait, dans un grand nombre de points voisins. Il s'agit toujours des plaques tuberculeuses, à développement excentrique, à ulcération rapide. (Rupia syphilitique des auteurs.)

Les lésions actuelles sont localisées au lieu d'être généralisées comme cela était observé lors des premières poussées.

Le malade affirme qu'il n'a pas cessé de prendre deux grammes d'iodure de potassium par jour. Il est pâle, maigre, et paraît singulièrement épuisé par sa maladie.

Prescription: Elixir de pepsine, une cuillerée à bouche après chaque repas; eau de Spa; vin de Bagnols; 10 gr. de liqueur de Van Swieten; 1 gr. 50 iodure de potassium par jour.

4 août. Analyse *du sang*: hémoglobine, 98 gr. 95; pouvoir absorbant, 190 cent. cubes; matériaux solides, 95 gr. —*10 août.* Le malade se plaint d'une céphalée persistante. — *Prescription.* Iodure et bromure de potassium, 2 grammes de chaque; liqueur de Van Swieten supprimée. — *17 août.* La céphalée persiste, on a donné au malade un purgatif qui l'a notablement soulagé. Les lésions cutanées sont en voie de réparation.

B. *Purpura simplex.* — L'hémoglobine est moins détruite que dans le scorbut, elle ne descend jamais au-dessous de 64 gr. 50 dans la période d'état de la maladie, tandis que, dans le scorbut, le chiffre de 57 gr. est souvent atteint. La quantité d'hémoglobine est plus élevée que dans l'anémie palustre, dans la chlorose, dans les lésions cardiaques avec anémie, dans les cancers, moins élevée que dans la grossesse. Le pouvoir absorbant reste à 125 cent. cubes, oscillant autour de ce chiffre, et même dans les cas légers il est à 162 cent. cubes pour 1000. Les matériaux solides restent aux environs de 85 gr. comme minimum; ils ont donc diminué, mais dans de faibles proportions.

B'. *Purpura exanthématique.* — L'altération du sang est la même que dans le purpura simplex.

B''. *Purpura hemorrhagica.* — L'hémoglobine peut descendre à 46 gr. 87 et même plus bas encore. On le comprend facilement, puisqu'il existe des hémorrhagies par les muqueuses; nous avons trouvé deux fois 26 gr. 3 d'hémoglobine pour 1000 gr. de sang. Le pouvoir absorbant peut atteindre 90 et même 50 cent. cubes. L'albumine, le sérum, les sels, les matières extractives diminuent parfois dans de grandes proportions, de manière à atteindre le chiffre de 56 grammes, plus rarement 65 à 70 grammes.

La lésion hématique de cette variété de purpura se distingue donc de celle du scorbut: 1° par l'abaissement plus considérable du chiffre de l'hémoglobine et du pouvoir absorbant: on a 46 gr. dans le premier cas, tandis que le chiffre est de 57 gr. dans le second cas; 2° par la diminution plus notable des matériaux solides du sérum; on a, en effet, 70 grammes en moyenne dans le scorbut, tandis que dans le purpura hémorrhagica le chiffre est de 56 grammes.

De plus, dans les diverses variétés de purpura, les sels inorganiques sont proportionnellement à peu près normaux, tandis qu'ils ont beaucoup diminué dans le scorbut.

Obs. VII. *Purpura simplex. — Lymphatisme. — Alimentation insuffisante. — Aménorrhée.* — Une jeune fille, âgée de 18 ans, domestique, entre à la salle Ste-Marie (Hôtel-Dieu), le 8 mars 1879, et est couchée au n° 26. — Père mort de la poitrine, — mère rhumatisante. — Une sœur atteinte d'une bronchite chronique. — Frères bien portants. — Etant enfant: croûtes dans la tête — ganglions cervicaux tuméfiés, sans suppuration. — A 11 ans, rougeole et 15 jours après, fièvre typhoïde qui a duré trois mois. — A 14 ans, nouvelle manifestation scrofuleuse. — Eczéma impétigineux à la lèvre inférieure et au menton pendant six semaines. — Engelures, dont il reste une cicatrice sur le dos du médius de la main gauche

Depuis deux ans, fréquentes coliques, faiblesse des membres inférieurs chaque fois qu'elle se fatiguait un peu.— Constipation habituelle. Elle n'a été réglée qu'au mois de novembre dernier; l'écoulement était peu abondant et n'a duré qu'un jour. — Les règles n'ont reparu qu'il y a huit jours, cette fois très-abondantes. Presque tous les soirs elle avait les jambes enflées. Il y a un an, après une nuit passée en chemin de fer, elle s'aperçoit le matin d'un œdème considérable des membres inférieurs; et, en même temps, apparition d'un grand nombre de petites taches sur les deux jambes, — taches d'un rouge vif, non saillantes, grosses comme une petite lentille, ne s'effaçant pas à la pression, avec démangeaisons. Elles ont persisté huit jours, après avoir passé par une couleur moins rouge, jaune, puis enfin disparition: ce sont des pétéchies disséminées. A cette époque, elle avait une nourriture mauvaise et insuffisante, mangeant peu de légumes.

Pendant six mois, les membres inférieurs ont présenté des poussées successives d'une façon continue. Aussitôt que les taches disparaissaient, si elle voulait marcher, dans la soirée survenait une éruption qui durait en moyenne huit jours. On lui faisait prendre des bains sulfureux, du vin de quinquina, beaucoup de viande.

Depuis le mois d'août jusqu'aux quinze derniers jours, les taches avaient disparu. Il y a quinze jours, comme elle s'était un peu fatiguée, une nouvelle éruption s'est produite, puis une seconde, et depuis trois jours une troisième. Ce sont des poussées successives de pétéchies. Constitution moyenne, pas de décoloration ni de la peau, ni des muqueuses, pas d'aspect chlorotique. Le cœur ne présente aucun souffle. A peine un léger souffle systolique et non continu dans les vaisseaux du cou.

Hémoglobine 64 grammes pour 1000 grammes. — Pouvoir oxydant, 125 centimètres cubes.— Matériaux solides, 84 gr. 4 pour 1000 grammes.

Traitement: Limonade citrique. — Légumes frais et verts. Cresson. — Cinq gouttes de perchlorure de fer, matin et soir, alternant avec le sirop de tartrate ferrico-potassique.

14 avril. — Coliques, garde-robes sanguinolentes. — Apparition de nouvelles taches disséminées sur les faces interne et externe du coude droit. — Constipation. — *20 avril.* Légère poussée aux coudes des deux côtés. — Même traitement. — *25 avril.* Hémoglobine, 70 grammes. — Pouvoir oxydant 136 centimètres cubes. — Matériaux solides, 86 grammes.

Elle demande son exeat et sort incomplétement guérie.

C. *Scorbut.* — L'hémoglobine subit des altérations; dans la première phase, elle atteint 93 à 98 grammes; dans la période d'état, elle descend à 57 gr. 07, oscillant autour de 60 grammes; et, dans la dernière période ou dans les cas graves de scorbut, elle atteint les chiffres de 46 gr. 87 et 41 gr. 66. Le pouvoir absorbant est environ de 170 c. c. 9 à 180 c. c. 8 dans la première phase, tandis que dans la période d'état il n'est plus que de 110 c. c. 2 à 110 c. c. 5; enfin, dans les cas intenses, il descend à 90 ou 80 cent. cubes; parfois même l'absorption maxima est encore moindre, comme on l'observe chez les malades où les infiltrations sanguines sont considérables.

Dans les cas sporadiques que nous voyons de temps à autre dans les hôpitaux de Paris, cas survenant à la suite,

d'une alimentation insuffisante, par la qualité et la quantité, et d'une mauvaise hygiène, le chiffre de l'hémoglobine, à la période d'état, descend à 56 gr., et le pouvoir oxydant est de 10 cent. cubes 8. L'albumine, les sels, les matières extractives diminuent dans le sérum ; elles atteignent dans les cas sporadiques de nos hôpitaux le chiffre de 78 gr. 78 pour 1000 gr. de sérum.

Dans les cas plus graves, dans la première période, la proportion est de 84 gr. en moyenne ; dans la période d'état, elle descend à un chiffre inférieur à 78 grammes ; et, dans la dernière phase, il n'est pas rare de la voir atteindre 68 et même 65 grammes.

Obs. VIII. *Scorbut sporadique*. — Le nommé V... Frédéric, 36 ans, employé, est entré, le 22 avril 1879, à la salle Saint-Louis, n° 2.

Italien de naissance, habitait Lyon; venu à Paris depuis quelques mois ; ne paraît pas s'être mal nourri ; mangeait de la viande, des légumes, des œufs, son logement n'était pas humide, — pas d'alcoolisme appréciable. Peut-être faut-il voir dans le changement de nourriture la cause de son affection.

Aujourd'hui, gencives tuméfiées et saignantes ; taches de purpura siégeant au niveau des bulbes pileux : pétéchies sur les membres inférieurs. — Infiltration profonde intermusculaire douloureuse siégeant au-dessus du genou gauche et remontant jusqu'en haut de la cuisse. — Sensation d'œdème et d'induration. — Faiblesse générale excessive. — Douleurs dans les cous-de-pied quand il marche. — Pas d'albuminurie. — Légère constipation. — *Prescription* : Tartrate ferrico-potassique; bains sulfureux; teinture de cochléaria sur les gencives. — Limonades acides.

28 *avril*. Gencives moins tuméfiées; à la région cervicale, peu de souffle vasculaire. — 1er *mai*. L'infiltration œdémateuse de la cuisse a disparu ainsi que les douleurs. — Persistance de larges ecchymoses semblables à celles que laissent les contusions. Le malade se sentant bien, sort le 2 mai.

1er *dosage*: Hémoglobine, 60 grammes. — Pouvoir oxydant, 116 centimètres cubes. — Matériaux solides, 82 grammes.

2e *dosage* : Hémoglobine, 70 grammes. — Pouvoir oxydant, 134 centimètres cubes. — Matériaux solides, 82 grammes.

Lors du premier dosage, pris 5 gr. 090, qui ont donné résidu sec, 0 gr. 316.

On voit encore ici l'augmentation rapide du chiffre de l'hémoglobine, qui est de 10 grammes en 12 jours. Ce qui semble surtout caractériser cette affection, c'est la destruction rapide de l'hémoglobine et des matériaux solides, surtout des sels.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Asile Sainte-Anne. — Ouverture du cours de M. Magnan.

Dimanche dernier, à 9 heures 1/2, a eu lieu à Sainte-Anne, l'ouverture du cours de M. Magnan. Le sympathique professeur a tenu à expliquer tout d'abord, à ses nombreux auditeurs, le but qu'il se propose à la reprise de ces conférences ; c'est, du reste, celui qu'il a toujours poursuivi ; il s'efforce avant tout, de donner à ceux qui suivent ses leçons, des notions essentiellement pratiques sur les diverses parties de la pathologie mentale, sans négliger toutefois l'appoint que peut apporter la physiologie expérimentale. C'est ainsi, par exemple, que dans la prochaine séance, des expériences sur les localisations cérébrales seront reproduites, sous les yeux des élèves, par M. François Franck.

M. Magnan avait pris pour sujet de sa première leçon l'aphasie. Il limite de suite ce trouble de la fonction du langage à la logo-plégie, à l'amnésie verbale, où l'expression symbolique de la pensée fait défaut, laissant complètement de côté la glosso-plégie et la glosso-ataxie qui sont des troubles moteurs de l'appareil d'exécution.

M. Magnan envisage ensuite l'aphasie au point de vue des localisations cérébrales, dont, dit-il, elle est le triomphe. Après un court historique de la question, il fait remarquer que de nombreuses observations, sans déposséder la troisième circonvolution, dite de Broca, du siège de la fonction du langage, prouvent cependant que celle-ci n'en est pas le siège exclusif : il est ainsi amené à parler des travaux de M. Charcot et de ses élèves, de la thèse récente de M. de Boyer, où l'on trouve émise l'opinion soutenue pour certains faits, que la lésion de l'insula entraînerait le trouble du langage. D'autre part, M. Pitres, dans ses recherches sur le centre ovale, avance que la lésion de cette partie de l'encéphale, en détruisant les fibres de communication, altère également cette fonction.

Ces faits nouveaux viennent éclairer la question de l'aphasie, et l'interprétation qu'il convient de leur donner d'après M. Magnan, est la suivante : quand le centre même du siège du langage est lésé, c'est le langage intérieur qui est atteint, quand l'altération porte sur les moyens de communication, c'est l'expression de ce langage intérieur qui ne peut se produire.

M. Magnan, après quelques considérations sur le phénomène de la mémoire, qui pour lui, n'est que le résultat d'un fait matériel, d'un travail organique, grâce auquel les cellules nerveuses sont modifiées, ne serait-ce, par exemple, que par l'intervention de conditions thermiques nouvelles, cite le cas d'un aphasique qui a conservé la faculté d'exprimer sa pensée par le langage écrit et qui, cependant, est incapable de lire ce que lui-même écrit, et aussi de nommer les lettres qu'on lui trace. Chez ce malade le symbole graphique ne peut pénétrer dans le centre encéphalique, c'est là le phénomène que Kussmaul a appelé cécité des mots.

De même que parfois il y a *surdité des mots*.

M. Magnan présente un aphasique non moins intéressant, ce malade ne peut nommer les objets, mais il en indique l'usage, il a donc conservé le langage intérieur, c'est un logo-plégique. Il y a aussi chez lui cécité des mots, aussi il lui est complètement impossible de reproduire ce qu'on lui écrit sur le tableau, mais vient-on à prononcer ce qu'il doit retracer, immédiatement il écrit sans difficulté. Ce malade n'a donc pas la surdité des mots, l'image tonale lui sert pour réveiller la notion du symbole et dès lors, le moyen de projection est en son pouvoir.

En résumé, M. Magnan a fait une très intéressante leçon dans laquelle il a su donner à cette question de l'aphasie un attrait nouveau. Les applaudissements chaleureux de son auditoire sont pour lui la meilleure preuve que son enseignement, tel qu'il le comprend et le pratique, est apprécié à sa valeur.

Statistique sanitaire de Paris.

Le vœu que nous exprimions, il y a deux ans (1) sans en espérer beaucoup la réalisation, a reçu un commencement de satisfaction. M. Bertillon, dont la compétence en matière de statistique est unanimement reconnue, a été récemment chargé de la direction de travaux de la statistique municipale. Ni l'expérience ni l'autorité ne lui font défaut ; il

(1) *Progrès médical*, 1877, n° 48.

saura donc demander et pourra obtenir les réformes nécessaires pour organiser scientifiquement un service important jusqu'à présent abandonné à l'empirisme administratif. Il convient de lui faire crédit du temps indispensable à l'introduction de ces réformes et de compter en même temps sur son énergie pour en presser l'accomplissement.

Dans le service dont la responsabilité lui incombe désormais, la partie la plus intéressante pour nous est ce qui concerne l'état sanitaire de Paris.

Les renseignements qui s'y réfèrent sont l'objet de deux publications périodiques : le bulletin mensuel, le bulletin hebdomadaire. Il est trop tôt encore pour que M. Bertillon ait pu mettre la main au premier et le modifier comme il convient. Et, comme ce bulletin paraissait avec un retard régulièrement considérable, comme il est probable, par conséquent, qu'il n'est pas à jour pour l'année 1879, on ne saurait blâmer M. Bertillon, s'il le croyait bon, de laisser confectionner les numéros en retard d'après les anciens errements et de ne mettre en pratique les innovations nécessaires qu'à partir de janvier 1880. Quant au bulletin hebdomadaire, M. Bertillon l'a dores et déjà remanié dans le sens des indications formulées en 1877 par M. Lamouroux, au nom de la 2e commission du Conseil municipal.

Ce bulletin hebdomadaire, portant le titre un peu ambitieux de Bulletin hebdomadaire de statistique démographique, se compose de quatre parties. La première donne, avec le nombre des mariages, celui des enfants nés vivants, des morts-nés ou prétendus tels, et des décédés dans le courant de la semaine et le taux annuel par 1000 habitants. Pour ces trois groupes d'enfants, le bulletin établit entre les légitimes et les illégitimes une distinction, une séparation dont l'utilité n'a pas besoin d'être démontrée. Mais on comprend moins, pour le dénombrement des enfants décédés, la limite de cinq ans. Elle n'est qu'un reste de l'habitude des statisticiens purement numérateurs de partager la vie humaine en périodes astronomiques égales ; embrassant la première enfance et une partie de la seconde, elle ne répond à aucune des divisions physiologiques de l'évolution humaine. Il serait préférable d'adopter pour limite l'âge de 1 an, ou celui de 3 ans qui marque l'époque à laquelle l'enfant a terminé, avec sa première dentition, une phase bien tranchée de son existence.

La seconde partie indique, en deux tableaux, la répartition des décès de la semaine, d'après la cause, l'âge, le sexe et le lieu. Parmi les causes des décès ne sauraient être nominativement comprises toutes les maladies pouvant amener la mort; l'énumération, englobant les autres sous une rubrique générale, ne désigne spécialement que les affections épidémiques quasi permanentes à Paris ou les maladies non contagieuses les plus ordinaires. C'est tout ce qui importe, et encore pourrait-on simplifier davantage. Les médecins ont intérêt à être renseignés sur la marche des épidémies diverses et des maladies contagieuses ; à défaut du nombre exact des cas de maladie que le bureau de statistique municipale ne saurait leur fournir, celui des décès suffit à les mettre sur leurs gardes. Pour la phtisie même, on peut accorder qu'il y ait utilité à en connaitre la mortalité. Mais pour de simples maladies accidentelles comme la bronchite et la pneumonie, quelle conclusion utile et rapide le praticien peut-il tirer du bulletin hebdomadaire? De même, on se demande à quoi sert de donner la moyenne des décès pour la semaine correspondante des trois années précédentes. Pourquoi de 3 ans plutôt que de 5 ? Quelle conséquence valable déduire, pour les variations de la mortalité due à une maladie quelconque, de la comparaison avec une moyenne qui ne répond à aucune réalité ? Les renseignements statistiques ne peuvent jamais être trop complets; c'est pour cela qu'il faut se garder de laisser absorber par des superfluités l'espace dont on dispose.

La quatrième page du bulletin reproduit, pour les maladies épidémiques ou contagieuses seulement, les indications précédentes distribuées sur un plan de Paris divisé en quartiers. Ce plan ne fait pas double emploi avec le tableau par colonnes ; le nombre des décès y étant indiqué dans chaque quartier, par un chiffre suivi de l'initiale de la maladie épidémique à laquelle ils sont dûs, les médecins de ce quartier peuvent se renseigner d'un coup d'œil sur l'état sanitaire de la circonscription qui les intéresse. Ce sera probablement la partie la plus consultée du bulletin hebdomadaire, où son introduction avait été demandée par le rapport de M. Lamouroux ; nous voyons avec plaisir que M. Bertillon s'y sert de la notation très simple indiquée par nous.

Enfin le bulletin hebdomadaire comprend un tableau comparatif des naissances et décès de Paris et d'un certain nombre de villes de France et de l'étranger avec indication de la maladie épidémique dominante. Il serait trop facile de le critiquer dans son état actuel ; certainement M. Bertilsillon ne se fait aucune illusion sur les imperfections que presente ce tableau, imperfections destinées à s'effacer à mesure que le bureau des travaux statistiques, organisé plus solidement, étendra davantage ses relations. On ne doit pas d'ailleurs imputer à ce bureau des lacunes qu'il ne dépend pas seulement de lui de combler. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Photographie des préparations micrographiques. M. REGNARD signale à la Société un procédé nouveau qu'il a employé avec M. Favre pour reproduire par la photographie les préparations micrographiques. Dans les photographies obtenues par les procédés ordinaires le dessin est flou, noirâtre et repose sur un fond beaucoup trop brillant. C'est le collodion qui donne ce mauvais aspect aux photographies micrographiques. Aussi M. Regnard a-t-il échoué complètement toutes les fois qu'il a voulu se servir de collodion dans ses essais. Mais il a réussi en remplaçant le collodion par l'albumine de l'œuf qu'il étalait sur une plaque de verre avec une tournette, M. Regnard recommande le procédé à tous ceux qui s'occupent de photographie microscopique.

Présentation d'instruments. — M. D'ARSONVAL présente un appareil qu'il a construit pour le dosage des gaz du sang. Au lieu de mesurer les gaz à la pression ordinaire, on les mesure sous une pression dix fois moindre, 7,6 centimètres, au lieu de 76 centimètres. Les corrections nécessaires se font automatiquement, grâce à l'ingénieuse disposition de l'appareil. Cet appareil se compose de deux tubes, un premier fixe plongeant dans une cuvette à mercure, un second mobile relié à la cuvette par un tube en caoutchouc de longueur variable. C'est dans le tube mobile, dont une partie est graduée, qu'on introduit un mélange de sang et de pétrole.

M. d'Arsonval présente également un second instrument pour l'analyse de l'hémoglobine du sang, au micro-spectroscope.

Section du nerf trijumeau dans le crâne. — M. LAFFONT montre un chien auquel il a pratiqué depuis un mois la section du nerf trijumeau dans le crâne. L'animal a survécu à cette lésion qui d'ordinaire entraine la mort ; il présente aujourd'hui tous les symptômes d'une paralysie du trijumeau : insensibilité de la face, perte de l'adorat et perte du goût du côté correspondant. La sensibilité au goût a été étudiée à l'aide du vinaigre.

Sur ce dernier point M. MATHIAS DUVAL fait observer qu'il vaudrait mieux employer la coloquinte. Les amers et le sucre donnent des résultats plus sûrs que le vinaigre.

Lymphatiques de l'intestin. M. CADIAT a étudié attentivement les lymphatiques de la muqueuse intestinale. Dans certains cas il a trouvé un grand vaisseau lymphatique au centre même de la villosité. Parfois il y a aussi un réseau capillaire autour du lymphatique central.

Microphone de disposition spéciale, applicable aux recherches physiologiques et en particulier à l'étude de la contraction musculaire. MM. G. Trouvé et H. de Boyer font la communication suivante : L'application du microphone et du téléphone à l'étude du bruit musculaire, principalement dans les cas pathologiques, a fait l'objet de plusieurs communications devant la société de biologie; d'autre part, divers observateurs ont tenté d'introduire ces instruments dans la pratique clinique ; sans nous prononcer ici sur la valeur absolue de ces essais, ni entrer dans l'appréciation technique des différents modèles de microphone employés sans critiquer par conséquent aucun de ces travaux, nous pensons que jusqu'à présent aucun instrument microphonique n'a été suffisamment mis à l'abri des causes d'erreur nombreuses que comporte l'emploi de ces appareils d'une sensibilité exquise. Aussi avons-nous cru devoir reprendre la question à notre tour, en nous efforçant de nous placer dans des conditions rigoureusement expérimentales et en modifiant le microphone de telle sorte qu'il fût à l'abri de toutes les causes d'erreur que nos recherches nous ont successivement amenés à connaître. Il nous fallait en particulier nous mettre en garde contre les principaux défauts suivants, presque impossibles à éviter avec les microphones déjà décrits : *absence de stabilité de l'appareil, frottement, ébranlements, glissement des fils, action inductrice des courants les uns sur les autres, jeu dans les contacts, emploi de piles donnant des bruits par elles-mêmes, application défectueuse de l'instrument sur le muscle à explorer, influence des bruits extérieurs sur le microphone.*

Le microphone que nous soumettons à la Société est à l'abri de ces influences ; il consiste essentiellement en une chambre close et isolée, dans laquelle nous ferons contracter le muscle suspendu après son microphone même, les contacts nécessaires à l'excitation électrique du muscle et au fonctionnement du microphone se faisant tous sur le mercure.

Un globe de verre repose dans une rainure circulaire que porte un socle de bois mis à l'abri des trépidations extérieures par trois fragments de tubes de caoutchouc. Ce socle repose à son tour sur une planchette contenant quatre godets à mercure destinés à assurer les contacts, *a*) du circuit micro-téléphonique, *b*) du circuit excitateur ; tous ces contacts se faisant à l'aide de pointes de platine qui se rendent à travers le socle dans l'intérieur du microphone. Une potence perpendiculaire et d'équerre s'élève près de la circonférence du socle ; sa hauteur peut être variée, car elle est formée, dans sa partie verticale, de deux tubes de cuivre nickelés glissant à frottement dur l'un sur l'autre ; cette potence contient la partie ascendante du circuit téléphonique, formée de deux tubes métalliques noyés dans de la gutta-percha et dans lesquels viennent s'enfoncer plus ou moins deux tiges métalliques, selon que la potence est plus ou moins élevée; de façon à maintenir toujours le circuit. Cette élévation de la potence s'obtient soit à la main, par glissement, ou d'une façon beaucoup plus précise par une petite crémaillère et un pignon commandé par un bouton moleté ; un certain degré de torsion peut être donné à ces fils pour centrer bien exactement le muscle que nous pendrons tout à l'heure à l'appareil. La portion horizontale de la potence est formée d'un bras de caoutchouc durci dont l'extrémité libre supporte le microphone situé sur la perpendiculaire élevée au centre de figure du socle. Le microphone est relié à ses conducteurs cachés dans la potence par deux fils horizontaux, parallèle au bras de la potence, et longeant sa face supérieure. Ce microphone, de construction délicate, est d'une sensibilité extrême à cause de ses dimensions exiguës et de sa forme ; il ne pèse que cinq décigrammes et est formé d'un fuseau de charbon vertical, ou rendu légèrement oblique pour le réglage; ce fuseau repose dans deux godets de charbon, l'un supérieur et l'autre inférieur.

Ce charbon artificiel est d'une grande pureté, il est formé de noir de fumée aggloméré à une haute pression.

Sous le petit microphone, mais isolé de lui électriquement, se trouve un crochet de platine qui fait partie du second circuit (du circuit excitateur), et auquel nous pendons le muscle en expérience. Ce crochet communique par un arcboutant métallique avec l'extérieur de la potence, extérieur par lequel passe le courant d'excitation : de là, le courant gagne par conséquent le crochet métallique, puis le muscle qui y est suspendu et redescend par un fil de platine ou par le nerf du muscle, dans un godet de mercure situé sur le socle au centre de figure même et en communication métallique avec un des contacts à mercure précédemment cités.

Nous avons de la sorte un circuit micro-téléphonique et un circuit d'excitation complétement indépendants l'un de l'autre, situés dans des plans différents et perpendiculaires entre eux, ce qui prévient les effets d'induction presque impossibles à éviter autrement et capables à eux seuls de causer la vibration des membranes téléphoniques.

On voit aussi que, dans cet appareil, nous évitons les bruits accidentels et plaçons les muscles dans les conditions les meilleures pour transmettre leurs vibrations sonores au microphone, sans pour cela l'ébranler mécaniquement, puisque le muscle est libre de se contracter sans secousse, sans frottement et sans interrompre son circuit, assuré par la tige de platine qui émerge plus ou moins du mercure. Ajoutons que l'observation se fera au moyen d'un téléphone soigneusement réglé sur le microphone et que la pile du circuit micro-téléphonique sera constituée par un élément au bichromate de potasse, ou mieux au bi-sulfate de mercure, les autres piles, et en particulier les piles Léclanché donnant lieu par elles-mêmes à des craquements dans le téléphone par suite de leurs bruits et de leur travail chimique intérieurs. — Cette communication sera ultérieurement complétée.

CH AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section d'hygiène et de médecine légale, par suite du décès de M. Devergie.

M. LABORDE fait la lecture d'un travail sur l'*action toxique comparée de la quinine, de la cinchonine et de la cinchonidine.* L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes : la similitude de composition, la parenté chimique, ne sauraient constituer pour les substances réputées médicamenteuses, une raison valable d'identité d'action physiologique et thérapeutique. L'expérimentation préalable peut, seule, fournir des indices certains à cet égard, en même temps qu'elle détermine l'action toxique ou nocive de la substance ; en conséquence, la question des succédanés en thérapeutique est absolument subordonnée aux résultats de la recherche expérimentale.

En ce qui concerne particulièrement les prétendus succédanés de la quinine, *cinchonine* et *cinchonidine*, l'observation expérimentale démontre que ces alcaloïdes appartiennent à la classe des *poisons convulsivants*, et qu'ils ne sauraient pour ce motif, être admis dans la thérapeutique pratique, au même titre que la quinine. Enfin, au point de vue de la méthode générale qui doit présider à l'étude des substances médicamenteuses, l'observation clinique et l'expérimentation sont

solidaires et inséparables l'une de l'autre ; mais, dans l'ordre logique de la recherche, l'expérimentation doit précéder l'observation clinique, attendu que la première est destinée à fournir à la seconde les éléments premiers et indispensables de l'application qu'elle est, à son tour, chargée de réaliser.

M. COLIN, à propos des récentes communications de MM. Peter et Broca sur les *températures morbides locales*, présente les divers thermomètres auxquels il a eu recours pour déterminer la température de la peau, ou de la région souscutanée, ou des artères, ou des organes profonds, viscères et muscles. Ces instruments ne sont autres que des thermomètres à maxima dont la disposition varie suivant les régions et organes, sur lesquels doivent porter les investigations.

M. BRIQUET fait la lecture de son rapport sur le *prix Civieux*. A 4 h. 1/2, l'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Bouchardat, sur les titres des candidats aux places de membres correspondants.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 mai 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Anévrysme partiel du cœur. — Mort subite; par HENRI SAINTON, interne des hôpitaux.

Le nommé Bernard, Auguste, employé de chemin de fer, est couché au n° 20 de la salle Sainte-Hélène, service de M. LEGROUX, à l'hôpital Laënnec, depuis le 18 décembre 1878. A la fin de décembre, lorsque M. Legroux prit possession du service, ce malade présentait les symptômes suivants, qui sont sensiblement restés les mêmes par la suite :

Amaigrissement général ; pommettes rougies par des varicosités capillaires et se détachant sur la teinte jaune blafarde du reste du visage, teinte subictérique des sclérotiques ; essoufflement facile par la marche ou le moindre effort ; catarrhes bronchiques assez fréquents ; sensation habituelle de pesanteur, de douleur sourde dans l'hypochondre droit.

Les fonctions gastro-intestinales s'accomplissaient bien ; les urines n'ont jamais été albumineuses, et nous n'avons constaté, à aucun moment, d'œdème des membres inférieurs.

La percussion avait permis, à plusieurs reprises, de reconnaître une augmentation notable de la matité précordiale ; la pointe du cœur venait battre au-dessous et en dehors du mamelon, dans le sixième espace intercostal ; mais l'auscultation pratiquée, de temps à autre, n'avait révélé l'existence d'aucun souffle au niveau des orifices du cœur ; les bruits étaient seulement sourds et habituellement irréguliers, ainsi que le pouls. — Les artères rigides et flexueuses étaient manifestement athéromateuses.

En présence de ces symptômes, nous avions été amenés à conclure à l'existence d'une affection cardiaque, probablement une affection mitrale ; l'absence de souffle était expliquée par un affaiblissement, une dégénération du myocarde.

Le 13 mai, le malade s'était couché comme de coutume, sans avoir présenté aucun symptôme anormal. La nuit, on le vit se lever, aller au dehors pour fumer, puis revenir se coucher. La matin on le trouvait mort en faisant son lit.

AUTOPSIE. — Le cœur est très volumineux ; si l'on cherche à l'enlever du péricarde, on constate que des adhérences nombreuses, solides, d'organisation évidemment déjà ancienne, unissent le feuillet pariétal de cette séreuse à son feuillet viscéral et empêchent de la détacher du cœur ; mais les adhérences ne sont pas généralisées, elles existent seulement sur les parois du ventricule gauche, et principalement au niveau de sa face antérieure et de la pointe.

Le cœur droit ne présente rien de particulier à noter, si ce n'est un certain degré d'épaississement, d'opacité de la valvule tricuspide, altération qui ne devait certainement pas modifier le fonctionnement de cette valvule.

Lorsqu'on examine extérieurement le ventricule gauche, on n'y découvre pas de saillie bien appréciable ; mais à la palpation on éprouve la sensation d'un corps dur, de forme hémisphérique, très régulier, qui serait contenu dans la cavité ventriculaire. Lorsqu'on incise le cœur à ce niveau, les ciseaux rencontrent une résistance notable, et la paroi crie sous l'instrument.

Le ventricule, une fois ouvert, on constate tout d'abord que la valvule mitrale, les cordages tendineux, les muscles papillaires sont intacts.

Mais à sa partie déclive, la surface interne du ventricule présente un aspect particulier ; en ce point elle est régulièrement déprimée, il y a un véritable diverticulum cupuliforme de la paroi qui, à ce niveau, au lieu d'être lisse, légèrement rosée, comme dans le reste de la cavité, présente une couleur rouge plus foncée et un aspect tomenteux ; là aussi on ne retrouve plus la disposition aréolaire des colonnes charnues.

Sur une coupe de la paroi on peut voir qu'en ce point elle se compose de deux parties très distinctes : l'une externe, véritable coque de consistance cartilagineuse et même calcaire, de forme hémisphérique, au niveau de laquelle la paroi du ventricule est très amincie et le tissu musculaire paraît avoir à peu près complétement disparu ; l'autre, interne, formée de stratifications fibrineuses dont il est aisé de distinguer, à l'état frais, les couches successives et qui comblent en partie la cavité de la coque précédente. Ce diverticulum de la cavité du ventricule gauche s'est développé surtout aux dépens de sa paroi antérieure et de la cloison interventriculaire, près de la pointe qui a participé elle-même à sa formation.

L'aorte est très athéromateuse ; les valvules aortiques sont peu altérées et suffisantes ; mais de larges plaques d'athérome s'observent, surtout au niveau de la partie culminante de la crosse, près de l'origine des grosses artères qui émergent en ce point ; là, une de ces plaques est ulcérée.

L'encéphale ne présente à signaler que la dégénérescence athéromateuse de presque toutes ses artères ; mais on ne découvre en aucun point d'oblitération embolique de ces vaisseaux.

Les poumons sont sains, un peu congestionnés seulement en arrière et aux bases ; les artères pulmonaires sont libres ; il n'y a aucune trace d'infarctus récents ou anciens.

Le foie et la rate sont volumineux, congestionnés, mais on n'y trouve pas non plus d'infarctus ; de même dans les reins qui paraissent entièrement sains.

En résumé, l'altération du ventricule gauche qui vient d'être décrite, par son siége, par sa forme, par la constitution de sa paroi, par les stratifications fibrineuses qui la tapissent, se rapproche en tous points de la lésion qu'on désigne sous le nom d'*anévrysme partiel du cœur*.

Cliniquement, cet anévrysme semble avoir évolué silencieusement ; il ne s'est jamais manifesté à notre connaissance que par les troubles fonctionnels banals de toutes les affections organiques du cœur ; nous n'avons jamais observé, chez notre malade, les symptômes qui ont été indiqués comme capables, dans certains cas, de faire soupçonner la lésion, en particulier la douleur vive, pénétrante, fixe, de la région précordiale, présentant parfois les irradiations de l'angine de poitrine, qui a été notée dans un assez grand nombre d'observations.

Bien que l'autopsie ne nous ait pas fourni la raison palpable de la *mort subite*, celle-ci n'a pas lieu de nous surprendre ; la terminaison brusque, soit par syncope, soit dans un accès d'angine de poitrine ayant été mentionnée par tous les auteurs.

Quant à la pathogénie de la lésion cardiaque, elle ne saurait être indiquée ici avec précision. Ce qu'on peut dire, c'est qu'en présence de l'intégrité de l'endocarde, aussi bien sur les valvules que sur la paroi ventriculaire, on est en droit de penser que cette membrane n'a pas été le point de départ de la formation de l'anévrysme et que l'altération primitive a dû siéger primitivement sur le myocarde. Il est permis d'admettre aussi que les adhérences du péricarde que nous avons notées sont dues à l'irritation causée par le voisinage de l'anévrysme.

8. Fracture comminutive du radius et du cubitus ; par LEVRAT, interne.

X... est tombé dans un chantier la main gauche en avant. Cette main a porté contre une solive reposant à terre et qui a contribué à exagérer le mouvement d'extension.

Le malade arriva à l'hôpital avec une fracture des deux os de l'avant-bras à la partie inférieure. De plus, au niveau de la partie inférieure du radius, il existait à la face palmaire de l'avant-bras une plaie de un centimètre, donnant peu de sang. Le malade disait avoir toujours été bien portant.

On fit l'occlusion et l'on appliqua un appareil immobilisateur composé de deux atelles en bois et d'un pansement ouaté. Le malade se plaignant beaucoup, ce premier pansement fut défait le surlendemain. On enleva alors l'occlusion, sous laquelle filtrait du pus, et l'on plaça à la face dorsale un appareil plâtré.

Dans la journée, le malade eut un frisson. Le lendemain, phlegmon diffus de tout l'avant-bras qui fut incisé.

Le surlendemain, eschares, et le phlegmon paraît gagner le bras. L'examen des urines fait constater une notable quantité d'albumine.

L'amputation est pratiquée le lendemain (désarticulation du coude).

Le surlendemain, état typhoïde, avec abaissement de la température à 36°, 9. Le soir, parotidite très visible. Mort le lendemain.

L'examen de la partie amputée du membre permet de constater un phlegmon très étendu de tout l'avant-bras, une suppuration s'étendant entre le fléchisseur sublime et le fléchisseur profond jusqu'à l'apophyse coronoïde, en avant et ayant envahi, en arrière, toutes les gaînes musculaires, surtout celles de la couche profonde.

Les os sont fracturés au niveau de leur extrémité inférieure, c'est plutôt un broiement qu'une fracture. Esquilles au nombre de cinq pour le radius, deux ou trois pour le cubitus, mais les tissus voisins contiennent comme une poussière osseuse, formée par de tout petits fragments.

Sur le radius, le trait principal envoie un diverticulum dans l'articulation qui sépare la face articulaire en deux portions, l'une externe, formant les trois quarts de la surface articulaire totale; l'autre interne, presque détachée de la précédente. L'extrémité inférieure du cubitus est séparée aussi du reste de l'os, mais elle est elle-même brisée en trois portions et le trait de fracture en chacun de ces points pénètre dans l'articulation.

Nous appelons surtout l'attention de la Société sur l'inutilité de l'occlusion et de l'immobilisation, sur la marche rapide de la suppuration et des accidents graves, qui nous paraissent être en rapport avec l'albuminurie constatée chez le malade.

9. Fracture spiroïde du tibia; par LEVRAT, interne.

Pierre, 37 ans, tanneur, salle Saint-Ferdinand n° 7. En se battant reçoit un coup de pied au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche, tombe sur le coup et ne peut se relever. Un médecin d'Aubervilliers place un premier appareil provisoire et le malade est envoyé à l'hôpital où il arrive le 31 mars.

A son arrivée, l'interne de garde fait l'occlusion avec la baudruche et le collodion, le membre très gonflé est mis dans une gouttière ouatée, où il est immobilisé autant que possible.

Le malade est laissé trois jours, sans avoir de fièvre. Le troisième jour on place un appareil plâtré.

Jusqu'à ce moment la plaie ne présentait pas plus d'un centimètre dans son plus grand diamètre.

Les jours suivants il se fit au niveau de la plaie une large eschare étendue obliquement sur une étendue de 7 centimètres en longueur et de 5 en largeur.

Lorsque les eschares s'éliminèrent les os étaient à nu dans la plaie, et la suppuration remontait dans la région externe de la jambe jusqu'au niveau du tiers supérieur. La température montait comme l'indique la courbe.

L'appareil plâtré fut enlevé, le foyer ouvert en plusieurs points fut largement drainé, il remontait jusqu'à la partie supérieure de la jambe. On immobilisa le membre dans une gouttière ouatée, et l'on fit le pansement de Lister avec l'idée de pratiquer l'amputation de la cuisse.

Le malade se trouva mieux au bout de quelques jours. Des bourgeons charnus s'avancèrent sur la partie mise à nu des os en limitant une zone destinée à se mortifier, que l'on voit nettement sur la pièce.

On fit alors la résection des fragments, et un point de suture osseuse, destiné à les maintenir au contact, sans idée de réunion osseuse directe. (27 avril.)

Le malade continua à être traité par le pansement de Lister sans amélioration. La température variait d'un jour à l'autre, il était remarquable qu'elle augmentait les jours où l'on changeait la gouttière et ceux où l'on remuait le membre.

Le malade s'affaiblissait. L'amputation fut décidée et eut lieu le lendemain dimanche (11 mai) au lieu d'élection.

L'examen du membre amputé montra que la fracture du tibia était spiroïde, ouvrant l'articulation, mais en détachant un copeau très mince de la partie postérieure du tibia. La fracture du tibia avait lieu tout en haut, et la direction du trait de fracture paraissait également spiroïde.

Ce qui nous a paru surtout intéressant c'est : 1° Le mode de production de la fracture spiroïde. 2° La marche des accidents. 3° Le bénéfice qu'a retiré le malade de la temporisation qui a permis au lieu de l'amputation de cuisse, seule possible au début, de ne faire qu'une amputation de jambe.

10. Tumeurs multiples de la base du crâne; par CH. FÉRÉ et G. LAURAND.

Le nommé Carton, Nicolas, âgé de 65 ans, journalier, entré le 10 mars 1879 dans le service de M. BROCA, à Necker, a été couché au n° 22 de la salle Saint-Pierre.

Cet individu n'était atteint que depuis 15 jours des accidents qui l'amenaient à l'hôpital, il n'en avait jamais présenté de semblables auparavant. Il a été atteint, il y a deux ans, d'une affection aiguë qu'il ne caractérise pas, mais qui certainement n'avait laissé aucune trace, il avait pu reprendre ses travaux habituels qu'il n'a pas quitté depuis. Il n'avoue pas la syphilis.

Le soir de son entrée, il était très agité, toutes ses réponses sont entrecoupées par cette phrase : « Je ne peux pas avaler». Il comprend mal, du reste, les questions qu'on lui fait, il est devenu graduellement sourd depuis quinze jours; cette surdité est surtout prononcée du côté droit; si on est à gauche de son lit, il tourne instinctivement la tête transversalement; du côté droit il n'entend pas une montre, sauf quand elle touche l'oreille; du côté gauche il l'entend à cinq centimètres. C'est depuis le même temps qu'il a commencé à avoir de la difficulté à avaler Depuis deux ou trois jours seulement, les liquides reviennent par le nez; les aliments solides passent assez bien; mais quand on le regarde manger, on s'aperçoit bien vite qu'il existe en même temps un trouble de la mastication, il conserve très longtemps le pain dans sa bouche, non pas seulement à cause de la nécessité d'une insalivation parfaite, car quand il s'agit de viande il fait ses bouchées très petites et il se rend très bien compte de la difficulté qu'il a à les mâcher.

L'inspection de la bouche montre une ulcération superficielle, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, sur l'amygdale droite. Cette ulcération paraît rendre compte de l'engorgement ganglionnaire douloureux qu'on observe du côté droit du cou. On trouve deux ganglions contigus qui présentent ensemble le volume d'un petit œuf de pigeon et qui ont commencé à se tuméfier il y a à peu près huit jours; la peau est restée libre, sans rougeur. La motilité et la sensibilité sont restées intactes sur tout le corps. L'urine ne contient ni sucre ni albumine. Pas de fièvre. Aucun trouble de la respiration, ni de la circulation.

Pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital il est resté sensiblement dans le même état. Puis, peu a peu, la difficulté de la déglutition augmente, les aliments solides passent difficilement; la mastication devient aussi plus lente encore; en outre, de temps en temps, la respiration s'embarrasse; dans les intervalles on ne constate rien de particulier du côté du thorax. La voix devient très nasonnée et les sons sont très mal articulés. L'engorgement ganglionnaire du cou diminue notablement; l'ulcération amygdalienne tend à la cicatrisation.

Le 28 mars, il a eu un premier accès de suffocation. Depuis,

il en a eu un grand nombre à des intervalles variables et dont quelques-uns ont été d'une intensité telle qu'on a failli faire la trachéotomie. Lors du premier accès, l'urine a été examinée de nouveau et ne contenait ni sucre, ni albumine. Le 3 avril, la couronne thermométrique a été appliquée, sans indiquer de différence notable de la température locale d'un côté à l'autre. Les ganglions cervicaux n'ont plus que le volume d'un haricot et sont très durs. L'ulcération de l'arrière-gorge a disparu.

Du 5 au 20 avril, on a vu apparaître et s'accentuer graduellement une paralysie faciale droite. L'orbiculaire a été pris dès le début et le premier symptôme qui a frappé fut le défaut d'occlusion de l'ouverture palpébrale ; peu à peu, les paupières se sont renversées, la conjonctive s'est injectée, mais ce n'est que dans les derniers jours d'avril que la cornée a commencé à se troubler ; à cette époque, toute l'étendue de la cornée était laissée à découvert par les paupières. Sous les autres muscles de la face, la paralysie était relativement moins prononcée, ainsi la commissure labiale gauche n'était que peu déviée de ce côté. Mais les muscles élévateurs de la mâchoire étaient très affaiblis ; la mâchoire était sans cesse pendante et il s'écoulait une grande quantité de salive, dont la perte concourait encore à augmenter l'amaigrissement qui était déjà considérable ; les mouvements d'élévation étaient très peu énergiques et le malade n'arrivait plus à mâcher ses aliments qu'il essayait d'avaler sans les diviser. Du reste, les mouvements de la langue et du pharynx sont devenus de plus en plus difficiles et il ne prend presque plus rien. Les troubles de l'ouïe ne paraissent pas avoir augmenté, mais l'intelligence a notablement décru, il répond très mal aux questions et ne fait que se plaindre de ne pas pouvoir avaler.

La motilité et la sensibilité générale sont conservées. La peau de la face qui est d'une teinte jaune uniforme, n'est le siége d'aucune lésion de nutrition, et sa sensibilité ne paraît pas amoindrie. L'odorat était resté intact. Quant au goût, il semblait amoindri, mais l'exploration a été absolument insuffisante à ce point de vue.

Depuis le commencement de mai, il n'a présenté aucun phénomène nouveau. Les accès de suffocation se sont reproduits de temps en temps, comme dans la période précédente, et il a fini par succomber le 12 à un de ces accès.

En résumé, les troubles présentés par ce malade ont été une surdité incomplète bilatérale, mais plus prononcée à droite, une paralysie faciale droite incomplète, une dysphagie croissante, une paralysie incomplète des muscles masticateurs, des accès de suffocation, la rougeur de l'œil droit et l'opacité de la cornée exposée à l'air.

Autopsie. — Les organes des cavités abdominale et thoracique ne présentaient aucune lésion pathologique importante. — Les ganglions du cou, qui étaient engorgés au moment de l'entrée du malade, étaient réduits au volume d'une noisette, durs, présentant un aspect lardacé sur la coupe. Il n'existait plus trace d'ulcération dans l'arrière-gorge.

Les méninges ne sont pas infiltrées et ne contiennent aucun produit pathologique sur la convexité du cerveau. Les circonvolutions ne sont le siége d'aucune lésion. C'est sur la base du crâne que l'on trouve l'explication des phénomènes observés pendant la vie. Au point où les nerfs trijumeaux s'engagent dans la dure-mère et au niveau des trous auditifs internes et déchirés postérieurs des deux côtés, on voit les nerfs entourés par de petites masses, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite noisette, faisant saillie sur la face interne de la dure-mère et englobant dans leur épaisseur les nerfs au niveau de leur émergence ; à l'œil nu, on voit que, sur certains points, les faisceaux nerveux sont dissociés. Ces tumeurs présentaient une consistance et une coloration très analogue à celles des gliomes cérébraux ; elles ont présenté les caractères du sarcome alvéolaire à M. Malassez, qui en a fait l'examen histologique. Ces productions pathologiques ne sortaient pas de la cavité de la dure-mère.

Il existait, en outre, sur la base du crâne, de chaque côté du trou occipital et à un centimètre et demi en avant environ, au niveau de la soudure de l'occipital avec le sphénoïde, deux tumeurs coniques, qui forment une saillie de 6 ou 7 millimètres et dont la base a environ deux centimètres de diamètre.

11. Cancer primitif du pancréas, envahissement des gros conduits biliaires. — Cancer secondaire du foie. — Erosions hémorrhagiques de l'estomac; par M. Gille Brèchemin, interne des hôpitaux.

Parrot, 66 ans, entre le 27 avril 1879, salle St-Landry, n° 33. La santé de Parrot a toujours été bonne jusqu'à il y a trois mois environ. Il n'accuse pas de maladie antérieure, il n'y a pas dans sa famille d'antécédents héréditaires qui puissent aider au diagnostic.

Depuis trois mois, le malade a maigri beaucoup, il a perdu ses forces et ne peut plus travailler. Il avait perdu l'appétit, mangeait peu et digérait mal, quand, il y a un mois, il est devenu jaune. L'ictère s'est prononcé peu à peu et est devenu très intense.

Puis, à plusieurs reprises, il a vomi du sang noir, digéré, réduit en poussière fine. Il a aussi rendu du sang avec les selles. Il se décide alors à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Ce qui frappe d'abord chez ce malade, c'est l'ictère intense dont il est atteint.

Parrot est extrêmement cachectique, très amaigri ; il a un œdème des jambes et des cuisses. Il a perdu l'appétit, mange à peine, et digère mal ce qu'il prend. Il souffre peu de l'estomac et la pression ne détermine pas de douleur à l'épigastre. Il n'a pas de vomissements ni de diarrhée.

Les signes physiques sont presque nuls. Pas de tumeur à l'épigastre. Le volume du foie est à peu près normal et la palpation ne permet pas d'en explorer les faces.

Il n'y a rien au cœur, rien dans les poumons.

On diagnostique : cancer de l'estomac siégeant probablement à la face postérieure avec compression du canal cholédoque.

Le malade est mis au régime lacté. Il s'affaiblit peu à peu, et meurt le 14 mai.

Autopsie. — L'estomac ne présente nulle part de production cancéreuse ; mais il est parsemé d'érosions hémorrhagiques extrêmement nombreuses ; celles-ci sont situées sur les deux faces de l'estomac ; elles ont une couleur noire, sont grandes comme des têtes d'épingles ou des lentilles ; leur forme est arrondie, le fond est légèrement ulcéré, mais dans une très faible profondeur. L'intestin est sain.

Le pancréas et les ganglions qui l'entourent sont convertis en une masse squirrheuse et lardacée, de volume assez considérable. Ce cancer est surtout développé dans la queue du pancréas ; la tête est beaucoup moins envahie.

Le canal cholédoque traverse cette masse cancéreuse et y adhère fortement. Ses parois sont manifestement envahies par le tissu cancéreux.

Le foie, dont le volume est normal, est parsemé de noyaux cancéreux peu volumineux et peu nombreux, fortement colorés en vert par la bile : du reste, le foie tout entier est jaune. — Les autres organes sont sains, à l'exception du rein gauche qui présente quelques petits noyaux d'infarctus anciens colorés en jaune.

Dans la rate, on trouve aussi des infarctus, mais plus récents, ce qui s'explique facilement par ce fait que l'artère splénique était entourée de tous côtés par le tissu cancéreux du pancréas qui paraissait avoir envahi ses parois.

12. Rétrécissement cancéreux du côlon transverse; par Beringier, interne.

La nommée Marie G.., âgée de 36 ans, lingère, entrée le 7 mai 1879, salle Ste-Thérèse, lit n° 14. Cette femme a commencé à se sentir malade depuis les premiers jours d'avril : mais, depuis longtemps, elle était sujette à des troubles digestifs variables ; de temps à autre elle vomissait, ne pouvait supporter aucun aliment ; elle était habituellement constipée.

Vers le 7 avril, elle fut prise, en se réveillant, de vomissements abondants qui durèrent toute la journée. En allant à la selle elle rendit un peu de matières dures, filées. Le lendemain elle eut de la diarrhée, les vomissements disparurent,

à quelques jours de là les mêmes accidents se renouvelèrent. Outre les vomissements et la constipation, la malade éprouva des coliques violentes, siégeant surtout du côté de l'abdomen. Son ventre se ballonna ; elle entra à l'hôpital. Cette fois encore la crise se termina par une diarrhée abondante. A peine sortie de l'hôpital, les vomissements reparurent s'accompagnant de douleurs abdominales violentes et forçant la malade à garder le lit.

Le 7 mai, elle entre à la salle Ste-Thérèse. Amaigrissement considérable ; facies légèrement grippé, langue sèche. Depuis hier soir, elle a vomi un liquide abondant, verdâtre, bilieux ; éructations constantes. Le ventre est tendu, ballonné, très douloureux à la moindre pression, surtout du côté droit. Il est impossible de déprimer la paroi abdominale sans exaspérer les souffrances. La respiration est courte, accélérée. Le pouls petit fréquent, 130 ; T. A. 38.

Le soir, la malade paraît plus faible. P. 135, T. A. 38,2. Les vomissements ont presque complétement cessé ; elle n'a rendu qu'une petite quantité de matières bilieuses.

La dyspnée s'est accrue par suite du développement progressif du ventre. Il n'y a eu ni selle ni rejet de gaz par l'anus.

8 *mai*. — Le pouls est plus faible. La face très grippée, pas de refroidissement des extrémités. Le ventre est plus tendu, plus uniformément douloureux que la veille. Douleur au rebord inférieur des fausses côtes gauches. Pendant toute la nuit la malade n'a cessé de rendre des matières bilieuses. Pas de selles. Le toucher vaginal ne fait constater aucune lésion du col. — Le soir : même état, sauf une dépression plus considérable des forces. Pendant la nuit les vomissements qui avaient un peu cessé dans la journée précédente, reparaissent ; ils ne contiennent encore que du liquide bilieux. Le 9 mai, la malade a les extrémités froides. T. A. 37°,5. P. faible et fréquent, 140. Malgré les lavements, la constipation persiste : depuis son entrée cette femme n'a pas rendu de matières par l'anus. Le ventre est de plus en plus ballonné, moins douloureux. On transporte la malade dans le service de M. Guyon.

Je dois à mon collègue, M. Segond, les renseignements suivants :

Dans la journée, la malade se plaignit d'une douleur violente à la partie supérieure de l'abdomen surtout vers l'hypochondre gauche. Elle eut constamment des vomissements, rendit quelques matières fécaloïdes. On lui administra un lavement d'eau de seltz en cherchant à faire pénétrer le plus loin possible dans l'intestin une sonde en caoutchouc. Il y eut rejet de quelques matières dures très consistantes. Les extrémités devinrent complétement froides, le pouls filiforme. La mort arriva au bout de quelques heures.

Autopsie. — Dans la cavité du péritoine, liquide peu abondant, trouble. L'épiploon est rétracté vers le côlon transverse et compris en partie dans une tumeur qui occupe la partie moyenne de cet intestin. Cette tumeur est mamelonnée, de la grosseur d'une petite orange ; elle comprime le côlon transverse dont les parois sont dégénérées. Toute la portion droite du côlon ainsi que le cœcum sont distendus par des matières fécales ; la portion gauche du côlon transverse et l'S iliaque sont au contraire affaissées et complétement vides. Vu par sa face interne l'intestin présente au niveau de la tumeur un rétrécissement très serré qui permet à peine l'introduction d'une sonde en argent. La masse cancéreuse occupe donc la plus grande partie du calibre de l'intestin. Les parois de la portion droite du côlon ont presque triplé de volume et sa cavité est très dilatée au voisinage du rétrécissement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Tillaux, Président pour l'année 1880, prend place au fauteuil et remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont conféré et dont il essaiera de se rendre digne.

M. Terrillon lit un rapport sur un mémoire de M. Monod que nous avons analysé déjà et relatif à *la castration dans l'ectopie inguinale du testicule*. Le travail de M. Monod, outre l'observation personnelle, contient le résumé de 50 faits recueillis dans les recueils scientifiques. Il en ressort que, au contraire de ce que croyaient les auteurs, la castration inguinale n'est pas plus dangereuse que la castration scrotale. On craignait la péritonite non seulement à cause de la contiguïté plus grande, mais aussi à cause de la continuité, car parfois, dans les cas d'ectopie, la cavité vaginale communique avec le péritoine. Cette crainte est toute théorique, car un seul malade est mort de péritonite.

M. Guyon, qui a opéré le malade étudié par MM. Terrillon et Monod, dit qu'il n'y a pas encore récidive à cette heure, et que d'autre part le père du malade a un testicule ectopié ; mais non dégénéré.

M. Marc Sée croit que, dans de semblables opérations, il est bon de lier le cordon en masse, car, dans ces cas, on oblitère la communication qui peut exister avec le péritoine.

M. Després est d'avis qu'il faut toujours lier séparément les artères du cordon. On évite ainsi des accidents redoutables.

M. Le Dentu avait, dans sa thèse d'agrégation, fait quelques réserves sur l'extirpation des sarcocèles cancéreux dans les testicules en état d'ectopie. Il craignait la communication avec le péritoine. Mais il est d'avis maintenant que ces craintes étaient toutes théoriques.

M. Terrier trouve qu'on discute sans préciser nettement l'anatomie de la communication du conduit péritonéo-vaginal. S'il y a communication avec la cavité vaginale, on entrera dans la cavité vaginale, puis on remontera sur le cordon, et là, qu'on lie les artères en masse ou séparément, le péritoine n'en sera pas moins ouvert. Les vétérinaires se sont préoccupés de la question : chez le cheval, la communication existe toujours ; aussi leurs opérateurs, qui désirent ne pas ouvrir la cavité, incisent couche par couche jusqu'à la tunique fibreuse et lient ou écrasent le cordon au-dessus de cette tunique ; ils évitent sûrement l'ouverture du conduit. Ceux qui ne redoutent pas l'ouverture, pénètrent dans la cavité vaginal et lient le cordon « à découvert ». Les statistiques des uns et des autres paraissent se valoir. Maintenant, faut-il lier en masse ou bien séparément les vaisseaux du cordon ? Ici encore, division parmi les vétérinaires. On a prétendu que la ligature en masse provoquait le tétanos. Mais MM. Raynal et Bouley prouvent dans leur statistique que, sous ce rapport, les dangers sont absolument les mêmes.

M. Panas ne fait pas la ligature en masse ; il ne l'a jamais faite ; aussi ne l'incrimine-t-il pas. Il sait seulement que son maître, Nélaton, liait séparément par crainte de l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie, en effet, a été observée quelquefois.

M. Terrier dit que pour sa part il l'a observée lorsqu'il était interne, et justement on avait lié les vaisseaux séparément ; or ici, l'opérateur n'était pas en question : il s'agissait du professeur d'anatomie de la Faculté.

M. Panas fait un rapport oral sur les observations de M. Demons, de Bordeaux, et relatives l'une à un *kyste huileux* du kyste du sourcil, l'autre à un *kyste dermoïde* de l'angle orbito-palpébral ; l'autre enfin, est un cas de grenouillette congénitale due à la dilatation du canal de Wharton, traitée par l'excision et la cautérisation de la portion la plus saillante du kyste, au niveau de l'ostium ombilicale : il y a guérison.

M. Phillippe lit une observation de *fracture de l'olécrâne* guérie au bout de seize jours, avec persistance des mouvements du coude, par la boîte porte-gouttière. P. R.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 24 décembre 1879. — Présidence de M. Boulay.

L'ordre du jour appelle la discussion de la communication de M. le Dr Decaisne sur les *femmes qui fument*. — M. G. Delaunay donne les résultats d'une enquête qu'il a faite dans le quartier du Gros-Caillou, en vue de rechercher l'influence exercée par le *tabac sur la grossesse*, sur la lactation et, par suite, sur le développement de l'embryon et sur la croissance de l'enfant. Les sages-femmes du Bureau de bienfaisance de ce quartier, qui ont à faire de nombreux accouchements chez

des ouvrières de la Manufacture des tabacs, située rue Jean Nicot, auraient observé que ces ouvrières sont malades pendant le temps de leur grossesse ; que le tabac tarit le lait des nourrices qui est clair et moins riche qu'à l'état normal ; que les enfants ne s'élèvent pas bien et meurent en grand nombre. D'après une autre sage-femme qui, exerçant dans le même quartier, a été à même de constater les effets du tabac sur la parturition, le tabac a la réputation de provoquer des fausses-couches persistantes, et les ouvrières qui peuvent suspendre leur travail, cessent d'aller à l'atelier dès qu'elles deviennent enceintes. Cette sage-femme aurait soigné trois femmes qui faisaient des fausses-couches quand elles travaillaient à la manufacture et qui n'en font plus depuis qu'elles l'ont quitté. Enfin, M. Delaunay s'est adressé à la crêche du quartier, et là, il a appris que les enfants des ouvrières travaillant au tabac étaient très-difficiles à élever et mouraient plus que les autres enfants. Le Dr Sarré, qui est attaché au Bureau de bienfaisance depuis vingt-six ans, conseille aux mères de sevrer leurs enfants.

En résumé, le tabac altère la santé de la femme enceinte et provoque des fausses-couches. Il affecte pareillement la santé des embryons qui naissent déjà malades ; il diminue la quantité et la qualité du lait et, par conséquent, nuit au développement de l'enfant qui meurt souvent victime de la profession maternelle. M. Delaunay se propose de compléter cette enquête en recherchant la proportion de fausses-couches pour 100 femmes travaillant au tabac et pour 100 ouvrières exerçant des professions diverses.

M. Brouardel. — Pour que les recherches entreprises par M. Delaunay donnent des résultats ayant une véritable valeur, il faudrait d'abord faire une enquête générale sur la fréquence des avortements chez les ouvrières, quelle que soit la profession qu'elles exercent. J'ai pu constater, en effet, pendant que je faisais le service du Bureau central, que la proportion des fausses-couches dans la population ouvrière était considérable, elle m'a paru double de la proportion des grossesses menées à terme. Ces résultats se rapprochent sensiblement de ceux que M. C. Paul a trouvés chez les ouvrières travaillant le plomb. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'encombrement des ateliers, ainsi que les mauvaises conditions de logement et d'alimentation que l'on doit trouver aussi bien chez les ouvrières qui travaillent au tabac que chez celles qui exercent une autre profession.

M. Thévenot a entrepris avec M. Napias, il y a quelques années, une enquête analogue à celle que poursuit M. Delaunay. Il demande que la discussion soit renvoyée à une autre séance afin qu'il puisse produire les documents qu'il possède sur cette question.

M. Perrin. — On pourrait se demander, en se bornant à la question soulevée par M. Decaisne, si les femmes qui fument font plus de fausses-couches que les autres. Je crois qu'il n'en est rien, car d'après un document statistique que j'ai eu entre les mains, c'est dans le Finistère que les morts-nés sont les moins nombreux, et cependant beaucoup de femmes de ce département ont l'habitude de fumer.

Après quelques observations de MM. Bouley et Laborde, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. Napias donne lecture d'un remarquable rapport sur la *création de maisons ou dépôts mortuaires à Paris*. A la suite de la communication de M. du Mesnil sur ce sujet, une Commission avait été nommée pour étudier la question. Cette Commission s'est demandé d'abord s'il y avait utilité définie, au point de vue de l'hygiène, à établir dans Paris des dépôts mortuaires, et si l'usage de ces dépôts devait être obligatoire ou facultatif. Elle a cherché ensuite à déterminer quelle place il conviendrait de choisir pour leur installation. Enfin, elle a essayé de formuler quelques indications générales sur les aménagements intérieurs de ces dépôts. Le rapporteur expose avec beaucoup de clarté et de précision le résultat des travaux de la Commission, et termine en demandant à la Société d'adopter les conclusions du mémoire présenté par M. Du Mesnil et de renvoyer ces conclusions sous forme de vœux, à MM. les membres du Conseil municipal de Paris, à M. le Préfet de la Seine, à M. le Préfet de police.

Ces conclusions sont les suivantes :

1° Que le dépôt mortuaire soit établi au centre du quartier qu'il doit desservir ; — 2° que le dépôt mortuaire soit exclusivement un dépositoire simplement et décemment aménagé, distribué en cellules complétement isolées, où chaque famille puisse venir veiller jusqu'au dernier moment sur ceux qu'elle a perdus ; — 3° que les corps y soient transportés aussitôt après la visite du médecin civil et sur son indication, par les soins de l'administration municipale ; — 4° dans chaque dépôt mortuaire on aménagera un local spécialement réservé pour recevoir les morts ayant succombé à des maladies épidémiques ou contagieuses ; — 5° le transport au dépôt mortuaire sera facultatif, excepté pour les cas de décès par suite d'affections épidémiques ou contagieuses, où il deviendra obligatoire ; — 6° à chaque dépôt mortuaire sera annexé un appareil de désinfection à air chaud, où seront apportés les vêtements et les objets de la literie des décédés. Ils y seront immédiatement assainis.

La discussion de ces conclusions est renvoyée à la prochaine séance.

M. de Ranse fait une communication sur *l'isolement des personnes atteintes de maladies nuisibles et traitées à domicile*. Selon lui, l'institution de dépôts mortuaires, qui présente de sérieux avantages au point de vue de l'hygiène, serait manifestement insuffisante et inefficace au point de vue spécial de la prophylaxie des maladies transmissibles. En effet, le danger de la transmission de la maladie n'augmente pas après la mort du malade ; ce danger existe dès le début de la maladie ; il grandit ensuite et devient imminent pendant la dernière période, alors que, par sa respiration, son exhalation cutanée, ses déjections, le malade remplit l'atmosphère de sa chambre de germes infectieux. C'est à ce moment qu'il importe d'isoler le malade en éloignant de lui et du milieu où il se trouve toutes les personnes inutiles. On doit poursuivre cet isolement dès que la nature infectieuse ou contagieuse de la maladie a été reconnue. Dans les familles aisées, cet isolement, réclamé par le médecin, est en général facile, mais dans les familles pauvres il présente plus de difficultés pratiques. M. de Ranse croit que cette question serait tranchée par la création d'asiles pour les enfants d'un côté, pour les adultes de l'autre. Il entre alors dans des développements intéressants sur le mode de création de ces asiles et finit sa communication par les propositions suivantes :

1° La création de dépôts mortuaires, utile à certains égards, est, au point de vue de la prophylaxie des maladies transmissibles, un moyen insuffisant ; — 2° de toutes les mesures prophylactiques, la plus sûre et la plus efficace consiste dans l'isolement du malade ; — 3° cet isolement doit être pratiqué : pour les malades reçus dans les hôpitaux, par les soins de l'administration de l'assistance publique ; pour les malades traités à domicile, suivant la prescription et sous la surveillance du médecin traitant, pouvant au besoin réclamer l'intervention de l'autorité locale ; — 4° afin de permettre d'effectuer dans tous les cas l'isolement des malades traités à domicile, il y a lieu de créer des asiles où seront recueillies, durant le temps nécessaire, les personnes de la classe pauvre obligées d'émigrer de leur propre foyer pour se soustraire à la transmission de la maladie dont un des leurs sera atteint ; — 5° ces asiles, pour les enfants, seront analogues au dépôt qui fait actuellement partie de l'hospice des Enfants-Assistés. A Paris, on pourra sans doute utiliser, à cet effet, dans chaque quartier, bon nombre de crêches, d'asiles, de maisons de secours déjà consacrées à l'assistance publique. Les asiles destinés aux adultes seront, dans bien des cas, de simples asiles de nuit ; — 6° l'intervention de l'autorité, réclamée parfois par le médecin, aura principalement pour but et pour effet le transport d'office à l'hôpital, avec toutes les précautions voulues, de tout malade dont le traitement à domicile aura été jugé impossible, ou dont la famille aura refusé de se conformer aux mesures prescrites d'isolement.

M. Paliard lit un mémoire sur les *Dangers que peuvent présenter les conduits de fumée établis dans l'épaisseur des murs séparatifs entre deux propriétés*. Ce travail est résumé dans les conclusions suivantes, conclusions qui ont été adoptées à l'unanimité par la Société.

Il importe, dans l'intérêt de la sûreté et de la salubrité, qu'un propriétaire ne puisse pas établir un foyer ou un tuyau de fumée dans l'épaisseur d'un mur séparatif entre sa propriété et une autre voisine ; que, de plus, une habitation soit toujours séparée de tout foyer ou tuyau de fumée du voisin par un mur plein, en maçonnerie, de 25 centimètres au moins d'épaisseur.

La séance est terminée par les élections pour le renouvellement du bureau et du conseil d'administration de la Société pour l'année 1880. Ont été élus :

Président : M. Emile Trélat. — *Vice-présidents* : MM. Léon Colin, Leroy de Méricourt, Béral, Brouardel. — *Secrétaire général* : M. Napias. — *Secrétaire général adjoint* : M. Nocard. — *Trésorier* : M. Thévenot. — *Archiviste* : M. A.-J. Martin. — *Secrétaires des séances* : MM. Blondeau, Mathelin, Marius Rey, Soulié. — *Conseil d'administration* : MM. Bergeron (J.), Bouley, Bourneville, Carnot, Dally, de Ranse, Dujardin-Beaumetz, Du Mesnil, Durand-Claye, Fieuzal, Gallard, Gariel, Hudelo, Javal, Kœchlin-Schwartz, Laborde, Lagneau, Liouville, Lunier, Proust, Tarnier, Trasbot, Vallin, Vidal.

A. BLONDEAU.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de Gynécologie ; par le Dr DE SINÉTY. — Un volume de 836 pages, chez O. Doin, éditeur, Paris, 1879.

Sous ce titre modeste, M. le Dr de Sinéty vient de publier un ouvrage très intéressant et qui constitue un grand progrès. Son livre est essentiellement original, original pour deux raisons : il met en lumière beaucoup de faits nouveaux et nous donne des descriptions plus parfaites qui permettent de mieux comprendre ce qui a été moins bien formulé par d'autres auteurs. « Voici en résumé, dit M. de Sinéty dans sa préface, l'ordre qui sera suivi dans cet ouvrage : La première partie concernera les divers moyens d'exploration. — La seconde sera consacrée aux affections de la vulve et du vagin. — La troisième à l'utérus. — La quatrième à ses annexes, ovaires, trompes, ligaments larges. — Dans la cinquième, après avoir donné un aperçu de l'anatomie et de la physiologie de la mamelle, nous étudierons quelques-unes des maladies de cette glande, sans aborder l'histoire des tumeurs mammaires qui, rentrant plutôt dans le cadre des traités de chirurgie, nous entraînerait beaucoup trop loin. »

Mais comment a-t-il été procédé pour chacun de ces chapitres? M. de Sinéty fait d'abord la description anatomique de l'organe dont il va étudier la pathologie, la description macroscopique en insistant seulement sur les points les plus importants, la description microscopique en donnant un résumé bien fait des connaissances nécessaires au médecin ; la vulve, le vagin, l'utérus, les ovaires, les mamelles, etc., sont ainsi décrits successivement. M. de Sinéty rappelle ensuite la physiologie des organes et les paragraphes relatifs à l'ovulation, à la menstruation et à la secrétion lactée méritent d'être particulièrement signalés. Le développement et les anomalies du développement sont aussi exposés autant surtout qu'ils intéressent le diagnostic. L'étude de l'anatomie pathologique vient ensuite et M. de Sinéty en nous faisant assister à l'évolution des lésions, nous permet de comprendre les symptômes et la marche des diverses affections et de choisir le traitement le plus rationnel.

A tous les médecins qui ont longtemps cherché à se retrouver au milieu des descriptions des diverses espèces de métrites catarrhale, hémorrhagique, villeuse, granuleuse, polypeuse, ulcéreuse, purulente, à tous ceux qui ont cherché à saisir les différences qui ont été indiquées comme existant entre la fluxion, la congestion, l'engorgement et l'inflammation de l'utérus, nous conseillons vivement la lecture du chapitre excessivement remarquable que M. de Sinéty a consacré à la métrite. Ils verront à quels résultats précis l'anatomie pathologique a conduit l'auteur, ils se laisseront entraîner par sa description, ils verront clairement expliqués tous les symptômes si divers qu'ils ont pu maintes fois observer sur leurs malades. Quant aux étudiants qui, pour la première fois, étudieront la métrite en la lisant dans l'ouvrage de M. de Sinéty ils ne soupçonneront pas combien d'heures de travail pénibles et fastidieuses ce livre leur aura évitées.

Presque tous les chapitres sont conçus dans le même esprit, tels sont par exemple ceux qui traitent des tumeurs fibreuses, des tumeurs fibro-cystiques, du cancer et du sarcome de l'utérus. Celui où sont étudiées les tumeurs de l'ovaire est particulièrement intéressant parce qu'il expose le résumé des travaux publiés récemment en commun par MM. Malassez et de Sinéty. Quant à l'ovarite « ce qui pour nous domine son histoire, dit l'auteur, c'est la pelvipéritonite et la lymphangite. La douleur qu'on provoque chez certaines femmes en pressant sur la région ovarienne n'est pas due non plus à une ovarite, comme l'avaient cru quelques auteurs, car dans les cas où nous avons examiné les organes génitaux d'hystériques, qui montraient au plus haut degré cette hypéresthésie locale, nous n'avons jamais observé d'inflammation de ces glandes ». La douleur ovarique qu'on provoque si facilement, comme nous l'avons montré, chez beaucoup de femmes arrivées près du terme de la grossesse, les observations rapportées par le Dr Chaignot dans sa thèse, les résultats auxquels est arrivé le Dr Paul Munde (de New-York), résultats qu'il a publiés dans un récent et remarquable travail, viennent confirmer l'opinion émise par M. de Sinéty.

Citons enfin les pages où sont exposées l'hématocèle circumutérine, les tumeurs des ligaments larges et la stérilité,

En résumé, ce manuel est un excellent ouvrage fait par un médecin qui est à la fois un savant et un praticien. Il renferme, outre ce qui est classique et mérite de rester, un grand nombre de choses nouvelles, conçues et exposées par un esprit véritablement scientifique. Il est à remarquer cependant que, dans son ensemble, ce livre est plutôt médical que chirurgical ; la description des procédés opératoires pour le traitement des tumeurs est assez abrégée ; sur certains points, pour les fistules par exemple, on pourrait relever quelques lacunes, on pourrait aussi se demander si la description partielle des maladies des mamelles est vraiment à sa place, mais en tout cas ce chapitre est si intéressant au point de vue de l'anatomie et de la physiologie qu'on excuse très volontiers l'auteur.

Nous ne dirons rien de la façon dont ce manuel est imprimé, l'éditeur apporte dans toutes publications un soin et presque une coquetterie dont nous ne nous plaindrons jamais, car ils rendent la lecture plus facile et plus agréable : on peut comparer quelques-uns de ses ouvrages aux belles éditions anglaises et américaines.

En terminant nous nous ferons l'interprète d'un sentiment que nous avons entendu maintes fois exprimer : ceux qui connaissent l'esprit large et libéral de M. de Sinéty et savent qu'il consacre exclusivement son temps et sa fortune aux recherches scientifiques regrettent que, dans l'intérêt des élèves et des malades, il n'ait pas l'occasion d'ajouter l'enseignement clinique et privé de la gynécologie à l'enseignement théorique qu'on trouve dans son livre. Que de services plus grands encore il pourrait ainsi rendre dans cette branche si négligée à Paris de nos études médicales !

P. BUDIN.

VARIA

Éloge de Dolbeau ; par M. le Dr de SAINT-GERMAIN. **Chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, secrétaire général de la Société de Chirurgie.**

On trouve au pays de Bohême une singulière et naïve croyance : à l'existence de chacun de nous correspondrait un livre dont les feuillets noirs ou blancs représenteraient les jours néfastes ou heureux. Le génie du bien s'efforce d'entremêler ces feuillets afin qu'un bonheur fasse oublier un malheur et qu'un sourire efface une larme ; mais les esprits du mal acharnés à notre perte détruisent son œuvre, et rassemblant sans interruption les pages noires et les pages blanches, nous plongent dans un abîme de maux pour abattre notre courage, ou nous endorment dans une prospérité sans nuages, afin de nous faire mieux sentir les coups d'une adversité sans bornes.

C'est par le bonheur que commença la vie de Dolbeau, le 2 avril 1830.

Choyé par des parents qui, sans être riches, avaient cependant une modeste aisance, il eut une enfance des plus heureuses, et fit des études régulières au collège Saint-Louis et, jeune encore, vint frapper sans vocation bien arrêtée à la porte de la Faculté, confiant dans son étoile et dans sa bonne mine. Sur le seuil il trouva Bérard qui, tout-puissant alors, formait avec Orfila et Dubois un triumvirat dont les conseils étaient des ordres et les décisions des arrêts. Bérard fut séduit par ce jeune homme qui pensait juste, parlait peu et riait moins. Il étendit sur lui sa main puissante, et cette chaude étreinte ne fut dénouée que par la mort. Assuré de la faveur de ses maîtres, soutenu par les sympathies d'amis alors nombreux, et servi par des qualités de concours indiscutables, Dolbeau fournit en dix ans une carrière dont la rapidité vertigineuse a été bien rarement égalée.

Nommé 1er externe en 1850, interne en 1851, lauréat des hôpitaux en

1853, aide d'anatomie en 1854; prosecteur en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1858, il couronna ces brillants succès par l'agrégation, en 1860. Il avait à 30 ans conquis tous les grades qui, d'ordinaire, suffisent à l'ambition des plus difficiles.

Des débuts de Dolbeau dans la carrière datent ses travaux sur l'anatomie normale et sur l'anatomie pathologique, que je vous demanderai la permission de passer en revue.

Sans parler de ses recherches sur les vaisseaux du bassin où il établit que les artères hémorrhoïdales moyennes, au lieu de se distribuer aux parois du rectum, se ramifient dans la prostate chez l'homme et dans le vagin chez la femme, et de ses recherches anatomiques sur les vaisseaux du globe de l'œil, il démontre dans une note sur la structure des organes érectiles de la femme que celle-ci n'a point de renflement vasculaire qu'on puisse assimiler au gland chez l'homme.

Si nous suivons la série de ses travaux sur les mêmes régions, nous le voyons conclure de ses recherches sur l'anatomie chirurgicale du périnée et de la région hypogastrique qu'on peut ouvrir le col de la vessie au moyen de l'incision médiane et sans intéresser le bulbe de l'urèthre.

A l'occasion d'un rapport sur la torsion congénitale du pénis, Dolbeau établit, d'après plusieurs observations, que le pénis peut présenter une torsion complète sur son axe, que ce vice de forme est congénital, et que cette anomalie n'entraîne aucun trouble fonctionnel notable.

De 1858 à 1860, Dolbeau remplace à l'hôpital Sainte-Eugénie et à l'hôpital de l'Enfant-Jésus les deux chirurgiens titulaires. La tâche était malaisée. Il fallait tenir la place du praticien célèbre qui s'appelait Guersant et de ce maître chéri et vénéré de tous qui honorait avec tant de conscience le nom illustre de Marjolin son père.

C'est à cette période qu'il faut faire remonter les travaux de Dolbeau, relatifs à la chirurgie infantile.

C'est ainsi qu'à propos de la situation de l'iliaque chez le nouveau-né, il conclut d'un nombre considérable d'autopsies que la situation de cette partie de l'intestin n'est pas constante à cet âge. Relativement à *l'ossification des os du tarse comme cause de pied bot*, Dolbeau, considérant que cette ossification ne se fait pas simultanément et surtout qu'elle est indéterminée comme époque, émet l'opinion que certains pieds bots pourraient bien avoir pour origine un vice dans ce travail physiologique. Enfin, à propos d'une *variété non décrite de spina-bifida*, se basant sur plusieurs observations prises aux Enfants assistés, Dolbeau établit que, outre le spina-bifida classique, consistant dans une fissure du rachis avec intégrité de la peau et des membranes de la moelle, on observe le spina-bifida caractérisé par une double fissure des os et de la peau, les méninges restant intactes et formant une tumeur remplie par du liquide, et le spina-bifida total, solution de continuité très large, symétrique, comprimant la peau, les membranes et les os, au milieu de laquelle est exposée la moelle épinière. La tumeur lacrymale congénitale est démontrée sur deux pièces et consiste dans l'imperforation du canal nasal, au niveau de son embouchure. Cette malformation a pour résultat une tumeur lacrymale située au grand angle de l'œil et communiquant avec une autre tumeur existant dans le méat inférieur.

Nommé à l'hôpital du Midi en 1864, Dolbeau est vivement sollicité de rester à ce poste où le succès lui était pour ainsi dire promis. Il refuse cependant et considère ce théâtre comme trop restreint pour ses aptitudes; il se sent appelé à représenter la grande chirurgie, et, servi par les circonstances, il est appelé en 1863 à remplacer Jobert dans l'enseignement officiel de la clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris.

L'éloquence, on le sait, n'était pas le côté brillant de Jobert de Lamballe, et quand, à ces leçons pénibles où, vers la fin surtout, le désordre des idées semblait mettre une triste empreinte, succédèrent des cliniques nettes, claires et précises, le contraste fut saisissant, le succès éclata et prépara pour ainsi dire, s'il ne l'assura pas, l'entrée de Dolbeau à la Faculté.

Les circonstances avaient, du reste, quelques temps auparavant, imprimé aux travaux de Dolbeau une direction particulière.

En 1860, notre collègue avait été chargé de suppléer Civiale dans le service des calculeux à l'hôpital Necker.

Cette année marque une période capitale dans sa vie; car initié par le maître, en dépit des réticences ombrageuses de son enseignement, aux difficultés de la thérapeutique des voies génito-urinaires, il exécuta bientôt sur cette partie des connaissances chirurgicales une série de travaux.

Pour ne citer que les plus importants, mettons en première ligne son ouvrage sur la pierre dans la vessie.

Dans cet ouvrage où le diagnostic fait l'objet d'un long chapitre, il démontre que les contractions vésicales existent encore quand l'anesthésie est obtenue. La lithotritie y est l'objet d'une étude approfondie, mais il la réserve pour les cas où l'opération peut s'exécuter simplement sans machines, la *lithotritie à main*, comme disait Heurteloup.

Etudiant la fièvre uréthrale, il classe cet accident dans les phénomènes réflexes. Pour lui, c'est l'irritation due aux manœuvres, transmise à la moelle épinière qui réagit sur le rein: celui-ci cesse de fonctionner, et alors survient l'urémie avec les accidents qui en sont la conséquence.

La taille est longuement étudiée; les divers procédés comparés entre eux, et l'auteur arrive à conclure que la taille médiane est la meilleure.

La partie capitale du traité est la lithotritie périnéale.

Démontrant que cette idée est fort ancienne, il propose de faire une petite ouverture périnéale, de ponctionner l'urèthre en arrière du bulbe, et sans intéresser cet organe, de dilater la plaie ainsi que le col de la vessie, afin de broyer la pierre et de faire l'extraction des nombreux fragments. On évite ainsi, dit-il, sûrement l'hémorrhagie et une cause fréquente d'infection purulente, à savoir la section des veines péri-prostatiques; il résume ainsi la pratique pour le traitement des calculeux.

La pierre une fois constatée, autant que possible lithotritier, mais sans sortir des limites marquées par la prudence et l'expérience clinique.

La lithotritie n'étant pas possible, faire la lithotritie périnéale si toutefois la pierre ne mesure pas plus de 5 à 6 centimètres de diamètre.

Quand la pierre est grosse et dure, faire la taille prérectale, mais faciliter l'extraction en morcelant au préalable le calcul avec la tenette casse pierre. Quand la pierre est énorme et remplit la vessie, s'abstenir. Cet ouvrage fut récompensé par la Faculté en 1863.

Plus tard, revenant sur ce sujet favori, à la suite d'une critique quelque peu acerbe des gens qui ne voient d'un œil favorable que ce qui vient de l'étranger, il déclare ne pas croire à cet âge d'or des calculeux où il n'y aurait que de petits calculs à broyer dans des vessies normales. Il faudra encore, dit-il, traiter de grosses pierres, et c'est dans ce cas qu'au lieu de la taille qui tue par hémorrhagie et par infection purulente, il propose une méthode qui a l'avantage de faire une plaie toute petite, peu saignante, et d'ouvrir par refoulement des tissus une voie préliminaire qu'on utilise pour le broiement de la pierre et l'extraction de ses divers fragments en une séance.

Faisant ensuite une revue humoristique de la lithotritie périnéale à l'étranger, il s'étonne à bon droit que, malgré la relation de sir John Cormack, faite en 1869, de son procédé, malgré les publications faites par le Dr Boygs dans le *British medical* de deux belles observations recueillies dans son service, Thompson passe absolument sous silence la lithotritie périnéale et son inventeur. En Amérique, Gouley, de New-York, lui rend au contraire amplement justice en déclarant que cette méthode, absolument différente de toutes les autres, a été employée par lui et toujours avec succès.

Les travaux de Dolbeau, relatifs aux voies génito-urinaires, travaux inspirés par la fréquentation de Civiale qui n'était plus à compter les chirurgiens qu'il attirait autour de lui et dont il voulait faire des lieutenants dans la crainte de se créer des rivaux, lui avaient donné dans le public une grande notoriété, et quand son maître Nélaton alla voir à Chislehurst l'empereur Napoléon III souffrant d'un calcul vésical, il déclina l'honneur de l'opérer et recommanda pour le suppléer son élève favori Dolbeau.

Celui-ci fut accepté: il se préparait à partir pour l'Angleterre quand une haute influence lui fit préférer Thompson. On sait quel fut le résultat de ses tentatives de lithotritie; l'autopsie en démontra depuis l'inutilité; et, aujourd'hui que la mort et le temps ont apaisé l'ardeur des sympathies et des haines, on se prend à ne point regretter que l'empereur ne soit pas mort de la main d'un Français et que ce soit l'Angleterre, cette fois encore fatale au nom de Napoléon, qui ait fourni à son malheureux hôte le chirurgien de la dernière heure.

Après une théorie nouvelle de l'hématocèle rétro-utérine et un curieux mémoire sur la grenouillette sanguine, citons plus spécialement ses mémoires sur les tumeurs cartilagineuses dont il sut expliquer le mode de développement par un procédé dont l'Allemagne s'est depuis approprié la découverte, son travail remarquable sur l'empyème et son mémoire sur l'épispadias qui fut l'objet d'une récompense à l'Académie de médecine et à l'Institut.

Représentant des anciennes traditions chirurgicales comme Denonvilliers son maître et son ami, sans repousser les progrès de la science moderne, il ne les acceptait qu'après le contrôle d'une longue expérience. Professant pour Nélaton et Denonvilliers le culte que les élèves de Dupuytren avaient voué à cette grande figure chirurgicale, on peut dire que nul n'a mieux que Dolbeau aimé ses maîtres, que nul mieux que lui n'a fait valoir leurs travaux et recommandé leurs noms à l'admiration de ses contemporains.

C'est ainsi qu'en 1875, dans un remarquable mémoire publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, Dolbeau, après avoir rendu justice aux tentatives faites par Pouteau et Dupouy pour substituer les procédés de douceur aux procédés de force dans la réduction des luxations de la cuisse cite un groupe d'observations à lui personnelles et conclut que toutes les luxations récentes de la cuisse, quelle qu'en soit d'ailleurs la variété peuvent se réduire aisément par le procédé de Després; que le procédé de Després qui appartient à la méthode de douceur procure des succès même dans les cas où la méthode de force peut échouer; que la flexion de la cuisse combinée à la rotation du membre permet de dégager la tête de tous les obstacles qui pourraient la retenir, et, en même temps, de lui faire parcourir les différents points de la circonférence du cotyle jusqu'à ce qu'elle soit en rapport avec la déchirure capsulaire, seule porte par laquelle elle puisse rentrer.

Dolbeau ajoute que dans tout cela il n'a rien inventé, mais qu'il a cherché à attirer, à l'aide de faits bien observés, l'attention sur une méthode simple, à la portée de tous et dont la valeur a doublé depuis l'emploi du chloroforme. Il espère avoir ainsi rendu hommage à la mémoire d'un de ses maîtres.

Sans parler des nombreuses communications qu'il fit à la Société de chirurgie ainsi qu'au *Bulletin de thérapeutique*, citons comme derniers travaux de sa vie, le traitement des ulcères par l'incision circonférencielle et sa description de la phlegmasie angioleucitique du membre supérieur, contenue dans la thèse de son élève Chevalet.

Dolbeau fut nommé professeur de la Faculté en 1868. On se souviendra longtemps de cette élection où les amis de Dolbeau remportèrent la victoire de haute lutte, où des professeurs se traînèrent mourants à la Faculté pour y porter leur vote, désireux de donner à Dolbeau cette dernière preuve d'amitié et jaloux surtout de tenir le serment que Bérard leur avait fait prêter à son lit de mort.

Dolbeau débuta par un grand succès près des élèves. C'était un beau professeur. D'une taille au-dessus de la moyenne, Dolbeau fixait le regard et il était impossible à qui l'avait vu seulement une fois de l'oublier.

Certes, aux derniers jours de sa carrière, dans cette figure au teint plombé, aux trais fatigués, on eût grand'peine à retrouver le Dolbeau veillant et superbe de 1858. Je le vis pour la première fois à cette époque et je fus frappé par sa physionomie; il me sembla que j'avais devant moi quelqu'un et ses traits me sont encore gravés dans la mémoire.

Je vois encore ce front large et légèrement fuyant bien encadré par de longs cheveux bruns, ces longues paupières tombant sur de grands yeux noirs, nez hardiment busqué, ce menton saillant des gens tenaces, et surtout cette bouche aux dents blanches et bien rangées, aux lèvres fines, qui par une mobilité singulière exprimait tour à tour la bienveillance, la réserve ou le sarcasme. Sa tenue était toujours correcte, il était de ces rares privilégiés qui savent porter l'habit : il le savait sans doute, car il le portait toujours.

Essentiellement autoritaire, il aimait alors à s'entourer d'un groupe nombreux d'élèves qu'il se plaisait à protéger, mais à la condition d'exercer sur eux un empire absolu. Il ne souffrait point la discussion, l'opposition encore moins et l'on ne pouvait rester l'ami de Dolbeau qu'à la condition d'être son homme-lige.

Aussi l'astre vit-il graviter autour de lui de nombreux satellites tant que ceux-ci eurent besoin de la chaleur et de la lumière qu'il leur dispensait largement ; mais le despotisme donne la soif de l'indépendance ; et ses élèves, ses amis même secouèrent les uns après les autres un joug qui leur pesait et que rendait encore plus tyrannique l'esprit ombrageux de notre collègue.

Il appartenait à ce genre de professeurs que l'on pourrait appeler des vulgarisateurs. Il voyait et disait juste. Loin de viser à l'élévation des cours dits de Faculté où le beau idéal consisterait à creuser chaque année un très petit sillon, à en faire une minutieuse étude, et à satisfaire ainsi un groupe restreint d'auditeurs d'élite, de délicats de la science, il élargissait son programme, faisait passer devant les élèves un grand nombre de matières, voulait que son enseignement facilement accessible fût compris par tout le monde ; et je suis sûr que plus d'une fois, dans sa chaire magistrale, Dolbeau dut regretter le temps où, professeur libre de l'école pratique, il faisait devant une masse d'élèves avides d apprendre, dans des leçons substantielles serrées et lucides, ce qu'ils ne pouvaient ou ne voulaient point lire dans leurs livres, un cours complet de pathologie externe en quatre ou cinq mois. La dominante de ses facultés enseignantes était la lucidité. Point ou peu d'historique et d'érudition; peu d'anatomie pathologique; beaucoup de diagnostic et surtout beaucoup de thérapeutique : tel était son programme. Ce modus faciendi blâmé par les uns, approuvé par les autres en ce qui touche les cours officiels de la Faculté lui avait valu près des élèves un très grand succès ; et il pouvait à bon droit se considérer comme un des professeurs les plus suivis.

Examinateur consciencieux, il interrogeait les élèves avec précision, ses questions étaient claires et bien posées. Loin de chercher à intimider, il tenait à savoir si l'on savait réellement; il avait horreur de la phrase et voulait qu'on lui répondît comme il interrogeait : nettement et franchement. S'il se trouvait en présence d'un ignorant, il le refusait sans miséricorde. Il est permis d'être indulgent, disait-il souvent, pour un examen de théorie pure ; mais pour un examen de médecine, c'est autre chose. Recevoir à la légère un médecin ignorant, c'est signer l'arrêt de mort d'une foule d'innocents qu'on l'autoriserait à soigner. La personnalité de Dolbeau dans son service à l'hôpital avait également son originalité. D'une exactitude scrupuleuse, il exigeait des élèves de son service la plus grande ponctualité. A la manière de Velpeau, il faisait chaque matin l'appel nominal de ses internes et de ses externes, voire même des bénévoles et des stagiaires et rayait de la liste les gens irréguliers ou inexacts. Difficile pour les excuses qu'on lui apportait au sujet d'une absence, il était surtout impitoyable pour les petits mensonges familiers aux élèves qui cherchent à se disculper, et si l'on pouvait encore compter sur son indulgence en invoquant un de ces motifs légers que la jeunesse légitime, on était sûr de se voir repousser avec perte si l'on venait à prétexter, pour excuser une absence, une affaire de famille ou une indisposition.

Le respect de la douleur physique était poussé chez lui à l'extrême ; d'une douceur exemplaire dans l'examen de ses malades, dans l'application de ses appareils et dans les pansements, il exigeait les mêmes soins de ses élèves, et leur faisait sentir durement, brutalement peut-être, quand leur main manquait de légèreté, que le plus sûr moyen pour arriver à un bon diagnostic est de procéder avec une extrême douceur et que la première qualité d'un appareil ou d'un pansement est d'être supporté sans peine. Aussi affectionnait-il les bons panseurs comme il les appelait, et plus d'un interne dut pendant toute une année sa disgrâce à la façon dont il avait, le premier janvier devant son chef, examiné une fracture ou défait un pansement. D'un soin méticuleux pour ses opérations, il donnait à l'avance la liste exacte des instruments qui lui seraient nécessaires, se les faisait envoyer en double afin de répéter à l'avance sur le cadavre, et ne commençait l'opération qu'après avoir passé une revue minutieuse des instruments et assigné à chacun de ses aides son poste de combat.

Très résolu, très osé en apparence, Dolbeau se préoccupait longtemps à l'avance d'une opération qu'il jugeait devoir être épineuse ; il en causait avec ses intimes, discutait avec eux les incidents fâcheux qui pourraient se présenter, et, chose curieuse, il avait besoin d'une sorte d'encouragement, d'entraînement, communiqué par eux; bien plus, pour qui le connaissait à fond, cette préoccupation, cette inquiétude se manifestaient souvent dans l'exécution même de l'opération qu'il pratiquait. En apparence froid et impassible, il fixait de temps à autre l'aide préféré qui avait sa confiance, et il avait besoin pour continuer avec toute sa liberté d'esprit de cette approbation tacite, de cet encouragement muet qu'il lisait dans ses yeux. Enfin, détail bizarre, chez un chirurgien, il avait horreur du sang.

Chirurgien très élégant il eût volontiers opéré comme écrivait Buffon. On l'a vu, à la suite d'une opération, revenir à plusieurs reprises sur l'ennui que lui causait une tache sur une de ses manchettes et faire changer dans le cours d'une amputation du sein cinq ou six fois les alèzes afin de pouvoir, disait-il, voir clair à ce qu'il faisait. On ne trouvait pas en lui le type de ces chirurgiens d'attaque qui, au milieu du sang qui les aveugle, poursuivent néanmoins leur but, et possèdent pour ainsi dire un œil au bout du doigt.

Dolbeau opérait et voulait opérer comme il disait, comme il écrivait, c'est-à-dire clairement. Cette horreur instinctive du sang ne fut pas sans influence sur la nature des travaux de notre collègue et l'on peut voir, par quelques-unes des innovations qu'il introduisit dans la science et entre autres choses par la lithotritie périnéale, qu'il eût désiré pratiquer les opérations les plus compliquées sans effusion de sang. La rupture ou la lésion des gros vaisseaux au cours d'une opération le préoccupait par dessus tout, et on l'a vu maintes fois à l'amphithéâtre de Beaujon s'exercer à arracher, à énucléer des ganglions axillaires, sans léser les vaisseaux de la région.

On a accusé notre collègue d'amour exagéré de l'argent. On peut affirmer que cette allégation n'eut jamais rien de fondé. Un nombre considérable d'opérés de Dolbeau pourraient protester contre elle, et, à notre époque surtout où on a reproché à quelques-uns d'ériger en industrie l'art de guérir, on peut dire que Dolbeau apporta toute sa vie, dans la pratique de son art, la plus grande réserve et la plus grande dignité.

Dolbeau avait pour principe de ne jamais recevoir d'argent des artistes et des ministres d'un culte quelconque, soit catholique, soit protestant, soit israélite. Cette règle de conduite fut même un jour la cause d'un débat assez original. Dolbeau avait opéré à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, un grand vicaire dont la fortune était considérable. Le malade une fois guéri voulut honorer Dolbeau; sa position, disait-il, ne lui permettait pas de recevoir d'aumône. Il faut pourtant bien que vous l'acceptiez, Monsieur, repartit notre collègue, car j'ai pour principe de ne jamais recevoir d'argent des prêtres et si j'en acceptais de vous, ce serait humilier ce pauvre curé de campagne, votre voisin de chambre qui n'a pas un sou vaillant, et compte bien ne me rien offrir.

Dolbeau avait surtout en horreur profonde ces transactions louches, ces compromis douteux entre médecins et chirurgiens qui auraient pris, dit-on, depuis quelque temps, une certaine extension et à la faveur desquels, si l'on en croit la rumeur publique, certaines fortunes se seraient élevées au détriment de la considération, ce précieux apanage que notre compagnie a choisi pour devise. *E probitate decus*. Il s'élevait hautement contre de pareilles pratiques qui déshonorent, disait-il, le corps médical, et, la violence de son caractère aidant, se donnait parfois le plaisir d'exécuter un des membres de ces associations occultes. C'était un soir de concours à l'Hôtel-Dieu; Dolbeau sortant vers six heures fut arrêté au passage sur les marches de l'hôpital par un homme que sa cravate blanche et son costume sévère désignaient comme un praticien de la ville. Nous nous tenions à distance, et nous pouvions diagnostiquer à l'air aimable de notre collègue et aux signes d'adhésion qu'il donnait, qu'il s'agissait d'une opération proposée et acceptée; quand tout à coup la scène changea : Dolbeau se redressa furibond, le sourcil froncé : « Tenez Messieurs, nous cria-t-il en nous appelant du geste, regardez bien cet homme; c'est encore un de ces rabatteurs qui spéculent sur la bourse des malades et sur l'honneur des chirurgiens. Vous vous êtes trompé, Monsieur, ajouta-t-il en s'adressant au confrère confondu, je ne suis pas des vôtres; et il lui tourna le dos. »

Dolbeau est arrivé à son apogée. Il ne lui reste plus rien à envier, si ce n'est peut être l'Académie où il n'entrera qu'en 1872 avec 2 voix seulement de majorité sur Voillemier, et voici que déjà son étoile va pâlir et qu'une série de malheurs va battre sa fortune en brèche.

Un jour Dolbeau s'aperçut que les forces lui manquaient : il était surmené, se fatiguait avec une extrême facilité et se trouvait dans des conditions mauvaises ou toute affection devient grave. Une pleurésie compliquée de gangrène pulmonaire se manifesta. J'ai sous les yeux la relation remarquable qu'a faite de cette longue et douloureuse maladie notre excellent collègue et ami le Dr Millard, et je ne sais ce que l'on doit le plus admirer de la force d'âme et du courage qu'a montrés, à plusieurs reprises durant cette épreuve notre malheureux collègue, ou de l'habileté et du dévouement de ses médecins. Dès le début, il se sent fortement touché, se confie aux soins de Millard et de Béhier, accepte sans discussion leurs arrêts et se soumet sans hésiter à une première ponction. Cette ponction est sans effet. L'aiguille rencontre le tissu pulmonaire. Dolbeau se met à tousser, rejette

presque aussitôt un crachat aéré et sanguinolent : « Voilà le résultat de l'aspirateur, dit-il, froidement et sans amertume. »

Plus tard, quand Nélaton pratiqua une ponction à l'aide d'un gros trocard, il n'entra pas du premier coup dans le foyer et Dolbeau sentit qu'il fallait comme un second effort pour faire pénétrer l'instrument; quand cet obstacle fut vaincu : « Maître, s'écria-t-il, vous êtes dans la cavité. »

Cet admirable sang-froid se manifesta d'une manière plus étonnante encore quand Nélaton, jugeant l'opération de l'empyémie indispensable, la pratiqua le mercredi 4 mai. Cette opération faite *in extremis* eut quelque chose de solennel et de touchant. « Courage, mon ami, dit le vieux maître à notre collègue; mon bistouri a été quelquefois heureux dans des circonstances graves et je compte bien qu'il ne me trahira pas quand il s'agit de sauver mon élève préféré. » Et l'opération commença. Contre l'attente de Nélaton le sang jaillit en abondance. « C'est la mammaire externe, murmura Dolbeau. Une pince et du fil! »

Après avoir débridé en dehors (c'est Millard qui parle) l'opérateur s'arrêta, et pria Denonvilliers d'introduire à son tour le doigt dans la plaie. Tous deux sentirent le cœur battre sous leur index, de sorte que si Nélaton n'avait pas pris la sage précaution d'explorer les abords de l'orifice avant de débrider en dehors comme en dedans, il aurait pu blesser mortellement l'ami qu'il tenait tant à sauver.

On connaît la suite de cette intervention miraculeuse. Dolbeau entrait peu de jours après en convalescence et pouvait être transporté à la campagne.

Au mois de septembre 1870, Dolbeau quoique encore très affaibli ne voulut pas quitter la capitale investie; il supporta les privations du siége, put reprendre le 1er décembre une partie de son service hospitalier et le 1er février 1871 toutes ses occupations.

Cette opération, dont les résultats immédiats furent si remarquables, ne put cependant conjurer les conséquences désastreuses que la maladie devait déterminer par la suite.

A partir de ce moment, en effet, ses forces diminuent et son embonpoint augmente; son appétit excessif devient de la boulimie; l'exercice lui est extrêmement pénible; il essaye en vain comme ses amis le lui conseillent d'aller à pied de la rue du Louvre à Beaujon : il fait une fois ce trajet; mais il arrive épuisé, ne peut faire son service et ne veut plus recommencer. En même temps son caractère s'aigrit, sa vivacité devient de la colère : *Ira furor brevis*, a dit le sage. Cette appréciation n'a rien d'exagéré pour qui se souvient des accès auxquels se livrait Dolbeau pour des causes insignifiantes, fureur aveugle que rien ne pouvait maîtriser, qui ne reculait devant rien, à laquelle on ne pouvait opposer aucune digue et dont notre malheureux collègue se sentait la première victime. Une fois de sang-froid il se jurait de ne plus se laisser aller à la colère et peu d'instants après il s'irritait de plus belle.

C'est à cette irascibilité incurable qu'il faut attribuer la malheureuse aventure de l'hôpital Beaujon.

La Commune avait vécu. Les troupes régulières occupaient Paris et les fédérés, traqués de toutes parts, tentaient une fuite rendue bien difficile par la minutieuse surveillance dont ils étaient l'objet, ou cherchaient dans une maison amie un refuge qui leur était souvent fermé soit par crainte d'être compromis, soit par haine du passé. Le Parisien délivré ne savait comment faire expier aux fédérés la peur que, pendant de longs jours, ils lui avaient faite.

Pour plus d'un, en ce moment critique, les hôpitaux représentèrent ces lieux de refuge d'un autre âge où les criminels s'élançaient en criant asile, et où nourris par les moines qui n'étaient pas fâchés de jouer ce tour à l'autorité, ils bravaient pendant longtemps la hache ou la corde qui les attendait. Un vengeur de Flourens, un espion de Versailles peut-être, se cachait de la sorte dans le service de Dolbeau. Entré pendant la Commune, et jouissant pendant le règne de celle-ci d'une liberté étrange, il s'aperçut, dès le triomphe des troupes de Versailles que sa présence ne serait pas longtemps supportée; il prit les devants et disparut, non pas de l'hôpital, où il trouva moyen de se cacher, mais du service de Dolbeau dont les idées autoritaires, renforcées par le succès de l'ordre, ne pouvaient plus longtemps se plier à une tolérance qu'il considérait comme coupable. Il fallait cependant que la pancarte fut signée; on tenta de le faire, et on présenta à notre collègue une feuille sur laquelle le vengeur de Flourens s'était tout d'un coup transformé en chasseur à pied. Dolbeau s'aperçoit du stratagème et demande des explications. On hésite, on balbutie et au lieu de lui avouer franchement le but que l'on poursuivait : à savoir l'élargissement d'un soldat de la Commune, on cherche maladroitement à lui faire perdre sa piste en rejetant successivement sur chacune des autorités de l'hôpital la responsabilité du subterfuge. La colère de Dolbeau, sourde d'abord, éclate bientôt; il veut qu'on lui amène le malade, il le cherche lui-même, et rendu plus furieux encore par l'insuccès de ses recherches, il pénètre dans le cabinet du directeur et demande avec emportement si l'on entend se moquer de lui. Le lieutenant du poste accourt, demande des explications, dirige lui-même les recherches et finit par trouver son homme qu'il dirige sous bonne escorte vers la plus prochaine mairie. Triste victoire que Dolbeau regretta plus d'une fois. Funeste accès de colère, puisqu'il put faire oublier un moment à notre collègue que, pour nous, un malade de l'hôpital doit être un hôte et que la personne d'un hôte est sacrée.

Le fait fut aussitôt colporté, travesti, altéré; et bientôt en représenta partout Dolbeau comme un délateur, comme un pourvoyeur des conseils de guerre. Disons en passant que le héros de cette triste affaire, loin d'être fusillé, avait eu la chance de rencontrer, en sortant de Beaujon, le général Vinoy dont il avait été jadis l'ordonnance et qui l'avait fait élargir sur le champ.

Quoi qu'il en soit, un immense *tolle* s'éleva contre Dolbeau. La jeunesse des écoles, aussi généreuse dans ses aspirations qu'aveugle dans ses amitiés et dans ses haines, voulut faire expier au professeur le fatal mouvement de colère du chirurgien. On l'empêcha de faire son cours. Certes, j'ai vu à la Faculté bien des séances houleuses; mais je ne pense pas qu'il soit possible de rien imaginer de pareil au tumulte qui se produisit ce jour-là; et là encore, je dois le dire, Dolbeau fit preuve de ce sang froid imperturbable qui était plutôt chez lui l'effet de la volonté qu'une qualité naturelle. Il avait décidé qu'il ne céderait pas devant l'orage, et il ne céda pas.

Je le vois encore pâle mais impassible, muet devant le torrent d'injures dont on l'accablait, refusant avec une certaine hauteur les secours que lui proposaient ses collègues et faisant tête à cette horrible tempête durant une grande heure. Ce courage passif, cette inertie stoïque me frappèrent au plus haut point; j'admirai la puissance que l'homme, dans ces circonstances, peut exercer sur lui-même et la résistance qu'il est en mesure d'opposer à cette force terrible que l'on appelle la foule. La cabale organisée contre Dolbeau dura quelque temps, et l'on s'en émut en haut lieu; des ordres furent donnés et des mesures de répression furent prises. On ne fit entrer qu'un certain nombre d'étudiants munis de cartes et il se produisit bientôt ce phénomène qui est constant. Dès qu'on s'aperçut qu'il était difficile d'aller au cours de Dolbeau, tout le monde voulut y entrer. La paix fut faite et le calme se rétablit.

Nous voici arrivés à la dernière période de la vie de Dolbeau.

La terrible maladie qui a failli l'emporter, les souffrances morales que lui a causées la désaffection des élèves ont aigri son caractère et empoisonné sa vie.

Il vit de plus en plus seul; ses anciens amis lui portent ombrage, il voit partout des rivaux, des ennemis; se confiant à peine à un petit nombre de fidèles, il ne se livre plus. Une occupation lui est chère cependant : il a rêvé de satisfaire dans l'hôtel qu'il se fait construire aux idées de luxe et de bien-être qu'il a toujours nourries.

Dans son horreur pour tout ce qui est banal, il se plaît à orner cette demeure de modèles uniques, de tapisseries dont on a brisé les métiers, heureux de pouvoir posséder à lui seul des chefs-d'œuvre inédits; il contemple avec orgueil les chevaux de luxe qui habitent ses écuries, mais bientôt il puise dans ces jouissances mêmes une nouvelle source d'inquiétude et de chagrin. Dolbeau, grâce à sa fortune acquise, a fait face aux dépenses considérables de son installation fastueuse; mais ce n'est pas tout; il rêve de laisser sa famillle riche. Il veut gagner beaucoup d'argent; mais pour cela il faut se fatiguer beaucoup et Dolbeau ne sent plus comme jadis ses forces obéir à sa volonté de fer. Elles le trahissent à chaque instant.

Il refuse pourtant toute consolation et ses amis les plus chers qui l'ont entendu plusieurs fois s'écrier lorsqu'il se croyait seul, en se frappant le front : « Dieu, que je suis malheureux ! » sont cependant réduits au silence par la volonté absolue de Dolbeau de cacher son mal et de souffrir seul.

Il ne veut même pas qu'on l'interroge sur sa santé. Il continue avec un courage héroïque son cours à la Faculté, son service à l'hôpital, ses opérations en ville, et partout il arrive à donner le change et à dissimuler ses souffrances.

Sa consultation seule, dans son cabinet, avait éclairé quelques clients ou quelques amis sur l'étendue de la gravité de son mal. On le voyait écouter d'abord avec attention; puis bientôt son regard devenait vague; ses yeux se fermaient à demi et il tombait dans un état de somnolence intermédiaire entre le sommeil et la veille qui lui permettait de suivre ce qu'on lui disait, mais lui interdisait de prendre part à l'entretien.

Cet état maladif devait avoir une fin. Un jour, en donnant une consultation, il eut une syncope presque complète.

Il se rendit néanmoins à la Faculté où il fit passer des examens. De là, il se retira dans le vestiaire, souffrant, disait-il, de la tête, et s'assit complétement absorbé. Il resta seul dans cette salle, ce ne fut que vers six heures qu'il fut transporté chez lui dans un état de dépression extrême. Bientôt il perdit connaissance, une hémiplégie se manifesta et le lendemain Dolbeau mourait sans avoir recouvré l'intelligence. Il avait alors 47 ans, et le 10 mars 1877 vit s'éteindre cette vie si favorisée du sort à ses débuts, si tristement éprouvée à la fin.

J'ai terminé, Messieurs. Au moment de tracer le dernier mot de cet éloge, je me sens pris d'une certaine crainte et je me demande avec inquiétude si j'ai rempli la mission qui m'était confiée, et si je n'ai pas trop accentué les ombres du portrait de Dolbeau. Certes, la louange n'a pas été ma seule préoccupation, Dolbeau ne l'eût pas voulu. J'ai cherché à retracer la vie et le caractère de notre collègue avec ses qualités et ses imperfections; et j'espère qu'en relisant ces lignes, écrites sans passion, sans parti pris, on reconnaîtra que Dolbeau fut un chirurgien; bien plus, chose assez rare à notre époque où les caractères commencent à s'effacer, où les vertus comme les vices semblent taillés sur un modèle uniforme, Dolbeau fut un caractère, et suivant l'heureuse expression d'un de ses disciples les plus aimés et les plus fidèles: *ce fut un homme.*

Bibliothèque des internes en médecine de l'hôpital Tenon.

Legs Bourdon. — M. E. Bourdon, chirurgien des hôpitaux, dont le

monde médical déplore encore la perte si prématurée, vient de donner une nouvelle preuve de son ardent dévouement pour la science. Dans ses dernières volontés, il a légué, par une clause spéciale, toute sa bibliothèque aux internes de l'hôpital Tenon. C'est un noble exemple auquel to us les gens de cœur applaudiront et qui, nous l'espérons, trouvera des imita teurs.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

4e Trimestre.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE 1879, PAR M. LE Dr PASSANT

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	20	28	3	51
2e.	23	18	3	44
3e.	19	41	8	68
4e.	32	38	13	83
5e.	30	40	8	78
6e.	18	34	8	60
7e.	13	21	5	39
8e.	12	13	4	29
9e.	19	25	6	50
10e.	25	29	3	57
11e.	51	76	29	149
12e.	25	50	9	84
13e.	31	25	11	77
14e.	36	41	25	102
15e.	35	51	22	108
16e.	9	4	1	14
17e.	33	40	12	85
18e.	34	43	8	85
19e.	24	23	22	69
20e.	44	78	14	136
	533	728	207	1468

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	81	Eclampsie. Convulsions.	66
Croup	34	Névralgies	52
Coqueluche	2	Névroses	81
B		Epilepsie	23
Asthme	67	Aliénation mentale.	6
Affections du cœur.	33	Alcoolisme. Delirium tremens	8
Bronchites aiguës et chroniques	94	Tétanos	1
Pleuro-pneumonie.	55	**F**	
Congestion pulmonaire	23	Rhumatisme articulaire aigu	22
C		Affections éruptives	26
Affections et troubles gastro-intestinaux	101	Erysipèle de la face	2
Cholérine	7	Fièvre intermitt.	3
Dysentérie	4	Fièvre typhoïde	16
Athrepsie	4	Hémorrhagies	86
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	71	**G**	
Hernie étranglée	28	Plaies. Contusions	62
Rétention d'urine	17	Fractures. Luxations. Entorses.	31
D		Brûlures	4
Métrite. Métro-péritonite	24	Empoisonnements.	6
Métrorrhagie	38	Asphyxie	14
Fausse couche	35	Suicides	3
Accouchement. Délivrance	119		
Affections cérébrales. Paralysie	75	Mort à l'arrivée du médecin	43
		TOTAL	1468

La moyenne des visites par nuit a été de 16 3/10
Elle était de 11 pour le trimestre correspondant de l'an dernier.
Les hommes entrent dans la proportion de 36 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans pour 14 0/0.

Visites du 4e trimestre de	1878	937
— —	1879	1,468
Différence en plus		531

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 26. — 3e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Regnauld, Baillon, Gay ; — 2e *série* : MM. Gariel, G. Bergeron, Bourgoin. — 5e *de doctorat* (Charité) : MM. Verneuil, Olivier, Chantreuil.

MARDI 27. — 2e *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Lefort, Panas, Delens ; — (examen) : MM. Ball, Bouchard, Berger. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Lasègue, Pajot, Humbert ; — 2e *série* (Charité) : MM. Gosselin, G. Sée, Charpentier.

MERCREDI 28. — 1er *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Béclard, Verneuil, Cadiat. — 3e *de doctorat* . 1re *série* : MM. Wurtz, Baillon, Gay ; — 2e *série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 5e *de doctorat* (Charité) : MM. Broca, Potain, Chantreuil.

JEUDI 29. — 1er *de doctorat* : MM. Sappey, Richet, Duval. — 2e *de doctorat* : MM. Ball, Rigal, Humbert.

VENDREDI 30. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Terrier. — 3e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Regnauld, Wurtz, de Lanessan. — 2e *série* : MM. Baillon, Gariel, G. Bouchardat. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Depaul, Broca, Rendu ; — 2e *série* (Charité) : MM. Verneuil, Ollivier, Pinard.

SAMEDI 31. — 3e *de fin d'année* : MM. Jaccoud, Hallopeau, Delens. — 1er *de doctorat* : MM. Sappey, Robin, Duval. — 2e *de doctorat* : Laboulbène, Fernet, Richelot. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Ball, Pozzi ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Rigal, Charpentier.

THÈSES. *Lundi* 26. — 23. M. Darland : Traitement de l'érysipèle par le collodion. — 24. M. Alibert : Contribution à l'étude clinique du mal de Bright. — *Mardi* 27. — 25. M. Martinet : Difficulté du diagnostic des kystes hydatiques externes. — 26. M. Ott : Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais. — *Mercredi* 28. — 27. M. Lebec : Etude sur les tumeurs fibro-cystiques et les kystes de l'utérus. — 28. M. Powilewicz : Les dispensaires d'enfants malades. — *Jeudi* 29. — 29. M. Faille : De la vulvo-vaginite de l'enfance. — 30. M. Bedenne de Lalagude : Vaccin jennérien, vaccin de génisse. — 31. M. Berthelot : Du traitement du pannus par l'inoculation blennorrhagique, envisagé particulièrement en France. — 32. M. Richard : Etude sur les altérations des muscles striés dans la fièvre typhoïde. — *Vendredi* 30. — 33. M. Droulon. — 34. M. Chabrier : Etude sur le vitiligo.

Association des Médecins du département de la Seine.

L'assemblée générale annuelle aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le dimanche 25 janvier, à 2 heures très précises. Cette assemblée a pour objet : 1° la lecture du compte rendu de l'année 1879 par le secrétaire général ; 2° l'élection d'un président, de deux vice-présidents. Candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la *Commission générale* : *président*, M. Béclard ; *vice-présidents*, MM. Noël Guéneau de Mussy et Richet ; 3° Le tirage au sort des membres titulaires de la *Commission générale* et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1879. — Recettes :

Rentes 3 pour 100 et 5 pour 100	24,193 fr.	50
Cotisations	16,902	»
Admissions	276	»
Dons et legs	23,621	25
Reliquat de l'année 1878	231	»
Total	65,223 fr.	75

Dépenses et emploi :

Secours à huit sociétaires et à trente-huit veuves ou enfants de sociétaires	29,800 fr.	»
Secours à vingt et une personnes étrangères à l'Association.	2,525	»
Recouvrement des cotisations	500	»
Frais d'impression	901	10
Ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	450	30
Achats de rentes	30,858	95
Total	65,035 fr.	35

Balance.

Recettes	65,223 fr.	75
Dépenses	65,035	35
Reste	188 fr.	40

Caisse des pensions viagères. — Recettes.

Report de l'année 1878	101 fr.	80
Dons	25	»
Intérêt des sommes placées	347	75
Total	474 fr.	55

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et RIBEMONT commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 2 février, à 4 heures 1/2. Ce cours sera complet en deux mois et sera divisé en quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique. — 2° Accouchement. — 3° Opérations et dystocie. — 4° Exercices cliniques et opératoires. S'adresser, pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours d'accouchements. — MM. PORACK et LORIOT continuent leur cours théorique et pratique d'accouchements. S'adresser de 4 à 5 heures, 10, rue Hautefeuille.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 9 au jeudi 15 janvier, les naissances ont été de 1,206, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : Légitimes, 459 ; Illégitimes, 151. Total 610. — *Sexe féminin* : Légitimes, 424 ; Illégitimes, 172. Total 596.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,091,565. — Du vendredi 9 au jeudi 15 janvier les décès ont été au nombre de 1,269, savoir 633 hommes et 636 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 9. F. 8. T. 17. — Variole : M. 30. F. 31. T. 61. — Rougeole : M. 3. — Scarlatine : M. 1. F. 2. T. 3. — Coqueluche : M. 1. F. 2. T. 3. — Diphthérie. Croup : M. 21. F. 20. T. 41. — Erysipèle : M. 3. F. 3. T. 6. — Affections puerpérales : F. 3. — *Autres maladies* : Bronchite aiguë : M. 47. F. 30. T. 77. — Pneumonie : M. 61. F. 63. T. 124. — Phthisie pulmonaire : M. 93. F. 76. T. 169. — Diarrhée infantile : M. 18. F. 15. T. 33. — Autres causes : M. 346. F. 383. T. 729.

Morts-nés et prétendus tels, 97, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* Légitimes, 29. Illégitimes, 24. Total : 53. — *Sexe féminin* : Légitimes, 29. Illégitimes, 15. Total 44.

Val-de-Grace.— Un concours s'ouvrira à Paris, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 10 février 1880, pour l'admission dans le service hospitalier des médecins-majors de première et de deuxième classe appartenant au corps de troupes.

Hopitaux de Toulouse. — M. le Dr Cadine est nommé chef-interne de l'Hôtel-Dieu-Saint-Jacques en remplacement de M. le Dr Guilhem, médecin-adjoint des hôpitaux.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret en date du 20 janvier 1880, la chaire d'hygiène et de physique médicale de la Faculté de médecine de Nancy, prend le titre de chaire médicale. — Par décret portant la date du 21 janvier, M. Charpentier, professeur d'hygiène et de physique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur de physique médicale.

Faculté de médecine de Lille. — Par décret en date du 20 janvier 1880, M. Halley, chargé du cours de pathologie, interne à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

Académie de médecine de Turin. — *Prix*.— L'Académie royale de médecine de Turin vient de publier le programme relatif au prix de 20,000 fr. institué par le professeur Alexandre Riberi pour être distribué par ce corps savant tous les cinq ans. Le sujet de ce concours, qui comprendra les travaux manuscrits ou imprimés, parus depuis 1876 jusqu'au 31 décembre 1881, est la *Physiologie pathologique du sang*.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le Dr Dupin (Georges), d'Ervy (Aube), membre correspondant de la Société académique de l'Aube, reçu en 1825, décédé le 5 janvier 1880, à l'âge de 80 ans. — M. le Dr Marchand (Marie), né à Constantinople, est décédé dans cette ville à l'âge de 71 ans. Marchand a légué sa bibliothèque à la Société impériale de médecine de Constantinople, qu'il a contribué à fonder, il y a 22 ans. (*Fr. médicale*.)

Viennent de mourir à Oloron (Basses-Pyrénées), le 6 janvier, à l'âge de 88 ans, Henri Bastien, un des derniers survivants de la grande armée où il servait comme aide-chirurgien ; et, le 15 janvier, à la veille d'accomplir sa 81e année, le Dr Pierre Broca (médaille d'or, épidémie cholérique de 1885 ; décoré en 1864), vrai « médecin des pauvres », l'ami de tous ses malades. Ces deux vaillants octogénaires faisaient encore leur « tournée » trois ou quatre jours avant leur mort.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement expirait à cette date de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. — Nous avons l'honneur de les prévenir qu'à partir de ce jour ils pourront nous adresser le montant de leur renouvellement, par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'auront aucuns frais à payer en sus du montant de leur renouvellement. En raison de la grande facilité que ce nouveau mode d'abonnement leur donnera nous prions nos abonnés, dont l'abonnement a pris fin* **le 31 décembre**, *de bien vouloir nous adresser de suite leur renouvellement.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions encore nos abonnés de joindre à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1879 de nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

A. COCCOZ, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Tillot (E.). — De l'arthritis et des arthritiques. Brochure in-8° de 32 pages. Paris, 1880.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *janvier* viennent de paraître. Un an : 18 fr., départements: 20 fr.

Chevallereau (A.). — Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à des traumatismes cérébraux. Vol. in-8° de 60 pages. Prix 2 fr. Paris, 1879.

Combe (A.). — De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire. Vol. in-8° de 60 pages. Prix 1 f. 50. Paris, 1879.

Dumontpallier. — La métalloscopie, la métallothérapie ou le burquisme. Brochure in-8° de 40 pages. Prix 1 fr. 50. Paris, 1880.

Fabre (A.). — Les relations pathogéniques des troubles nerveux. Vol. in-8° de 530 pages. Prix 8 fr. Paris, 1880.

Gérard (J.). — Conseils d'hygiène et d'alimentation pour tous les âges de la vie. Vol. in-8° de 480 pages. Prix 5 fr. Paris, 1880.

Grasset (J.). — Des localisations dans les maladies cérébrales. Vol. in-8° de 336 pages avec 6 planches lithographiées et 8 figures dans le texte. Prix 9 fr. Paris, 1880.

Gubler (A.). — Leçons de thérapeutique recueillies par le Dr Leblanc (F.). Deuxième édition. Vol. in-8° de 650 pages. Prix 10 fr. Paris, 1880.

Langlebert (J.). — Nouveaux procédés de dilatation des rétrécissements de l'urèthre. Vol. in-8° de 130 pages. Prix 3 fr. Paris, 1880.

Latil (V.). — Etude sur la phtisie pulmonaire chez les arthritiques. Vol. in-8° de 100 pages. Prix 2 fr. 50. Paris, 1880.

Lemoine (J.). — Traitement local de l'angine diphtéritique par les injections directes de coaltar saponiné le Beuf. Brochure in-8° de 40 pages. Prix 1 fr. 50. Paris, 1880.

Marshall (A.). — Du rétrécissement mitral, sa fréquence plus grande chez la femme que chez l'homme. Vol. in-8° de 42 pages. Prix 2 fr. 50. Paris, 1879.

Péan (J.). — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Gros vol. in-8° de 1,180 pages avec 141 figures dans le texte. Prix 15 fr. Paris, 1880.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *janvier* est paru: Un an : Paris, 18 fr. Départements, 20 fr.

Librairie G. MASSON, éditeur, boulevard Saint-Germain.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction du Dr Dechambre. La seconde partie du Tome xxiii, de la *première série* cris-crus renferme, entre autres, les articles suivants : Croisements, par Dally. — Croissance, par Dally. — Croup, par Archambault. — Crucifères, par Baillon. — Nerf crural, par Gilette. — Artère crurale ou fémorale, par Gilette.

Burggraeve. — Nouveau manuel pratique de médecine dosimétrique. Vol. in-12 de 232 pages. Prix : 1 fr. Paris, 1880.

Morice (J.). — Mémorial de médecine dosimétrique vétérinaire. Vol. in-12 de 204 pages. Paris, 1879. Prix : 1 fr.

Rodrigues dos santos. — Recherches sur la cause du retard de l'accouchement dans les cas de présentations pelviennes et des moyens d'y remédier. Typ. de G. Leuzinger et Filhas, ouvridor, 31, à Rio de Janeiro, Brésil.

Harrison (Reginald). — Clinical lectures on structure of the uretha and other disorders of the urinary organs. Churchill new Burlington street, London.

Saint-George's hospital reports, vol. IX 1876-78. London. J. et A. *Churchill*, new Burlington street, 1879.

Thomas's hospital reports, vol. IX. London, *Churchill*, new Burlington street, 1879.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. le professeur Peter : Visite à 9 heures ; consultation, mercredi. — Salle Saint-Michel (H.) : 2, péritonite tuberculeuse ; 6, rhumatisme noueux ; 7, tuberculose aiguë bronchopneumonique ; 9, insuffisance et rétrécissement mitral ; 11, péricardite tuberculeuse ; 17, endocardite végétante ; 21, insuffisance aortique ; 28, pneumonie double ; 32, delirium tremens. — Salle Notre-Dame (F.) : 4, hémianesthésie hystérique ; 5, corps fibreux de l'utérus ; 10, pelvi-péritonite chronique ; 29, rétrécissement mitral ; 31, myocardite chronique ; 42, hypertrophie de la rate.

Service de M. Gallard : visite à 9 heures ; consultation mardi ; spéculum jeudi. — Salle Rosaire (F.) : 1, pneumonie ; 5, pelvipéritonite ; 9, paralysie faciale ; 13, pleurésie, bronchite, 14, rétroversion ; 26, bronchopneumonie ; 32, pneumonie ; 33, rétroflexion ; 34, fièvre typhoïde ; 36, néphrite parenchymateuse ; 39, rétroflexion ; 40, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Athanase : 9, empoisonnement par l'ammoniaque ; 10, pleurésie ; 11, rétrécissement mitral ; 18, pleurésie purulente ; 20, pneumonie double ; 21, tuberculose, monoplégie brachiale, accès épileptiformes ; 29, pleurésie ; 32, pneu-

monie; 34, pneumonie caséeuse; 35, obstruction intestinale; 36, néphrite interstitielle; 49, pneumonie; 54, pleurésie; 55, rhumatisme aigu.

Service de M. Dumontpallier : visite à 8 h. 1/2. — Salle Sainte-Eugénie (F.) : 6, érysipèle de la face, 9, hématocèle utérine; 13, atrophie musculaire progressive; 17, chlorose; 20, hémiplégie droite, aphasie; 46, gangrène du pied gauche. — Salle Saint-Raphaël (H.). — 1, carcinome gastrique; 3, myélite syphilitique; 14, gangrène pulmonaire guérie; 22, paralysie motrice et anesthésie générale et sensorielle du côté gauche par lésion cérébrale, emploi des aimants; 22 *bis*, néphrite interstitielle.

Service de M. Lancereaux : visite à 9 heures. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 3, tuberculose des voies génitales digestives et respiratoires, syphilis; 9, mal de Pott; 13, trouble trophique des extrémités, intoxication plombique; dilatation de l'aorte, aortite généralisée; 24, paralysie générale; 28, fièvre typhoïde; 32, dyspepsie; 34, dilatation bronchique; 37, ictère catarrhal; 40, fibrôme du foie; 45, pleurésie, thoracentèse; 51, intoxication par la nicotine. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 8, insuffisance mitrale; 23, néphrite épithéliale; 32, pneumonie; 30, paralysie faciale, syphilis; 34, insuffisance aortique; 38, insuffisance et rétrécissement aortique.

Service de M. le professeur Lasègue : visite à 9 heures; jeudi, clinique à l'amphithéâtre; vendredi, chimie physiologique; samedi, leçon sur malade; mercredi, anatomie pathologique du poumon. — Salle Saint-Charles (F.) : 3, duodénite avec ictère; 5, épilepsie; 15, ramollissement cérébral; 19, sclérose antéro-latérale; 27, pleurésie; 28, périarthrite rhumatismale; 23, kyste sarcomateux de l'ovaire; 33, étranglement interne; 34, rhumatisme articulaire; 35, bronchite éruptive; 37, hystéro-épilepsie; 38, hystérie; 39, rhumatisme génital. — Salle Saint-Paul (H.) : 3, fièvre typhoïde; 5, phtisie laryngée; 9, hystérie; 12, sciatique; 14, bronchite et emphysème; 17, cirrhose alcoolique; 18, névrite ascendante avec atrophie du bras gauche; 19, tuberculose généralisée; 34, cancer de l'estomac; 32, albuminurie; 22, vertige épileptiforme.

Service de M. le professeur Brouardel : visite à 8 h. 1/2; spéculum le mardi; consultation le jeudi. — Salle Sainte-Claire (F.) : 2, urticaire; 7, péricardite, grippe; 8, insuffisance mitrale, grossesse; 13, pneumonie gangréneuse; 23, asthme; 24, corps fibreux; 30, sclérose en plaques; 33, scarlatine; 35, chlorose; 38, bronchite chronique, dilatation du cœur droit; 45, aphasie, hémiplégie droite; 46, carcinôme stomacal; 47, paralysie syphilitique de la troisième paire. — Salle Saint-Benjamin : varioleux.

Service de M. Polaillon : visite à 9 heures; consultations, lundi, mercredi, vendredi; opérations, mardi, jeudi, samedi. — Salle Saint-Jean (F.) : 2, kyste de la glande de Bartholin; 3, lymphosarcome du cou; 5, kyste de la fosse iliaque; 9, coxalgie; 21, fracture du bassin; 24, kyste de l'ovaire. — Salle Saint-Gabriel (H.) : 3, luxation de l'épaule; 9, résection du maxillaire supérieur; 11, phlegmon diffus du bras; 13, pustule maligne; 16, prostatite; 29, contusion cérébrale; 30, coxalgie; 33, fistule à l'anus; 34, fracture de jambe; 44, érysipèle phlegmoneux; 46, angioleucite profonde.

Service de M. le professeur Verneuil : visite à 9 heures; clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi; consultations, mardi, jeudi, samedi. — Salle Saint-Augustin (F.) : 3, contusion de la hanche, simulant une fracture du col du fémur; 5, collection liquide de la fosse iliaque gauche; 16, amputation du sein; 18, épithélioma du col de l'utérus. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, ostéo-périostite du radius; 2, résection du coude; 5, torticolis; 9, fracture du radius; 12, fracture de la rotule; 14, hydarthrose du genou; 16, hydarthrose du genou, kyste poplité; 20, épithélioma du larynx, laryngotomie crico-thyroïdienne; 21, contusion de la hanche; 22, fracture de jambe; 24, contusion du rein; 23, laryngite chronique; 25, contusion de la cuisse, hydarthrose; 30, hydrocèle; 33, ablation de la langue; 54, fracture compliquée.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Millard. — Salle Saint-Louis : 3, dothiénenthérie; 5, néphrite catarrhale; 6, hémorrhagie cérébrale; 14, pleuropneumonie gauche; 17, pyélonéphrite calculeuse; 21, insuffisance mitrale; 22, pleurésie enkystée du sommet gauche; 25, pneumonie du sommet. — Salle Sainte-Marthe : 7, syphilis laryngée; 10, érysipèle de la face; 12, fièvre typhoïde; 15 *bis*, pneumonie, affection mitrale; 18, phlegmon du ligament large; 20, affection mitrale, ascite.

Service de M. Guyot. — Salle Saint-François : 1, pneumonie droite; 4, pneumonie gauche, alcoolisme; 4 *bis*, néphrite mixte; 9, pleurésie droite; 13, cirrhose; 14, pleurésie droite, thoracentèse; 19, emphysème, œdème et purpura cachectique; 20, colique néphrétique; 25, affection cardiaque; 27, scorbut. — Salle Sainte-Claire : 1, hématocèle périutérine; 6, ulcère simple de l'estomac; 11, rétention du placenta, résorption putride en voie de guérison; 17, pelvi-péritonite; 23, hystérie; 28, fièvre typhoïde; 35, grippe.

Service de M. Gombault. — Salle Beaujon : 4 *bis*, insuffisance mitrale et aortique; 7, sclérose veineuse généralisée; 10 *bis*, méningo-myélite; 13 *bis*, gastrite alcoolique, ulcère simple; 14, paralysie saturnine; 14 *bis*, emphysème généralisé; 20 *bis*, bothriocéphale; 22, néphrite parenchymateuse. Salle Sainte-Monique : 3, chlorose et tuberculose : 8, cancer de l'intestin; érysipèle de la face; 9 occlusion intestinale; 10, pneumonie lobaire chez un vieillard; 16, goître exophtalmique.

Service de M. Lefort. — 1er pavillon : 2, fistule uréthro-périnéale; 3, fracture de la rotule, appareil Lefort; 5, fracture compliquée de jambe; 12, fracture ancienne non consolidée; 11, ulcère phagédénique de la jambe gauche. — Salle Sainte-Clotilde : 1, périostite albumineuse; 3, fracture bi-malléolaire; 5, tumeur blanche du genou; 7, sarcôme du sein droit; 10, kyste de l'ovaire uniloculaire avec poussées de péritonite partielle; 11, kyste hydatique du foie ouvert par les caustiques; 18, ganglions tuberculeux suppurés; 22, résection de l'épaule; 30, kysto-sarcôme du sein droit; 34, fistule stercorale de l'aine.

Service de M. Tillaux. — 2e pavillon : 22, amputé de cuisse, dix-huit

tième jour ; 27, épanchement de sérosité ; 28, coxalgie ; 34, anus contre nature ; méthode de Callisen ; 37, phlegmon diffus du bras; 42, désarticulation du poignet ; 45, hématôme profond de la fesse ; 47, abcès urineux ; 49, orchite double, suite de dilatation de l'urèthre par des bougies ; 55 *bis*, fracture de l'extrémité externe de la clavicule, luxation acromio-claviculaire du même côté. — Salle Sainte-Agathe : 1, tarsalgie ; 2, polype intra-cervical de l'utérus ; 3, phlegmon périvésical ; 6, fracture de l'extrémité inférieure du radius ; 10, kyste de l'ovaire ; 11, kyste de la rate ; 13, métrite du col ; 14, hernie étranglée, kélotomie 10e jour ; 16, goître hypertrophique, accès de suffocation ; 17, fibrômes de l'utérus.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. MARTINEAU. — Clinique gynécologique du mercredi, 9 h., salle Saint-Alexis. — 1. Syphilis. Diaphragme transversal traumatique du vagin. — 6. Syphilis. Cloisonnement transversal du vagin. — 16. Vulvite ulcéreuse blennorrhagique, uréthrite. Végétations. Métrite chronique. Adénolymphite et périlymphangite droites.

Samedi, Clinique syphilographique 9 h., salle Saint-Louis. — 8. Syphilis. Chancre de la fosse naviculaire. Syphilides papuleuses de la grande lèvre gauche, syphilide acnéique de la droite. Métrite. — 19. Syphilis. Métrite. Syphilide vulvaire. Périostose de l'acromion gauche. Otite. — 28. Eczéma de la vulve et du col utérin.

VERSAILLES. — IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 5. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 31 JANVIER 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

De la Scarlatine (*Suite*) (1).

Leçons recueillies par M. CHAUFFARD, interne du service.

Messieurs,

Cette maladie a trois déterminations principales : l'une vers la peau, qui constitue l'exanthème ; une seconde vers la gorge, qui constitue l'angine, laquelle n'est autre chose qu'un exanthème ; et, enfin, la troisième du côté des reins, d'où résulte une néphrite. Cette dernière peut être légère et passer inaperçue si on ne recherche pas la présence de l'albumine dans les urines. Mais, très souvent, elle donne lieu à l'anasarque qui attire toute l'attention du praticien ; et qui avait été connue longtemps avant que l'on sût la rapporter à sa véritable cause. L'anasarque est fréquente à la suite de la scarlatine, c'est à cette dernière qu'il faut penser dès qu'on en observe un exemple chez un enfant. On peut, en effet, dire que, neuf fois sur dix, les anasarques que l'on observe à cet âge sont consécutives à la scarlatine. Il y en a qui dépendent de néphrites primitives par refroidissement, mais elles sont rares. D'autres, plus rares encore, sont celles que l'on observe chez des enfants qui n'ont pas de néphrite et ont été simplement exposés à un refroidissement considérable d'où est résulté un trouble des fonctions de la peau. Lors donc que vous verrez un de ces enfants à face bouffie et qui ont un œdème dur, plus ou moins généralisé, pensez tout d'abord, comme cause première, à la scarlatine, quitte à rectifier ce jugement par l'examen ultérieur du malade. Nous avons un très bel exemple de cette complication chez un garçon de 7 ans 1/2, couché au n° 12 de la salle Saint-Louis. Il a eu la scarlatine très nettement accusée, est entré en convalescence, et on l'a laissé se lever au dixième jour. Je vous engage à noter cette particularité, parce que c'est là qu'il faut voir la cause occasionnelle des accidents. Il est bien vrai qu'on ne l'a pas laissé quitter la chambre, mais il n'est pas douteux qu'il y a pris un refroidissement. Il a été saisi de fièvre, de mal de tête et de vomissements, puis est survenu l'œdème. Je vous engage aussi à noter ces particularités. Sans doute, la néphrite peut ne pas provoquer les symptômes réactionnels ci-dessus indiqués, mais, chaque fois que vous les rencontrerez chez un enfant en convalescence d'une scarlatine forte ou faible, songez à l'imminence d'une complication et particulièrement à celle de la néphrite. Chez cet enfant l'anasarque s'est montrée dans la troisième semaine après l'apparition de l'éruption, et c'est ainsi que les choses se passent souvent. Ce n'est pas, en effet, pendant la période éruptive que l'anasarque se montre le plus souvent. Elle peut apparaître pendant la première semaine, mais elle est beaucoup plus fréquente au cours de la deuxième et de la troisième. Voici une statistique empruntée à une monographie sur la scarlatine, due à un médecin anglais, le Dr Tripe.

320 cas d'anasarque scarlatineuse se sont répartis de la façon suivante :

	Nombre des cas.	Proportion pour 100.
1re Semaine —	31, dont 18 le 7e jour	9,59
2e —	123, dont 70 le 14e jour	38,08
3e —	112, dont 40 le 21e jour	34,66
4e —	37	11,47
5e —	14	4,34
6e —	2	
7e —	1	

C'est donc à partir de la fin de la première semaine jusqu'à la fin de la troisième, que l'anasarque scarlatineuse se produit surtout, et c'est pendant cette période que vous devrez surveiller les enfants. J'ai eu l'occasion de vous dire qu'il fallait garder les enfants au lit et les y entourer de précautions, pour prévenir toutes les chances de refroidissement. Cette sollicitude doit s'étendre jusqu'à la fin de la quatrième semaine et même au-delà, puisque vous voyez que 4,34 p. 100 des anasarques de notre statistique se sont produites pendant la cinquième semaine. Le petit malade du n° 12, me direz-vous, n'a pas pu se refroidir, puisque, s'il est vrai qu'on l'ait laissé se lever à partir du dixième jour, on l'a tenu à la chambre. Il faut bien tenir compte, que, dans les conditions spéciales où se trouve l'enfant à la période de desquammation, l'impression du froid doit se faire sentir avec la plus grande facilité. On a attribué l'anasarque aux troubles des fonctions cutanées et il est très admissible qu'il en soit ainsi chez des enfants dont l'épiderme tombe, pour être remplacé par un nouveau revêtement épidermique, naturellement bien plus sensible au froid. Que faut il penser d'une autre opinion qui voulait voir dans l'anasarque une sorte de crise, un phénomène complémentaire destiné à suppléer à l'insuffisance de l'éruption? Pour que cette manière de voir fût soutenable, l'anasarque ne devrait pas se produire à la suite des scarlatines à éruption intense, et on voit, fréquemment, le contraire avoir lieu. Pourtant, le fait d'observation clinique qui a donné lieu à cette théorie est peu contestable, c'est que l'on voit l'anasarque survenir plus souvent au cours d'une scarlatine bénigne, à éruption peu prononcée et même fugace, qu'à la suite d'une scarlatine très intense. Mais je pense que, sans se livrer à une hypothèse que rien ne justifie, on peut donner de ce fait une explication beaucoup plus simple, que voici : C'est que cette fréquence, à la suite de scarlatine bénigne, tient à ce qu'on néglige pour celle-ci les soins que je vous ai recommandés pendant la convalescence, tandis que, guidé seulement par les apparences, on est beaucoup plus attentif pour une scarlatine grave. On garde moins les malades contre le froid quand l'éruption a été légère. C'est là, je crois, la véritable explication, et ce m'est une nouvelle occasion de vous recommander d'être aussi vigilants pour les suites de la scarlatine dans un cas que dans l'autre. La tendance à l'anasarque a été aussi attribuée à une altération du sang, propre au génie de la scarlatine, tendance plus grande dans certaines épidémies que dans d'autres. Il est effectivement admis, en pareil cas, qu'il existe une altération du sang, mais celle que nous connaissons n'est point due au génie épidémique scarlatineux, mais bien à l'influence de la néphrite qui existe dans tous les cas d'anasarque. Je dis dans tous les cas, bien qu'on en ait cité où on n'a pu découvrir dans l'urine les preuves de l'existence de la néphrite et de toutes la plus grossière, c'est-à-dire la présence de l'albumine. Ce sont des observations à revoir. Pour le moment, nous admettons qu'en cas d'anasarque il y a toujours néphrite et que c'est même celle-ci qui est la véritable complication, les épanchements séreux étant sous sa dépendance, un de ses symptômes. De tous temps, on avait noté la coïncidence de l'anasarque et de l'albuminurie, mais ce n'est que depuis les travaux de Bright qu'on en a fait une dépendance de l'affection rénale. Etant donnée une scarlatine, je le répète, la cause occasionnelle puissante de l'affection rénale c'est le froid, ou plus exactement les refroidissements. Le froid agit ici comme il le fait pour produire la néphrite primitive, et, au fond, celle-ci et la néphrite scarlatineuse sont une même maladie. Il y a pourtant des différences entre les deux, et on a même voulu s'en servir pour nier l'identité de ces deux affections rénales. Ainsi, il

(1) Voir les nos 49 et 50 de 1879.

est vrai que dans la forme scarlatineuse l'hématurie est beaucoup plus fréquente ; il est également vrai, et cela est très heureux pour les malades en même temps que très important à savoir pour le médecin, que la néphrite secondaire à la scarlatine est beaucoup moins grave que la forme primitive, guérit le plus souvent d'une manière complète et ne passe que rarement à la forme chronique. C'est un des exemples où l'on voit les conséquences les plus intimes d'une maladie, telles que les lésions anatomiques, se comporter différemment suivant que leur cause première est différente. Si le froid est la cause occasionnelle commune, l'influence de la scarlatine n'en est pas moins réelle et modifie le résultat final. Quelle est la nature de la lésion rénale ? est-elle unique ou bien peut-on observer dans ces conditions les diverses formes de néphrites? Les micrographes ne paraissent pas avoir parfaitement résolu la question. Chez notre malade, nous avons constaté l'existence d'une véritable néphrite parenchymateuse, l'urine contenait, outre l'albumine, des cylindres fibrineux et quelques éléments figurés du rein. Cette urine contenait très peu d'urée et était rendue en petite quantité ; ainsi l'enfant, le jour de son entrée, n'en a rendu guère plus de 150 grammes et celle-ci contenait une très faible proportion d'urée. Dans ces conditions, il y a altération du sang par rétention des matières excrémentitielles, habituellement rejetées à travers le filtre rénal.

L'invasion de l'anasarque, ou plutôt de la néphrite qui en est la cause, est généralement marquée par les symptômes que vous avez notés chez notre malade : fièvre, mal de tête, vomissements plus ou moins accusés ; quelquefois, ils sont très peu prononcés et peuvent même manquer, auquel cas l'invasion se fait silencieusement. Mais, chaque fois que vous les observerez pendant la période de desquammation, pensez à la complication qui nous occupe. Au point de vue clinique, il importe de savoir qu'il y a deux formes d'anasarque, l'une fébrile, comme vous l'avez vu chez notre malade qui avait 40° de température, et une autre sans fièvre. Le traitement différera suivant qu'il s'agira de l'une de ces formes ou de l'autre. Le début de l'œdème se fait par la face, où il peut rester limité. Vous en avez vu un exemple chez une petite fille couchée au n° 13 de la salle Sainte-Geneviève, qui vient d'avoir une scarlatine des plus bénignes et que vous voyez aujourd'hui avec un œdème limité à la face où il existe depuis deux jours, sans avoir gagné d'autres parties. Le plus habituellement, l'œdème s'étend au tronc et aux membres, pour constituer l'anasarque. Celle-ci peut exister seule et c'est même fort heureusement ce qui a lieu dans les trois quarts des cas. Je dis heureusement, parce qu'en pareille circonstance la guérison est la règle pour peu que la maladie soit raisonnablement soignée.

Cet œdème est toujours dur, résistant sous le doigt. Dans le reste des cas, il se fait des épanchements séreux dans les parenchymes et surtout dans les séreuses, ce qui donne tout de suite à la complication un caractère de gravité, variable d'ailleurs, suivant l'importance des parties, siége de l'épanchement. Ainsi se produirait l'œdème du poumon que Legendre regardait presque comme constant, ce qui n'est pas. Ici vous pouvez constater la parfaite intégrité du tissu pulmonaire chez notre malade. Des épanchements séreux, qu'il n'est pas rare d'observer, sont l'hydrothorax, l'ascite, et, à un degré beaucoup moindre, l'hydropéricarde. Vous avez pu constater, chez notre jeune malade, un épanchement ascitique facile à trouver.

Des accidents beaucoup plus graves, et dignes de tout votre intérêt, sont ceux qui se montrent du côté du système nerveux et qui ont été attribués à l'hydrocéphalie, mais que l'on explique actuellement par l'urémie ou empoisonnement du sang par la rétention des matières excrémentitielles que rejette habituellement l'urine. Ces accidents sont décrits sous le nom d'encéphalopathie scarlatineuse, et vous les devez redouter quand vous voyez un enfant atteint d'anasarque rendre de moins en moins d'urine, présenter une céphalalgie intense, des vomissements, un certain degré d'amblyopie, dans quelques cas, un pouls irrégulier. Ainsi, pour ce qui concerne notre jeune malade, je ne suis pas absolument tranquille, parce qu'il conserve un violent mal de tête, qu'il vomit tout ce qu'il prend et que son pouls s'est abaissé d'une façon que n'explique pas l'administration de 0,10 centigrammes de feuilles de digitale en infusion, que j'ai fait suspendre d'ailleurs. Ce qui me tranquillise, c'est que la quantité d'urine rendue a été depuis hier beaucoup plus considérable, ce qui me fait encore espérer une nouvelle augmentation ; après quoi, nous verrons probablement les autres symptômes diminuer.

Il y a bien un autre symptôme qui pourrait être rassurant, c'est un commencement de diminution de l'anasarque, mais comme on a noté que, fréquemment, les accidents cérébraux suivaient cette diminution, il y a lieu d'être réservé. L'encéphalopathie scarlatineuse se traduit par des convulsions beaucoup plus fréquentes que par toutes les autres manifestations, dans la proportion de 11 à 3, par du coma ou bien par une forme mixte. Ce serait nous étendre outre mesure que d'entrer dans la description de chacune de ces formes. Vous observerez le plus souvent, un grand accès convulsif ressemblant à celui qui se produit chez les femmes en couches ou dans l'épilepsie, il sera suivi d'un assoupissement plus ou moins profond ou de coma, puis après un temps de repos, les convulsions recommencent. Il peut n'y avoir qu'un seul accès et le danger être terminé en très peu de temps, mais il peut se produire une série d'accès qui durent jusqu'à 24 heures avant que le malade reprenne connaissance ou succombe. En général, quand la connaissance a reparu bien complète, tout danger a disparu. Il est rare de voir les malades succomber pendant les convulsions. La mort survient habituellement pendant le coma, et la forme comateuse a été regardée comme plus grave que la forme convulsive; il s'y joint aussi, assez souvent, les accidents dyspnéiques de l'urémie. D'ailleurs, la gravité de ces cas, quoiqu'étant très grande, l'est moins qu'on n'aurait pu le supposer. Ainsi le Dr Louis Monod, dans sa très remarquable thèse sur ce sujet, rapporte 29 cas qui ont donné sept décès; proportion importante, sans doute, mais moindre que la gravité des symptômes n'aurait pu le faire craindre.

Sans entrer dans plus de détails, je vais vous exposer le traitement qui a, il est juste de le reconnaître, une très grande influence sur le résultat final.

Si vous avez affaire à une anasarque active comme celle qui fait le sujet de cet entretien, n'hésitez pas à instituer un traitement franchement antiphlogistique. Vous avez vu que j'avais fait poser des ventouses scarifiées sur les régions lombaires et jusque sur les flancs, dans le but de décongestionner les reins et le système sanguin. Si les symptômes ne s'étaient pas amendés, j'aurais fait saigner cet enfant. —Bien que la saignée soit généralement, trop généralement, proscrite de la thérapeutique, surtout chez les enfants, il est des cas où ses effets sont des plus remarquables et la néphrite aiguë qui suit la scarlatine est du nombre. En même temps, nous avons administré un purgatif drastique, car, en pareil cas, il faut d'agir puissamment sur le tube digestif de façon à produire une perte de liquide abondante et les drastiques sont indiqués ; un des plus efficaces est l'eau-de-vie allemande, que les enfants prennent très bien quand on l'associe à parties égales avec du sirop d'écorces d'orange. Il résulte de ce mélange une sorte de liqueur que les petits malades prennent bien volontiers. Elle a été vomie peu de temps après son ingestion, mais parce que l'enfant vomissait à peu près tout ce qu'il ingérait. Je n'en ai pas, d'ailleurs, éprouvé un grand désappointement parce qu'il avait spontanément de la diarrhée. C'est une heureuse condition dans les cas où l'excrétion urinaire est insuffisante : le flux intestinal paraît constituer une fonction supplémentaire. Les physiologistes, et en particulier Claude Bernard, ont observé que les animaux auxquels on avait lié les uretères, et qui étaient pris de diarrhée, résistaient plus longtemps que les autres à l'intoxication produite par la rétention urémique, et qu'il y avait dégagement, par l'intestin, de l'urée sous forme de carbonate d'ammoniaque.

C'est là probablement l'explication rationnelle de l'influence heureuse des purgatifs. Vous pouvez donner aussi les drastiques sous forme de poudre que les enfants prennent facilement dans une cuillerée de sirop. Je prescris souvent le mélange suivant : calomel, jalap, aloès, de chaque 0,20 à 0,30 centigr. divisés en 5 ou 6 paquets dont on donne un tous les quarts d'heure où toutes les demi-heures. En même temps, j'ai prescrit une infusion de feuilles de digitale de 0,10 pour 120 gr. d'eau qui peut être sucrée au goût du petit malade. Cette potion est administrée comme diurétique et dans le but de faire tomber la fièvre et de diminuer la tension vasculaire. En même temps, l'enfant fut mis au lait pour tout aliment et eut à boire de la tisane de chiendent. Le lait est, dans ce cas, tout à la fois le seul aliment convenable et un excellent diurétique. A propos de cette dernière classe de médicaments, les opinions ont varié. Certains médecins, et en particulier le professeur Mauthner les ont considérés comme capables d'augmenter la congestion rénale et les ont proscrits du traitement de la néphrite aiguë. Ce dernier médecin, quand la phase aiguë était terminée, administrait le nitrate d'urée à la dose d'environ 0,02 centigr. toutes les deux ou trois heures, et avait observé que quand on arrivait à la quantité de 0,30 à 0,40 centigr. en vingt-quatre heures, l'action diurétique était des plus marquée.

Je n'ai point remarqué cette action congestionnante sur les reins, mais il m'a paru bon de vous signaler les réflexions précédentes dues à de bons observateurs. Sous l'influence d'un traitement aussi actif, il est commun de voir les accidents céder et j'espère que, vendredi prochain, vous verrez en pleine convalescence cet enfant qui aujourd'hui est réellement très gravement malade. Quand la période aiguë est terminée, on a conseillé les bains de vapeur dans le but de favoriser la perspication cutanée. On donne aussi, dans le même but, les bains tièdes même au cours de la période aiguë, mais ce sont des moyens rarement nécessaires quand le traitement a été conduit avec vigueur dès le début, et, je dois le dire, ce sont des moyens dont l'efficacité douteuse est contrebalancée par les chances de refroidissement auxquels ils exposent.

S'il existe des complications telles que l'hydrothorax ou l'hydropéricarde, elles peuvent exiger qu'on ait recours au mode de traitement qui leur convient : à la ponction, par exemple, pour l'épanchement abondant des plèvres, capable par lui-même de s'opposer à la guérison prompte ou même d'exposer à la mort. Les vésicatoires me paraissent ici contre-indiqués à cause de l'action de la cantharidine sur la sécrétion urinaire. Dans le cas d'encéphalopathie scarlatineuse, le traitement est celui que nous avons marqué plus haut ; il sera bon d'appliquer derrière les oreilles un nombre de sangsues proportionné à l'âge des enfants : de 4 à 6, vers 5 ans, 8 ou 10 au-dessus de cet âge. Si les accidents ne s'amendent pas, on devrait recourir à la saignée générale si la force de l'enfant le permet. Enfin, si les accès convulsifs sont bien violents, on cherchera à les arrêter par des inhalations de chloroforme ou par la compression de la carotide. On pourra continuer l'action sédative du chloroforme par l'administration d'un quart de lavement contenant 1 gramme de chloral. On est aussi dans l'usage, en pareil cas, d'appliquer sur la tête des compresses réfrigérantes ou de la glace pilée, moyens d'efficacité douteuse qui ne sont pas sans inconvénients.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. *Prix de 1880.* — La *Société protectrice de l'Enfance* met au concours la question suivante : *De l'industrie nourricière; — De son influence sur les nourrissons et sur les populations qui se livrent à cette industrie.* — Le prix sera de 500 francs. — Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1880, au secrétaire général de la société, M. le docteur Léon Duchesne, rue des Saint-Pères, 85. Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs. Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours. Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; ils joindront à leur envoi un pli *cacheté*, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Note pour servir à l'histoire des luxations et des fractures du sternum ; (1)

Par **Ch. FÉRÉ.**

II. — Au point de vue anatomique, les deux lésions doivent être distinguées.

1° Les luxations du sternum sont encore beaucoup plus rares que les fractures. On a été jusqu'à nier que le corps du sternum puisse se déplacer en arrière ; cependant, on comprend qu'une violence, agissant directement d'avant en arrière, puisse produire cette sorte de luxation, et le cas rapporté par M. Siredey (2) en est une preuve, la luxation était complète et le corps était même « légèrement engagé sous la partie supérieure. »

Dans tous les cas de luxation par cause indirecte, le déplacement est uniforme (3), le corps de l'os se porte en haut et en avant ; même dans les cas de luxation incomplète, ce déplacement est nettement indiqué. La luxation complète peut être accompagnée d'un chevauchement du corps sur la poignée qui dépasse quelquefois un centimètre. D'après M. Maisonneuve, les cartilages des deuxièmes côtes resteraient toujours articulés avec le manubrium ; mais il y a des exceptions à cette règle, on a vu une des côtes rester attachée au corps, tandis que l'autre était complétement libre. Dans le cas que nous rapportons plus loin, les deux cartilages restent attachés au corps. Presque toujours le surtout ligamenteux antérieur est rompu, tandis que le postérieur n'est que décollé sur la partie supérieure de la deuxième pièce, dans une étendue qui varie en proportion du déplacement ; cependant, il peut n'en être pas ainsi : dans notre observation, c'est précisément le contraire qui se présente, le ligament antérieur est décollé sur la première pièce, dans l'étendue de plus d'un centimètre, tandis que le postérieur est déchiré transversalement ; dans ce cas, la rupture du ligament postérieur coïncide avec un épanchement de sang dans le médiastin. Il est possible que la rupture de l'un ou de l'autre ligament soit en rapport avec la direction de la violence.

OBSERVATION II. — Th. Paul, âgé de 21 ans, est apporté, le 3 novembre 1879, à l'hôpital Necker, dans le service de M. BROCA, suppléé par M. Ch. MONOD.

En s'exerçant la veille dans un gymnase, il était tombé d'un trapèze la tête la première, le tronc s'était fléchi, puis les genoux étaient venus frapper le sol ; ces renseignements ont été fournis par les camarades qui assistaient à l'accident. Il était resté sans connaissance après la chute pendant quelques minutes.

La tête est fortement fléchie en avant, la face est pâle, les yeux également ouverts et les pupilles normalement dilatées, aucune déviation des traits, la respiration est précipitée mais régulière, le pouls normal. Le malade ne souffre que peu quand il reste immobile, il ne se plaint que de douleurs dans la tête et le cou et d'une sensation de gène de la respiration qui par moment devient haletante ; il est du reste très abattu et répond avec peine aux questions. La paralysie des quatre membres est absolue, flaccidité complète ; insensibilité totale sous toutes les formes dans les membres. L'anesthésie remonte sur la partie antérieure du thorax jusqu'à un ou deux centimètres au-dessous de la clavicule, en l'explorant, nous n'avons remarqué aucune déformation de la paroi thoracique. Demi-érection, rétention d'urine. A la partie postérieure du cou, on ne sent aucune déformation, mais on provoque par la pression une douleur très intense qui semble prédominer au niveau de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale. On voulut l'immobiliser horizontalement dans une gouttière de Bonnet, mais lorsqu'on étendit la tête,

---

(1) Voir le n° 4.

(2) *Bull. soc. anat.*, 1857, p. 305.

(3) L. H. Brinton.— *On luxation of the body of the sternum, with remarks on the anatomical structure of the superior sternal articulation* (*American journ. of med. sc.*, 1867, t. LIV, p. 39).

la gêne de la respiration devint beaucoup plus grande et on fut obligé de lui placer un coussin sous la nuque pour éviter la suffocation. Cependant la dyspnée alla en augmentant, il eut dans la journée plusieurs accès de suffocation et il mourut dans la soirée.

Autopsie. — Sur le vertex, ecchymose des téguments du crâne ; on voit à travers l'aponévrose épicrânienne renversée une plaque violette large comme la paume de la main. Le crâne ne présente aucune lésion, il en est de même de l'encéphale. En faisant l'incision médiane des téguments du thorax, il se produit une dépression brusque au moment où le couteau arrive vers l'union de la première et de la seconde pièce du sternum. Le plastron est enlevé avec précaution, et on trouve au-dessous une infiltration sanguine du tissu cellulaire du médiastin d'une étendue de 7 ou 8 centimètres.

Le sternum est rompu au niveau de sa première articulation ; le surtout ligamenteux postérieur est déchiré transversalement au niveau de l'interligne articulaire, sa déchirure présente des lambeaux dentelés et irréguliers. Le ligament antérieur est intact, et quand on mobilise les fragments dans le seul sens où ils puissent se déplacer, c'est-à-dire de telle sorte que le bord de la face antérieure du manubrium vienne se mettre en rapport avec le bord de la face postérieure de la seconde pièce, on constate que ce ligament s'est décollé de la pièce supérieure dans une étendue d'un centimètre à peu près et qui correspond à l'étendue du déplacement possible.

Le fibro-cartilage inter-articulaire est resté attaché à la première pièce. Les cartilages des deuxièmes côtes sont solidement fixés à la seconde pièce ; sur le bord de la face postérieure du corps on trouve quelques petites parcelles osseuses détachées.

Il n'y a pas de fracture de côtes, aucune lésion viscérale, sauf une congestion intense des deux poumons.

Du côté de la colonne cervicale, on trouve une luxation de la quatrième sur la cinquième vertèbre cervicale avec arrachement du tubercule postérieur de l'apophyse transverse gauche de la cinquième ; le plus grand déplacement possible en avant est de 4 millimètres; il n'y avait aucun épanchement dans la canal médullaire (1).

Dans la plupart des observations, on ne donne aucun détail sur le fibro-cartilage inter-articulaire qui semble pouvoir rester attaché tantôt à une pièce, tantôt à l'autre ; du reste, la constitution de cette articulation, difficile à classer, explique de nombreuses variétés. Dans quelques cas des portions d'os se sont détachées ou restent unies au fibro-cartilage, ce qui justifie le titre de fracture du sternum au niveau de la soudure donné à quelques observations.

2° Les fractures du sternum peuvent se présenter sous des formes très diverses. Il existe un cas de fracture longitudinale portant sur toute la longueur de l'os et avec déplament suivant l'épaisseur. Quelquefois, la fracture est oblique, allant par exemple d'un espace intercostal à l'espace inférieur de l'autre côté.

Il peut arriver que le fragment supérieur présente la forme d'un V dont la pointe pénètre dans la fragment inférieur et détermine un décollement des deux lames de l'os; un cas de ce genre, rapporté par Chassaignac (2), manque malheureusement de détails au point de vue du mode de production. Le plus souvent les fractures du sternum sont transversales. Elles sont quelquefois multiples, rarement esquilleuses, rarement aussi elles sont incomplètes comme dans le cas de M. Petit (3). Dans les cas de fracture directe, le siége de la lésiou varie avec le point d'application du choc ; pour les fractures indirectes, le siége est mieux déterminé, ainsi celles qui sont produites par flexion du tronc sont ordinairement à la partie supérieure de la deuxième pièce, celles qui se font par extension ou par effort musculaire siégent de préférence sur la première pièce ; mais il y a des exceptions, nous en avons rapporté un exemple. Le déplacement varie aussi suivant le mode de production, rarement il est nul ; dans les fractures par extension on a pu observer un écartement suffisant pour permettre de sentir les battements de l'aorte ; dans les fractures par flexion forcée où le fragment inférieur est souvent taillé en biseau aux dépens de sa face postérieure, le déplacement se fait dans le même sens que dans la luxation de même origine, le fragment inférieur passe en avant du supérieur et chevauche plus ou moins sur lui. Dans les fractures directes, le déplacement est déterminé par la direction du traumatisme et il peut se faire en sens inverse du précédent.

Les complications dues au déplacement se rencontrent plutôt dans les fractures que dans les luxations, elles sont plus fréquentes dans les fractures directes. Le fragment enfoncé peut aller blesser le poumon et déterminer des crachements de sang, de l'emphysème qui se propage jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané ; le cœur a pu être atteint de plaie pénétrante. Par suite de réduction on a pu observer dans la suite de curieux phénomènes de compression : Roques (1) a rapporté un fait dans lequel un des fragments comprimait l'aorte à 3 ou 4 centimètres au-dessus du cœur, et déterminait pendant la vie un bruit de souffle intense.

Dans quelques cas, on a observé des suppurations dans le foyer de la fracture (Comte, Liouville (2), etc.) peut-être à cause de l'absence ou de l'insuffisance de l'immobilisation.

Le traumatisme direct, qui produit la fracture ou la luxation du sternum, peut causer en même temps des fractures des côtes ou des cartilages costaux dont le siége n'a rien de déterminé. Dans les cas de fracture indirecte par chute sur la tête, on peut trouver comme coïncidence des plaies de tête des fractures ou luxations de la colonne cervicale ; quand la chute a eu lieu sur l'extrémité inférieure, elle a pu déterminer des fractures du bassin de la colonne vertébrale, ordinairement à la limite des régions dorsales et lombaires. Avec les fractures par flexion, on rencontre quelquefois des fractures de côtes qui portent généralement sur les 6e, 7e, 8e côtes ou leurs cartilages. Enfin, les fractures par extension forcée ou par chute sur le dos peuvent s'accompagner de fractures des apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales.

III. La plupart des symptômes sont communs à la luxation et à la fracture, les deux lésions ne diffèrent que par quelques particularités. Dans la fracture observée par M. Mollière, le malade sentit un craquement au moment de la chute; mais ce fait est rare. Quelquefois le blessé présente une attitude spéciale, la tête est fléchie et portée en avant, le tronc lui-même est fléchi et le dos forme une voussure plus ou moins prononcée. La flexion et la propulsion de la tête, sur lesquelles les observateurs ont rarement fixé leur attention, sembleraient devoir être en rapport avec le chevauchement des fragments et le raccourcissement de la paroi antérieure du thorax, mais elles peuvent exister même quand il n'y a aucun déplacement, et elles sont alors dues : soit à la douleur qui force le malade à relâcher ses muscles pour éviter, autant que possible, les mouvements d'élévation du thorax, soit à une lésion concomitante de la colonne vertébrale. L'extension de la tête est impossible et les tentatives que fait le malade pour l'obtenir sont extrêmement douloureuses. Il existe, au niveau de la lésion, une vive douleur spontanée et exaspérée par les mouvements respiratoires et par la pression, qui peut faire reconnaître le siége et la direction de la solution de continuité, lorsque la déformation manque.

Le déplacement, en effet, fait défaut dans la plupart des ruptures par extension ou par action musculaire; cependant il peut y avoir un certain écartement, qui, dans le cas de Lafont, était suffisant pour permettre de sentir les battements de l'aorte. Dans les solutions de continuité produites

(1) La pièce a été présentée à la Société anatomique le 17 novembre.
(2) *Bull. Soc. chir.* 1861, p. 236.
(3) *Bull. Soc. anat*, 1875, p. 62.

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1870, p. 300.
(2) *Bull. Soc. anat.*, 1865, p. 588.

par flexion du tronc, le déplacement est uniforme, le fragment inférieur fait saillie et remonte même plus ou moins en avant du supérieur qui semble déprimé et incliné de haut en bas et d'avant en arrière. Il résulte de ce déplacement une déformation générale du thorax, les côtes attachées au fragment inférieur forment une saillie anormale tandis que celles qui restent unies au fragment supérieur semblent déprimées.

La déformation en sens inverse se rencontre bien plus rarement; elle coïncide généralement avec un gonflement plus ou moins prononcé des parties superficielles, des ecchymoses, des traces de la contusion directe qui détermine cette sorte de déplacement; c'est surtout dans ces cas qu'on a observé des blessures du poumon, des crachements de sang, de l'emphysème sous-cutané. Il est tout à fait exceptionnel que le fragment inférieur s'engage sous le supérieur.

La crépitation est assez rarement sentie; quelquefois, on peut la provoquer en pressant alternativement sur les deux fragments, ou pendant les mouvements respiratoires et la toux.

IV. La fracture et la luxation peuvent passer inaperçues pendant la vie et n'être reconnues qu'à l'autopsie; il en fut ainsi chez notre premier blessé, chez lequel l'erreur était favorisée par deux circonstances particulières: il y avait eu réduction spontanée et le malade était insensible. Chez l'autre, la fracture ne fut reconnue que le troisième jour, il n'y avait pas de déplacement. Malgaigne cite plusieurs faits de ce genre, où l'on s'était trompé à la fois sur l'existence et sur le siége de la lésion. L'erreur est encore plus facile lorsque les lésions sont multiples; il est rare que dans ces cas on sente un fragment mobile.

La douleur localisée, si elle existe seule, n'est caractéristique que si elle se manifeste dès le début sans trace de contusion directe, et si elle persiste longtemps. Lorsque la déformation existe, il n'y a plus de doute possible sur la présence d'une solution de continuité; mais, lorsqu'elle siége au voisinage de l'articulation sternale supérieure, il reste un point à élucider: s'agit-il d'une luxation ou d'une fracture? M. Dubroca pense qu'il n'y a aucun intérêt à faire ce diagnostic; nous ne partageons point cet avis, car ce n'est que grâce à un diagnostic sûrement établi sur le vivant que l'on pourra, s'il y a lieu, déduire des distinctions au point de vue de la marche des deux affections, qui diffèrent essentiellement dans leur nature, et dont l'observation répétée fera nécessairement découvrir des différences d'évolution.

L'âge ne fournit guère de renseignements utiles, car il est un grand nombre de sujets sur lesquels les deux pièces du sternum ne se soudent jamais; on a pu voir, tout récemment, à la clinique de M. Richet un malade de 62 ans qui présentait tous les signes d'une luxation (1). M. Maisonneuve considère comme un signe pathognomonique de la luxation l'existence d'une solution de continuité à deux centimètres et demi au-dessus du bord supérieur de la troisième côte; mais Malgaigne a fait remarquer que la hauteur de l'articulation sternale supérieure, par rapport à ce point, peut varier notablement avec la taille du sujet. Le mode d'insertion de la deuxième côte sur le sternum, présente d'ailleurs quelques variations; les facettes articulaires des deux pièces du sternum ne sont pas toujours égales en étendue, il peut arriver que l'extrémité de la côte s'articule exclusivement avec la deuxième pièce, et qu'elle ne soit en contact avec la pièce supérieure que par une facette articulaire qui continue la direction du bord supérieur de la côte; de sorte qu'on ne peut tirer aucune conclusion certaine des rapports de la rupture avec la deuxième côte, qui peut rester fixée soit à une pièce, soit à l'autre, quoique plus souvent à la première (Maisonneuve, Richet). Dans la luxation avec déplacement du fragment supérieur en avant et en haut qui existe presque seul, on sent, sous la peau, un bord mousse épais présentant quelquefois une facette supérieure horizontale plus large et deux petites facettes latérales obliques en bas et en dehors, qui peuvent n'être pas reconnues dans quelques cas particuliers que nous avons signalés; tandis que, dans la fracture, le fragment est plus mince et plus rugueux.

(1) *Revue médicale franç, et étrang.*, 1879, p. 683.

V. La réduction d'une fracture peut se faire spontanément dans une quinte de toux comme dans l'observation rapportée par M. Dubroca. Dans le cas de luxation que nous avons observé, la luxation s'était faite aussi spontanément et la lésion ne fut reconnue qu'à l'autopsie; mais, le plus souvent, la réduction est difficile à obtenir et encore plus difficile à maintenir. Aussi, le pronostic est bénin lorsque la fracture est sans déplacement, puisque la douleur est efficacement combattue par un simple bandage de corps, et que quelquefois les malades ont pu sans, trop de gêne, vaquer à leurs occupations au bout de 18 ou 20 jours; mais, dans les cas où la réduction est impossible malgré l'extension, l'usage des élévateurs, des poinçons, des crochets mousses ou dentés, non-seulement la déformation persiste, mais il reste de la gêne dans la respiration, la toux, etc., sans compter les phénomènes de compression possibles. Quant aux lésions viscérales primitives, elles sont ordinairement suivies de mort.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La matière radiante.

Le 15 janvier avait lieu, dans le grand salon de l'Observatoire une conférence extrêmement intéressante, où l'inventeur du *radiomètre*, M. W. Crookes, de la Société royale de Londres, reproduisait devant l'élite de la science française ses curieuses expériences sur la *matière radiante*. Ce sont ces belles expériences que nous allons tâcher d'exposer aux lecteurs, malheureusement avec trop peu de détails pour le vif intérêt qu'elles présentent.

Dans un gaz considéré à la pression ordinaire, les molécules, extrêmement nombreuses, ne peuvent avancer dans aucune direction sans se heurter les unes aux autres. Si, dans un vase clos et rempli de gaz on vient à raréfier le gaz, les molécules, étant moins nombreuses, pourront parcourir une plus grande distance avant d'entrer en collision; en même temps, les propriétés physiques du gaz seront profondément modifiées : c'est dans un semblable milieu que se produisent les phénomènes du radiomètre. Mais poussons plus loin et jusqu'à ses extrêmes limites la raréfaction du gaz, et nous aurons un milieu semblable à celui dans lequel M. Crookes fait ses expériences : si nous avons un milieu dont la tension ne soit que d'un millionième d'atmosphère, comme dans les expériences de M. Crookes, ce milieu sera constitué par de la *matière radiante* (1), quatrième état de la matière, qui serait à l'état gazeux ce que celui-ci est à l'état liquide.

A cet état, la matière a, d'après M. Crookes, des propriétés totalement différentes de celles que présentent les gaz à la tension ordinaire et justifiant amplement une nouvelle dénomination.

La matière radiante, en quelque endroit qu'elle frappe, détermine une action phosphorogénique éclatante. Si, par exemple, on fait passer un courant d'induction dans un tube de verre fermé et préparé suivant la méthode de

(1) Dès 1816, Faraday distinguait quatre états de la matière : l'état solide, l'état liquide, l'état gazeux et l'*état radiant*. (Voir Bence Jones. — *Vie et correspondance de Faraday*, t. I, p. 108.)

M. Crookes, on voit la matière radiante produire une phosphorescence très vive, aux points où elle est arrêtée dans sa course par un corps solide ; le seul corps solide qu'elle puisse rencontrer à l'intérieur de ce tube étant la paroi même du verre, cette phosphorescence est localisée uniquement au contact immédiat de la paroi elle-même. La phosphorescence est d'une coloration variable, suivant que l'expérience est faite dans telle ou telle espèce de verre ; c'est ainsi que le verre anglais donne une phosphorescence bleue, le verre d'uranium une phosphorescence vert foncé, le verre d'Allemagne une phosphorescence vert-pomme.

Une infinité de corps autres que le verre jouissent également de cette propriété d'être phosphorescents dans les conditions que nous venons de déterminer. Citons simplement, pour mémoire, le sulfure de calcium lumineux préparé suivant la méthode de M. Ed. Becquerel, le spodumène, l'émeraude, etc. Le diamant brille d'un vif éclat, avec une teinte verdâtre. Le rubis émet une belle lumière rouge, comme s'il était incandescent. Le rubis artificiel, que M. Frémy est parvenu à fabriquer, émet également une belle lumière rouge, mais qui est bien moins vive que celle du vrai rubis.

La phosphorescence du verre, dont nous parlions tout à l'heure, est en rapport avec le degré de raréfaction de l'air. Une expérience fort simple, mais fort ingénieuse, le démontre : il suffit de renfermer de la potasse caustique dans un tube de Crookes. Le courant électrique, en traversant le tube, détermine une phosphorescence verte à la périphérie : si l'on chauffe alors la potasse, il s'en dégage de la vapeur d'eau, la lueur verte pâlit et finit même par s'éteindre, si l'on continue à chauffer. En laissant refroidir le tube, on passe par une série inverse de phénomènes.

Dans les tubes de Geissler, la phosphorescence due aux gaz qui y sont contenus suit toutes les sinuosités que le caprice du souffleur a données au tube. Dans les tubes de Crookes, rien de semblable : la matière radiante se meut constamment en ligne droite. Supposons un tube en V, dont chaque extrémité porte une électrode. Si le courant passe, une branche seulement du V (celle en rapport avec le pôle négatif) sera inondée de lumière verte, tandis que l'autre branche restera obscure.

La matière radiante donne une ombre, quand elle vient à être arrêtée dans sa course par un corps solide. Si l'on fait traverser à un courant d'induction un tube de Crookes conique et dont la plus petite extrémité porte l'électrode négative, on sait, d'après ce qui précède, que la matière radiante jaillira en ligne droite du pôle négatif et ne sera arrêtée que par la grosse extrémité du tube, qui deviendra phosphorescente. Mais si, sur un point de son parcours, la matière radiante est arrêtée par un corps solide, l'ombre de ce corps sera projetée sur la grosse extrémité du tube.

Le bombardement moléculaire que subit le verre ne tarde pas à le fatiguer, comme dit M. Crookes. Et, de fait, son éclat diminue bientôt. Reprenons l'expérience précédente, nous aurons une preuve expérimentale de cette fatigue. Si on fait tomber l'écran qui intercepte la matière radiante, on verra disparaître la tache sombre qui correspondait à l'ombre de cet écran, et, à sa place, se montrera un éclat beaucoup plus vif que les parties environnantes : c'est que l'endroit qui occupait l'ombre n'a pas été fatigué par le bombardement des molécules.

La matière radiante peut encore exercer une action mécanique énergique sur les corps qu'elle vient frapper. Reprenons encore l'expérience précédente, mais remplaçons l'écran par un petit moulin dont les roues sont plates et larges et dont l'axe est posé sur deux fils tendus longitudinalement dans le tube de Crookes. La matière radiante, en venant frapper les ailes du moulin, poussera celui-ci du pôle négatif au pôle positif.

Le magnétisme exerce une action curieuse sur la matière radiante. Imaginons un long tube de verre dont les extrémités portent chacune une électrode : quand il sera traversé d'un courant d'induction, ce tube sera parcouru d'une ligne lumineuse dans le sens de sa longueur. En approchant un aimant, on verra le jet de lumière se dévier et, attiré par l'aimant comme le serait une tige de fer longue et flexible, venir se terminer sur la paroi latérale du tube sans atteindre le pôle positif. En déplaçant l'aimant, on fait varier d'une façon correspondante la position du trait lumineux.

Quand un courant de matière radiante parcourt un tube de Crookes, le verre s'échauffe considérablement. Tous les rayons calorifiques convergent vers un certain point focal : si, à ce foyer, on a placé un fil de platine, on verra le métal devenir incandescent et entrer rapidement en fusion : or il faut une température de 1200° pour fondre le platine.

On peut, à l'aide d'un aimant, attirer sur la paroi du tube de Crookes le foyer des rayons calorifiques. Si on a eu soin d'enduire préalablement le tube d'une couche de cire, on voit alors la cire fondre sur un petit espace correspondant au foyer ; puis, la chaleur devenant plus considérable, le verre pourra fondre à son tour et il y aura dès lors communication, par un étroit pertuis, entre l'air extérieur et l'intérieur du ballon. Si l'on a affaire à un ballon dont le diamètre soit de 13 centimètres et si le trou percé dans le verre par la matière radiante laisse passer 100 millions de molécules d'air par seconde (1), il faudrait, suivant M. Johnstone Stoney, 408,501,731 ans pour que le ballon se remplisse, c'est-à-dire pour qu'il y ait équilibre entre la tension du gaz renfermé dans le ballon et la tension de l'air ambiant.

Telles sont, racontées trop brièvement, quelques-unes des merveilleuses expériences de M. Crookes. Nous n'avons fait que les exposer, laissant à d'autres plus compétents le soin d'en faire la critique. Ces importantes observations, pensons-nous, seront le point de départ de découvertes nombreuses et ne sont encore que l'ébauche d'un chapitre de physique aussi intéressant qu'imprévu.

R. Blanchard.

Le budget des recettes de l'Assistance publique de Paris.

Les *Recettes* de l'Assistance publique comprennent, au projet de Budget pour 1880, des *Recettes ordinaires* et des *Recettes extraordinaires*. Celles-là proviennent des sources suivantes : — I. Revenus propres ; — II. Droits attribués ; — III. Produits intérieurs et remboursements di-

(1) M. Johnstone Stoney a calculé qu'un centimètre cube d'air contiendrait environ un sextilion de molécules !

vers; — IV. Produit de revente d'objets par les Magasins généraux; — V. Recettes des Fondations ayant un revenu distinct; — VI. Subvention municipale; — VII. Enfin les capitaux.

Ire SECTION. — Les Revenus propres sont les uns immobiliers, les autres mobiliers.

A. Les *Revenus immobiliers* proviennent : 1° des loyers de maisons et de terrains dans Paris, et s'élèvent à 1,107,300 fr.; — 2° de loyers d'écoles, asiles et ouvroirs dus par la Ville, 473,100 fr.; — 3° de fermages en argent, 527,000 fr.; — 4° de coupes ordinaires de bois, 19,000 fr.; l'ensemble : 2,126,400 fr.

B. Les *Revenus mobiliers* se composent : 1° de rentes sur l'Etat, 3,178,000 fr.; — 2° d'actions, créances et rentes sur particuliers, 96,100 fr.; — 3° d'intérêts de prix de ventes d'immeubles, 65,500 fr.; — 4° d'intérêts de fonds placés au Trésor, 270,000 fr., somme inférieure de 103,812 fr. 55 c. à celle constatée pour l'exercice 1878, et de 70,700 fr. seulement, à la recette admise au dernier budget. Ensemble : 3,609,600 fr.

Total des *Revenus propres* : 5,736,000 fr. — Ils dépassent légèrement ceux qui ont été prévus au budget de 1879 (5,675,400 fr.). On voit, par là, combien est médiocre la fortune de l'Assistance publique qu'un préjugé trop répandu considère comme très riche et combien il est nécessaire que les générosités du public ne se ralentissent pas.

IIe SECTION. — Les *Droits attribués* à l'Assistance publique sont les suivants : 1° Spectacles, bals, concerts; impôt en faveur des indigents sur les billets d'entrée (*Droit des pauvres*), 2,728,000 fr. La prévision pour 1880 est la même que celle de 1879. — 2° Bonis prescrits et bénéfices d'exploitation du Mont-de-Piété, 475,000 fr. Or, si le litige pendant actuellement entre l'Administration de l'Assistance publique et celle du Mont-de-Piété, est tranché en faveur du Mont-de-Piété, cette ressource disparaîtra. De plus, l'Assistance publique se trouvera en déficit de 2,192,740 fr. 21 c., correspondant au total des sommes inscrites, comme recettes, aux budgets de 1876, 1877, 1878, 1879 et 1880, et la Ville sera obligée de combler ce déficit, à l'aide d'une subvention extraordinaire. — 3° Un autre droit attribué à l'Assistance publique, c'est la perception sur les produits des concessions de terrains dans les cimetières, 310,000 fr. — Total des droits attribués : 3,513,000 fr.

IIIe SECTION. — Les *Produits intérieurs et Remboursements divers* comprennent : 1° les Ventes et recettes diverses, 190,700 fr.; — 2° les Successions hospitalières, 65,000 fr.; — 3° le Remboursement de frais de séjour et de pensions dans divers établissements, 2,155,000 fr.; — 4° les Produits des diverses exploitations, 259,000 fr. — Total des *Produits intérieurs et Remboursements divers* : 2,669,700 fr.

IVe SECTION. — Le *Produit de revente d'objets par les Magasins généraux* (compte d'ordre) atteint le chiffre de 2,617,000 fr.

Ve SECTION. — Les *Recettes des fondations ayant un revenu distinct* sont fournies par : 1° la fondation Montyon (283,900 fr.); — 2° la fondation Boulard (23,700 fr.); — 3° la fondation Brézin (221,200 fr.); — 4° la fondation Devillas (53,200 fr.); — 5° la fondation Chardon-Lagache (124,600 fr.); — 6° la fondation Lenoir-Jousseran (151,700 fr.); — 7° la fondation Lambrechts (69,400 fr.); ensemble : 927,700 fr.

VIe SECTION. — Il s'agit là de la *Subvention municipale.* La somme demandée par l'Administration est de 12,818,700 francs.

Les *Recettes extraordinaires* se composent : 1° d'Aliénations (526,000 fr.); 2° de Capitalisations et Consolidations diverses (506,400 fr.); 3° d'Acquêts nouveaux (942,000 fr.), se répartissant de la manière suivante : libéralités nouvelles, 600,000 fr.; capitaux pour admissions dans les maisons de retraite, 261,000 fr.; capitaux à charge de rentes viagères à 10 0/0 à servir aux pensionnaires des hôpitaux et maisons de retraite, 81,000 fr.; — enfin, les Capitaux divers montent à 121,600 fr. — Total des capitaux : 2,096,000 fr.

D'après le *Projet de Budget* présenté par l'Administration, les Recettes se résument ainsi qu'il suit :

Recettes ordinaires	28,282,100.	»
Recettes extraordinaires	2,096,000.	»
Total général	30,378,100.	»

Ces chiffres ont été modifiés en ce sens que la subvention municipale a été augmentée notablement sur les instances du Rapporteur du Budget de l'Assistance publique. Nous en indiquerons prochainement le chiffre et nous indiquerons les affectations spéciales données à certains crédits.

Proposition de loi sur le service de santé (1).

La discussion de la loi sur l'administration de l'armée paraissant être systématiquement ajournée, il a paru urgent à un certain nombre de députés d'arriver à une solution plus rapide pour l'organisation du service de santé militaire. MM. Marmottan, Cornil, Hugot, Versigny, Labuze ont déposé un projet en 9 articles qui nous paraît régler toutes les questions en litige, et donner satisfaction aux légitimes revendications de nos confrères de l'armée. Ce sont ces 9 articles que les Commissions n'ont pu élaborer en 10 ans de travaux! Cependant tout ce temps n'aura pas été perdu : le jour s'est fait par la discussion; les aspirations de l'intendance, de la gestion et de la médecine sont aujourd'hui bien connues; et le public commence à démêler dans ce débat la vérité si longtemps obscurcie. Les intendants doivent renoncer à des prérogatives qui sont aujourd'hui un contre-sens bien avéré, rejeté par toute l'Europe; le médecin veut guérir ses malades mieux qu'il n'a pu le faire jusqu'ici. Le comptable aurait la gestion sous l'action d'un Conseil d'administration. L'intendant contrôlera la bonne tenue des finances; et le commandement demandera au médecin de justifier ses prescriptions, de répondre à la responsabilité qui lui incombera.

Ce projet, nous le ferons remarquer, comporte une augmentation du nombre des médecins : il demande un inspecteur général, 300 médecins-majors de *troisième classe* (capitaine en second). Le nombre des aides-majors de 1re classe est diminué de 100, mais celui des aides-majors de 2e classe augmenté de 50. En somme le personnel mé-

(1) Présenté à la Chambre des Députés le 17 janvier.

dical serait porté de 1147, chiffre actuel, à 1400. Le cadre des pharmaciens serait réduit de 159 à 99.

Nous faisons des vœux pour que ce projet, répondant à l'organisation des autres armées européennes, arrive bientôt à discussion.

Nous désirons surtout qu'il ne soit pas renvoyé à la Commission de la loi administrative, ce qui équivaudrait à une sépulture honorable. Nous demandons qu'il soit confié à une nouvelle Commission, où large place soit faite aux médecins de la Chambre, laquelle aura hâte de déposer son rapport et de l'amener à discussion. Le Sénat qui a voté le projet Freycinet acceptera celui de MM. Marmottan et Cornil. La médecine militaire pourrait être réorganisée à la fin de cette année et ce ne serait pas trop tôt. — Dans notre prochain numéro, nous publierons le texte de la proposition de loi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 janvier 1880. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Microphone de disposition spéciale applicable aux recherches physiologiques et en particulier à l'étude de la contraction musculaire. (Suite.)

Nous avons, à l'aide de cet appareil, exécuté les expériences suivantes :

I. L'appareil est-il suffisamment isolé? Nous le démontrons en écoutant dans le téléphone : malgré les bruits ordinaires d'un laboratoire, malgré les trépidations de la table, nous n'entendons rien, quand il n'y a rien dans la cloche et quand on ne touche pas à l'instrument.

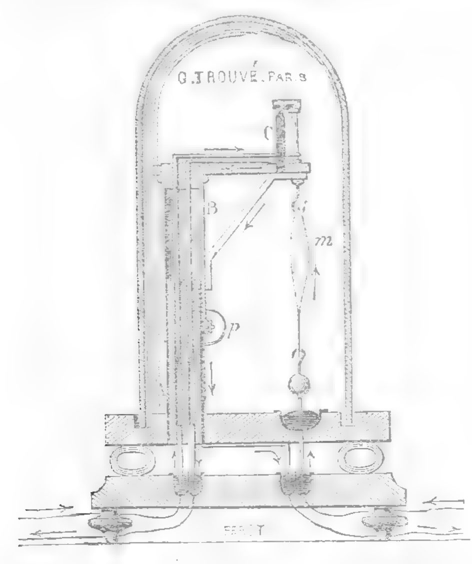


Fig. 8.
A. Tube fixé solidement au socle supérieur. — B. Tube portant la potence et le microphone C : Ce tube est monté à frottement dur sur le tube A, et s'abaisse ou s'élève à volonté au moyen d'une crémaillière et d'un pignon P.-C. Microphone extrêmement sensible. — M. Muscle en expérience, il porte suspendu à son sciatique une petite boule munie d'un crochet et d'une pointe en platine qui plonge dans le godet de mercure.
Les flèches situées à gauche du dessin indiquent le sens du courant microphonique ; celles de droite, le sens du courant excitateur.

II. L'appareil est-il sensible? Il est facile de faire la contre-épreuve par l'expérience de la montre, ou en passant un pinceau sur le socle, etc.; les bruits ainsi provoqués sont très accentués et même plus nets que dans les instruments que nous avions expérimentés auparavant.

III. On suspend alors une patte postérieure de grenouille, non dépouillée de sa peau, par la membrane interdigitale piquée dans le crochet ; le nerf sciatique de la grenouille repose à la surface du mercure et l'on provoque alors une contraction de cette patte : pour cela on agit nécessairement sur les contacts extérieurs au moyen d'une pince de Pulvermacher, ou bien par un courant faible, ou même en fermant simplement le circuit du courant musculaire (1) ; au moment de la fermeture et souvent à celui de l'ouverture du couran une secousse se produit et s'accompagne dans le téléphone d'un bruit de grésillement rhythmé, sans timbre particulier, d'une tonalité assez élevée, ayant lieu juste au moment de la secousse, tandis qu'on n'entend absolument rien tant que le courant passe à travers le muscle : ce bruit est parfois renforcé d'une série de bruits accessoires, si la patte mal fixée vient à toucher le bras de la potence dans une secousse.

IV. On suspend une jambe de grenouille au crochet, (après avoir enlevé les doigts et la cuisse) ; il reste donc surtout le gastro cnémien et le genou, le tout revêtu de peau ; la communication électrique se fait par le sciatique ou par un poids plongeant plus ou moins dans le mercure : on excite alors le muscle par un courant continu, avec des interruptions variables, et, dans tous les cas, on entend une série de crépitations, ne se produisant qu'au moment même de la secousse, ayant une intensité et une durée variables et d'autant plus prononcées que le poids employé pour tendre le segment de patte est plus considérable et que la course de ce poids a été plus prononsée.

V. Nous prenons une patte de grenouille que nous dépouillons entièrement et sur laquelle nous détachons le muscle gastro cnémien en lui conservant son sciatique, nous suspendons le tendon du muscle au crochet, faisons toucher le sciatique au mercure, ou le mettons en rapport avec un fil qui y plonge. Nous provoquons la contraction en agissant sur un contact à mercure ; *le muscle se contracte à la vue, et pourtant nous n'entendons par sa contracture.*

VI. Nous répétons l'expérience précédente sur le gastrocnémien seul, séparé même de son sciatique ; sous l'influence d'un courant *on voit le muscle se contracter et on n'entend pas sa contraction.*

VII. On laisse le tendon du muscle précédent frotter pendant la contraction sur un pinceau fin, sur un peu de papier, etc., et l'on entend alors un bruit crépitant dans le téléphone.

VIII. Le fil de platine qui assure la communication du muscle avec le godet de mercure est un peu courbé, de façon à toucher légèrement le bord de cette cupule, à chaque contraction musculaire ce léger frottement est amplifié et donne des crépitations dans le téléphone.

IX. On dispose l'expérience comme V ou VI, c'est-à-dire dans les conditions où le téléphone restait muet, et l'on pique en travers du muscle un nouveau microphone très petit, monté sur une épingle fine, (comme une pierre sur une épingle de cravate) ; un troisième circuit (2e téléphonique) est eusuite constitué et l'on entend alord : *a*) un bruit dans le microphone piqué ; bruit de secousse, rhythmé, véritable bruit d'ébranlement et non de propagation sonore ; *b*) on n'entend toujours rien dans le téléphone fixe, à la condition que cette expérience soit faite avec grand soin, et avec un courant excitateur faible, car la masse du microphone piqué, quelque petite qu'elle soit, est cependant suffisante pour déterminer une secousse dans le microphone fixe, si la contraction musculaire est un peu trop accentuée.

X. On sépare le cœur de la grenouille, on le laisse se contracter quelques instants à vide, puis on le pique par la base dans le crochet du microphone, le cœur continue à se contracter et on n'entend rien non plus dans le téléphone ; nous ajouterons cependant, pour cette dernière expérience, que nous ne l'avons pas répétée assez souvent pour lui accorder la même valeur qu'aux autres.

On voit donc, par l'exposé qui précède, que la contraction d'un muscle isolé, se faisant régulièrement, sans difficulté, ne donnant d'autre travail que le soulèvement de son propre poids et celui d'une tige métallique aussi peu pesante et aussi courte que possible, ne s'accompagne d'aucun bruit perceptible au microphone, tant qu'il n'y a pas de frottement de produit, ou qu'un poids surajouté ne vient pas causer une secousse par son inertie, au moment où cesse la contraction.

Ce résultat avait, du reste, été prévu par l'un de nous, en se basant sur des considérations théoriques sur lesquelles nous aurons lieu de revenir dans des communications ultérieures.

(1) En fermant le circuit, sans interposer de pile, on répète l'expérience de Galvani sous une autre forme, car l'on met en communication le nerf qui représente la somme des surfaces extérieures du muscle (plaques terminales) et la somme des sections musculaires représentées par le tendon, d'où décharge de la pile musculaire.

Pour le moment, sans vouloir nier l'existence du bruit musculaire, du bruit rotatoire, nous croyons pouvoir conclure en disant qu'il y a lieu de s'occuper, avant toute recherche clinique, de l'expérimentation physiologique, tant qu'il s'agira de bruits microphoniques, car il faudrait savoir si le microphone est capable de donner lieu à des sons véritablement musculaires, alors qu'il est dépouillé des nombreuses causes d'erreur que nous avons signalées au cours de cette note : nous n'hésitons, pas du reste, à déclarer que, selon nous, le microphone est un instrument à applications forcément limitées et incapable de pouvoir être, comme son nom pourrait le faire supposer, le microscope des sons, mais faisant entendre des vibrations moléculaires telles que celles qui succèdent aux ébranlements et aux actions mécaniques.

« Nous espérons pouvoir bientôt présenter à la Société le résultat d'expériences exécutées sur des muscles de plus en plus volumineux, avec des instruments plus grands et dans lesquels on substituera au bras de potence en caoutchouc des bras en substances vibrantes, destinés cette fois à recueillir les vibrations et à exagérer dans des limites déterminées la sensibilité de l'appareil aux vibrations, tout en le laissant à l'abri des causes d'erreur que nous avons signalées. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1880. — PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

M. POLAILLON lit un mémoire sur *divers points de la physiologie du muscle utérin* qu'il résume dans les conclusions suivantes : Le muscle utérin produit un *mouvement* dont nous avons déterminé la forme et la nature, un *travail* dont nous avons essayé d'évaluer la puissance, une *augmentation de température* démontrée par les observations de M. Peter. Il subit donc les lois qui régissent la physiologie des muscles ; et à ce titre il doit aussi produire de *l'électricité*. Mais ce dernier phénomène sera l'objet de recherches ultérieures.

Election d'un membre correspondant national pour la 4e division : Section de pharmacie, chimie et physique. Sont présentés en 1re ligne, M. Loir, de Lyon ; en 2e ligne, M. Ladreit, de Dijon. Votants : 55. Majorité 28. Au premier tour de scrutin, M. Loir obtient 51 voix ; M. Heckel, 3 ; M. Nivet, de Clermont-Ferrand, 1.

En conséquence, M. LOIR, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national de l'Académie de médecine.

M. COLIN reprend son exposé expérimental sur les températures locales. Les procédés qu'on emploie pour appliquer le thermomètre sur la peau, sachets, ouate, ou bandes, lui paraissent défectueux parce qu'ils peuvent contribuer à l'ascension de la colonne thermométrique ; aussi, préfère-t-il le maintien en place du thermomètre à l'aide d'un simple fil élastique. Quant au moyen de préserver le réservoir du thermomètre des effets extérieurs, M. Colin recommande l'emploi d'un simple disque de flanelle qui, traversé par le tube de l'instrument, vient, sous forme de gouttière ou de coquille, protéger la boule ou l'olive de ce même instrument. Les thermomètres dont les médecins se servent aujourd'hui ne semblent pas répondre aux exigences de la clinique, soit à cause de leur fragilité, soit à cause de leur étendue (thermomètres discoïdes et thermomètres en spirale). Enfin, M. Colin est d'avis qu'on devrait connaître la température normale des divers points du corps, afin de pouvoir tirer des déductions mathématiques des températures morbides locales, ainsi qu'il a eu l'occasion de l'établir sur divers animaux, solipèdes ou oiseaux.

A 4 heures et demie, l'Académie se constitue en Comité secret à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Bourgoing sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie, par suite du décès de M. Poggiale.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 mai 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

13. Rapport sur la candidature de M. Brault à la Société anatomique ; par M. SCHWARTZ.

Parmi les observations présentées à la Société anatomique par M. Brault, il en est une sur laquelle je vous demande la permission de faire quelques remarques, car elle établit d'une façon nette une variété intéressante de lésions syphilitiques des artères, et la possibilité de la mort subite comme conséquence de cette lésion.

Il s'agissait, Messieurs, comme vous vous le rappelez, d'un homme de 29 ans et demi, qui avait contracté la syphilis au mois de mars 1878. Cet homme présenta dans les mois consécutifs une syphilide papulo-squammeuse, des plaques muqueuses dans la gorge, à l'anus et au scrotum, plaques muqueuses qui ne disparurent jamais. Entré le 4 novembre 1878 à la Maison de santé, il mourait subitement le 23 décembre suivant. La maladie avait duré à peine dix mois.

Les symptômes fonctionnels prédominants avaient été, au début, un certain degré d'aphasie, puis de l'amnésie et des troubles gastriques violents. Vers la fin de la maladie, malgré une grande amélioration du côté des accidents cutanés et muqueux, le malade était pâle et dans un état de cachexie très-accentuée.

A l'autopsie, on trouvait une vaste hémorrhagie méningée, et comme cause de cette hémorrhagie, une rupture de la carotide interne gauche au niveau de son entrée dans le crâne.

A l'œil nu, on remarquait qu'au-dessus de la rupture, l'artère était le siége d'un épaississement très considérable, d'aspect piriforme, du volume d'un petit pois.

Un épaississement beaucoup moins considérable, existait sur la carotide droite au niveau de sa bifurcation.

Rien sur les sylviennes, rien sur le tronc basilaire, rien dans les autres organes.

Mais, ce que je dois aussi rappeler, c'est le résultat fourni par l'examen histologique, car c'est sur cet examen que portera une partie de la discussion.

Je rappellerai tout d'abord que l'examen histologique, pratiqué sur le tronc basilaire et sur les deux sylviennes, n'a donné aucun résultat, ces artères étaient saines.

Sur l'artère carotide interne droite, au niveau de sa bifurcation, existait une légère endartérite, début de la lésion, qui était si développée sur la carotide gauche.

Sur cette dernière artère, l'examen des coupes pratiquées au niveau de la lésion montrait :

A un faible grossissement, un épaississement des parois, et faisant saillie dans la lumière du vaisseau, un volumineux bourgeon, développé aux dépens de l'endartère, en dedans de la lame élastique interne.

A un plus fort grossissement, on constatait que les trois tuniques artérielles avaient perdu leur structure propre et leurs caractères différentiels, les tuniques étaient uniformément composées de tissu embryonnaire, par points, en voie de dégénérescence.

La lamelle élastique interne seule persistait. Quant au bourgeon développé aux dépens de l'endartère, il rappelait ceux qui se forment à la suite des ligatures, il avait également une structure embryonnaire et, dans certains points, se montraient des infiltrations hémorrhagiques.

J'arrive maintenant à la discussion de ce fait.

D'abord la lésion de la carotide était-elle bien une lésion syphilitique ? — Plusieurs raisons tendent à le prouver.

D'abord ce fait que la lésion s'est montrée chez un sujet manifestement syphilitique, jeune, âgé de 29 ans et demi, chez lequel la maladie avait évolué avec une très grande rapidité (10 mois), et chez lequel on n'avait constaté aucune diathèse capable d'expliquer la lésion et même pas d'alcoolisme.

Sur ce fait encore que la lésion siégeait sur un point bien déterminé du système circulatoire, au lieu d'être disséminée sur tout son parcours, sur ce fait enfin que la lésion affectait la forme d'un bourgeonnement très limité de l'endartère.

Quant à l'histologie, peut-elle, dans le fait présent, nous éclairer sur la nature de la lésion ? Nullement.

Elle démontre seulement que le tissu de la lésion est de nature inflammatoire et embryonnaire, l'histologie nous donne en cela une explication très satisfaisante des phénomènes observés, et de la rupture facile d'une artère dont le tissu est friable, mais il n'existe, dans cette structure, rien de caractéristique au point de vue d'une lésion syphilitique, ou du moins si cette caractéristique existe, nous ne la connaissons pas encore. — Ce que l'on peut affirmer, c'est que cette lésion est inflammatoire, mais l'observation clinique nous autorise à établir une relation de cause à effet entre la syphilis et cette inflammation, car on ne peut, chez le sujet dont il est question, incriminer logiquement que la syphilis.

Et d'ailleurs, la syphilis n'est pas, on le sait, la seule maladie constitutionnelle qui donne lieu à des lésions n'offrant rien de caractéristique à l'examen macroscopique ou histologique. D'autre part, les lésions syphilitiques des artères sont admises aujourd'hui par un grand nombre d'auteurs, et elles sont très multiples.

En parcourant les travaux publiés dans ces dernières années et touchant au sujet qui nous occupe, ceux de Moxon, 1869, de Lancereaux, 1873, d'Heubner, 1874, la thèse de Rabot, 1875, et d'autres que nous ne citerons pas, on voit que la syphilis peut amener, soit l'artérite scléreuse, soit l'artérite gommeuse, avec rétrécissement consécutif du calibre de l'artère dans le premier cas, et thrombose même quelquefois.

Dans d'autres circonstances, ainsi que l'ont montré Russel, Lancereaux et tout récemment encore Meyer, en Allemagne, (1878. Archives de Virchow), il se produit des anévrysmes.

La lésion qui a été décrite précédemment ne rentre ni dans l'artérite scléreuse, ni dans l'artérite gommeuse, ni dans les anévrysmes. C'est une endartérite bourgeonnante qui s'est arrêtée dans son évolution et qui, au lieu de se terminer par organisation et oblitération complète du vaisseau, s'est terminée par régression et dégénérescence secondaire du bourgeon et des parois.

En recherchant si des faits analogues avaient été publiés, nous n'en avons trouvé qu'un seul, celui de M. Blachez (Société anatomique, Juillet 1862). — L'examen histologique n'avait pas été fait.

La lésion portait sur le tronc basilaire épaissi, rompu, il y avait eu hémorrhagie méningée, le sujet était manifestement syphilitique, car il avait des lésions du foie dus à la même cause. — Cependant, M. Fournier, dans son livre récent sur la syphilis cérébrale, cite encore un cas relevé dans la thèse de Hildebrand (Strasbourg, 1859).

D'après Hildebrand, Esmarch et Jessen auraient trouvé à l'autopsie d'un sujet mort de syphilis cérébrale, un grand épanchement sanguin entre le nerf facial et le nerf acoustique, coïncidemment avec d'autres lésions des artères, des méninges et du cerveau. En dehors de ces faits, quelques indications vagues.

Nous ne pouvons donc, à propos de cette lésion, faire une revue d'ensemble, puisque les faits manquent, une étude comparative pourrait, au contraire, être facilement faite au sujet des dilatations anévrysmales chez les syphilitiques.

Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi des faits de ce genre ont été rarement observés.

D'abord quelques-uns ont pu être méconnus, mais il est plus probable que ces lésions ne se produisent que dans les cas de syphilis rapide où le traitement échoue.

Au contraire, un syphilitique eût-il des lésions artérielles très-caractérisées, on comprend que, dans la plupart des cas, sous l'influence du traitement, la lésion au lieu de dégénérer tend à la formation d'un tissu adulte ou à la résorption.

Il est possible aussi que des syphilitiques, portant des lésions artérielles à tendance dégénérative, telles que des anévrysmes, par exemple, aient succombé à une autre complication plus grave, telle que gomme cérébrale ou méningée, et c'est ce qui est arrivé dans plusieurs cas.

Quoi qu'il en soit, et pour résumer cette discussion, il reste acquis que les faits de MM. Blachez et Brault offrent une très grande analogie, ils établissent l'existence de la mort subite chez les syphilitiques par hémorrhagie artérielle. à la suite d'une artérite dégénérative.

14. Rapport sur la candidature de M. Gilbert Ballet au titre de membre-adjoint de la Société anatomique ; par J. Dejerine.

Parmi les nombreuses et intéressantes communications que M. Ballet a faites à la Société anatomique, quelques-unes méritent plus spécialement d'attirer l'attention.

Nous signalerons, en passant, une curieuse observation de gastrite chronique, d'origine alcoolique, avec dégénérescence colloïde des culs-de-sac glandulaires, et sclérose de la muqueuse ; un cas de tumeur kystique de la région ano-coccygienne, un gliôme du corps pituitaire, une pneumonie caséeuse constituée microscopiquement par une agglomération de tubercules géants, une observation intéressante de cancer primitif et circonscrit du hile du foie, avec symptômes et lésions de rétention biliaire. Nous insisterons plus spécialement sur une observation récente d'adénome du rein. Il s'agit d'une petite tumeur, du volume d'une noix, occupant la partie supérieure du rein droit et rencontrée chez un homme mort de syphilis cérébrale. Cette tumeur, bien circonscrite, se détachait nettement à la vue des tissus avoisinants. Une enveloppe fibreuse résistante et assez épaisse établissait franchement la limite entre la tumeur et la substance du rein. Cette enveloppe paraissait formée par un épaississement de la capsule rénale. De sa surface interne partait une cloison transversale qui divisait la tumeur en deux lobes. A la coupe, le tissu du néoplasme présentait des aspects différents, suivant les points où on l'envisageait. Sur quelques-uns, ce tissu, d'un blanc jaunâtre, ne donnant pas de suc au raclage, offrait une surface légèrement granuleuse. Mais dans sa plus grande partie, la trame de la tumeur était creusée de foyers hémorrhagiques et presque complétement détruite par l'infiltration sanguine.

L'examen microscopique montra que la tumeur était constituée par une néoformation de canalicules urinifères. Sur les coupes pratiquées dans les points les moins altérés de la tumeur, on observait en effet des tubes coupés, les uns perpendiculairement, les autres parallèlement à leur axe. Ces tubes présentaient un volume quatre ou cinq fois supérieur à celui des canalicules normaux du rein. Leur paroi, formée par une trame conjonctive bien colorée par le picro-carminate, était tapissée intérieurement de couches stratifiées d'épithélium. « Les cellules qui constituent les couches périphériques, dit M. Ballet, dans sa communication, sont, les unes cubiques, les autres sphériques ou même cylindriques, mais présentent une forme en général régulière. Celles, au contraire, qui font partie des couches les plus internes, deviennent de plus en plus irrégulières, à mesure qu'on se rapproche de la lumière du canalicule néo-formé.

» Là, on trouve des éléments à contours bizarres ; les uns affectent une forme en raquette, d'autres plus irréguliers sont polygonaux ou fusiformes. La plupart de ces cellules sont uninucléaires, mais le noyau est volumineux et renferme des nucléoles multiples et brillants. Quelques-uns des tubes, de formation nouvelle, renferment des cellules plus petites que les précédentes. Dans celles-ci, le noyau est toujours volumineux et il n'existe autour de lui que peu de protoplasma, très mal coloré par le picro-carminate.

» Dans l'intérieur d'un certain nombre de tubes, on aperçoit des végétations de la paroi, formant comme de petites saillies polypeuses, et recouvertes d'un épithélium semblable à celui qui tapisse le pourtour du tube.

» Entre les canalicules néo-formées dans les intervalles que ces derniers laissent entre eux, on voit un grand nombre de vaisseaux remplis de globules rouges, irréguliers, sinueux, dilatés. Sur une foule de points, la paroi capillaire est rompue et a laissé échapper le sang dans le tissu interstitiel de la tumeur.

» Un grand nombre de cellules analogues à celles qui tapissent l'intérieur des cavités tubulaires, la plupart petites et arrondies, sont aussi diffuses dans la trame du néoplasme. »

M. Ballet pense qu'un certain nombre de ces cellules ont été préalablement formées dans l'intérieur des tubes, et qu'elles en sont sorties par une rupture, soit que cette rupture se soit faite spontanément sous l'influence de la prolifé-

ration intra-tubulaire, soit, ce qui paraît plus probable au présenteur pour un grand nombre de tubes tout au moins, qu'elle ait été le résultat des hémorrhagies nombreuses, dont la trame de la tumeur a été le siége.

De l'examen histologique qu'il a pratiqué, M. Ballet conclut que la tumeur dont il s'agit est un adénôme du rein ; mais en tenant compte de l'aspect et de la forme spéciale des éléments cellulaires intra-tubulaires, il a cherché à rapprocher ce cas de certains épithéliomas de la mamelle, qu'on a, dans ces derniers temps, décrits sous le nom de métatypiques. Un certain nombre de tumeurs de cette nature, nous dit M. Ballet, ont été observées récemment, quoique l'attention ait été peu attirée de ce côté et que les auteurs classiques d'anatomie pathologique n'en fassent pas mention dans leurs ouvrages. Sturm, notamment, dans un intéressant mémoire des *Archiv von Heilkunde* de 1875, en aurait rapporté une douzaine d'observations. Mais la plupart de ces cas rentrent plutôt dans la catégorie des adénomes à épithelium typique, tandis, nous venons de le voir, que la tumeur de M. Ballet constitue un cas intéressant et probablement rare d'épithélioma métatypique circonscrit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

M. TERRIER, à propos du procès-verbal, revient sur la ligature en masse du cordon dans la castration, et expose un procédé préconisé surtout en Angleterre, et qui consiste à diviser les éléments du cordon en deux parties, qu'on lie séparément.

M. DESPREZ dit que ce procédé est mis en pratique par M. Labbé, mais qu'il le considère comme détestable. Que dirait-on d'un chirurgien qui au bras, à la cuisse, ou au cou, lierait non l'artère qu'il veut oblitérer, mais le paquet vasculo-nerveux tout entier. Les cas de Velpeau ne l'encouragent pas. Deux fois il a vu l'infection purulente survenir ; le fil avait sectionné les veines qui baignaient dans le pus, et l'absorption purulente s'est faite. Et puis, n'a-t-on pas à craindre le tétanos, et M. Nicaise n'a-t-il pas observé cette complication dans un cas de ligature en masse ?

M. NICAISE. J'ai pratiqué 5 fois la castration : j'ai fait la ligature en masse avec le ligateur de Saintra. J'ai eu 4 succès; dans un 5e cas, mon malade est mort du tétanos survenu au 8e jour ; mais sans douleur préalable, sans phénomènes du côté de la plaie, qui aient pu faire croire à la névrite ; je ne pense pas qu'elle puisse être invoquée dans l'espèce.

M. FARABEUF lit deux rapports ; le premier résume plusieurs observations envoyées par M. Posada Aranga des Etats-Unis de Colombie, un cas d'anévrysme artérioso-veineux traumatique de l'artère sous-clavière ; un fait d'achromatopsie survenue à la suite d'un coup de feu, chez un colonel de 25 ans; corps étranger du larynx, extrait par la trachéotomie; un corps étranger des bronches.

Le second rapport de M. Farabeuf est fait sur un mémoire de M. Larger, de Maisons-Laffitte; relatif aux déformations du moignon à la suite des amputations partielles du pied. Pour M. Larger le renversement du pied consécutif à la désarticulation de Choppart ne tient pas à l'action du triceps crural et du tendon d'Achille; il est dû à une atrophie des muscles antérieurs de cause souvent inconnue, mais provoquée souvent par la synovite tendineuse; les gaines antérieures ont été ouvertes et l'inflammation par action réflexe a retenti sur le groupe musculaire antérieur. Ne serait-il pas aussi simple de dire avec les anciens auteurs qu'il y a prédominance des muscles postérieurs sur les antérieurs dont les insertions ont, par suite de l'amputation, été reportées en arrière. M. Larger résume son travail par les conclusions suivantes : La déformation est provoquée non par le tendon d'Achille et la tonicité des muscles postérieurs, mais par l'atrophie du groupe antérieur ; atrophie qui amène, par action réflexe, l'inflammation du tissu cellulaire, des gaines synoviales des articulations. La pratique la meilleure, pour éviter le renversement consiste à masser, doucher, frictionner et électriser les muscles antérieurs ; à ne pas mettre d'appareil prothetique qui s'opposerait à la libre contraction musculaire.

M. Farabeuf n'est point partisan de l'opération de Choppart ; il pense que la raison invoquée par M. Larger est trop exclusive. Si l'on pouvait facilement obtenir l'ankylose rectiligne de l'articulation tibio-tarsienne ; si les tendons antérieurs pouvaient être insérés sur la partie la plus antérieure du moignon, peut-être alors la désarticulation de Choppart pourrait-elle être encore conseillée, mais elle ne donne guère en France que des résultats déplorables. Du reste un second mémoire de M. Larger le prouve surabondamment et dans un relevé général de toutes les amputations partielles du pied qu'il a pu recueillir, il a vu que les déformations étaient la règle. Mais comme d'autre part, la mortalité est très grande dans les cas d'amputation totale, M. Larger pense qu'il faut préférer l'amputation partielle aux amputations totales, faire un large et long lambeau plantaire, un court lambeau dorsal ; respecter les gaines synoviales et essayer d'obtenir la réunion par première intention.

M. VERNEUIL dit que les muscles postérieurs superficiels n'agissent que pour produire le renversement : le tendon d'Achille est relaché ; il ne joue donc aucun rôle, d'autre part si, comme le prétend M. Larger, les muscles antérieurs sont atrophiés, il en est de même des postérieurs ; la couche musculaire profonde est graisseuse et atrophiée. Peut-être du reste la théorie de M. Larger est-elle vraie dans un certain nombre de cas.

M. FARABEUF, au contraire de M. Verneuil, pense que le tendon d'Achille a une action ; car lorsqu'on le sectionne ou peut redresser le pied pendant quelques jours et jusqu'à sa régénération. Les muscles de la couche profonde n'ont qu'une faible action sur l'extension du pied comme l'a démontré Duchenne de Boulogne. M. Verneuil pense que l'amputation de Choppart peut être bonne dans les cas traumatiques ; les soldats opérés par Choppart et plus tard observés aux Invalides avaient été amputés pour traumatisme et cependant ils durent être opérés à nouveau. M. Farabeuf d'autre part sait que si les Anglais ont à se plaindre de l'opération de Choppart, les Allemands accusent de nombreux succès. Il s'agit donc de rechercher les moyens qui pourront écarter les vices inhérents à cette opération ; peut-être la fixation du tendon le plus en aval possible rendra-t-elle de signalés services.

M. NEPVEU lit un mémoire important sur les cancers mélaniques de l'anus et de l'extrémité du rectum ; nous en rendrons compte lors de la lecture du rapport qui doit en être fait.

P. RECLUS.

BIBLIOGRAPHIE

Iconographie photographique de la Salpêtrière (Service de M. CHARCOT), par MM. BOURNEVILLE et PAUL REGNARD. Tome deuxième. — Paris, aux bureaux du *Progrès médical* et chez Adrien Delahaye.

Nous avons rendu compte, il y a quelques mois (voir *Gaz. méd.* 1879, n° 5), du premier volume de cet important ouvrage. Le second était déjà sous presse et a paru peu de temps après ; nous sommes donc en retard avec les auteurs, et si ce retard n'était pas involontaire, nous nous le reprocherions vivement à nous-même, car ce livre est de ceux qui, inspirés par l'amour désintéressé de la science, ne font en général la fortune ni de l'auteur ni de l'éditeur et méritent ainsi d'autant plus d'être encouragés.

Ce volume comprend deux parties : dans la première, nos honorables confrères ont abordé l'étude d'une forme particulière d'épilepsie, l'*épilepsie partielle* ; dans la seconde, ils continuent et complètent la description des *attaques d'hystéro-épilepsie*, en ajoutant de nouvelles observations à celles qu'ils ont publiées dans l'autre volume.

L'accès épileptique, au lieu de s'étendre à toutes les parties du corps, comme cela a lieu dans le cas ordinaire, peut se circonscrire parfois à une moitié du corps (épilepsie hémiplégique), et même à une partie plus restreinte, un membre, par exemple, un côté de la face, etc. Ces faits d'épilepsie partielle paraissent avoir été entrevus par Hippocrate, Galien et quelques autres médecins d'une époque moins éloignée : mais il faut arriver jusqu'en 1822 pour en trouver une description en règle dans la thèse de Bravais. C'est à l'*épilepsie hémiplégique* que Bravais a consacré son [illegible]il ; il en distingue cinq

variétés, suivant le point de départ de l'accès ou de l'aura qui le précède.

En 1868, un auteur anglais, M. Hughlings Jackson, a publié, sur l'*épilepsie partielle*, des recherches d'un haut intérêt, qui ont fortement contribué à faire avancer la question. Puis sont venus d'autres travaux dus à des auteurs français ou anglais, et parmi ces travaux, il faut citer en première ligne les leçons de M. Charcot sur l'*épilepsie hémiplégique*, puis sur l'*épilepsie partielle d'origine syphilitique*.

Après l'exposé historique que nous venons de résumer, MM. Bourneville et Regnard rappellent, en l'adoptant, la division proposée par M. Charcot, qui distingue trois variétés d'épilepsie partielle :

1° L'*épilepsie partielle* ou *hémiplégique proprement dite*, qu'on rencontre chez des malades atteints d'hémiplégie depuis leur enfance, et dans laquelle l'accès, plus ou moins semblable à l'accès vulgaire, débute par le côté paralysé en y demeurant souvent localisé ;

2° L'*épilepsie partielle tonique* ou *avec contracture* ;

3° L'*épilepsie partielle vibratoire*.

Les observations rapportées par MM. Bourneville et Regnard tendent à justifier cette division. Nous ne saurions ici en donner une analyse même succincte ; nous en retiendrons seulement les notions générales propres à éclairer la pathologie de l'une ou l'autre des formes de l'épilepsie partielle.

La première de ces formes succède à une lésion cérébrale évidente, mais dont la nature n'est pas encore nettement déterminée. Un enfant, après avoir, ou non, éprouvé quelque malaise, est pris de convulsions, circonscrites à une moitié du corps, et se manifestant par accès qui rappellent complétement l'état de mal épileptique. Parfois le petit malade succombe ; quand il résiste, on ne tarde pas à s'apercevoir que les membres du côté où ont siégé les convulsions sont paralysés. Cette hémiplégie, d'abord complète, peut s'atténuer dans les jours ou les mois qui suivent ; mais souvent un second accès survient et la rend définitive. Plus tard, à la flaccidité des membres paralysés succède, plus ou moins lentement, la contracture, qui imprime aux membres une attitude particulière : le bras est d'habitude fixé contre le thorax, l'avant-bras, en pronation, fléchi sur le bras, la main, également en pronation, fléchie souvent à angle droit sur le poignet. Au membre inférieur, l'attitude la plus habituelle est celle du pied-bot varus équin plus ou moins accentué.

A la contracture s'ajoutent d'autres symptômes, tels que des arthralgies, une atrophie, ou plutôt un arrêt de développement du côté paralysé, arrêt portant aussi sur le crâne et, par suite, sur le cerveau, enfin des mouvements choréiformes dans les membres du même côté, c'est-à-dire une hémichorée. Dans quelques cas, les mouvements se circonscrivent davantage et revêtent cette forme que Hammond a désignée sous le nom d'athétose. Ajoutons, pour compléter le tableau, que les membres paralysés présentent souvent une coloration plus ou moins violacée, que leur température est inférieure à celle des membres du côté sain, et qu'ils sont parfois le siége de troubles trophiques (abcès).

Les accès épileptiques ne surviennent parfois que plusieurs années après l'hémiplégie ; dans d'autres cas ils suivent de près les convulsions qui ont produit la paralysie. Ils sont, en général, précédés d'une aura d'une durée suffisante pour que les malades ou les personnes qui les entourent, prennent des précautions contre les accidents auxquels peut donner lieu une brusque perte de connaissance. Ils peuvent être isolés, sériels ou constituer un état de mal. Ils se distinguent des accès d'épilepsie vulgaire par les phénomènes suivants : le cri initial fait en général défaut ; la rigidité tonique et ensuite les convulsions cloniques restent presque toujours limitée, ou tout au moins prédominent fortement dans le côté paralysé ; la période de stertor est très courte et manque même quelquefois ; l'hébétude consécutive disparaît promptement ; pas de délire : parfois après l'accès, tremblement qui peut d'ailleurs se manifester en dehors des accès.

Deux autres faits importants distinguent l'épilepsie partielle hémiplégique : ce sont, d'une part, l'absence ou la rareté du vertige ; d'autre part, la diminution dans la fréquence des accès à mesure que le malade avance en âge, diminution qui peut aller jusqu'à la disparition complète, ce qui, observé sur une plus grande échelle, atténuerait le pronostic de cette forme d'épilepsie. Enfin, si les facultés intellectuelles sont atteintes dès le principe par la lésion cérébrale et l'arrêt de développement qui en est la conséquence, elles ne baissent pas sous l'influence de la répétition des accès comme dans l'épilepsie vulgaire, et les malades sont en général moins irascibles, moins violents que les autres épileptiques.

La seconde forme d'épilepsie partielle (*épilepsie tonique* ou *avec contracture*) est plus rare que la précédente ; MM. Bourneville et Regnard n'en possèdent que deux exemples. Ils donnent la description détaillée des accès chez l'une de ces malades. Les principaux phénomènes peuvent se résumer ainsi : aura précédant l'accès ; pas de perte de connaissance ; pâleur et anxiété du visage ; spasme des paupières ; contracture des muscles de la moitié droite du cou et des constricteurs de la mâchoire ; contracture dans l'extension du membre supérieur droit et souvent du membre inférieur du même côté ; mouvement de rotation du tronc de gauche à droite, de façon que la partie antérieure du corps est dirigée vers le dos de la chaise sur laquelle la malade est assise, pendant que l'avant-bras se fléchit à angle droit sur le bras et vient s'appliquer en travers de la région dorso-lombaire. Après deux ou trois minutes, tous ces phénomènes cessent en suivant une marche inverse à celle de leur production, et la malade revient vite à elle-même, ne conservant qu'un peu de confusion dans les idées.

La troisième variété d'épilepsie partielle (*forme vibratoire*), assez rare aussi, serait, d'après les auteurs, plus grave que les deux précédentes, car elle parait aboutir à l'épilepsie vulgaire et produit, non moins rapidement que celle-ci, la déchéance des facultés intellectuelles. Les accès sont caractérisés, au début de la maladie, par des secousses ou mouvements rythmiques, circonscrits à un seul membre ou à un côté du corps. Plus tard, les convulsions se généralisant à tout le corps, et l'on observe la plupart des phénomènes de l'accès épileptique vulgaire.

Cette troisième variété d'épilepsie partielle nous semble, moins que les deux précédentes, constituer une forme spéciale, MM. Bourneville et Regnard reconnaissent que « de *partielle* dans les *accès isolés*, l'épilepsie revêt les allures de l'épilepsie vulgaire, c'est-à-dire avec *généralisation des convulsions* quand les accès se succèdent promptement. » Nous avons pu observer nous-même, alternativement, chez un même malade, des *accès isolés* d'épilepsie vulgaire et des accès d'*épilepsie partielle à forme vibratoire* circonscrits à un bras, sous l'influence d'un petit névrome du doigt. Sans doute, il existait ici une cause locale qui pouvait expliquer ces derniers accès ; mais nous devons faire remarquer que parfois l'excitation douloureuse de la petite tumeur provoquait des accès complets. Dans des cas semblables, de même que dans ceux de MM. Bourneville et Regnard, l'accès d'épilepsie partielle est comme une forme fruste d'accès d'épilepsie vulgaire, mais en définitive c'est bien à cette dernière maladie, non à une variété spéciale, qu'on nous semble avoir affaire.

La seconde partie du volume que nous analysons, consacrée à l'hystéro-épilepsie, renferme quatre observations, très détaillées, dont les auteurs ont tiré le meilleur parti pour faire ressortir différents points curieux de cette névrose et de *son étude dans l'histoire*. Parmi ces points, nous nous bornerons à citer la chorée, la trépidation spontanée ou provoquée des membres inférieurs, le réflexe tendineux du genou, l'influence des métaux sur la sensibilité, de l'aimant sur la contracture, les troubles de la sensibilité de la peau, des muqueuses et de la sensibilité spéciale, le sein hystérique, etc.

Deux des observations montrent que l'hystérie grave peut se développer chez une fille avant l'établissement de la fonction menstruelle, de même qu'elle peut continuer après la cessation de cette fonction.

Après avoir analysé les différentes phases de l'attaque hystéro-épileptique, phases dont quelques-unes peuvent manquer, MM. Bourneville et Regnard font une intéressante excursion dans le domaine de l'histoire, et ont peu de peine à montrer que, depuis Madeleine Bavent, la possédée de Louviers, qui avait des rapports génésiques avec le diable, jusqu'à Marie Alacoque qui croyait être l'épouse du Christ, tous les phénomènes présentés par les possédées, comme par les extatiques, sont de même ordre que ceux qu'on peut étudier chez les malades de la Salpêtrière. D'une manière générale on peut dire que le délire et les hallucinations varient, dans leur forme et leur expression, suivant l'éducation que les malades ont reçue, le milieu dans lequel elles ont vécu, les émotions auxquelles elles ont pu être soumises.

On voit, par l'analyse qui précède, que le second volume de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* a tenu les promesses qu'avait fait concevoir le premier. Les observations nouvelles, réunies par les auteurs, sont exposées avec toute la rigueur scientifique qui convient en pareille matière, et avec des détails minutieux qui permettent de suivre à chaque phase l'évolution de la maladie, épilepsie ou hystéro-épilepsie, dans l'ordre psychique comme dans l'ordre physique ; aussi l'ouvrage ne présente-t-il pas moins d'intérêt pour le philosophe ou le moraliste que pour le médecin. Ajoutons que la partie illustrée a été l'objet de tout autant de soin. M. Regnard, qui s'est plus spécialement chargé de cette partie, a utilisé un procédé photographique donnant des épreuves tirées à l'encre d'imprimerie et par suite inaltérables. Il ne s'agit plus que de reporter ensuite sur la pierre le cliché obtenu à la chambre obscure et de tirer à la presse. On réunit ainsi les avantages de la photographie, avec son exactitude parfaite, et ceux de l'impression à l'encre grasse ; le résultat est des plus satisfaisant. A tous les points de vue donc, le livre de MM. Bourneville et Regnard mérite d'occuper une place honorable dans toutes les bibliothèques.

(*Gazette médicale*, n° 1, 1880.) Dr F. de Ranse.

VARIA

Histoire de la découverte de la circulation du sang ;
par Flourens. — **André Césalpin.**

Où peut conduire un livre d'histoire fait sans souci de la vérité, et publié sous l'autorité d'un grand nom ! Voici, par exemple, M. Ch. Richet qui, voulant faire une préface à sa traduction de Harvey avec les réponses à Riolan le fils, croit pouvoir donner un court historique de la découverte de la circulation du sang, d'après le joli petit volume de Flourens. Il n'est arrivé, par ce moyen, qu'à entasser erreurs sur erreurs, tout en intéressant sans aucun doute, les lecteurs de la *Revue des Deux-Mondes* (livraison du 1er juin 1879). Doit-on beaucoup l'en blâmer ? Je ne le crois pas. Il s'est réglé, sans le savoir, *sur de méchants modèles.* Mais, pour mettre un terme à de pareilles méprises, il ne me semble plus permis de taire aujourd'hui ce que j'aurais dû dire librement il y a trois ans déjà, lorsqu'à l'occasion de l'érection de la statue d'André Césalpin, à Rome (1), faisant quelques recherches historiques, je me suis bientôt aperçu que le livre de Flourens n'avait pas été écrit pour des hommes sérieux.

(1) Voici l'inscription : ANDREÆ CESALPINO DOMO ARETIO ARCHIATRO EXIMIO SOLERTISSIMO NATURÆ INVESTIGATORI QUOD IN GENERALI SANGUINIS CIRCULATIONE AGNOSCENDA AC DEMONSTRANDA CÆTEROS ANTECESSERIT, PLANTAS NONDUM IN CLASSES TRIBUTAS PRIMUS ORDINANDAS SUSCEPERIT, RERUM PLURIMARUM IMPEDITAM INTELLIGENTIAM EXPLICUERIT, UNIVERSAM MORBORUM DOCTRINAM MAGNO CUM PLAUSU IN HOC ARCHIGYMNASIO TRADIDERIT, ACADEMIA MEDICA URBIS ET X. VIRI A CONSILIIS ARCHIGYMNASIO REGUNDO HONORIS ET MEMORIÆ CAUSA. MDCCCLXXVI. — En outre, M. Ceradini, professeur à l'université de Gênes, n'avait pas craint de proposer cette autre inscription, pour l'amphithéâtre de Pise : *Andreas Cesalpinus, Aretinus, Pisana in academia medicinæ lector, Galeni erroribus de jecoris venarumque officio emendatis, sanguinis detexit per universum corpus circulationem quam etiam vinculis adhibitis vivisectionibus patefecit, suis vero in peripateticis ac medicis quæstionibus anno MDLXIX vel MDXCIII editis, ipsissima circulationis voce usus, plane descripsit. Male sibi consuluit Harveius ille Anglus, hanc qui sibi maximi veritatem momenti ausus anno MDCXXVIII est decernere.* M. Sampson Gangee s'est empressé de relever cette erreur (voyez *the Lancet*, 11 et 25 novembre 1876, 20 janvier et 3 février 1877), que n'avait pas peu contribué à propager le petit livre de Flourens.

Je ne reviendrai pas sur Servet, Vésale et Colombo. (Voir le *Progrès médical*, n°s 32 et 33, août 1879. *Remarques au sujet d'une lecture de M. Chéreau, à l'Académie de médecine.* Il ne sera question ici, que de Césalpin, qui aurait « conçu et si bien défini, » selon Flourens, la circulation générale.

Et, dès lors, M. Ch. Richet n'hésite pas à écrire : « C'est un » homme de génie, aussi grand que Michel Servet et Harvey, » André Césalpin, qui découvre la circulation générale. » Liv. cit. p. 691.

Retournons à la réalité avec Haller. (*Bibl. anat.*, I., p. 239.) Quelle admirable concision ! « André Césalpin, d'Arezzo, » professeur à Pise, puis médecin (*archiater*) de Clément VIII, » homme de beaucoup d'esprit (*acuti ingenii*), qui n'a pas » compris les choses comme tout le monde (*aptus ad res intuendas alio angulo, quem reliqui mortales solebant*), et qui, sans » avoir fait d'anatomie, a été le grand défenseur d'Aristote » contre les écoles de Galien (*Et si in anatome se non videtur » exercuisse magnus Aristotelis contra scholas et Galenum defensor*). On a de lui cinq livres de *Quæstiones peripateticæ*, » Venise, 1571, in-4°. Une 2e édition, augmentée d'une question et de 16 pages, a paru à Venise, en 1593, in-4° (1), réimprimée à Venise, en 1614. A Genève, 1588, in-fol. — Les » quatre premiers livres ne nous regardent pas, mais le » cinquième contient beaucoup de physiologie. La petite circulation du sang à travers les poumons y est manifestement décrite, p. 122 B. Cet homme illustre a même très » bien vu le jeu (*officium*) des valvules placées aux orifices » du cœur...

» En outre, dans ce livre V des questions péripatéticiennes, » il soutient que les veines et les nerfs eux-mêmes viennent » du cœur (*venas etiam et nervos a corde oriri*), que l'âme y » habite (*in corde animam habitare*), et que les organes qui » n'ont pas de sang ne sentent pas (*absque sanguine nullum » sensum locum habere*)...

» Dans un autre ouvrage : *Quæstionum medicarum libri* II, » Venise, 1593, in-4°, (publié avec la 2e édition des *Quæstiones » peripateticæ*), au livre second, *Question XVII*, p. 234, il note » que les veines se gonflent quand on applique un lien entre » le cœur et les extrémités et que cela est contraire aux idées » reçues (*eumque tumorem receptæ sententiæ adversari*) ; cependant, il n'en déduit pas le cours du sang dans les veines, » bien qu'il en ait été très près (*verumtamen sanguinis venosi » ductum inde non eruit, vero licet proximus*) ; il a enseigné » que pendant le sommeil le sang revient bien au cœur par » les veines et non par les artères ; mais qu'il est encore loin » de la réalité (*sed à vero hactenus abfuit*), parce qu'il a cru que » le sang allait et venait dans les veines comme les flots de la » mer (*in Euripi modum*) (2).

» Enfin, dans le premier livre, sur les plantes (*de plantis*), » chapitre II, il y a encore quelque chose sur ce sujet (*aliqua » huc faciunt.*) »

Flourens n'a pas tenu compte de cette juste appréciation de Haller et ne s'est pas certainement donné la peine d'ouvrir les livres de Césalpin. Il aurait, cependant, été bon de s'en préoccuper un peu. Que pouvait-on attendre, en effet, d'un homme, de *beaucoup d'esprit*, qui, après l'effort accompli par Galien et ses successeurs, et ensuite par Vésale, Colombo, Fallope, Eustachi, etc., avait eu la singulière idée de reporter les philosophes et les savants anatomistes de son époque aux doctrines d'Aristote ! Pour le grand philosophe de l'antiquité, le cœur était tout. C'était non-seulement le principe des artères, mais encore celui des veines et des nerfs ; le siége de l'âme et des passions, etc.

Constatons d'abord, avec Douglas et bien d'autres, que les dissertations de Césalpin étaient justement demeurées dans l'oubli pour tout le monde, que personne surtout n'y avait vu l'indice de la grande circulation, c'est-à-dire le passage du sang des artères dans les veines, quand éclata la décou-

(1) C'est celle qui est citée habituellement par les auteurs.
(2) C'est l'expression d'Aristote reproduite par Césalpin.

verte de Harvey. C'est seulement lorsque ce grand fait fut démontré et connu, qu'on alla exhumer dans le monceau des divagations de Césalpin certaines phrases qui, prises *isolément*, ont pu donner le change à d'autres auteurs que Haller.

Pour mettre un peu d'ordre dans cette exposition, il me parait nécessaire d'examiner successivement les divers ouvrages de Césalpin, écrits et publiés à des dates très différentes et qu'on a mêlés dans une confusion fâcheuse (1). Cet examen méthodique servira à établir d'abord, que Césalpin n'a pas eu la moindre idée de la circulation générale. Il sera facile d'apprécier ensuite la valeur des citations avec lesquelles, non sans leur faire subir quelques modifications et leur prêter un sens qu'elles ne peuvent avoir, on a cherché à donner à Césalpin une gloire qui appartient tout entière à Harvey.

I. Dans le cinquième livre des questions péripatéticiennes. Edition de 1593. Page 115. Troisième proposition (*Quæstio III*). COR NON SOLUM ARTERIARUM SED ET VENARUM ET NERVORUM ESSE PRINCIPIUM, des passages sans nombre, montrent que pour Césalpin le cours du sang dans les veines a lieu du cœur aux organes, excepté pour la veine porte et la partie de la veine cave qui lui fait suite, p. 116 A. *Ut igitur rivuli ex fonte aquam hauriunt, sic venæ et arteriæ ex corde*, Comme les ruisseaux tirent leur eau d'une fontaine, les veines et les artères sortent du cœur, et p. 116 B. *Ibi esse omnium venarum principium. Sunt enim hæc* (2) *quasi venarum capita, fines autem earumdem in capillamenta tenuissime scissa desinunt.* Elles sont en effet, comme l'origine des veines, qui se terminent par des capillaires extrêmement fins. Le cœur est donc le principe de toutes les veines! C'est évident. *Ex dictis patet.*

Il n'est pas moins évident que les nerfs y prennent aussi leur origine, p. 116 B. *Sed et nervorum quoque ortum ab eodem duci, hinc manifestum est.* Je laisse de côté une discussion qui ne nous intéresse pas, sur le cœur, siége de toutes les sensations, etc., avec les citations d'Aristote. Pour Galien, qui est de l'avis de Platon, l'âme ou la vie a trois facultés : la nutritive, placée dans le foie et les veines; la sensitive, qu'il appelle animale, dans le cerveau et les nerfs; la vitale, dans le cœur et les artères. Comme si la vie, objecte Césalpin, n'était pas l'opération même de l'âme nutritive! p. 116 E et F. *Putavit enim Platonem insequutus..... Quasi vita non sit ipsa animæ præcipue altricis operatio.* Je n'insiste pas non plus sur l'*alimentum auctivum* contenu dans les veines, et le *nutritivum* distribué par les artères. Je recueille seulement cette réflexion : « Il n'était pas nécessaire qu'il retournât du cœur dans la veine-cave, car elle contient l'aliment *auctivum* qui y est perfectionné par la chaleur que lui communique le cœur, » p. 119 B. *Non est autem necesse, ut regrediatur ex corde in venam cavam, illa enim auctivum alimentum continet, quod in ipsa met propter cordis continuationem perficitur.* Césalpin suppose, en outre, que l'origine des veines pourrait bien être « dans la tête, où l'on voit des sinus non moins grands que ceux qui se trouvent auprès du foie et du cœur, » p. 119 B. *Præterea ea ratione dicere possumus in capite esse principium venarum; sinus enim ibi efficiuntur non minores, quam qui juxta hepar et cor spectantur.*

Il est plus important de voir (p. 120) quelle est, pour le philosophe péripatéticien, l'action du cerveau sur le sang, et comment les vaisseaux vont s'y distribuer et devenir des nerfs. Après cela, croira qui voudra à la grande circulation de Césalpin! Pour que le cerveau refroidisse (*temperat sua frigiditate*) le sang très chaud monté du cœur (*sanguinem calidissinum ex corde ascendentem*), des vaisseaux petits et en grand nombre, provenant de la veine cave et de l'aorte, se répandent autour du cerveau, et y portent un sang non plus riche et épais, mais un sang léger et pur, p. 120 B. *Neque sanguis copiosus et crassus, sed tenuis syncerusque tendit eodem.* Or, ces petits vaisseaux répandus dans le cerveau, s'ils s'y terminaient et n'allaient pas aux organes des sens, seraient inutiles; à quoi leur servirait, en effet, d'avoir attiré du sang pur et refroidi? P. 120 C. *Venulæ autem in cerebrum dispersæ, si inibi desinerent, nec ad organa sensuum ferrentur, inutiles fuissent, quo modo enim hæc sanguinem syncerum ac temperatum haurirent?* Et comme le sang sorti des vaisseaux se corrompt, et qu'il ne peut être repris d'aucune manière (*reassumi nullo pacto potest*), il est nécessaire que les vaisseaux qui vont partir du cerveau se continuent avec les organes des sens (*ad sensuum instrumenta*), puisqu'on ne voit rien sortir du cerveau excepté les nerfs, p. 120 D. (*At nullum aliud corpus e cerebro egredi videmus præter nervos.*) Ils ne se continuent pas canal à canal; plusieurs vaisseaux se réunissent pour former un nerf. Aussi, le nerf peut-il être séparé en plusieurs fibres dans le sens de sa longueur. *Idcirco fissilis est nervus secundum longitudinem.* Car les vaisseaux se terminent en fibres droites qui forment les nerfs. *Nam venulæ in fibras rectas descinunt nervos continuentes.*

Quoi de plus clair que la théorie d'Aristote! P. 120. D. *Quid potest hoc dicto clarius esse?* « Le nerf en effet n'est rien autre chose que les dernières divisions de l'aorte parvenues dans la tête et qui ont pris dans le cerveau la nature du nerf; d'autres branches se dirigent en bas, c'est-à-dire vers les jambes et les articulations de tout le corps. » *Nihil enim aliud est nervus quam extrema aortæ alia quidem in capite, id est in cerebro naturam nervi accipientia : alia autem circa imas partes, id est circa crura et articulos totius corporis.*

» Résumons donc le trajet des nerfs. » P. 120 F. *Colligamus igitur nervorum ductum.* « Du cœur sortent les veines et les artères, les branches qui vont vers la tête, entrées dans le crâne, constituent d'une part les plexus rétiformes dans les ventricules du cerveau, d'autre part, les veines de la dure-mère, d'où partent des vaisseaux sanguins à parois minces. » *Ex corde egrediuntur venæ et arteriæ quarum illæ quæ ad caput feruntur calvariam ingressæ partim in ventriculis cerebri plexus retis modo efficiunt : partim vero in membrana duriore sinus quosdum communes ex utraque vena constituunt, e quibus vasa sanguinis in tenuem membranam sparguntur.* Les vaisseaux se répandent dans la substance du cerveau en capillaires si fins qu'on ne peut les voir. Le sang très-léger qu'ils contiennent peut ainsi se refroidir au contact de la moelle du cerveau.

Puis les petits vaisseaux sortent de nouveau par les nombreux trous du crâne, pour porter aux organes des sens l'esprit ou la fleur du sang plutôt que du sang; « d'autres vont de la même manière, de la moelle spinale aux articulations, aux jambes et aux côtes. » P. 121 A. *Eodem modo alii ex spinali medulla ad artus et crura et costas ferruntur.* C'est le sang qui donne aux organes, le pouvoir de sentir, etc.

Je cite encore cette phrase, p. 151 B. *Quemadmodum enim in hepate, licet sensui immanifestus sit nexus venæ cavæ cum vena porta, una tamen continua vena est : sic in cerebro continuos esse canales venarum cum nervis ostensum est, quanquam ob vasorum exiguitatem in dissectione ostendi satis nequeant.* « De même que dans le foie, la veine porte se continue avec la veine cave; de même dans le cerveau, les canalicules des veines se continuent avec les nerfs, bien qu'on ne puisse s'en assurer dans les dissections, à cause de l'exiguïté des vaisseaux. »

Quatrième proposition (*Quæstio IV*), p. 121. RESPIRATIONE NON INTROMITTI ALIQUEM SPIRITUM EXTERNUM IN COR. « Par la respiration aucun esprit extérieur ne peut être introduit dans le cœur. »

Pour Aristote, il ne faut pas l'oublier, le cœur est tout. Il fait le sang par sa chaleur. P. 123 A. *Continua sanguinis generatio in corde.* Le poumon n'est qu'un organe de réfrigération. « Le mouvement continuel qui se fait du cœur à toutes les

(1) Le *Quætionum peripateticarum libri V* parut à Venise, en 1571. La dédicace à François de Médicis, *prince de Florence*, est datée de Pise, calendes de juin 1569. Côme de Médicis, son père, premier duc de Toscane, meurt en 1574. Aussi le *De plantis libri XVI*, Florence, 1583, est dédié à François de Médicis, devenu *grand duc de Toscane* (*Serenissimo Francisco Medici magno Ætruriæ duci*). Quand avec la 2e édition des *Quæst. peripat. libri V*, paraît à Venise, 1593, pour la première fois, *Quæstionum medicarum libri II* et *de Medicamentorum facultatibus libri II*, François de Médicis, deuxième grand duc de Toscane, est mort, en 1587. La dédicace de ces ouvrages nouveaux est adressée à son frère Ferdinand, qui avait été cardinal et qui devint le troisième grand duc de Toscane, *Serenissimo Ferdinando magno Æturiæ duci III.*

(2) Les valvules placées aux orifices du cœur.

parties du corps a pour cause la génération continuelle de l'esprit qui, par son expansion, est apte à se répandre très-promptement dans tous les organes. » P. 123 B. *Motus igitur continuus a corde in omnes corporis partes agitur quia continua est spiritus generatio qui sua amplitudine diffendi celerrime in omnes partes aptus est.* « C'est lui qui produit la pulsation des artères plus forte que celle des veines, parce que c'est par elles que l'esprit est porté. » P. 123 C. *Apparet autem magis hæc pulsatio in arteriis quam venis, quia spiritus per has fertur.*

Voici d'ailleurs comment a lieu ce mouvement continuel. « Le cœur attire par sa chaleur l'aliment des veines, qui est porté du cœur dans les artères, la disposition des valvules ne lui permettant pas d'autre route. » *Motus enim fit ex venis in cor caliditate alimentum trahente, simul autem ex corde in arterias quia hoc solum patet iter propter menbranorum positionem.*

La circulation pulmonaire seule est bien décrite : p. 125 D. *Idcirco pulmo per venam arteriis similem.....* P. 125 E. *Huic sanguinis circulationi ex dextro cordis ventriculo per pulmonem in sinistrum ejusdem ventricuulm*, etc. Cette citation est partout. Je n'insiste pas. Il suffit de faire observer que ce fameux mot de *Circulation*, écrit la première fois par Césalpin, et dont on a fait tant de bruit s'applique à la circulation pulmonaire, déjà beaucoup mieux exposée par Colombo. Ce dernier avait très-bien indiqué, sans la comprendre, l'action de l'air sur le sang dans la respiration. Césalpin, avec sa théorie de la réfrigération, vient tout bouleverser ! Et d'ailleurs, il croit à la perméabilité de la cloison interventriculaire. P. 125 F. *Pulchre igitur condita sunt omnia : cum enim fervere oporteret in corde sanguinem, ut fieret alimenti perfectio : primo quidem in dextro ventriculo, in quo crassior adhuc continetur sanguis, deinde autem in sinistro, ubi syncerior jam sanguis est : partim per medium septum, partim per medios pulmones refrigerationis gratia ex dextro in sinistrum trans mittitur.* « Tout est donc bien arrangé : Comme il fallait que le sang fût échauffé dans le cœur, pour la perfection de l'aliment, il est porté d'abord dans le ventricule droit, où il est plus épais ; puis dans le ventricule gauche, où il est déjà plus pur. Il est ainsi transmis du ventricule droit au ventricule gauche, pour se refroidir, partie à travers sa cloison, partie par les poumons. »

Je signale encore cette phrase : p. 126 B. *Ob hanc vero causam fit aeris inspiratio per nares juxta cerebrum desinentes, non solum olfactus gratia, sed etiam ut venæ per collum ascendentes ad cerebrum usque, refrigerentur ; protenduntur enim juxta asperam arteriam venæ cerebrum petentes.* « C'est pourquoi il se fait une inspiration d'air par les narines qui finissent près du cerveau, non seulement pour servir à l'olfaction, mais même pour que les veines, montant le long du cou jusqu'au cerveau, soient refroidies ; c'est pourquoi les veines qui vont au cerveau passent auprès de la trachée artère. » N'est-il pas évident que pour Césalpin, le cours du sang dans les veines a lieu du cœur aux organes. Alors, que devient la circulation générale qu'on a eu la malheureuse idée de lui attribuer ?

Cinquième proposition (*Quæstio* V). IN RESPIRATIONE PRINCIPIUM UNDE MOTUS ESSE CORDIS CALOREM. P. 126 D. Ici rien à noter que l'explication des mouvements respiratoires. Elle est curieuse ! Avec Galien, on admettait qu'ils se faisaient au moyen des muscles, diaphragme, intercostaux, etc. Pour Aristote et Césalpin, qui veut le faire revivre, « le sang échauffé par le cœur, non seulement le dilate, ce qui produit sa pulsation ; mais encore dilate le poumon, et la respiration se fait par l'action continuelle du sang chaud qui lui arrive. Le poumon se dilatant, il est de toute nécessité que l'air extérieur entre dans la trachée artère : c'est ce qu'on appelle l'inspiration. Survient la réfrigération, et la masse diminue, comme lorsqu'on projette de l'eau froide dans une marmite en ébullition. Le poumon revenant sur lui-même, il faut que l'air inspiré soit rendu, c'est ce qu'on appelle l'expiration. La chaleur du cœur est donc la cause des mouvements respiratoires. » P. 126 F. *Idcirco necesse est sanguinem in corde ferventem non solum cor ipsum dilatare, unde fit pulsus : sed et pulmonem unde respiratio, continua in eum facta calentis sanguinis derivatione. Amplificato igitur pulmone necesse est aerem externum introlabi in asperas arterias, quæ inspiratio vocatur. Inde refrigeratio et molis diminutio sequitur, ut facit in ollis ferventibus aquæ frigidæ instillatio. Desidente autem pulmone necesse est aerem inspiratum reddi, quæ expiratio vocatur. Est igitur calor cordis unde principium motus respirationis.* D'où l'on peut conclure que Césalpin ne connaissait pas non plus la respiration !

En voilà assez, je crois ! Cependant dans la sixième proposition (*Quæstio* VI). P. 127 E. SENSUM NULLI PARTI IN ESSE, QUÆ SANGUINE CAREAT IN ANIMALIBUS SANGUINEIS, on voit comment Césalpin comprenait la communication des veines et des artères. « Dans les animaux supérieurs, la conjonction des vaisseaux est beaucoup plus grande à leur origine que dans leur trajet : au cœur, elle se fait par de grands orifices ; dans le trajet des vaisseaux, la communication paraît se faire par de petits orifices, mais elle est faible (*imbecillis*). C'est dans le cerveau que se fait la première conjonction des *vaisseaux* et des nerfs ; dans leur trajet, elle paraît rare (*modica*). » P. 131 B. *In animalibus vero perfectioribus conjonctio vasorum longe major est in principiis, quam in ductibus : cor enim conjunctio est venarum et arteriarum maximis osculis, ideo principium est : in ductibus autem parvorum osculorum etiam communicatio apparet, sed imbecillis. Et cerebrum venarum et nervorum est conjunctio prima, modica autem in ductibus videtur....*

Enfin une dernière citation. Césalpin pour faire comprendre la transmission du mouvement du cœur aux muscles, rappelle ce qui se passe aux orgues des églises, qui rendent des sons différents suivant que l'artiste modifie la quantité d'air envoyé par les soufflets. « Les modifications des sensations sont comme les notes du clavier, qui laissent passer plus ou moins d'air. L'esprit est retenu principalement dans le cœur ; le thorax fait l'office de soufflet, et *suivant l'impression* une quantité déterminée est poussée dans les tendons des muscles. C'est pour cela qu'il a fallu que le cœur fût robuste et nerveux, pour supporter ces mouvements, » P. 131. F. *Sic in animalibus alteratio per sensus est veluti tactus disponens instrumentum ad flatum recipiendum : aperit meatus, per quos flatus ex corde præcipue retento spiritu, ac thorace compresso tanquam folle in tendines musculorum impingatur : hujus autem gratia cordis corpus robustum esse oportuit, et nervosum, ut motus hos præstare posset.* Est-ce assez clair ? Césalpin ne peut avoir eu l'idée de la circulation générale, puisque, pour lui, les veines et les artères parties du cœur vont se réunir dans le cerveau et la moelle spinale, pour former les nerfs, et porter le mouvement aux muscles.

Nous allons voir qu'il n'a point modifié sa théorie dans ses autres ouvrages.

(*A suivre.*) E. TURNER.

Arrêté concernant les bourses d'études pour le doctorat en médecine.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Vu le règlement du 5 novembre 1877 ; Vu l'arrêté du 29 juin 1878 ; Le comité consultatif de l'enseignement public entendu, — Arrête :

Art. 1er. — Les bourses de doctorat en médecine sont données au concours pour une année. Les concours ont lieu au siége des facultés.

Art. 2. — Le concours comprend deux épreuves : une épreuve écrite ; une épreuve orale. Trois heures au plus sont accordées pour l'épreuve écrite. L'épreuve orale ne peut durer plus d'un quart d'heure pour chaque candidat. Le mérite de chacune des épreuves, écrite et orale, sera exprimé en chiffres de 0 à 20.

Art. 3. — Les candidats s'inscrivent au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Ils désignent, en s'inscrivant, la faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joignent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du règlement du 5 novembre 1877.

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir une bourse de première année.

Art. 5. — Sont admis à concourir : 1° Les candidats qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales. — 2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la minéralogie. — 3° Les candidats munis de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du second

examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie. — 4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Art. 6. — Les étudiants justifiant des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint, et qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, seront admis à concourir, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité ; les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et l'autre régime d'études.

Art. 7. — Des concours ont lieu annuellement dans la dernière semaine du mois de juillet.

Art. 8. — Les membres du jury sont désignés, sur la proposition des facultés, par le ministre, qui détermine également les sujets des compositions écrites.

Art. 9. — Immédiatement après la clôture du concours, le recteur transmet au ministre les propositions de la faculté, en y joignant les compositions des candidats, les procès-verbaux où sont indiqués les notes données à l'examen oral et le classement des compositions de l'épreuve écrite. Cet envoi sera complété par les pièces justificatives mentionnées à l'article 3. Ces documents sont soumis à l'examen du comité consultatif de l'enseignement public qui dresse une liste générale des candidats par ordre de mérite.

Art. 10. — Conformément aux dispositions de l'article 1er du présent arrêté, tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse, devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'études dans laquelle il doit entrer. Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

Art. 11. — Les arrêtés des 5 novembre 1877 et 29 juin 1878 sont et demeurent abrogés en ce qui concerne les bourses de doctorat en médecine.

Convention conclue entre la France et le grand-duché de Luxembourg pour régler l'admission réciproque des médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc.,.. dans les communes frontières.

Le Président de la République française et Sa Majesté le roi des Pays Bas, grand-duc de Luxembourg, pour le Luxembourg, désirant régler l'admission réciproque dans les communes frontières de France et du grand-duché de Luxembourg des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires, établis dans lesdites communes, à l'exercice de leur art ont résolu de conclure, dans ce but, une convention spéciale et ont nommé leurs plénipotentiaires, savoir : Le Président de la République française, M. Waddington, sénateur, président du conseil, ministre des affaires étrangères ; — Sa Majesté le roi des Pays-Bas, grand duc de Luxembourg, M. Jonas, membre de son conseil d'Etat, grand officier de la Couronne de chêne, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc., son chargé d'affaires à Paris ; — Lesquels, après s'être communiqué leurs pleins pouvoirs, trouvés en bonne et due forme, sont convenus des articles suivants :

Art. 1er.—Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires français établis dans les communes françaises limitrophes du grand-duché de Luxembourg énumérées à l'article 5 et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes luxembourgeoises énumérées à l'article 6. Réciproquement les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires luxembourgeois établis dans les communes luxembourgeoises limitrophes indiquées à l'article 6 et qui dans ces communes sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes françaises indiquées à l'article 5.

Art. 2. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires exerçant en vertu de l'article 1er l'art de guérir ou quelqu'une de ses branches au-delà des frontières de leur pays, devront se conformer à la législation qui est ou qui sera en vigueur relativement à l'exercice de l'art de guérir ou d'une de ses branches dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée par l'article précédent. Ils seront tenus également de se conformer aux mesures administratives prescrites dans ce pays. Les personnes ci-dessus désignées qui ne se conformeraient pas aux dispositions légales ou administratives dont il vient d'être parlé seront privées du bénéfice de l'article 1er.

Art. 3. — Il est défendu aux personnes désignées ci-dessus, établies dans une commune de l'un des deux Etats, en exerçant leur art sur le territoire de l'autre Etat, de délivrer elles-mêmes des remèdes aux malades.

Art. 4. — Au mois de janvier de chaque année, le Gouvernement français fera tenir au Gouvernement luxembourgeois un état nominatif des praticiens et sages-femmes établis dans les communes françaises limitrophes du grand-duché, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer. Un état semblable sera remis à la même époque par le Gouvernement grand-ducal au Gouvernement français.

Art. 5. — Les communes françaises auxquelles s'applique la présente convention sont : les communes appartenant à l'arrondissement de Briey (Meurthe-et-Moselle) et comprises dans une zone limitée au nord par la frontière du grand-duché de Luxembourg ; à l'est, par la frontière allemande ; au sud, par la voie ferrée d'Audun à Longuyon ; à l'ouest, par la voie ferrée de Longuyon à Longwy, savoir : Canton de Longwy : Bréhain-la-Ville, Haucourt, Herserange, Hussigny, Longwy, Mont-Saint-Martin, Saulnes, Thil, Thiercelet, Villers-la-Montagne, Villerupt. — Canton de Longuyon : Cons-la-Granville, Longuyon, Joppécourt, Pierrepont. — Canton d'Audun : Audun, Crusnes, Fillières.

Art. 6. — Les communes luxembourgeoises auxquelles s'applique la présente convention, sont les suivantes : Differdange avec les localités de Wesquenhof, Airsain, Gras, Rœbachermuhl, Lasauraze, Niedercorn et Obercorn ; Petange avec les localités de Lamadelaine, Arthusmühl, Grundmühl, Rodange, Airsain, Blanberge, La Moragole ; Sanem avec les localités de Belveaux, Ernshof, Ehlérange, Arsdorferhof, Neulocher, Soleuvre, Scheuehof et Gaderscheuerhof.

Art. 7. — La présente convention sera exécutoire à dater du vingtième jour après sa promulgation, dans les formes prescrites par les lois des deux pays et continuera à sortir ses effets jusqu'à l'expiration de six mois après dénonciation de l'une des deux parties contractantes. Elle sera ratifiée et les ratifications en seront échangées aussitôt que possible.

Loi ayant pour but de rendre obligatoire l'enseignement de la gymnastique.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — L'enseignement de la gymnastique est obligatoire dans tous les établissements d'instruction publique de garçon dépendants de l'Etat, des départements et des communes.

Art. 2. — Cet enseignement est donné dans les conditions et suivant les programmes arrêtés par le ministre de l'instruction publique, selon l'importance des établissements.

Art. 3. — Un rapport sur les résultats de la vérification faite au moins une fois par an, par les soins du ministre de l'instruction publique dans tous les établissements auxquels s'applique la présente loi, sera annexé au budget.

Art. 4. — La disposition de l'article 23 de la loi du 15 mars 1850, concernant la gymnastique dans les établissements publics, est abrogée.

Art. 5. — La présente loi entrera en vigueur dans le délai de deux ans à dater de sa promulgation.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Création de trois places de médecins suppléants ou adjoints à Bicêtre, Salpêtrière et Sainte-Anne ; Concours.

Le sénateur préfet de la Seine, Vu l'article 6 de la loi du 10 janvier 1849, portant que les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux et hospices seront nommés au concours sous réserve de l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

Considérant que le Conseil général de la Seine, dans ses séances du 16 février 1878 et 6 décembre 1879, a émis le vœu qu'il fût créé, dans chacun des quartiers de l'hospice de Bicêtre, de la Salpêtrière et de l'asile Sainte-Anne, un emploi de médecin-adjoint ou suppléant dont le titulaire serait nommé au concours.

Vu l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 dûment approuvé par le Ministre de l'Intérieur, instituant le concours pour la nomination des médecins titulaires aliénistes des quartiers d'hospice dépendant de l'administration de l'assistance publique, édictant le programme et les conditions du concours et réglant la composition d'examen ; — Vu l'avis émis par le conseil de surveillance de l'administration générale de l'assistance publique ; — Sur la proposition du secrétaire général de la préfecture ; Arrête :

Art. 1er. — Il est créé à l'asile Sainte-Anne et dans chacun des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière consacrés au service des aliénés, un emploi de médecin adjoint.

Art. 2. — Ces emplois seront donnés au concours.

Art. 3. — Le programme de ce concours, les conditions d'admission des candidats et le jury d'examen seront les mêmes que ceux fixés par l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, pour la nomination des médecins aliénistes, chefs de service dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Art. 4. — Les médecins adjoints, suivant l'ordre d'ancienneté, pourront, en cas de vacance, passer d'un quartier d'hospice dans un autre quartier d'hospice, ou dans un asile d'aliénés du département de la Seine.

Art. 5. — Les médecins adjoints des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, seront astreints à la résidence dans l'établissement, lorsqu'elle n'aura été acceptée par aucun des médecins chefs de service.

Art. 6. — Les médecins adjoints du service des aliénés, auront vis-à-vis des médecins chefs de service la même situation que celle qui est faite aux médecins du bureau central par rapport aux médecins des hôpitaux.

Art. 7.—A l'avenir, les médecins chefs de service des asiles d'aliénés du département de la Seine et les quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, seront recrutés parmi les médecins adjoints de ces mêmes établissements, et cela dans l'ordre d'ancienneté de leur nomination.

Art. 8. — Le concours établi par arrêté préfectoral du 3 mars 1879, pour la nomination des médecins chefs de service dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière est supprimé.

Art. 9. — Le secrétaire général de la préfecture et le directeur de l'administration générale et le directeur de l'administration de l'assistance puplique, sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera soumis à l'approbation de Monsieur le Ministre de l'Intérieur.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 2. — *2e de doctorat* : MM. Trélat, Fournier, Dieulafoy. — *5e de doctorat* : MM. Baillon, G. Bouchardat, Gay. — *4e de doctorat. 1re série* : MM. Bouchardat, Bergeron, Rendu ; *2e série* : MM. Regnauld, Hayem, Straus. — *5e de doctorat. 1re série* (Charité) : MM. Depaul, Potain, Terrillon ; — *2e série* (Charité) : MM. Verneuil, Ollivier, Chantreuil.

MARDI 2. — *2e de doctorat* (épreuve pratique) ; MM. Richet, Panas, Berger. — *5e de doctorat. 1re série* (Charité) : MM. Gosselin, G. Sée, Charpentier. — *2e série* (Charité) : MM. Pajot, Lefort, Hallopeau.

MERCREDI 4. — *1er de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Béclard, Broca, Terrillon. — *2e de doctorat* : MM. Trélat, G. Bergeron, Straus. — *5e de doctorat* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — *5e de doctorat* (Charité) : MM. Broca, Fournier, Pinard.

JEUDI 5. — *1er de doctorat. 1re série* : MM. Richet, Sappey, Duval ; — *2e série* : MM. Gosselin, Robin, Ch. Richet. — *2e de doctorat. 1re série* : MM. Bouchard, Laboulbène, Richelot ; — *2e série* : MM. Ball, Rigal, Berger.

VENDREDI 6. — *5e de dotorat* : MM. Baillon, Gariel, Henninger. — *5e de doctorat* (Charité) : MM. Guyon, Fournier, Chantreuil.

SAMEDI 7. — *1er de doctorat* : MM. Sappey, Panas, Duval. — *5e de doctorat. 1re série* (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Lasègue, Charpentier ; — *2e série* : MM. Pajot, Lefort, Debove.

THÈSES. — *Mercredi 4* : 35, M. Groskost : De l'action physiologique de la strychnine et de quelques-uns de ses composés comparée à celle du curare. — 36. M. Boinet : Contribution à l'étude de la compression des nerfs, — *Jeudi 5* : 38. M. Kleezkowski : Essai sur les calculs salivaires du canal de Wharton.

Faculté de Médecine.

Concours d'agrégation de médecine. — La série d'épreuves orales de trois quarts d'heure est terminée, les dernières questions ont été les suivantes : 16 janvier. MM. Hanot et Bouveret : *De la paralysie infantile.* — 17 janvier : MM. Cuffer et Landouzy ; *De l'emphysème pulmonaire.* — 20 janvier : MM. Arnozan et Mossé : *De la paralysie faciale.* — 21 janvier : MM. Regimbaud et Joffroy : *De l'hématémèse.*

A la suite de cette épreuve ont été déclarés admissibles : *Paris.* MM. Hanot, Hutinel, Joffroy, Troisier, Quinquaud, Landouzy, A. Robin, Raymond. — *Lyon* : MM. Vinay, Chauvet, Bouveret, Perret. — *Montpellier* : MM. Regimbaud, Moriez, Mossé. — *Bordeaux* : MM. Arnozan, Rondot.

Vendredi 23, à 4 heures, les candidats admissibles ont tiré le sujet de leurs thèses, et l'ordre dans lequels ils subiraient la seconde épreuve orale. — Les sujets de thèse sont les suivants :

M. Vinay : *Des émissions sanguines dans les maladies aiguës.* — M. Hanot : *Du traitement de la pneumonie aiguë.* — M. Chauvet : *De l'influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central.* — M. Hutinel : *Des températures basses centrales.* — M. Joffroy : *Des différentes formes de la broncho-pneumonie.* — M. Troisier : *De la phlegmatia alba dolens.* — M. Quinquaud : *Des métastases.* — M. Regimbaud : *Des pneumonies chroniques.* — M. Moriez : *La chlorose.* — M. Landouzy : *Des paralysies dans les maladies aiguës.* — M. A. Robin : *Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale.* — M. Arnozan : *Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux.* — M. Bouveret : *Des sueurs morbides.* — M. Rondot : *Des gangrènes spontanées.* — M. Raymond : *De la puerpéralité.* — M. Mossé : *Accidents de la lithiase biliaire.* — M. Perret : *La septicémie.*

Ces thèses devront être remises douze jours francs après la fin de la dernière épreuve, c'est-à-dire vers le 3 ou le 5 mars.

Les candidats déclarés admissibles subiront dans l'ordre suivant la seconde épreuve orale, leçon d'une heure après 24 heures de préparation : *Samedi 24 janvier* : MM. Vinay et Hanot ; — *Mardi* 27 : MM. Chauvet et Hutinel ; — *Mercredi* 28 : MM. Joffroy et Troisier ; — *Jeudi* 29 : MM. Quinquand et Regimbaud ; — *Vendredi* 30 : MM. Moriez et Landouzy ; — *Samedi* 31 : MM. Robin et Arnozan ; — *Mardi 3 février* : MM. Bouveret et Rondot ; *Mercredi* 4 : MM. Raymond et Mossé ; — *Jeudi* 5 : M. Perret.

Les questions orales déjà traitées ont été les suivantes : Samedi 24. M. Vinay : *Des palpitations du cœur* ; — M. Hanot : *Les fièvres intermittentes symptomatiques.* — Mardi 27. M. Chauvet : *De la syphilis cérébrale* ; — M. Hutinel : *Des affections cardiaques dans les fièvres.* — Mercredi 28. M. Joffroy : *De la leucocythémie* ; — M. Troisier ; *De la gastralgie* ; — Jeudi 29 : M. Quinquaud : *Diagnostic de la paralysie progressive* ; — Regimbaud : *De l'état apoplectique.*

Concours d'agrégation en chirurgie. — Les candidats inscrits pour le concours sont : *Paris* : MM. Bouilly, Campenon, Duret, Henriet, Nepveu, Peyrot, Reclus, Schwartz, Kirmisson. — *Bordeaux* : MM. Boursier, Piéchaud, Planteau. — *Nancy* : M. Weiss. — *Facultés de province* : MM. Levrat, Piqué.

Concours d'agrégation, accouchements. — Les candidats inscrits pour le concours sont : *Paris* : MM. Budin, Bureau, Champetier de Ribès, Loriot, Martel, Porak, Ribemont, de Soyre. — *Bordeaux* : Hirigoyen, Lefour, Vermeil. — *Faculté des province* : Gaulard, Stopfer, de Soyre.

Société philantropique. — Fourneaux économiques.

« Soulager les besoins actuels du pauvre et lui préparer des ressources pour l'avenir, » tel est le but noble et généreux qu'a toujours en vue la *Société philantropique.* Pour remplir ce rôle essentiellement charitable, la société accueille à ses fourneaux l'homme qui a faim, soigne dans ses dispensaires le malade, va même, grâce à la générosité de ses bienfaiteurs, jusqu'à donner aux ouvriers des primes d'encouragement.

Pendant l'année 1878, 951 malades ont été soignés : il y a eu 64,915 journées de traitement. La *Société philantropique* a 17 fourneaux : 11 sont installés dans les locaux des maisons de secours de l'Assistance publique : les autres dans des boutiques louées. De 1850 à 1873, la moyenne des portions distribuées pendant 6 mois a été de 200,000. En 1875, elles atteignaient le chiffre de 845,000. En 1878 celui de 1,350,000. Les portions sont payées les unes 0 fr. 10 cent. ; les autres, 0 fr. 5 cent. La distribution des portions se fait de deux façons : soit en échange d'un bon, dont les personnes charitables ont bien voulu gratifier les malheureux qui les présentent, soit pour 0 fr. 10 cent. Les plats du jour au nombre de cinq à six sont affichés : ils peuvent être suivant les besoins de chacun ou emportés à domicile ou consommés sur place. Aussi, y a-t-il un matériel destiné aux personnes que le travail éloigne de leur domicile ou qui n'ont d'autre habitation que les asiles de refuge. Aux aliments ordinaires, on a ajouté des soupes au lard et aux légumes, de la viande conservée, du lard, etc. Le bouillon est réservé aux malades. Les fourneaux sont pourvus de tables et de bancs, la cuiller et la fourchette d'étain ont remplacé la cuiller en bois ; enfin on offre une boisson faite avec du jus de réglisse. Les bons sont achetés à raison de 0 fr. 10 cent. Et cependant, il était nécessaire que la *Société philantropique* ajoutât une œuvre nouvelle à ses institutions charitables, c'était de fonder une maison qui offrît pour la nuit un abri gratuit et temporaire aux hommes sans distinction d'âge ni de nationalité. Cette lacune a été comblée par la fondation d'une maison dite « l'hospitalité » où dans l'espace de 7 mois 2,874 hommes ont trouvé un abri. Mais la charité ne devait pas s'arrêter là, car s'il y avait un refuge pour les hommes, que devenaient les femmes et les enfants ? Aussi la *Société philantropique* a-t-elle fondé, rue St-Jacques, nos 253 et 255, une maison hospitalière de nuit pour femmes et enfants. Quatre étages vastes et spacieux peuvent contenir cent lits. A cette maison est annexé un fourneau qui rend un double service, il est ouvert à tous les indigents, comme les autres fourneaux ; en outre, chaque femme reçue dans l'asile a droit à une soupe gratuite le soir en arrivant, et le lendemain matin avant son départ. L'installation de ce fourneau a entraîné des frais nouveaux : 1,800 fr., achat d'un fourneau ; 300 fr. matériel, tables, vaisselle, etc. Si l'on ajoute le prix du loyer, on aura une idée très exacte des nouvelles charges que s'est imposée la société. Aussi fait-elle un chaleureux appel à toutes les personnes généreuses, qui, par leurs souscriptions ou leurs dons voudraient concourir à cette œuvre essentiellement humanitaire.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et RIBEMONT commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 2 février, à 4 heures 1/2. Ce cours sera complet en deux mois et sera divisé en quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique. — 2° Accouchement. — 3° Opérations et dystocie. — 4° Exercices cliniques et opératoires. S'adresser, pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le lundi 9 février, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les manipulations et analyses microscopiques, qu'exige journellement la pratique médicale. Ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. — On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à deux.

FORMULES

2. Traitement de la bronchite aigüe. Bozzi.

D'après un grand nombre de faits, le Dr Bozzi a constaté que la médication suivante guérit la bronchite aiguë, de la manière la plus sûre et la plus rapide :

Soufre doré d'antimoine.........	1 gramme.
Poudre de Dower.............	1 —
Sucre en poudre.............	3 —

Mêlez et divisez en dix parties, dont on prendra une prise chaque trois heures, sans dépasser la dose de quatre prises en vingt-quatre heures. — Cette même médication est aussi très utile pour combattre l'état aigu dans la bronchite chronique, ainsi que la bronchite symptomatique des maladies du cœur et du poumon. La diète doit se borner à l'usage du lait chaud sucré

et des potages au bouillon de poulet. La température de la chambre des malades ne doit pas être inférieure à 12 degrés Réaumur. (*Paris médical*).

3. Atropine contre les douleurs du cancer. Th. Anger.

Sur les cancers ulcérés douloureux de l'extérieur, M. Th. Anger conseille, pour remplacer les injections hypodermiques, des compresses imbibées de :

Sulfate neutre d'atropine.......	1 gramme.
Eau........................	1 litre.

et recouvertes d'un morceau de taffetas gommé ou d'une feuille de gutta-percha laminée pour éviter l'évaporation. Il n'y a pas d'accident à craindre. (*Paris méd.*)

4. Lavement contre les convulsions infantiles. Jules Simon.

Lorsque les enfants ne peuvent rien ingérer, M. Jules Simon fait vider l'intestin par un grand lavement simple ou huileux, puis administre le lavement suivant :

Musc........................	0 gr. 20
Camphre.....................	1 »
Hydrate de chloral..........	0 30
Jaune d'œuf.................	n° 1.
Eau distillée...............	150 gr.

5. Hydrate de chloral et oxyde de zinc dans les affections intestinales aiguës des enfants. James Tisou.

Le Dr James Tisou se loue beaucoup de l'emploi combiné de l'hydrate de chloral et de l'oxyde de zinc dans les cas d'irritation intestinale, diarrhées infantiles, diarrhées d'été, chez les petits enfants. Il administre le chloral en lavement, et l'oxyde de zinc par la bouche. En même temps, régime diététique sévère. Voici deux de ses formules favorites :

Hydrate de chloral..............	1 gr. 50
Eau amidonnée..................	60 »

F. S. A. une solution. Une cuiller à café à une cuiller et demie pour un petit lavement répété deux à trois fois par jour. — D'autre part, il donne toutes les cinq heures une cuiller à café de la mixture suivante :

Oxyde de zinc..................	1 gr. 50
Poudre de gomme................	7 50
Sucre blanc....................	7 50
Lactopeptine...................	3 50
Eau de cannelle................	32 »

(*J. des sciences méd. de Louvain et France méd.*)

Avis à nos abonnés. — *Nous avons l'honneur de donner avis à ceux de nos abonnés dont l'abonnement a expiré le 31 décembre 1879 que la quittance de leur* **renouvellement pour 1880** *sera remise au banquier le* **cinq février**. *D'ici là nous espérons qu'ils voudront bien renouveler par l'intermédiaire de la poste, pour éviter des frais de recouvrement que nous sommes obligés de laisser à leur charge.*

NOUVELLES

Natalité a Paris.— Du vendredi 16 au jeudi 22 janvier, les naissances ont été de 1,091, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : Légitimes, 403 ; Illégitimes, 165. Total 568. — *Sexe féminin* : Légitimes, 379 ; Illégitimes, 144. Total 523.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,866 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000. — Du vendredi 16 au jeudi 22 janvier les décès ont été au nombre de 1,281, savoir 670 hommes et 611 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 10. F. 5. T. 15. — Variole : M. 39. F. 29. T. 68. — Rougeole : M. 3. F. 4. T- 7. — Scarlatine : F. 1. — Coqueluche : M. 4. F. 2. T. 6. — Diphthérie. Croup : M. 12. F. 26. T. 38.— Erysipèle : M. 3. F. 3. T. 6.— Affections puerpérales : F. 5. — *Autres maladies* : Bronchite aiguë : M. 39. F. 42. T. 81. — Pneumonie : M. 90. F. 87. T. 177. — Phthisie pulmonaire : M. 111. F. 65. T. 176. — Diarrhée infantile : M. 23. F. 15.T. 38. — Autres causes : M. 336. F. 327. T. 663.

Morts-nés et prétendus tels : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* Légitimes, 27 ; Illégitimes : 18. Total, 45. — *Sexe féminin* : Légitimes, 2 ; Illégitimes, 14. Total 36.

Faculté de médecine de Paris. — *Exercices de médecine opératoire.* — MM. les étudiants, qui ont subi le 1er examen de doctorat (ancien mode), et qui ont à préparer l'*épreuve pratique du 2e examen*, sont prévenus que des *exercices de médecine opératoire* auront lieu exceptionnellement *à partir du jeudi 5 février prochain*, à l'Ecole pratique, rue Vauquelin. — MM. les étudiants qui désirent prendre part à ces exercices sont priés de déposer immédiatement leur demande en autorisation au Secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine. *Exercices pratiques d'histologie.* — Par arrêté en date du 31 décembre dernier, M. le Ministre a organisé, comme suit, le personnel des exercices pratiques d'histologie : 1° M. Cadiat, chef des travaux ; — M. Hermann, préparateur ; — MM. Variot et Gaucher, préparateurs adjoints.

Aides d'anatomie. — Par décision du 26 janvier 1880 sont délégués dans les fonctions d'aides d'anatomie provisoires: MM. Ménard, Leclerc, Benard, Ozene, internes des hôpitaux. Ils seront en fonctions du 1er janvier au 1er novembre 1880.

Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. — Dans sa séance du 23 janvier, le conseil a procédé à la présentation des trois candidats réglementaires pour la place laissée vacante par suite du décès de M. Chevallier. Au premier tour de scrutin MM. Bourgoing et Gautier ont obtenu chacun 15 voix ; — au second tour : M. Gautier a eu 16 voix, M. Bourgoing 15. En conséquence M. Gautier a été présenté en *première ligne*. Un nouveau tour de scrutin a donné 31 voix à M. Bourgoing qui a été placé en *seconde ligne*. Enfin un dernier tour de scrutin a donné 21 voix à M. Yungfleïsch qui a été présenté en *troisième ligne*. M. Hardy a obtenu 10 voix.

Société médico-psychologique. *Prix Aubanel.* — La Société médico-psychologique a constitué ainsi son bureau pour l'année 1880 : *Président :* M. Legrand du Saulle ; — *Vice-Président :* M. Luys ; — *Secrétaire général* : M. Motet ; — *Trésorier archiviste* : M. A. Voisin ; — *Secrétaires* : MM. Ritti et Moreau (de Tours). — La Société médico-psychologique rappelle qu'elle décernera, en 1881, le prix Aubanel, de 3,000 fr., a l'auteur du meilleur travail sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse. Les mémoires manuscrits devront être parvenus avant le 1er janvier 1881, au secrétaire général, M. le Dr Motet, 161, rue de Charonne. Ils devront porter une épigraphe, reproduite sur un pli cacheté, contenant le nom de leur auteur.

Faculté de Médecine de Lille. — Par décrets en date du 27 janvier 1880, rendus sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts : la chaire de pathologie générale et thérapeutique de la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille prend le titre de chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale. — La chaire d'anatomie pathologique et histologie normale élémentaire de la même faculté prend le titre de chaire d'histologie. — M. Kelsch, professeur d'anatomie pathologique et histologie normale élémentaire à la faculté de médecine et pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale.— M. Castiaux, docteur en médecine, est nommé professeur de médecine légale à la faculté de médecine et pharmacie de Lille, en remplacement de M. Baggio, décédé. — M. Puel, agrégé près la même faculté, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Folet, appelé à d'autres fonctions. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 27 janvier 1880, M. Tourneux, docteur en médecine, directeur-adjoint du laboratoire d'histologie à l'école des hautes-études, est chargé du cours d'histologie à la faculté de médecine et pharmacie de Lille.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Walferdin (H.), qui a succombé à 84 ans, le 26 janvier, savant distingué ; on lui doit le thermomètre à maxima et à minima ; il s'occupait également de littérature et publia la première édition complète de Diderot. Républicain de conviction, il fut élu représentant du peuple à la Constituante de 1848 ; il est mort fidèle à ses convictions politiques et philosophiques et a voulu que ses obsèques soient purement civiles. — M. le Dr Bernier de Bournonville vient de mourir à Cubzac (Charente). Il exerça dans ce canton les fonctions de membre du Conseil d'hygiène, et de médecin inspecteur des enfants assistés pendant 40 ans. — On annonce également la mort de M. Benoist-Martin Soralle, décédé à 68 ans. à Freneuse (Seine-et-Oise).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy. — Salle Sainte-Marie (H) : 1, pleurésie aiguë en évolution ; 2, lithiase biliaire, cirrhose bâtarde ; 3, asystolie, souffle tricuspidien ; 5, athérome et ectasie aortiques ; 7, lésion mitrale, *double souffle* de la pointe ; 10, impaludisme, mélanodermie. — Salle Saint-Philippe (H) : 3, pleuro-pneumonie ; 4, anévrysme de l'aorte ; 6, infection purulente ; 8, double pleuro-pneumonie ; 5, pérityphlite ; 2, péritonite tuberculeuse ; 16, néphrite parenchymateuse chronique ; 24, empyème guéri, néphrite parenchymateuse ; 26, gastrite ulcéreuse chronique (toxique) avec dilatation traitée par le lavage avec l'appareil Faucher. — Salle Saint-Jean (F.) : 1, fibrome utérin sous-muqueux (courants continus) : 2, péritonite tuberculeuse ; 3, néphrite parenchymateuse guérie ; 4, accidents fébriles intermittents avec albuminurie ; 5, chlorose avec anasarque ; 11, rétrécissement mitral ; 15, chorée rhumatismale endocardite ; 16, double pleuro-pneumonie ; 18, rétrécissement organique de l'œsophage ; 19, mégalosplénie datant de 23 ans, sans leucocythémie ; 23, hémianesthésie hystérique traitée avec succès par les aimants.

SERVICE DE M. DESPRÈS, — *Baraques*. — 6, kyste hydatique du foie ; 10, 19, Tumeurs blanches ; 14, Lymphosarcome ; 18, kyste dermoïde de la région parotidienne ; 22, Accidents spinaux consécutifs à un traumatisme crânien ; 27. hygroma prerotulien ; 32, Rétraction de l'aponévrose palmaire ; 35, mal de Pott ; 37, hématome du triceps crural.— Salle St-Jacques (H) : 1, phlegmon diffus du bras, plaie par morsure de cheval ; 3, 18, fracture du péroné ; 5, Brûlures étendues ; 7, cystique chronique ; 8, nécrose du tibia ; 11, cataracte ; 16, fracture compliquée des jambes ; 19, tumeur hémorrhoïdaire ; 21, abcès latéral pharyngien ; 27, Ostéopériostite de l'humérus ; 30, nécrose du fémur ; 31, mal perforant ; 37, fract. de l'humérus (atrophié par paralysie infantile). — Salle Cochin (F) : 3. 28, syphilis secondaire ; 5, carie costale ; 9, arthrite sèche de la hanche ; 9, 25, abcès de la fosse iliaque ; 16, 13, cancroïde de l'utérus ; 11, grenouillette sanguine ; 12, analgie mal de Pott ; 17, kyste ovarien ; 19, hématocèle rétro-utérine ; 20, hernie crurale irréductible ; 22, luxation ancienne sous-aracoïdienne ; 23, fract. du radius par morsures de cheval.

Hôpital de la Charité. — *Médecine*. Service de M. le professeur HARDY : clinique les mardi, jeudi, samedi à 9 heures et demie. — Salle Saint-Charles : 1, myélite chronique diffuse ; syphilis osseuse généralisée ; 5, pleuro-pneumonie : 6, hydropneumothorax ; 7, rhumatisme blennorrhagique ; 15, myélite chronique diffuse, atrophie musculaire ; 16, encéphalopathie saturnine ; 19, crises gastriques, ataxie. — Salle Sainte-Anne : 2, pneumonie du sommet ; 5, gommes de la jambe ; 9, insuffisance mitrale ; 12, rétrécissement mitral ; 18, sclérose en plaques ; 25, pleurésie chronique ; vomique.

Service de M. le professeur VULPIAN. — Salle Saint-Jean-de-Dieu : 2, tuberculose miliaire, pleurésie ; 3, ataxie ; 4, épilepsie partielle ; 6, tumeur de l'abdomen ; 7, rétrécissement mitral ; 22, myocardite, anasarque ; 23, encéphalopathie saturnine ; 24, insuffisance mitrale ; 24, méningo-myélite cervicale, troubles trophiques. — Salle Sainte Madeleine : 1, fièvre typhoïde ; 3, hystérie, arthropathies, érysipèle ; 4, ulcère rond de l'estomac ; 4 *bis*, hystérie, mal vertébral ; 8, manie puerpérale ; 12, anévrysme de l'aorte ; 19, rhumatisme aigu, endocardite ; 20, myôme utérin ; 23, rétrécissement mitral.

Service de M. BERNUTZ. — Salle Saint-Bazile : 3, phlegmon du ligament large ; 12, ulcérations intestinales ; 15, lésion mitrale ; 18, hémorrhagie cérébrale, aphasie ; 20, cancer de l'utérus ; 21, vomissements nerveux incoërcibles ; 24, hystérie. — Salle Saint-Louis : 1, congestion cérébrale ; 8, broncho-pneumonie, abcès critique ; 11 *bis*, pleurésie ; 12, purpura, tuberculose ; 22, bronchite capillaire ; 23, plurésie.

Service de M. Maurice RAYNAUD : clinique le vendredi à 9 heures. — Salle Saint-Ferdinand : 2, rhumatisme blennorrhagique ; 3, cancer de l'estomac, envahissement secondaire du foie ; 6, ataxie, troubles de la parole ; 7, pneumonie aiguë ; 8, diarrhée chronique ; 10, chorée ; 11, cirrhose ; 14, délirium tremens ; 16, pleurésie ; 17, trophonévrose faciale ; 18, cancer de l'estomac ; 24, tuberculose génito-urinaire, péritonite tuberculeuse secondaire ; 26, rétrécissement aortique. — Salle Saint-Joseph : 1, coliques hépatiques ; 4, crampe des écrivains ; 6, chorée ; 7, sclérose en plaques ; 14, cysto-sarcôme de l'ovaire ; 15, néphrite parenchymateuse ; 16, paraplégie hystérique ; 18, ataxie ; 20, pneumonie double ; 21, coxalgie hystérique ; 24, 25, fièvre typhoïde ; 26, insuffisance mitrale.

Chirurgie. — Service de M. le professeur GOSSELIN. — Salle Sainte-Catherine : 1, mal de Pott, abcès par congestion ; 7, hydarthrose ; 10, fracture sus-malléolaire ; 12, abcès du sein ; 15, otite externe ; 20, tumeur blanche du genou ; 23, métrite hémorrhagique. — Salle Sainte-Vierge : 4, fistules à l'anus d'origine gommeuse ; 7, ostéite de l'ischion ; 8, chancre de la lèvre ; 11, myxome de la cuisse ; 17, abcès prostatique ; 20, fracture de côtes, emphysème ; 39, rétrécissement de l'urèthre ; 43, orchite aiguë ; 23 *bis*, ongle incarné ; 21, fracture du fémur.

Service de M. le professeur TRÉLAT. — Salle Saint-Jean : 1, Cancer de

la langue ; 2, adénie ; 4, infection purulente, abcès métastatiques sous-cutanés ; 11, fracture du fémur ; 12, abcès péricarticulaires de l'épaule ; 15, hernie épiploïque inguinale enflammée irréductible. — Salle Sainte-Rose : 1, kyste de l'ovaire ouvert dans l'utérus ; 2, luxation ancienne de l'épaule ; 3, arthrite fongueuse du genou ; 4, carcinome du sein ; 6, vaginite, uréthrite ; 7, kératite interstitielle ; 8, arthrite fongueuse tibio-tarsienne ; 10, adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx (opéré) ; 12, mal de Pott ; 17, squirrhe du sein (opéré) ; 19, plaie du cuir chevelu, dénudation frontale ; 20, vaginite, hémorrhoïdes opérées, adénite suppurée ; 21, carcinome utérin.

Hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149. — *Médecine.* — Service de M. Labric. — Salle Saint-Jean : 3, 4, 5, angines diphtéritiques ; 6, chorée ; 8, rhumatisme articulaire, endocardite ; — 10, 17, péritonite tuberculeuse ; 12, pleurésie double ; 20, 21, 22, 27, rougeole ; 29, 31, 32, pneumonie ; 37, 38, diabète ; 48, paralysie pseudo-hypertrophique ; 49, méningite tuberculeuse ; 51, scarlatine ; 55, coqueluche. Visite à 8 h.— Consultations le vendredi.

Service de M. J. Simon. — Salle Sainte-Marie : 2, adénie ; 9, coxalgie avec abcès ; 17, mal de Pott, paraplégie. — Salles Sainte-Luce et Saint-Vincent : varioleux. — Salle Sainte-Elisabeth : 17, eczéma ; 21, pemphigus ; 34, psoriasis. — Salle Sainte-Marthe : teigneux. Visite à 8 heures et demie. — Consultations : maladies chroniques, le jeudi ; maladies aiguës, le samedi. Clinique, le mercredi.

Service de M. Descroisilles. — Salle Saint-Ferdinand : 1, dactylite strumeuse ; 2, coxalgies ; 3, tumeur blanche du tarse ; 10, paralysie pseudo-hypertrophique, coxalgies, mal de Pott. — Visite à 9 heures et demie ; visite des teigneux, mar[di] et vendredi ; consultations, lundi et jeudi.

Service de M. Bouchut. — Salle Sainte-Catherine : 1, chorée ; 5, éclampsie, broncho-pneumonie ; 17, angine diphtéritique ; 22, rougeole ; 29, granulie aiguë ; 32, contracture essentielle des extrémités ; 52, carie du rocher, hémorrhagie rétinienne. Visite à 9 heures ; consultations, lundi ; clinique le mardi.

Chirurgie. — Service de M. de Saint-Germain. — Pavillon Bilgrain : maladies des yeux. — Salle Sainte-Pauline : 5, brûlures ; 17, kyste hydatique musculaire, traumatique ; coxalgies, mal de Pott. — Salle Saint-Côme : 22, dactylite strumeuse ; 24, congélation des orteils ; 30, congélation des pieds, coxalgies. — Consultations tous les jours, jeudi excepté ; opérations et clinique le jeudi.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.



8e ANNÉE. — N° 6. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 7 FÉVRIER 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Excroissances polypeuses de l'urèthre symptomatiques de la tuberculisation des organes urinaires chez la femme ;

Par le Dr **TERRILLON**, chirurgien des hôpitaux.

Depuis que Scharp a décrit, le premier, en 1750, les petites excroissances douloureuses qui se développent fréquemment à l'orifice de l'urèthre chez la femme, un grand nombre d'auteurs ont étudié cette affection. Les noms variés, avec lesquels on a essayé de les caractériser, prouvent qu'on n'est pas absolument fixé sur leur nature et sur leur signification pathogénique : tumeurs vasculaires, hémorrhoïdes uréthrales, polypes muqueux, papillomes, telles sont les différentes dénominations qu'on leur a appliquées.

L'expression de papillomes est certainement celle qui correspond le mieux à leur structure histologique. Mais, cependant, je me servirai principalement de l'expression la plus anciennement et la plus généralement employée parce qu'elle ne préjuge en rien la nature intime de la tumeur ; je les décrirai sous le nom d'excroissances fongueuses. Jusqu'à ce jour, on les a presque toujours regardées comme des productions idiopathiques survenant sans causes bien appréciables, et les méthodes de traitement qu'on a employées contre elles ont toujours été locales.

Quelques observations, que j'ai pu recueillir dans les hôpitaux, me permettront de démontrer que non-seulement les excroissances de l'urèthre ne constituent pas toujours une affection isolée et d'un pronostic relativement bénin, mais que, dans certains cas, elles accompagnent une affection des plus graves : la tuberculisation de l'urèthre, de la vessie et des organes urinaires en général.

J'ai déjà eu l'occasion de signaler au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, qui s'est réuni cette année à Montpellier, les conclusions auxquelles m'avaient conduit les observations que j'avais recueillies. — Le but de ce mémoire est donc de développer ces conclusions, de faire voir quelles sont les preuves qui m'ont servi à les établir, et de donner dans tout leur détail, les observations qui en ont été le point de départ.

J'ai recherché avec soin dans les auteurs qui ont écrit sur les fongosités uréthrales de la femme et aussi dans ceux qui ont étudié la tuberculisation des organes urinaires, espérant y rencontrer quelques documents sur la question qui m'occupe. Malheureusement, sauf quelques observations dans lesquelles j'ai pu reconnaître, sans aucun doute, l'ensemble des symptômes que j'ai étudiés plus haut, je n'ai pu rencontrer que quelques indications assez vagues qui méritent cependant d'être signalées.

A propos des végétations uréthrales, quelques-uns, après avoir parlé du pronostic relativement bénin de cette affection, ont déclaré cependant que, dans quelques cas, cette affection pouvait devenir sérieuse, qu'elle pouvait se compliquer d'affections plus profondes. Ainsi, M. Blum n'a pas craint d'écrire à ce propos : « Le pronostic ne laisse » pas que de présenter une certaine gravité. Souvent, » l'affection est méconnue et peut donner lieu à des cystites » ou à des troubles généraux graves. Enfin, il est à constater que, dans certains cas, la maladie est sujette à récidive (1). »

Ainsi, la gravité de l'affection et son caractère souvent rebelle, étaient nettement indiqués. Mais aucun auteur ne s'était demandé, si ces soi-disant accidents secondaires ne constituaient pas une affection particulière dont la fongosité n'était qu'un épiphénomène. Il est vrai que la tuberculisation des organes urinaires de la femme était peu étudiée, et, jusqu'ici, très souvent méconnue. La récidive elle-même constituait un caractère sérieux de l'affection qui aurait pu faire penser que, derrière elle, existait une altération primitive et persistante.

Le Dr West, dans son traité des maladies des femmes (1), a signalé des cas dans lesquels l'affection paraissait reconnaître une vaginite ou une gonorrhée, et il ajoute que ce sera une preuve en faveur de l'opinion de Scanzoni qui admettait que, dans quelques cas, ces végétations dépendaient d'une uréthrite chronique. Ceci est donc une preuve que, déjà, ces auteurs avaient remarqué la relation entre la production des fongosités et l'irritation du canal.

Si on examine maintenant les travaux qui ont été faits sur les affections tuberculeuses des organes urinaires chez la femme, on ne trouve aucune indication bien nette de la coexistence des fongosités uréthrales. Un seul passage du livre de West peut faire croire qu'il a observé des productions analogues dans l'urèthre (2) : « dans ce cas, la maladie avait atteint même l'urèthre dont les parois étaient » extrêmement amincies, puisque sa membrane interne » était détruite par l'ulcération et de nombreuses excroissances verruqueuses ou granulations recouvraient sa » surface. »

Ce fait ressemblerait donc beaucoup à celui que je rapporte et dans lequel l'autopsie est relatée. Ici, il existait également des excroissances et des ulcérations accompagnant une cystite tuberculeuse type. Dans le même article, cet auteur a soin de faire remarquer que la tuberculisation des organes génitaux urinaires est, le plus souvent, méconnue parce que l'affection dure longtemps et que l'on voit les malades pendant peu de temps ou à des périodes variables de la maladie.

Guebhard, dans une thèse fort bien faite, intitulée : *Etude sur la cystite tuberculeuse,* a fait la même remarque, et il a soin de montrer que si la tuberculisation de la vessie chez la femme est plus rare que chez l'homme, elle est certainement très souvent méconnue, et que cette rareté relative ira probablement en diminuant lorsque l'attention sera attirée sur elle.

Enfin, je signalerai un excellent article sur la tuberculisation des organes urinaires que M. le Dr Tapret vient de publier dans les *Archives générales de médecine.*

On y trouvera, tracés d'une façon très complète, les symptômes de la tuberculisation de la vessie et de l'urèthre chez la femme ; mais il ne fait aucune mention des granulations de l'urèthre.

D'après cela, il n'est donc pas étonnant que l'affection que j'étudie actuellement n'ait pas été rapportée à sa cause véritable, puisque cette dernière était elle-même presque toujours méconnue.

La *symptomatologie* des excroissances fongueuses de l'urèthre accompagnant la tuberculisation de l'urèthre et de la vessie comprend deux choses distinctes : d'une part, l'étude de ces productions elles-mêmes et des caractères qui leur sont propres ; d'autre part, l'ensemble des phéno-

(1) *Des affections de l'urèthre chez la femme.* Arch. gén. de méd., 1877, t. 30, p. 318.

(1) West and Duncan. *Diseases of Women,* 4e édit. Lond., 1879, p. 614.

(2) *Loc. cit.*, p. 596.

mènes qui sont propres à la cystite et à l'uréthrite tuberculeuses.

Tantôt, les symptômes de ces deux processus sont réunis, tantôt, au contraire, existant seuls pendant une certaine période de l'affection, ils peuvent, comme cela est arrivé jusqu'à présent, conduire à une erreur d'interprétation. Mais, pour étudier tous ces symptômes, il faut autant que possible, les séparer de façon à les rendre plus distincts et plus facilement reconnaissables.

Les fongosités se présentent ordinairement au niveau de l'orifice uréthral. Elles sont saillantes, pédiculées. Rarement isolées, elles forment le plus souvent une couronne plus ou moins régulière autour de l'orifice au méat. Dans les cas les plus accentués, elles sont réunies en masse, et forment une véritable tumeur saillante d'aspect framboisé, d'un rouge vif, au centre de laquelle on trouve difficilement l'orifice de l'urèthre masqué par ces productions papilliformes. Un des caractères les plus saillants de cette affection, consiste dans la sensibilité exquise dont les fongosités sont le siége. Le moindre attouchement, le moindre frôlement, le passage de l'urine suffisent pour provoquer des douleurs extrêmement vives qui rendent la vie insupportable. Cette hyperesthésie peut s'étendre dans le voisinage et provoquer, du côté de l'orifice vulvaire, les symptômes du vaginisme le plus aigu ; tels sont les caractères ordinaires des fongosités situées à l'extérieur. Elles peuvent occuper non seulement l'orifice, mais aussi toute l'étendue du canal de l'urèthre. Elles provoquent alors un véritable rétrécissement de ce canal, rétrécissement qui est caractérisé par l'écoulement difficile de l'urine et par la difficulté de l'introduction de la sonde. Cet instrument, en parcourant la longueur du canal ainsi obstrué par les papilles saillantes et très vasculaires, provoque des douleurs extrêmement vives, et souvent un écoulement de sang plus ou moins abondant. Enfin, les fongosités intra-uréthrales peuvent donner lieu à un autre signe, c'est la saillie très appréciable formée par l'urèthre au niveau de la paroi antérieure du vagin, saillie qu'il est facile de constater avec le doigt.

Tels sont les symptômes classiques des fongosités isolées, tels qu'on les décrit ordinairement. On peut y ajouter la présence d'un suintement séro-purulent, la douleur à la miction, quelquefois même, un peu de vaginite et de leucorrhée concomitantes, symptômes qui n'ont qu'une importance médiocre s'ils ne sont pas très accentués. Dans le cas où la production d'excroissances reconnaît pour cause l'évolution d'une tuberculose de la muqueuse urinaire, on voit survenir une série d'autres phénomènes qui pourront permettre de remonter à cette étiologie.

L'écoulement séro-purulent est assez abondant, les premières gouttes d'urine contiennent une certaine quantité de pus, le ténesme vésical devient de plus en plus pressant, les douleurs sont persistantes après la miction ; enfin, on voit bientôt apparaître les symptômes ordinaires de la cystite purulente tuberculeuse.

L'urine devient muco-purulente et rapidement fétide.

Les envies d'uriner sont très fréquentes, la malade se plaint de douleurs au-dessus du pubis, dans la région du bas-ventre, l'état général s'altère à mesure que la tuberculisation augmente, et, enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, la malade meurt, quelquefois sans avoir présenté de symptômes pulmonaires très prononcés.

Cet ensemble symptomatique, lorsqu'il est très accentué, permet de reconnaître assez facilement la nature et la gravité de l'affection. Aussi, ai-je pu, dans deux cas, faire le diagnostic de la tuberculisation.

Quelquefois, au début de leur apparition, les fongosités paraissent être parfaitement isolées et indépendantes de toute lésion profonde. Elles semblent donc précéder la tuberculisation ou plutôt être une conséquence rapide du développement des granulations dans l'urèthre. Mais alors elles s'accompagnent déjà d'un écoulement uréthral séro-purulent abondant, analogue à la blennorrhée qui précède souvent l'apparition des symptômes ordinaires de la tuberculisation du col de la vessie chez l'homme. Dans d'autres cas, elles pourraient n'apparaître que quelque temps après les débuts des symptômes de tuberculisation, cependant la lecture de mes observations tendrait à prouver que le premier cas est le plus fréquent.

J'aurai donc une grande tendance à admettre que ces formations papillaires reconnaissent ordinairement pour cause, une irritation produite par l'uréthrite qui accompagne le développement des granulations tuberculeuses et des ulcérations dans le canal de l'urèthre et au niveau du col de la vessie. Nous aurions donc là un phénomène purement secondaire et leur apparition ne serait qu'un épiphénomène se rattachant à une lésion antécédente et de nature bien différente.

Un caractère des plus importants et sur lequel je désire appeler spécialement l'attention, car il indique bien selon moi le développement consécutif de ces excroissances, c'est leur ténacité, et la facilité avec laquelle elles peuvent récidiver.

En effet, on peut voir dans les observations, que toujours l'intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit, n'a amené qu'un soulagement nul ou seulement momentané. Même, quand elles ont été enlevées largement, quand l'orifice de l'urèthre a été débarrassé par une opération comme dans l'observation de M. Polaillon (obs. IV), on voit que tous les phénomènes persistent et que d'autres interventions chirurgicales plus profondes n'amènent pas un meilleur résultat. L'intervention a même quelquefois donné une acuité plus grande aux symptômes vésicaux, et fait craindre à ceux qui avaient fait une dilatation de l'urèthre ou du col vésical que leur opération n'ait provoqué une cystite traumatique. Mais, cette dernière affection, quand elle n'est pas entretenue par un corps étranger, ne présente jamais un caractère aussi grave et aussi rebelle que celle qui est produite par la tuberculisation. *(A suivre).*

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. **HILLAIRET**.

Affections des glandes sébacées et des annexes des poils.

Leçons recueillies par M. **BRAUD**, interne du service.

PREMIÈRE LEÇON.

Messieurs,

Les maladies des glandes sébacées, autrefois connues sous les noms de αχνη (de χνεω, je démange) ou plutôt ἀκμή (efflorescence), *varus*, *comedo*, *rosea*, *gutta rosea*, ont été généralement décrites en France sous le nom générique d'acnés.

Permettez-moi, au début de cette étude, de vous faire un rapide historique de la question, et de mettre en regard de l'opinion de l'école française actuelle celle des auteurs étrangers et particulièrement des auteurs allemands.

Aux différentes époques, le mot acné a eu une signification très différente. Nous voyons, en effet, sans parler de Sauvages, Willan et Bateman, les premiers, étudier l'acné d'une façon spéciale, mais en faire une affection de nature tuberculeuse et non pustuleuse.

Biett, reprenant cette définition, fait de la phlegmasie et de la pustule le caractère principal de l'acné ; néanmoins, plus tard, il range parmi les acnés, les variétés punctata et sebacea qui ne sont ni de nature inflammatoire ni de nature pustuleuse.

Alibert eut le tort de remplacer le mot acné par le mot *varus*, beaucoup plus vague, et qui comprenait d'ailleurs non-seulement les affections renfermées avant lui sous le nom d'acnés, mais aussi plusieurs autres affections n'ayant aucun rapport avec l'acné, telles que certaines excroissances siégeant sur la face, ainsi que la mentagre.

La nature pustuleuse de l'affection est reconnue par Gibert et Cazenave, mais le premier rangeait encore la men-

tagre parmi les acnés, le second, au contraire, la décrivait dans un chapitre spécial et lui donnait son véritable siege, *le follicule pileux*. Tous deux avaient ajouté dans le cadre de l'acné la couperose.

Rayer, plus logique et se plaçant au point de vue anatomique pur, ne reconnaît que l'*acné pustuleuse*. Toutes les lésions des glandes sébacées qui ne sont pas pustuleuses sont rejetées dans des chapitres spéciaux, et il décrit ainsi à part, la couperose, la mentagre, le sycosis, les variétés ponctuée et sébacée.

Mais cette manière de faire a l'inconvénient de séparer des affections qui ont toutes le même siége, les glandes sébacées, qui souvent coexistent ou se succèdent sur le même sujet, et qui, en tous cas, ont de grandes analogies entre elles. Donc, en reconnaissant que les auteurs qui nous ont précédé ont eu raison de séparer des affections des glandes sébacées *la mentagre et le sycosis*, il me paraît préférable *d'étudier sous le nom d'acnés, toutes les affections des glandes sébacées y compris les lésions non inflammatoires ainsi que les vices de sécrétion.*

Cette étude d'ensemble est plus utile, et les indications thérapeutiques sont mieux comprises, à la suite de l'examen comparé de ces diverses affections.

L'anatomie pathologique, pas plus que la clinique, ne peuvent nous autoriser à scinder cette description ; ce serait sans profit. D'ailleurs, cette opinion est celle de l'école française depuis Devergie ; elle a été adoptée par Bazin et M. Hardy.

L'école de Vienne, au contraire, représentée par Hebra, reconnait une acné pustuleuse seulement, et décrit à part la couperose, la séborrhée et même le sycosis qui est placé entre la couperose et l'acné inflammatoire.

En Angleterre, Erasmus, Wilson et Tilbury Fox adoptent complétement la classification de l'école de Vienne, tandis que Neligann, se range complétement du côté de l'école française.

En Amérique, le traité de dermatologie de A. Durhing, reproduit exactement la division d'Hebra.

J'arrive maintenant à la division des acnés, telle que nous la concevons aujourd'hui. Cette division s'applique d'ailleurs indistinctement, soit aux glandes sébacées simples, soit aux glandes annexes des poils.

Je vous la représente dans le tableau ci-dessous, elle ne s'éloigne pas sensiblement de la classification de Hardy.

I. Affections des glandes sébacées par congestion ou inflammation.
a) Acné congestive. — Couperose.
b) Acné inflammatoire. — Acné érythémateuse, érythémato-pustuleuse ou tuberculeuse.
— Acné simplex, vulgaire, pustuleuse, miliaire.
— Acné indurée.
— Acné hypertrophique.

II. Affections des glandes sébacées par rétention.
Acné cornée.
Acné varioliforme.
Acné ponctuée (varus, comedo, acné punctata, comédon.)

III. Affections des glandes sébacées par hypersécrétion.
Acné fluente.
Acné concrète.
Acné pénicelliforme.

On pourrait, dans la grande division, ajouter comme variétés, l'acné phlegmoneuse et l'acné stéatomateuse, mais nous comprenons ces formes et les autres variétés d'ailleurs, sous la dénomination unique d'acné vulgaire ou inflammatoire.

En résumé, nous rangeons les acnés dans trois grandes classes : 1° les acnés par congestion ou inflammation ; 2° les acnés par rétention ; 3° les acnés par hypersécrétion.

Il existe, il est vrai, deux ou trois variétés d'acnés difficiles à ranger dans les divisions précédentes, je veux parler tout d'abord de ces séborrhées sèches qui ressemblent à des nœvi pigmentaires sur lesquels se développent ultérieurement des cancroïdes.

Je veux aussi faire allusion à ces séborrhées des vieillards, caractérisées par des taches bistres très adhérentes qui ne se desquament jamais.

J'en ai terminé avec les généralités sur les maladies des follicules sébacées, j'arrive immédiatement à la description de chacune d'elles.

1° *Acné congestive*. — On donne le nom d'*acné congestive*, *acné rosée*, (Willan et Bateman), *gutta rosea*, *goutte rose*, *couperose*, à une affection de la peau, caractérisée par de la rougeur, avec injection vasculaire, et accompagnée le plus fréquemment d'élevures rouges donnant lieu à une sensation de chaleur et de tension, rarement de démangeaison.

Pour Bazin, la couperose est simplement une inflammation chronique des glandes sébacées ; pour lui, il *y aurait toujours* en même temps *acné*, et lorsque l'acné n'est pas apparente, c'est qu'elle est dissimulée sous l'injection vasculaire.

Cette opinion est fort discutable, et pour l'établir sur des bases solides, il serait nécessaire de connaître l'histologie de la couperose, sujet peu élucidé, car on a bien rarement l'occasion de faire l'examen de la peau couperosée sur des sujets morts d'une affection quelconque.

La couperose, quoiqu'il en soit, débute toujours par des rougeurs, d'abord intermittentes, occupant principalement les pommettes, le nez, le front. Ces rougeurs n'apparaissent au début qu'après le repas ou les promenades en plein air ; elles sont accompagnées de chaleur, de tension, puis disparaissent.

Plus tard, ces rougeurs deviennent persistantes, elles occupent les joues, les pommettes, le nez, plus rarement le front.

Cependant, il ne faudrait pas croire que la couperose siége exclusivement à la face; on l'a notée aux régions thoracique antérieure, inguino-crurale et pubienne comme je vous en ai montré dernièrement un exemple et comme Bazin, d'ailleurs, l'avait déjà signalé.

La peau est épaisse et turgide ; la rougeur, disposée par petites plaques, devient plus tard uniforme et paraît telle, même à la loupe ; il n'y a que dans les cas plus accentués que l'injection et l'arborisation vasculaire deviennent visibles à l'œil nu, à mesure que l'affection s'établit. des boutons se développent. Au début, ce sont des papules. Arrivées à ce degré, leur évolution est très différente, tantôt elles avortent rapidement et se recouvrent d'une croutelle ; tantôt elles s'accompagnent d'une hypersécrétion sébacée, d'où l'aspect luisant, graisseux du visage ; tantôt enfin, elles deviennent complétement pustuleuses D'ailleurs, en même temps que la couperose, peuvent se montrer toutes les variétés d'acnés ; c'est ce qui explique comment Bazin a pu décrire huit variétés de couperose.

Chez un grand nombre de personnes, la couperose fait peu de progrès, chez d'autres, au contraire, elle devient une véritable difformité.

Chez les ivrognes, entre autres, les capillaires se développent en quantité considérable; la peau prend quelquefois, tellement l'injection est accusée, une coloration lie de vin ; en même temps les traits grossissent, le nez s'épaissit et devient turgide.

Tels sont les symptômes objectifs les plus fréquents de la couperose. Quand elle est simple, elle constitue une affection bien à part ; quand elle se complique, elle se confond presque toujours avec l'acné boutonneuse inflammatoire. On a décrit aussi des symptômes généraux ou fonctionnels, mais ces symptômes ne sont pas dans la dépendance de la couperose ; ils n'en sont pas non plus la cause, mais sont avec elle l'expression d'un état général particulier, de la constitution arthritique ou lymphatique par exemple (*Bazin*). Telles sont les affections utérines, les gastralgies, la constipation, les affections cardiaques notées chez les personnes atteintes de couperose.

Abandonnée à elle-même, la couperose a une tendance à persister, même à se développer, soit qu'elle survienne primitivement, soit, ce qui est plus rare, qu'elle succède à l'acné inflammatoire simple ou pustuleuse.

Le pronostic en est sérieux, non qu'elle soit dangereuse, mais elle est difficile à guérir, récidive souvent et se complique souvent aussi d'acnés boutonneuses ou sécrétoires rebelles.

L'étiologie est un des points les plus intéressants, mais il faut le dire aussi des plus mal connus de l'histoire de la couperose.

Un fait paraît ressortir cependant, c'est que la couperose serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Est-ce, comme le dit Bazin, parce que les femmes consultent plus souvent que les hommes pour ce genre d'affection? Est-ce parce que le tempérament lymphatique y prédispose? Ce qu'il y a de mieux prouvé c'est que, chez la femme, le maximum de fréquence a lieu de 18 à 20 ans, et de 40 à 50, tandis que, chez l'homme, il a lieu de 40 à 45.

La couperose reconnaît donc probablement des causes variées dont l'importance nous échappe encore.

Après le sexe, le genre de vie et les conditions de milieu sont les causes les plus actives du développement de la couperose.

Les femmes habitant les pays du nord et les pays froids en général, où l'on passe d'une température très basse à la chaleur excessive des appartements, y sont surtout prédisposées. Une cause adjuvante vient encore favoriser le développement de l'affection, c'est la nécessité d'une alimentation très riche dans ces contrées. Aussi voyons-nous les anglaises, les allemandes et surtout les russes en être plus souvent atteints.

Si l'on admet l'influence du tempérament lymphatique chez la femme, on ne peut pas admettre l'influence du tempérament sanguin chez l'homme. Chez ce dernier ce qui paraît surtout agir, c'est la vie en plein air, soit à la campagne, soit sur le bord de la mer, c'est encore l'abus des vins et des alcools.

Hebra, même, décrit deux variétés de couperoses dues aux boissons, la couperose par le vin et la couperose par l'alcool.

Si nous ajoutons à ces causes, qui paraissent les mieux établies, l'influence de la ménopause chez la femme dans certains cas; le froid habituel des pieds, suivant M. Hardy, nous aurons épuisé la nomenclature des conditions ordinaires du développement de la couperose.

Quant aux causes locales, on peut citer l'influence des érysipèles de la face, l'usage des cosmétiques et de certains agents médicamenteux soit à l'extérieur (huile de cade, etc.); soit à l'intérieur (iode et iodures).

L'anatomie pathologique nous est presque inconnue, M. Dauvergne père, le premier, a signalé l'existence d'un lacis vasculaire, et d'un épaississement des follicules sébacés. Plus tard, Gustave Simon (de Berlin) a signalé aussi le développement vasculaire et le développement glandulaire. La logique nous fait admettre ces lésions, mais jamais elles n'ont été prouvées directement.

Nous devons simplement retenir, au point de vue du traitement, que la rougeur disparaît promptement après la mort, il ne semble donc y avoir qu'une congestion plus ou moins intense.

Dans une prochaine leçon, je vous entretiendrai du diagnostic de la couperose et de son traitement, qui est aujourd'hui méthodique et raisonné.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE. — Les leçons orales après 24 heures de préparation continuent. Les nouvelles questions traitées ont été les suivantes : *29 janvier*. Moriez : *De la paraplégie* ; — M. Landouzy : *Anomalies et complications du diabète*. — *30 janvier* : M. Robin : *De la toux*; — M. Arnozan : *De l'anurie*; — *3 février* : M. Bouveret : *Du facies dans les maladies*; — M. Rondet : *Des complications de la rougeole*. — *4 février* : M. Raymond : *Le pouls dans les maladies*; — M. Mossé : *L'épilepsie partielle*. — *5 février* : M. Perret : *De la grippe*.

Hier a eu lieu à onze heures, la quatrième épreuve consistant en un rapport écrit sur un sujet de médecine légale. Une heure est accordée pour la rédaction de ce rapport. Les lectures ont lieu le soir et seront probablement terminées aujourd'hui. Les candidats subiront alors l'épreuve clinique qui commencera le 10 février.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Trente-unième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Suite de l'étude de la fibre-cellule : Champs de Cohnheim observés sur la coupe transversale. — Absence de la striation transversale admise hypothétiquement par Krause. I. — Analyse histologique des diverses parties de la fibre-cellule. (A) Noyau, (B) protoplasma, il s'étend entre les cylindres primitifs de la zone musculaire ; disposition du fuseau protoplasmique chez les poulpes. Variations de forme générale corrélatives à l'extension ou au retrait de l'élément. II. — Rapports des fibres-cellules entre elles et avec les tissus ; charpente élastique, son étude dans l'aorte et dans les petites artères. — Différence entre les fibres-cellules des grosses artères et des petites. — Disposition des cellules musculaires dans les artérioles. — Mode d'union des fibres-cellules les unes avec les autres : Existence d'un ciment, méthode d'imprégnation et de coloration permettant de démontrer cette existence ; hypothèses sur la nature du ciment. III. — Comparaison du muscle lisse et du muscle strié : la fibre-cellule est l'équivalent morphologique d'un faisceau musculaire primitif : Disposition des muscles dans les vaisseaux sanguins, les lymphatiques.

Messieurs,

Nous allons poursuivre et terminer l'analyse histologique de la fibre musculaire à contraction lente et involontaire. Vous avez vu que cette cellule contractile est munie d'un noyau qui occupe, à peu de chose près, l'axe de l'élément, ce noyau est entouré d'une masse de protoplasma sur laquelle nous allons revenir, enfin la périphérie est occupée par la substance contractile proprement dite, disposée sous forme de filaments parallèles entre eux et à la direction de la cellule considérée dans son entier. Ces premières notions, suggérées par l'examen d'une fibre-cellule observée dans sa totalité et étalée, sont pleinement corroborées par l'analyse des coupes transversales que l'on peut opérer facilement après durcissement convenable dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes doivent remplir deux conditions : 1° Elles doivent être le plus exactement possible pratiquées perpendiculairement à la direction des fibres; 2° Elles doivent être d'une minceur extrême. Elles sont ensuite colorées par le picro-carminate d'ammoniaque à 1 p. 100 et examinées soit dans ce dernier liquide, soit dans la glycérine neutre. L'on reconnaît alors que l'aire de section de chacune des fibres-cellules présente un noyau central entouré d'une mince zone de protoplasma granuleux. La zone protoplasmique n'est pas bornée en dehors par un contour circulaire; elle est anguleuse et offre un aspect étoilé. Chaque point de l'étoile se poursuit comme un trait, à la façon des rayons d'une roue, et ce trait, après s'être bifurqué ou non, gagne la périphérie de la cellule. Dans l'intervalle des traînées émanant du protoplasma central, on voit la coupe de bâtonnets musculaires former de véritables champs de Cohnheim. A la périphérie de la fibre-cellule, il est impossible de reconnaître l'existence d'une membrane analogue au sarcolemme. Aucune méthode ne permet de constater même l'apparence d'une semblable enveloppe. Il est donc probable que la cellule musculaire n'a d'autre limite que sa propre substance.

Les bâtonnets contractiles qui forment l'enveloppe et pour ainsi dire, l'écorce de la cellule musculaire, ne nous ont présenté aucune trace de striation transversale. Néanmoins, Krause affirme depuis longtemps que cette striation existe à l'état d'ébauche et qu'il l'a constatée directement dans les muscles lisses qui forment la tunique contractile de l'intestin des mammifères. Toute préparation préalable serait même inutile, d'après lui, pour constater le fait, il suffirait d'employer une lentille à immersion très-puissante. Je crois pouvoir dire ici, Messieurs, qu'il est infiniment

(1) Voir les nos 8, 9, 10, 16, 18, 20, 26, 27 et 44 de 1876; nos 1, 2, 7, 9, 12, 421, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 40, 41, 42 et 43 de 1877; nos 11, 12, 13, 14, 18 et 40 de 1878; nos 5, 8, 18, 22, 24, 33 35 et 39 de 1879.

probable que Krause a plutôt cru voir la striation dont il parle qu'il n'en a véritablement constaté l'existence.

Cette striation était nécessaire pour lui, car elle était indispensable à la généralisation, qu'il prétendait faire, de sa théorie de la contraction. Or, vous le savez, le phénomène de la contraction, d'après Krause, suppose l'existence de cases musculaires. Ce sont ces cases qu'indiquerait dans

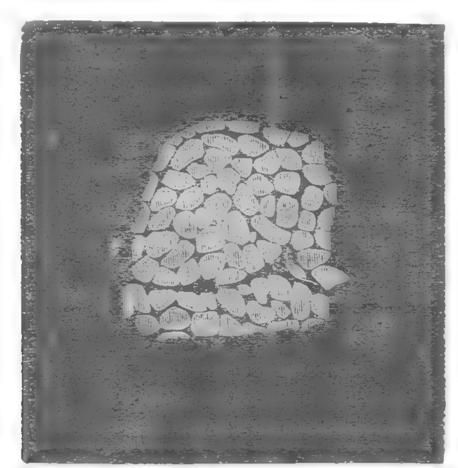


Fig. 9. — Faisceaux musculaires de l'intestin du lapin coupés en travers. — *n*, noyaux, — *c*, ciment inter-cellulaire.

les fibres lisses une striation transversale si peu accusée qu'elle fut. Or, non-seulement j'ai répété infructueusement toutes les expériences de Krause en me servant des mêmes objets d'étude, mais encore j'ai soumis les muscles lisses de la couche de fibres longitudinales de l'intestin du lapin à l'examen dans la lumière polarisée. Vous savez combien ce genre particulier d'analyse optique rend saisissables et évidents les moindres détails de structure lorsqu'on l'applique à l'examen des faisceaux musculaires striés ordinaires.

Elle ne m'a révélé l'existence d'aucune strie transversale dans les fibres musculaires lisses; si donc, cette dernière existe, elle est bien difficile à voir, puisque, depuis Krause, tous les histologistes ont, comme moi, vainement tenté d'en constater l'existence.

Étude du noyau. — Lorsque l'on examine un mince plan musculaire de fibres lisses, à l'aide d'un objectif à grand angle d'ouverture, et sans l'addition d'aucun réactif, on distingue plus ou moins facilement les noyaux. Il est même possible de déterminer dans son ensemble leur forme générale. On les voit revenir sur eux-mêmes et se plisser comme une bourse lorsque les fibres-cellules à laquelle ils appartiennent se rétractent. Ainsi se produisent, par suite de l'intersection de plis, les apparences de vacuoles qui se montrent fréquemment au sein de la substance du noyau. La rétraction modifie donc la forme de cet élément. L'action des acides, et notamment celle de l'acide acétique déforme aussi le noyau, le rend granuleux et lui donne une forme serpentine. Cette dernière modification est simplement due au gonflement de la substance de la fibre-cellule sous l'influence du réactif.

D'une manière générale, la forme du noyau est celle d'une ellipse. Le rapport entre le grand et le petit axe de cette ellipse, est variable. Communément, la forme du noyau est parfaitement régulière; on comprend cette disposition, puisque le noyau présente, à sa périphérie, une limite membraniforme que nous avons vue se plisser sous l'influence de la rétraction. Cette limite me paraît être la condition principale de la régularité qu'on observe dans le contour du noyau. Ce dernier est situé à peu près dans l'axe même de la cellule. Lorsqu'une fibre-cellule nage dans le liquide additionnel et qu'elle tourne pour ainsi dire sous les yeux de l'observateur en montrant successivement toutes ses faces, la coupe optique du noyau paraît toujours occuper le centre d'un fuseau protoplasmique placé dans l'axe de l'élément. Le contenu du noyau a attiré l'attention d'un certain nombre d'histologistes, parmi lesquels il convient de citer Frankenhauser, Piso-Borme et Julius Arnold.

Le noyau renferme un ou deux nucléoles vrais, puis une série de granulations considérées à tort, par quelques auteurs, comme des productions nucléolaires. Ces faux nucléoles se distinguent des vrais en ce qu'ils ne se colorent que peu ou point sous l'influence du picro-carminate d'ammoniaque, tandis que les nucléoles proprement dits sont teints en rouge vif par le réactif.

Le protoplasma forme autour du noyau une zone granuleuse parfaitement reconnaissable à cause de sa disposition fusiforme.

Le protoplasma est d'autant mieux distinct que son aspect granuleux contraste avec la substance musculaire très réfringente qui l'entoure, je n'insiste pas sur ce sujet. Je constaterai seulement qu'ici, de même que dans la cellule musculaire du cœur de l'embryon des mammifères, une masse protoplasmique centrale entoure ce noyau, et que cette masse s'étend vraisemblablement dans l'intervalle des cylindres primitifs qui constituent par leur union la substance musculaire proprement dite. Le protoplasma est donc ici, comme dans les autres muscles, répandu partout et sert de surface d'échange dans les phénomènes nutritifs dont l'élément contractile est le théâtre. Chez certains animaux et notamment chez les céphalopodes (le poulpe commun par exemple), les cellules musculaires appartiennent toutes au système des fibres lisses. Mais ces fibres lisses sont extrêmement développées, elles constituent chez les animaux précités les muscles volontaires. Elles sont d'une longueur considérable et se terminent en pointe à leurs extrémités. Elles renferment un cylindre protoplasmique qui se poursuit suivant leur axe dans toute leur longueur.

Ce protoplasma est granuleux et renferme un noyau vésiculeux, médian et volumineux. Tout autour du fuseau protoplasmique central extrêmement accusé existe une écorce musculaire parfois très-mince et admirablement striée en long. Sur les coupes transversales l'écorce contractile se montre formée par la réunion de véritables bâtonnets. En mettant l'objectif au point à la surface, on voit en effet se dessiner dans la zone musculaire de véritables champs de Cohnheim ; en abaissant la lentille on reconnaît que l'aire de chacun de ces champs est la coupe d'un bâtonnet musculaire qui se poursuit au-dessous. En d'autres termes la portion corticale contractile est formée par la réunion de véritables cylindres primitifs, qui ne diffèrent de ceux des muscles striés que parce qu'ils ne sont point marqués de traits transversaux.

L'aspect de la fibre musculaire lisse est tout différent, lorsqu'elle a été fixée dans sa forme à l'état d'extension parfaite, ou lorsque cette fixation a été opérée pendant que la fibre cellule était relâchée et revenue sur elle-même. Je fais devant vous pour le démontrer l'expérience suivante : voici un lapin qui vient d'être sacrifié ; j'isole une anse intestinale, et sur cette anse je jette à quelques centimètres de distance deux ligatures étroitement serrées.

Entre ces deux ligatures j'injecte de l'air : l'intestin se gonfle et ses membranes musculaires sont développées dans l'extension.

Je laisse légèrement sécher l'anse intestinale distendue et, quand elle est fixée dans sa forme par la dessiccation je l'enlève avec un ou deux centimètres d'intestin placé au-dessus et au-dessous des deux ligatures.

La pièce est plongée pendant quelques minutes dans une soucoupe contenant une solution de potasse à 40 p. 100. Rapidement la dissociation des tuniques musculaires modifiées par l'alcali concentré devient facile à faire et je puis isoler leurs éléments constitutifs. Au niveau de la portion insufflée, j'ai isolé des fibres-cellules longues, étroites, se terminant par des pointes filiformes d'une délicatesse extrême.

Les éléments musculaires des portions non tendues sont bien différents. Ils se montrent sous la forme de fuseaux

courts présentant à leur périphérie des festons qui se poursuivent dans une direction zonale tout autour de l'élément.

Ce dernier s'est parfois même plissé en forme de banderolle comme le ferait une lame élastique qui obéirait à sa rétractilité. C'est que les muscles plongés vivants dans la potasse à 40 p. 100 se sont d'abord rétractés sous l'influence de l'action excitante du réactif avant d'être définitivement fixés dans leur forme. Ces considérations sont applicables à l'étude de tous les tissus contractiles. Si ces derniers n'ont point été coagulés et fixés dans un état d'extension parfaite, ils subissent d'abord une excitation directe avant de mourir, et se montrent rétractés quand on les dissocie ultérieurement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hystérie locale et le rhumatisme.

L'*hystérie locale, périphérique*, joue un rôle considérable dans la pathologie féminine : son importance a été mise en évidence par un grand nombre d'auteurs. Brodie, un des premiers (1), a montré l'hystérie se localisant sur les régions soumises à un traumatisme, sous forme de douleurs exagérées, d'anesthésie, de contractures. M. Charcot (2) a fait ressortir l'exactitude des faits publiés par Brodie, il y a ajouté quelques observations personnelles très saisissantes et des remarques lumineuses sur l'hystérie locale. M. Lasègue a insisté également sur l'hystérie périphérique. Mais il reste à décrire une foule d'autres manifestations locales de l'hystérie ; il reste à montrer la diathèse hystériforme, faisant sa première apparition, sourdement, à propos d'une affection locale quelconque qui lui sert d'épine.

Appelée par cette affection, l'hystérie se fixe sur la région malade, elle se cache derrière la maladie primitive, elle affecte les allures de cette maladie et se borne souvent à en exagérer outre mesure les symptômes.

Aussi, sous cette apparence modeste, ne se trahissant par aucune des manifestations bruyantes qui lui sont propres, l'hystérie reste méconnue ; à la longue, le malade se décourage, le médecin se déconcerte et ne comprend rien à la marche singulière d'une affection, qu'il croyait d'abord très simple et très curable.

C'est l'histoire journalière d'affections utérines insignifiantes et qui deviennent intolérables à cause des douleurs exquises qui les accompagnent, à cause de contractions pénibles et inexplicables de la matrice et de l'orifice vaginal, à cause d'une hyperesthésie locale qui éloigne tout traitement topique. C'est l'histoire de certaines bronchites, de laryngites qui se prolongent indéfiniment, et présentent les symptômes les plus singuliers, tels que de l'anesthésie cutanée et laryngée, de l'aphonie complète, des douleurs fixes, des hémoptysies, etc.

J'ai écrit (3) un chapitre tout entier sur l'hystérie locale chez les phtisiques ; j'ai fait voir l'hystérie mêlant ses manifestations bizarres à celles de la phtisie, et j'ai essayé de faire saisir l'étrange tableau qui résultait de ce mélange.

C'est qu'en effet l'hystérie, ainsi localisée, imprime à la maladie primitive une marche spéciale : il y a là une action double, une réaction des deux maladies, mises en présence, quelque chose d'analogue à ce que M. Verneuil a décrit, au sujet du traumatisme et des maladies antécédentes, la syphilis, la scrofule, etc. Les remarques invoquées par le savant professeur, ses expressions heureuses pourraient servir à caractériser l'influence bilatérale de l'hystérie et des affections locales.

Parmi les maladies qui ont le privilège de réveiller ainsi l'hystérie locale, la plus fréquente est le rhumatisme : nous allons en citer une observation frappante, à titre d'exemple, et nous la ferons suivre de quelques remarques, au sujet d'autres faits analogues.

Mlle N..., âgée de 18 ans, a déjà eu 9 attaques de rhumatisme articulaire. La première est survenue, lorsqu'elle était âgée de 13 ans, elle a obligé la malade à garder le lit pendant onze semaines ; les autres attaques ont été moins longues, elles ont duré de une à sept semaines. Ces attaques, la jeune malade les décrit toutes de la même manière : début par des douleurs excessivement vives aux genoux, envahissement progressif de presque toutes les jointures, peu ou point de fièvre, pas de sueurs, rétablissement brusque, convalescence presque nulle.

Ajoutons que les attaques ne surviennent que vers l'automne et l'hiver, au moment de la saison froide et humide ; qu'elles n'ont jamais eu lieu l'été. La nourriture trop azotée, l'usage des viandes rouges semblant les provoquer également, la malade est condamnée depuis trois ans aux viandes blanches. — C'est bien la manière d'être du rhumatisme goutteux, si commun chez les Anglais : j'oubliais de dire que Mlle N... est Anglaise et qu'elle habite Londres.

Son médecin, ennuyé de voir que chaque hiver ramenait le rhumatisme chez sa jeune cliente, a conseillé l'hivernage dans le midi, à Nice. Ce conseil a parfaitement réussi : le premier hiver 1877-78, s'est passé sans encombre. Revenue à Nice, un second hiver, Mlle N... a été reprise de rhumatisme, le 16 novembre, et, appelé pour la soigner, j'ai constaté les faits suivants.

Mlle N... est alitée depuis deux jours : le genou gauche a été pris le premier, le genou droit a été atteint le 2e jour. Ces deux articulations sont moyennement gonflées, ne présentent pas de rougeur, sont légèrement plus chaudes que les parties environnantes.

Les deux membres inférieurs reposent dans l'extension ; la malade n'ose les plier, de peur d'augmenter les douleurs qui sont atroces et qui empêchent tout sommeil : la pression la plus modérée sur les genoux la réveille, et la malade se défend contre l'examen de ces articulations.

Sur toute l'étendue des deux jointures, en haut, jusqu'à trois travers de doigt, au-dessus de la rotule, en bas, jusqu'à l'épine du tibia, en avant et en arrière, je constate une anesthésie complète. Les divers métaux (or, argent, cuivre, fer), ne modifient en rien l'anesthésie.

En arrivant à tromper la répugnance instinctive de la malade à tout mouvement, nous voyons qu'il n'existe pas de contracture et que l'immobilité n'est provoquée que par la crainte de la douleur.

Il n'y a pas de fièvre, la température axillaire ne dépasse pas 37°,8, le pouls est à 84, les urines paraissent normales. Je prescris trois pilules de 1 centigr. d'opium et de 15 centigr. de quinine, à prendre dans les vingt-quatre

(1) Brodie (B.). — *Lectures illustratives of certain local nervous affections.* London, 1837.

(2) Charcot. — *De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale* (*Progrès méd.*, 1878, p. 335).

(3) *Clinique climatologique.* Phtisie pulmonaire, page 61.

heures. Le lendemain, les douleurs avaient gagné le cou-de-pied ; il y avait gonflement des deux articulations tibio-tarsiennes et anesthésie absolue de la peau, à leur niveau. Les genoux étaient dans le même état.

En examinant la vue, j'ai constaté pour l'œil gauche, une achromatopsie pour toutes les couleurs, ce qui surprit beaucoup la malade. Toutes les autres parties du corps présentaient la sensibilité normale ; il n'y avait jamais eu la moindre attaque convulsive ; la menstruation était survenue à 11 ans, et s'était renouvelée très régulièrement.

Les jours suivants, apparut une douleur très vive sur le trochanter gauche, et une zone d'anesthésie à ce niveau, de quelques centimètres d'étendue ; puis, ce fut le tour du coude droit, avec les mêmes caractères de douleurs exquises, de gonflement sans rougeur et d'anesthésie de la peau.

L'état général restait bon, pas de fièvre ; appétit modéré ; la malade se nourrissait de raisin et d'un peu de poulet. Au bout d'une semaine je suspendis tout traitement ; je venais voir la malade tous les jours, pour la rassurer ; — d'ailleurs rien à noter de particulier, si ce n'est que le cou-de-pied et le genou gauche s'étaient dégagés le 7e jour, et que la sensibilité était revenue dans ces régions. Le 6 décembre (20 jours après le début), je trouvai Mlle N... très gaie : sa figure qui, les jours précédents, trahissait une souffrance vive, était transformée, elle me dit qu'elle se sentait guérie ; en effet les articulations étaient revenues à leur volume normal, on pouvait les explorer en tous sens, sans provoquer la moindre douleur ; la sensibilité était complète partout ; la parésie de la rétine gauche avait disparu ; la malade avait parfaitement dormi toute la nuit. Le lendemain, la malade était debout, un peu pâle, mais marchant très solidement ; le jour même, elle fit une promenade d'une demi-heure ; les jours suivants elle reprit sa vie habituelle.

Cette observation peut se passer de longs commentaires : c'est un bel exemple d'hystérie locale, greffée sur un rhumatisme banal, survenant pour la 9e fois, et provoqué par la saison humide. Appelée par le rhumatisme, l'hystérie s'est fixée sur les articulations malades et les a parcourues toutes l'une après l'autre, suivant pas à pas le rhumatisme, trahissant son passage par l'anesthésie cutanée et par ces douleurs exquises, dont nous avons parlé. Mais elle ne s'est pas bornée à ajouter ses symptômes trompeurs à ceux du rhumatisme, elle a réagi sur lui autrement, elle lui a imprimé une physionomie spéciale. Je ne saurais concevoir autrement la marche singulière de ce rhumatisme articulaire qui évolue sans fièvre locale appréciable et sans fièvre générale ; qui cloue une malade au lit pendant trois semaines et disparaît un beau jour, instantanément, sans laisser derrière lui cette anémie profonde qui accompagne toujours les attaques de rhumatisme ; sans être suivi de cette raideur articulaire qui survit à l'inflammation rhumatismale, surtout lorsque celle-ci est revenue à 9 reprises différentes sur les mêmes jointures.

On connaît depuis longtemps les singuliers caprices de l'hystérie, on sait que sa manière d'être est en désaccord avec toutes nos connaissances physiologiques habituelles, on sait que des hystériques, qui vomissent presque tous leurs aliments, peuvent néanmoins augmenter de poids ; mais quelle meilleure preuve pourrait-on donner de son influence presque mystérieuse, qu'en insistant sur les principaux faits de l'observation précédente, qui démontrent son influence puissante sur la marche des états pathologiques antérieurs.

Et que l'on ne croie pas cette observation unique et sans analogues. J'ai eu l'occasion d'examiner une dame de Lille, qui fut autrefois prise d'une arthrite au genou droit : pendant trois mois, elle fut traitée par des révulsifs de toute sorte ; pendant 6 mois, elle fut immobilisée sans profit. Elle appela Nélaton, qui fit suspendre tout traitement local, fit électriser le membre et laissa marcher la malade. Peu à peu le genou revint au volume normal, et le membre reprit ses fonctions, mais après dix ans, nous avons constaté encore une anesthésie cutanée complète, au niveau du genou, et à quelque distance en haut et en bas de la jointure.

J'ai traité une jeune dame écossaise, âgée de 25 ans, que l'on envoyait à Nice, pour la débarrasser de rhumatismes invétérés ; je fus surpris de ne trouver, après six ans de souffrance, aucune trace de déformation articulaire aux doigts, au poignet, au coude, du côté droit, que la malade me désignait comme le siége précis de douleurs violentes, tout à fait exagérées. En explorant plus minutieusement ces jointures, je constatai de l'anesthésie, à leur niveau, et je conclus immédiatement à des phénomènes d'hystérie locale, provoqués par des rhumatismes auxquels la malade n'aurait pas prêté grande attention, qui n'auraient été caractérisés que par quelques douleurs vagues, au lieu des douleurs exquises qu'elle ressentait et qui troublaient toute son existence.

Le diagnostic de ces états complexes une fois bien posé, la part de chacun des états pathologiques une fois bien établie, il en découle d'importantes déductions thérapeutiques. Au lieu de fatiguer inutilement ses malades de colchique, d'iodure de potassium et de tous les remèdes employés contre le rhumatisme, il faut songer un peu plus à calmer le système nerveux, à modifier la nutrition générale par l'hydrothérapie, par le séjour aux eaux minérales indifférentes et par tous les moyens qui agissent sur l'hystérie, plutôt que sur le rhumatisme.

L. Thaon (de Nice).

Ouverture du cours de M. Maurice Raynaud à la Charité.

Vendredi dernier, M. Maurice Raynaud a ouvert son cours à l'hôpital de la Charité devant un auditoire nombreux. Cette première leçon a été faite sur un malade des plus intéressants, récemment entré dans le service, et atteint de *trophonévrose faciale*, le fameux Otto Schurum (?) sur lequel Romberg a décrit le premier la maladie à laquelle il donna le nom de *trophonévrose faciale*, et que M. Charcot a montré, il y a quelques mois, à son cours de la Salpêtrière. Après un examen détaillé du malade, M. Raynaud discute la pathologie de cette curieuse affection : il repousse la théorie de Guttmann qui la fait dépendre d'un trouble vaso-moteur, celle de Landes qui la considère comme une atrophie du tissu conjonctif (aplasie lamineuse) et insiste sur ce fait, que les lésions, comme on le peut nettement constater sur le malade, siègent surtout sur le trajet de la 5e paire. Il en fait avec Romberg une lésion trophique dépendant d'une altération du trijumeau ;

il admet enfin, après une discussion minutieuse du sujet, que cette lésion doit être considérée comme d'origine périphérique (1).

Les applaudissements qui ont salué le professeur à son départ montrent que les étudiants sont toujours reconnaissants envers les hommes de bonne volonté qui se dévouent à leur instruction.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 janvier 1880. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Recherches sur le bruit musculaire. — M. BOUDET DE PARIS fait la communication suivante :

Mes recherches ont porté sur les muscles de l'animal (grenouille) et sur ceux de l'homme sain. L'instrument dont je me suis servi est un microphone assez semblable à celui que j'ai déjà eu l'honneur de présenter à la Société de biologie (séance du 13 décembre 1879) ; seulement, dans ce nouvel appareil, le charbon inférieur, au lieu d'être porté par un double ressort analogue à celui du sphygmographe, est simplement fixé au centre d'une membrane de parchemin, destinée à amplifier les vibrations qui lui sont communiquées. — L'autre face de cette membrane porte également à son centre, un petit bouton explorateur que l'on applique directement sur le muscle en expérience, ou bien auquel on attache, par un fil ordinaire, le tendon d'un gastrocnémien de grenouille.

J'ai suivi deux méthodes pour étudier le muscle de la grenouille : dans la première, le gastrocnémien, complètement séparé de l'animal, est suspendu au bouton du microphone ; dans la seconde, le muscle est détaché seulement au niveau de son tendon inférieur, et reste en communication avec ses vaisseaux et ses nerfs.

1° Dans le premier cas, lorsque le muscle isolé est suspendu par un fil au microphone, je fais arriver l'excitation électrique de la façon suivante : un des réophores aboutit au tendon supérieur, au point même où ce tendon se continue avec le fil suspenseur; l'autre réophore plonge dans une petite capsule pleine de mercure que j'amène au contact du tendon inférieur. De cette façon, le muscle n'a aucun poids à supporter, et toutes les causes de frottement extérieur sont évitées. — Bien entendu, le microphone ne révèle aucun bruit tant que le courant ne traverse pas le muscle; mais à chaque ouverture et fermeture d'un courant de pile, on entend dans le téléphone récepteur un bruit sec accompagnant la secousse, et ce bruit est d'autant plus intense que la pile est plus forte, et par conséquent la secousse plus énergique.

Si je rapproche les excitations au moyen d'un interrupteur intercalé dans le circuit, le muscle émet aussitôt un son dont la tonalité est la même que celle du son produit par l'interrupteur, même lorsque le nombre des excitations dépasse le chiffre de 32 à la seconde, chiffre qui a été indiqué comme étant la limite d'excitations nécessaires pour produire le tétanos parfait, ou fusion complète des secousses. Avec 100 ou 200 excitations par seconde et plus, le muscle, pourvu qu'il soit frais, vibre toujours à l'unisson de l'interrupteur. L'intensité du bruit musculaire augmente considérablement lorsque, au lieu de laisser simplement le tendon au contact du mercure, on lui fait supporter une charge de quelques grammes. M. le Dr d'Arsonval qui a répété les mêmes expériences avec son microphone, m'a dit avoir obtenu des résultats semblables aux miens. Ces premières expériences prouvent suffisamment que *le bruit musculaire n'est pas le résultat de frottements*, ainsi qu'on l'a souvent répété.

2° La grenouille est fixée sur une planchette, et son gastrocnémien, détaché à sa partie inférieure, est relié au bouton du microphone par un fil de 5 à 6 centimètres de longueur. Bien qu'aucun courant ne traverse encore le muscle, le microphone révèle cependant un bruit continu, d'une tonalité très basse, et qui n'est autre que le bruit du tonus musculaire.

Pour être bien sûr que le bruit n'est pas dû à la circulation du sang, je lie l'artère principale du membre, ou même l'aorte; le bruit persiste avec sa même tonalité. Je puis d'ailleurs élever cette tonalité en augmentant la tension du muscle, c'est-à-dire en l'allongeant légèrement au moyen du fil qui le relie au microphone ; il est facile d'obtenir par ce moyen une tonalité analogue à celle qui accompagne la contraction du muscle. En excitant le muscle ou le nerf avec des courants de pile, j'obtiens les mêmes résultats que j'ai signalés pour le muscle isolé : tant qu'il existe une contraction, cette contraction s'accompagne d'un son dont la tonalité correspond au nombre des excitations électriques, et dont l'intensité varie avec celle de ces excitations.

Si, au lieu de courants de pile, j'emploie des courants d'induction, le muscle continue à émettre des sons, alors même qu'il ne se contracte plus. Ce n'est plus alors un bruit de contraction que l'on entend, mais bien un *chant électrique* assez analogue à celui produit par les condensateurs chantants. En effet, le microphone signale les mêmes bruits, si je substitue au muscle en expérience un morceau d'étoffe légèrement humide, ou un fil métallique extrêmement fin. Il suffit pour obtenir un son d'une tonalité semblable à celle du diapason interrupteur, d'intercaler dans le circuit induit un corps très résistant et mauvais conducteur du courant. Les courants induits doivent donc être laissés de côté, lorsqu'il s'agit d'étudier le bruit musculaire; car ils produisent par eux-mêmes un bruit spécial qui pourrait être pris pour le bruit de la contraction. En d'autres termes, dans un muscle tétanisé par des courants induits, on entend deux sortes de vibrations : 1° des vibrations de contraction ou vraiment musculaires ; 2° des vibrations purement électriques.

J'ai essayé de dissocier ces deux ordres de vibrations. Le moyen qui se présente naturellement à l'esprit est d'exciter mécaniquement le nerf avec un diapason; malheureusement ce moyen devient impraticable avec l'emploi du microphone ; car les vibrations du diapason se communiquent directement à l'instrument à travers les tissus de l'animal et le son produit par le téléphone peut être aussi bien rapporté à ces vibrations mécaniques qu'aux vibrations du muscle lui-même.

L'excitation électrique du nerf seul ne met pas non plus à l'abri du phénomène des vibrations purement électriques ; j'ai pu m'en assurer plusieurs fois.

Restait un autre moyen : c'était d'étudier les vibrations non plus sur le muscle directement excité, mais sur celui d'une *patte induite*. Cette expérience m'a donné des résultats tout à fait satisfaisants, et à l'abri des causes d'erreur que je viens de signaler. La grenouille inductrice est placée sur une première planchette, et son nerf sciatique excité soit par un courant électrique, soit avec un diapason; sur son gastrocnémien repose le nerf d'une autre patte de grenouille, détachée de l'animal et fixée sur une seconde planchette, complètement isolée de la première; le muscle de cette patte induite est relié au bouton du microphone.

J'ai pu m'assurer ainsi que le muscle induit vibre toujours à l'unisson de l'appareil excitateur, tant que ce muscle se contracte d'une manière apparente. Mais dès qu'il est devenu inexcitable, aucun son n'est produit par le téléphone, sauf quelquefois le bruit d'une secousse isolée au début de l'excitation. En reliant alors le microphone au muscle directement excité (muscle inducteur) je perçois toujours le son de l'interrupteur du courant, c'est-à-dire les vibrations purement électriques que la patte induite est incapable de transmettre.

Le même microphone appliqué sur l'homme, au niveau d'une forte masse musculaire telle que le biceps ou les muscles antérieurs de la cuisse, indique parfaitement le bruit de roulement sourd et continu dû au tonus normal. Hors de la contraction volontaire, la tonalité de ce son est brusquement élevée, en même temps que son intensité augmente. Cette tonalité continue d'ailleurs de s'élever à mesure que la contraction devient elle-même plus forte. Cette expérience confirme pleinement l'observation de M. le professeur Marey qui avait entendu la tonalité du muscle masséter s'élever d'une

(1) Nos lecteurs pourront aussi consulter sur ce sujet : Frémy. — *Etude critique de la trophonévrose faciale ;* Paris, 1872.

quinte pendant qu'il le contractait avec une force croissante. — Le bruit que l'on entend pendant le repos du muscle a été attribué par quelques observateurs à la circulation sanguine qui se fait à l'intérieur des muscles et surtout dans l'épaisseur même de la peau. Il est facile de répondre à cette objection par une expérience démonstrative. J'applique la bande d'Esmarch sur le membre supérieur d'un sujet; puis je lui fais poser légèrement l'extrémité de l'index sur le bouton explorateur du microphone. Le bruit de roulement persiste toujours avec sa même tonalité, bien que la circulation soit absolument interrompue.

Quoique toutes ces expériences me parussent suffisamment concluantes, j'ai tenté de les vérifier au moyen d'un instrument qui n'eût rien d'électrique, et qui, par cela même, fût exempt de toutes les causes d'erreur imputables aux appareils microtéléphoniques. La seule difficulté était d'obtenir un appareil d'auscultation aussi sensible que le microphone. Voici sur quel principe est fondé le nouveau stéthoscope que j'ai l'honneur de présenter à la Société de biologie, et qui me parait réunir les conditions nécessaires à l'auscultation des muscles. La plupart des nouveaux stéthoscopes destinés à renforcer les bruits que l'on étudie, sont munis d'une caisse de résonnance que traversent les vibrations sonores avant d'arriver au tympan de l'observateur; la nature et la forme de ces résonnateurs sont très variées; mais tous présentent cette même disposition qui fait que l'oreille ausculte en dehors d'eux, et non dans leur intérieur.

Partant de ce principe que les sons doivent être beaucoup plus intenses à l'intérieur d'un tambour qu'en dehors de lui, je fixai à chaque extrémité d'un stéthoscope ordinaire une membrane de parchemin fortement tendue; puis sur le cylindre creux qui fait communiquer ces deux tambours, je fis un petit orifice auquel j'adaptai un tube de caoutchouc bifurqué et terminé par deux embouts de corne que l'on introduit dans les conduits auditifs, de façon à avoir l'audition binauriculaire De cette manière, toutes les vibrations qui sont communiquées à l'une des membranes s'amplifient considérablement dans ce stéthoscope-tambour, et après s'être ainsi amplifiées vont agir directement sur la membrane du tympan; en somme, on écoute à l'intérieur même du tambour.

Cet appareil est tellement sensible que l'extrémité du doigt appliquée sur l'une des membranes, ou mieux sur un bouton explorateur fixé au centre de cette membrane, produit un roulement très appréciable (bruit du tonus) et le bruit devient presque insupportable si on fait contracter les muscles de ce doigt. En attachant au centre de la membrane le tendon d'un muscle de grenouille, on peut entendre les divers bruits que nous faisait percevoir le microphone, et les diverses tonalités de la contraction musculaire pour des excitations de nombre variable. L'instrument que je présente est en métal, afin de le rendre plus solide et de faciliter la pose et la fixité des membranes. J'ai à peine besoin d'ajouter que ce stéthoscope permet d'entendre les bruits du cœur et du poumon avec beaucoup plus de facilité que la plupart des instruments généralement employés.

Séance du 31 janvier 1880. — PRÉSIDENCE DE M. ARM. MOREAU.

Action thérapeutique du sulfate de cinchonidine. — M. PONCET a eu l'occasion, pendant son séjour en Afrique, d'administrer le sulfate de cinchonidine à des malades atteints de fièvre intermittente. Il a relevé avec soin toutes les observations, et les résultats cliniques qu'il a constatés se trouvent en désaccord avec les résultats que M. Laborde a obtenus par l'expérimentation sur les animaux. D'après M. Laborde le sulfate de cinchonidine possèderait une action convulsivante très marquée. Or, M. Poncet a donné à la plupart de ses malades le sulfate de cinchonidine à la dose massive de 4 grammes par jour; jamais ces malades n'ont présenté le moindre signe d'intoxication. Le seul phénomène appréciable que l'on pouvait noter chez eux, c'était un ralentissement considérable du pouls. Mais dans aucun cas on n'a vu apparaître de mouvements convulsifs.

M. LABORDE se félicite des observations cliniques importantes qui viennent d'être communiquées par M. Poncet. Dans ses propres recherches il n'avait envisagé que le côté purement physiologique de la question. Il a reconnu que le sulfate de cinchonidine produit des convulsions chez les animaux. Les nouveaux faits cliniques de M. Poncet ne diminuent en rien la valeur de ses propres expériences. Aussi M. Laborde croit-il pouvoir maintenir que le sulfate de cinchonidine est un médicament convulsivant très dangereux, moins dangereux cependant que le sulfate de cinchonine.

Epithélium des membranes synoviales. — M. POUCHET dépose sur le bureau une note de M. SUBOTINS, relative à la structure des membranes synoviales. L'auteur arrive à cette conclusion que les cellules de l'épithélium sont, non point des cellules endothéliales, mais bien de véritables glandes closes se rapprochant par leur forme des cellules caliciformes.

Absorption des matières grasses. — M. HAYEM communique un fait curieux qu'il a observé dans son service de l'hôpital Saint-Antoine. Lorsqu'on soumet au régime lacté un individu bien portant, on ne retrouve point dans le sang de globules graisseux résultant de l'absorption du lait. Mais chez les malades qui prennent du lait on peut constater dans le sang la présence de nombreux globules graisseux. C'est ce que M. Hayem a reconnu sur un albuminurique soumis pendant 10 jours au régime lacté. Au bout de ce temps le sang du malade contenait des gouttelettes graisseuses en assez grande quantité. Ces particules sont-elles absolument inoffensives? Il est permis d'en douter. En effet, le malade dont il s'agit fut pris, après dix jours de régime lacté, d'hémoptysies abondantes qui durèrent tant qu'il continua à prendre du lait. Le sang examiné quelques jours après ne renfermait pas trace de globules graisseux.

Empoisonnement par la cantharidine. — M. CORNIL revient sur la question de l'albuminurie expérimentale provoquée chez les lapins auxquels on administre la cantharidine. Sur un lapin qui avait pris 0 gr. 20 de cantharidine, M. Cornil a pu suivre l'évolution des lésions rénales. Les globules blancs s'accumulent d'abord dans la capsule des glomérules de Malpighi. Ces globules blancs sont remplies de granulations jaunâtres. Les lésions précédentes sont déjà manifestes au bout de 20 minutes; mais après 40 minutes elles ont pris un développement des plus intenses.

M. FR. FRANCK communique une note sur les dégénérations secondaires de la moelle épinière consécutives à l'ablation du gyrus sigmoïde chez le chien (sera publiée). — Communication de M. Brissaud.

Election. — Dans le cours dela séance la société a procédé à la nomination d'un membre titulaire. M. d'Arsonval présenté en première ligne sur la liste de la commission, a été élu par 32 voix sur 33 votants. CH. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. VIDAL fait la lecture d'un travail ayant pour titre: *Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine.* Ce mémoire se trouve résumé dans les conclusions suivantes: 1° Les injections hypodermiques, faites *in situ*, avec une solution d'ergotine, ou pour parler plus exactement, d'extrait d'ergot, sont d'une efficacité remarquable pour la guérison du prolapsus du rectum; 2° l'action physiologique de l'ergot de seigle, aujourd'hui parfaitement déterminée par l'observation clinique et les recherches expérimentales, donne l'explication rationnelle de ces résultats thérapeutiques.

Election d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. Sont présentés: en première ligne, M. Jungfleisch, ; en 2e ligne, M. Méhu; en 3e ligne, M. Baudrimont; en 4e ligne, M. Prunier; en 5e ligne, M. Marty. Votants: 72. Majorité: 37. — Au premier tour de scrutin, M. Jungfleisch obtient 56 voix; M. Méhu, 14; M. Baudrimont, 2. En conséquence, M. JUNGFLEISCH, ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie dans la section de pharmacie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. la Président de la République.

M. COLIN termine sa communication sur les *températures morbides locales,* envisagées au point de vue expérimental.

M. Bouillaud, s'étonne que M. Colin ne tire aucune conclusion, aucune loi des nombreuses expériences qu'il a faites sur la thermométrie locale. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 mai 1879. — Présidence de M. Charcot.

15. Calcul vésical. — Polyurie. — Urines laiteuses. — Exploration. — Abaissement de température. — Urines purulentes. — Dilatation énorme des calices et des bassinets ; par Bazy, interne des hôpitaux.

Le nommé Proust, Eugène, 29 ans, entre le 14 mars 1879 dans le service de M. Guyon, salle Saint-Vincent, où il est couché au nº 28.

Ce malade n'aurait jamais eu d'autres accidents que ceux dont il se plaint actuellement; il n'a jamais fait de maladie.

Il souffre de ses voies urinaires depuis 1874. A cette époque, il éprouva pendant la nuit un violent besoin d'uriner qui l'obligea de se lever, ce qui ne lui était jamais arrivé. Il rendit à peine quelques gouttes d'urine, avec des douleurs violentes dans le bas-ventre et des cuissons vives le long de l'urèthre. Pendant une huitaine de jours, à partir de ce moment, les besoins d'uriner se reproduisirent fréquemment (tous les quarts d'heure environ), chaque fois le ténesme vésical était très douloureux. Cet état aigu persista une huitaine de jours : les urines étaient alors tour à tour troubles ou sanguinolentes, il n'a pas remarqué à cette époque de calcul dans ses urines. Il paraît avoir eu autrefois des douleurs lombaires rappelant des coliques néphrétiques.

Depuis cette époque le malade a toujours souffert de sa vessie. Les besoins d'uriner sont restés assez fréquents. Il se lève au moins huit ou neuf fois la nuit, il urine à peu près aussi souvent pendant le jour, plus souvent quand il se fatigue. — La marche est pénible et éveille des douleurs vives. Il éprouve souvent au bout de la verge des picotements très pénibles qui le forcent à la presser avec ses doigts. Douleurs sourdes, parfois lancinantes, dans le bas-ventre, s'exaspérant aussi à la suite d'une fatigue. La voiture est très mal supportée depuis trois ans environ.

Il sent un corps remuer dans sa vessie quand il se retourne dans son lit. Il y a 18 mois environ, il paraît avoir eu une attaque vive de colique néphrétique, précédée pendant trois ou quatre jours de douleurs peu intenses dans les reins. Ces attaques se sont reproduites trois fois, la dernière au mois de janvier ; il n'avait jamais eu auparavant de douleurs aussi vives, il avait ressenti déjà, par intervalles, des élancements douloureux dans la région lombaire, pas d'accès fébriles bien manifestes. — Cuisson pendant la miction, ne persistant pas tout le temps qu'il urine ; le passage des premières et des dernières gouttes d'urine est particulièrement douloureux. Le jet d'urine est parfois brusquement interrompu et repart si le malade fait un mouvement. Les urines ne sont plus sanguinolentes depuis longtemps ; elles ont été parfois assez claires ; elles laissent maintenant un dépôt glaireux, elles sont sales et contiennent évidemment des globules de pus ; il y a de la polyurie, environ trois litres et demi.

Les forces ont diminué, ainsi que l'embonpoint. L'appétit est encore un peu conservé. Facies jaunâtre, peau sèche, terreuse ; un peu de diarrhée à son entrée à l'hôpital. Cœur sain, poumons idem.

Canal libre : on introduit l'explorateur métallique, et on trouve une pierre volumineuse, arcboutée sur les parois de la vessie, d'un diamètre d'environ cinq centimètres et demi ; le contact donne la sensation d'une pierre phosphatique.

25 mars. — Après avoir dilaté le canal par l'introduction de bougies jusqu'au nº 22, on introduit le lithotriteur nº 1, pour avoir des renseignements plus précis sur le volume du calcul et on voit qu'il mesure six centimètres dans le diamètre, suivant lequel il a été pris ; en présence de l'état général du malade et du volume de la pierre, la taille est indiquée. On laissera auparavant reposer le malade pour voir comment il aura supporté cette introduction du lithotriteur, qui a été faite sans difficulté et sans causer la moindre douleur.

27 mars — Appétit nul et affaissement. Langue assez bonne ; un peu de diarrhée. Viande crue, œufs, bouillon.

31 mars. — La température s'abaisse progressivement depuis le 27 ; elle est à 36°,2. Urines fétides et moins abondantes, deux litres environ. Quelques vomissements. Respiration suspirieuse. Alcool et café.

1er avril. — Affaissement extrême. Facies décomposé. Urines complétement purulentes. Hoquet. T. 35°,4, soir 35°,2.

2 avril. — Mort pendant la visite. A peine 300 grammes d'urines purulentes dans son bocal.

Autopsie 24 heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen on aperçoit dans l'hypochondre droit, après avoir légèrement écarté l'intestin, une tumeur lobulée molle et fluctuante, ne dépassant pas le rebord des fausses côtes, soulevant le péritoine, légèrement infecté à ce niveau. L'intestin et le foie enlevés, on constate que cette tumeur, qui est à la place occupée par le rein, a une longueur de 13 centimètres environ.

D'emblée on peut voir qu'elle est formée par le rein fortement dilaté et complétement transformé en poche.

Voies urinaires. — Urèthre sain. Tissu cellulaire périvésical infiltré de pus un peu concret, non collecté. — *Vessie.* Parois hypertrophiées, modérément distendues. Les parois ont un centimètre d'épaisseur. La muqueuse est ardoisée et épaissie, non ulcérée. L'ouverture des uretères est libre. Elle contient un calcul du volume d'un œuf de poule. — *L'uretère gauche* est très dilaté et a le volume du petit doigt. Les parois sont très épaisses, la muqueuse est injectée ; il contient du pus dans son intérieur. Mêmes altérations de la muqueuse du bassinet et des calices, qui sont aussi très dilatés. La surface du rein gauche est inégale et comme lobulée. Le rein ne paraît pas augmenté de volume. Adhérence très marquée de la capsule dans certains points ; l'on constate encore dans beaucoup d'endroits la disparition complète de la substance médullaire, qui est remplacée par de grandes cavités, communiquant d'une façon plus ou moins directe avec le bassinet. Quand on incise celui-ci, on voit, en effet, que les infundibula formant les calices, au lieu de venir adhérer au pourtour du sommet des pyramides, s'abouchent dans ces cavités. Les pyramides ont disparu dans la presque totalité du rein. Les colonnes de Bertin subsistent. Dans les points où existent les cavités kystiques, la substance corticale est absolument atrophiée. Les vaisseaux ne sont pas altérés ; la capsule adipeuse n'existe presque pas.

Le *rein droit* n'est que l'exagération du rein gauche ; il est réduit à une très vaste cavité, cloisonnée de façon à contenir une grande quantité de cavités plus petites, à peu près d'égal volume et renfermant de l'urine purulente. Dans certains points, au niveau des cloisons, on voit encore un peu de parenchyme rénal : les parois de la poche ont environ deux à trois millimètres d'épaisseur.

L'uretère droit est énormément dilaté et aussi volumineux que l'intestin, il a 10 centimètres de circonférence à sa partie supérieure ; il est moins dilaté en bas, et à sa partie moyenne il présente un rétrécissement comme cicatriciel.

Les parois ont cinq millimètres d'épaisseur.

Il contient dans sa partie inférieure un calcul très volumineux ramifié, venant du bassinet et qui occupe toute la lumière du canal. L'eau passe goutte à goutte de l'uretère dans la vessie. Adhérences anciennes du poumon gauche. Foyer apoplectique du volume d'un gros marron à la base du poumon gauche. L'artère pulmonaire du lobe inférieur a, dans sa cavité, un caillot très volumineux, d'origine embolique, non adhérent aux parois et envoyant des prolongements cruoriques dans toutes les branches voisines. Une des artérioles se rendant au foyer est obstruée par un caillot adhérent à la paroi.

Cœur rempli de caillots noirâtres et fibrineux, comme comprimés par les parois ; pas d'altérations des parois ; pas de lésions des valvules ni de l'aorte. Rien au foie. Rien à la rate.

16. Rapport sur la candidature de M. Castex au titre de membre-adjoint de la Société anatomique ; par M. Dreyfus-Brisac.

Parmi les présentations faites par M. Castex à la Société anatomique, deux surtout nous paraissent devoir être dési-

gnées à l'attention. Toutes deux ont trait à des anévrysmes aortiques, l'une à un anévrysme de l'aorte ascendante s'étant ouvert à l'extérieur, l'autre à un anévrysme de la crosse communiquant avec l'artère pulmonaire.

Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de 39 ans, journalière, qui depuis 18 mois environ avait vu se développer sur le bord droit du sternum une tuméfaction animée de battements, ce qui faisait dire à la malade elle-même que son cœur s'était déplacé. Elle ne présentait comme antécédents morbides que quelques douleurs rhumatismales articulaires et 4 ou 5 attaques d'épilepsie. Cette tuméfaction augmenta progressivement et le diagnostic : « anévrysme de la portion ascendante » vint s'imposer, car tous les pouls étaient synchrones et retardaient ensemble sur la pulsation cardiaque. La situation de la tumeur, à droite du sternum, et au-dessous de la clavicule, constituait déjà un élément de diagnostic. Rien de spécial ne fut noté dans les symptômes de la maladie. La mort survient 3 mois après l'entrée de cette femme à l'hôpital. L'autopsie montra qu'il s'agissait, en effet, d'un anévrysme de l'aorte ascendante et révéla certaines particularités sur lesquelles nous croyons devoir insister.

Une couche épaisse de caillots actifs se présente d'abord dès qu'on ouvre le sac. Elle mesure environ 7 centimètres d'épaisseur, et cependant la poche était très manifestement fluctuante. Il faut dire que ces caillots présentaient une consistance faible L'anévrysme manquait de paroi artérielle dans toute sa portion extra-thoracique. La rupture des tuniques artérielles s'était faite sur la face profonde du sternum. En ce point existait une usure de l'os et des cartilages avoisinants. Des faits analogues ont été signalés. Bamberger a vu la paroi antérieure d'un anévrysme perforant remplacée par les muscles intercostaux et la peau. Arrivé sous les téguments, le sang n'éprouvait plus d'obstacle et la tumeur put acquérir un développement tel qu'elle occupait toute la surface antérieure de la poitrine. Ce développement à l'extérieur peut expliquer aussi le peu de gène que la malade éprouvait. La compression intra-thoracique était réduite au minimum.

L'ouverture de l'anévrysme à l'extérieur est relativement rare ; MM. Charcot et Ball ont consulté les bulletins de la Société anatomique de 1826 à 1864 pour constater la fréquence relative de la perforation des anévrysmes en divers points. Ils ont trouvé sur 54 cas de mort avec rupture, 4 cas seulement d'ouverture à l'extérieur. Dans la période de 1871 à 1878, sur 16 présentations faites d'anévrysmes rompus, pas une seule ouverture à l'extérieur. Dans les relevés de Crisp qui embrassent la totalité des faits publiés en Angleterre, on trouve pour 98 cas d'anévrysmes de l'aorte descendante, 6 ruptures à l'extérieur, et pour 18 cas d'anévrysmes de la crosse, 1 rupture extérieure seulement. Il n'en existe pas dans les relevés pour les aortes descendante et abdominale. Toutes choses égale, d'ailleurs, la rupture au-dehors, ainsi qu'il résulte des statistiques citées plus haut, appartient généralement aux dilatations anévrysmales de l'aorte ascendante.

L'ouverture du sac s'est produite progressivement sans l'intervention d'un abcès superficiel ou d'une eschare cutanée. La peau s'est usée par distension et la malade a succombé subitement après évacuation d'une quantité très considérable de sang.

La deuxième observation est celle d'un anévrysme artério-veineux de l'aorte, affection rare puisque, dans la collection des Bulletins de la Société anatomique, Luton n'a relevé qu'un seul cas, rapporté par Pierreson. La communication existait, comme dans le fait actuel, entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

Il s'agit d'une femme de 70 ans, qui à son entrée à l'hôpital présentait de l'œdème aux membres inférieurs, un aspect légèrement cyanosé, un souffle systolique à la pointe, de l'arythmie; enfin, un petit anévrysme derrière la fourchette sternale. Le pouls avait les caractères du pouls de Corrigan, même au sphygmographe ; c'est la règle dans es cas d'anévrysmes artério-veineux thoraciques. Un mois environ après son entrée à l'hôpital, elle présentait un œdème considérable du membre supérieur gauche et mourait 3 ou 4 jours après.

A l'autopsie, le cœur était gros, flasque, peu dégénéré. Insuffisance mitrale, un peu d'insuffisance aortique. Sur la convexité de l'aorte, un petit anévrysme sacciforme. En outre, entre l'aorte et l'artère pulmonaire, une poche du volume d'une mandarine, communiquant avec l'aorte par un orifice de la largeur d'une pièce de 20 sous, orifice irrégulièrement triangulaire. L'ouverture du sac dans l'artère pulmonaire était petite, régulière, arrondie, lisse, mesurant 5 millimètres de diamètre. La poche était remplie de caillots.

L'aspect lisse et régulier de l'ouverture dans l'artère pulmonaire indique que la communication était de date relativement ancienne. Rien cependant dans les antécédents de la malade ne permettait d'en fixer le moment précis. La durée maxima de l'affection a été de 10 mois, dans les observations recueillies (Valleix). Depuis que l'ouverture des anévrysmes de l'aorte dans l'artère pulmonaire a été signalée par Laënnec, on a cherché à tracer les symptômes propres à cette communication. Le docteur Willoughby Wade a même pu la diagnostiquer sur le vivant. Ce mode d'anévrysme artério-veineux est, du reste, le plus fréquent. Sur 18 cas réunis par Tharnam, 11 fois la perforation intéressait l'artère pulmonaire.

Cette pièce pathologique a été déposée au musée Dupuytren.

17. Rapport sur la candidature de M. T. Piéchaud au titre de membre-adjoint; par le Dr Peyrot.

Je dois vous présenter aujourd'hui un rapport sur la candidature de M. Piéchaud au titre de membre adjoint de la Société anatomique.

M. Piéchaud, interne en chirurgie, a fait devant vous plusieurs communications d'anatomie pathologique ; deux, en particulier, qui offrent l'intérêt tout spécial de confirmer des règles opératoires dont on s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps à propos de l'ostéosarcome. Il s'agit de deux cas de sarcome huméral qui résument ce qu'on a pu dire de spécial sur les tumeurs malignes de l'humérus. En effet, dans la première observation c'est l'extrémité supérieure, dans la seconde le corps même de l'os qui ont présenté les lésions Ce que MM. Richet, Nicaise, Gillette, Poinsot ont publié dans leurs mémoires se retrouve dans ces deux cas et vient confirmer la règle : opérer vite et aussi largement que possible.

Le premier cas est celui d'une femme de 45 ans dont la tumeur développée sur la tête de l'humérus a évolué en un an. Début insidieux, sous forme de névralgie irradiée au loin, pénible ; tumeur fluctuante un peu plus tard ; conservation des mouvements communiqués, mobilité anormale un peu au-dessous de l'articulation. La ponction exploratrice, avant l'opération, amène l'issue d'un sang rouge, vif, comme il s'agissait d'un anévrysme ; il n'y avait pourtant aucun signe stéthoscopique au niveau du néoplasme et pas de réductibilité appréciable. L'examen de la pièce vous a permis de constater cette forme de sarcome embryonnaire, avec cavité pleine de sang, tapissée de caillots actifs et remplie de caillots mous, tout autour de laquelle on pouvait voir l'os réduit en parcelles et mélangé à des lobules sarcomateux. Au-dessus, le cartilage était sain et défendait l'articulation restée saine, au-dessous, l'os détruit dans une certaine étendue se terminait en pointe au centre du néoplasme. Mais là ne se limitaient pas les lésions. Si, en effet, on s'était arrêté à l'inspection des parties extérieures de l'humérus on aurait pu incliner vers une résection simple, tandis que la moelle tout entière avait subi des altérations fondamentales. L'œil nu, sur cette pièce, peut voir çà et là disséminés des lobules analogues à ceux qui remplissaient la tumeur, et le microscope a démontré qu'il s'agissait bien d'une infiltration diffuse du sarcome jusqu'à l'extrémité inférieure.

Je dois insister sur la valeur de cette présentation, une des plus remarquables parmi les faits rares déjà publiés. Au point de vue diagnostique et nosologique, il est incontestable que l'anévrysme des os peut, dans bien des cas, être discuté en présence de faits aussi nets et aussi complets que celui-ci.

Dans le second cas, nous sommes en présence d'un sarcome périostique et d'une fracture spontanée. C'est une jeune femme de 30 ans, bien portante jusqu'à l'époque où elle vint réclamer mes soins et où je dus lui pratiquer une désarticulation *du membre supérieur* dont elle est maintenant guérie.

Même début insidieux, mêmes hésitations dans le diagnostic, mêmes erreurs au point de vue du traitement.

Plus tard, lorsque la tumeur est développée, le diagnostic reste encore incertain. On répugne à incliner vers une affection des plus graves chez une femme qui possède tous les attributs d'une bonne santé;... mais la fracture survient! Sur la pièce qui vous a été présentée, que voyons-nous? Encore un sarcome embryonnaire qui a envahi le périoste dans tout le tiers moyen de l'os, a perforé l'humérus jusqu'à la moelle et a produit la fracture; çà et là se présentent des aiguilles osseuses très nombreuses; caractère fondamental du sarcome périostique. C'est bien un type complet, saisissant de cette variété de tumeurs développée de dehors en dedans sur les os.

L'ostéo-sarcome huméral, peu connu encore, dont on retrouve à peine une dizaine d'observations avec ces deux dernieres, a, pour ainsi dire, son histoire toute tracée dans ces deux cas bien observés cliniquement, bien étudiés dans leur anatomie pathologique.

La seconde pièce dont je viens de vous parler a été l'objet d'une intéressante communication sur l'anatomie du système lymphatique. En effet, en disséquant la pièce, M. Piéchaud a pu retrouver sur le trajet des vaisseaux huméraux une série de ganglions au nombre de 10, dont les plus volumineux offraient la grosseur d'un pois. L'histologie qui en a été faite a démontré la nature lymphathique de ces petites tumeurs.

Je passe, Messieurs, sur les autres présentations, et j'estime que les faits dont je viens de vous entretenir méritent que M. Piéchaud soit inscrit sur la liste des candidats au titre de membre-adjoint de la Société anatomique.

18. Rapport sur la candidature de M. Brun, interne des hôpitaux, au titre de membre-adjoint; par QUÉNU.

Parmi les communications intéressantes que M. Brun a eu l'honneur de faire devant la Société anatomique, il en est deux qui m'ont paru particulièrement dignes d'être rappelées à votre attention. La première de ces observations a pour titre: « Cancer latent de l'estomac et cancer de la colonne vertébrale. » Elle a trait à un vieillard qui, après avoir ressenti pendant longtemps des douleurs en ceinture intolérables, fut atteint d'une gibbosité correspondant à peu près à la quatrième ou cinquième vertèbre dorsale, et vit se développer sur la partie postérieure de la cage thoracique, à quelques centimètres à droite de la ligne médiane, une tuméfaction molle, fluctuante, non douloureuse à la pression. Le développement de ces symptômes ne fut accompagné d'aucun trouble moteur ni sensitif du côté des membres inférieurs, mais le malade, en quelques mois, succomba aux progrès d'une cachexie qui existait déjà lors de son entrée à l'hôpital. Un examen attentif et plusieurs fois répété n'ayant permis de reconnaître aucune lésion viscérale, on se crut en droit, en se basant surtout sur l'âge avancé et l'état cachectique du sujet, de porter le diagnostic: Cancer primitif de la colonne vertébrale. Ce diagnostic ne fut que partiellement confirmé par l'autopsie. S'il existait en effet un carcinome encéphaloïde du rachis, ayant détruit une partie de deux corps vertébraux et s'étant prolongé dans les espaces intercostaux, l'estomac présentait, en outre, au niveau de sa petite courbure, un champignon de même nature qui avait passé, pendant la vie, absolument inaperçu.

Exemple remarquable de cette forme de cancer stomacal, que M. Chesnel, en 1876, a décrit sous le nom de cancer latent de l'estomac: ce fait montre de quelles réserves doit être accompagné, en général, le diagnostic de cancer primitif du rachis, dont la rareté a été depuis longtemps signalée par Cruveilhier, Virchow, Michel (de Strasbourg). Il présente aussi, croyons-nous, un certain intérêt au point de vue anatomo-pathologique, car il vient à l'appui de l'opinion de Tripier, qui veut que les lésions secondaires du rachis offrent, le plus souvent, la même structure que la production morbide primitive qui leur a donné naissance. Au point de vue clinique, l'observation de M. Brun est également remarquable, car elle montre que les symptômes les plus importants, décrits par les auteurs comme caractérisant le cancer de la colonne vertébrale, peuvent, dans quelques cas, faire presque absolument défaut. A aucune époque, en effet, le malade n'a présenté ces troubles divers que MM. Cruveilhier et Charcot ont décrit sous le nom de paraplégie douloureuse des cancéreux, troubles qui sont en rapport avec la compression de la moelle, dont l'absence a pu dans ce cas être constatée à l'autopsie; n'eût été l'âge avancé du sujet et son état cachectique, les signes locaux qui existaient auraient même presque infailliblement fait commettre l'erreur, fréquente en pareille occasion, qui consiste à prendre un cancer du rachis pour une forme quelconque de mal de Pott.

La seconde observation que je désire vous signaler est un exemple remarquable d'une tumeur du testicule, que l'on a rarement l'occasion de rencontrer, et qui n'a jusqu'à présent été que très incomplétement décrite. Dans les premiers jours de décembre de 1878, un jeune homme de 17 ans, bien constitué, d'une santé parfaite, entrait dans le service de M. Trélat pour une tuméfaction localisée au côté gauche du scrotum et dont le début remontait à deux mois. Lent et progressif pendant les six premières semaines, le développement de cette tuméfaction s'était subitement exagéré en vingt-quatre heures, sans avoir déterminé aucun symptôme douloureux. Son volume pouvait être évalué à peu près à celui des deux poings. La peau, sans adhérences avec les parties sous-jacentes, était sillonnée par un très grand nombre de vaisseaux dilatés; la fluctuation était aussi nettement perceptible que possible, la transparence n'existait en aucun point. C'est en raison de l'existence de ces différents symptômes et de la conservation de la santé générale, que fut immédiatement porté le diagnostic d'hématocèle, développée dans le cours d'une hydrocèle de la tunique vaginale. Une ponction pratiquée dans le but de passer un drain au travers de la tumeur, vint montrer immédiatement que le diagnostic était erroné, et la castration qui fut, quatre jours après, nécessitée par le développement de phénomènes inflammatoires locaux très intenses, et l'apparition de symptômes généraux graves, permit de constater la véritable nature de l'affection. On se trouvait en présence d'une tumeur solide, régulièrement ovoïde, enveloppée par l'albuginée et développée au milieu du testicule, dont elle avait détruit la totalité.

Cette tumeur était universellement composée par une masse de substance blanchâtre, tremblotante, rappelant par sa consistance et son aspect le tissu normal du cordon ombilical. En palpant la tumeur après l'ablation, il était facile de percevoir une fluctuation des plus nettes. L'examen histologique démontra la nature myxomateuse de cette production.

Je vous signalerai, tout d'abord, l'intérêt de cette observation au point de vue de l'anatomie pathologique. Elle représente un exemple rare de ces tumeurs testiculaires que vous trouverez signalées en passant, dans les ouvrages de Lebert, de Virchow, de Rindfleicsh, de Cornil et Ranvier, mais qui, en raison de leur peu de fréquence, n'ont pas été encore l'objet d'une étude spéciale. Ce qui me parait également, dans ce cas, fort instructif, c'est qu'après un examen très minutieux, une erreur de diagnostic avait été commise. Il peut donc exister, dans un organe aussi facile à explorer que le testicule, des tumeurs solides donnant très nettement lieu à la sensation de fluctuation: c'est là un fait important à retenir, et dans un cas de tumeur testiculaire, la perception très facile de cette sensation accompagnant un développement considérable du système vasculaire du scrotum et une absence complète de transparence, ne pourrait elle pas faire songer à une tumeur myxomateuse?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

M. MARC SÉE fait un rapport oral sur une observation envoyée par M. Philippe, qui prétend avoir obtenu en 17 jours, grâce à l'emploi de sa gouttière à suspension, une consolidation osseuse d'une fracture de la base de l'olécrâne; le bras avait été mis dans la demi-flexion; il n'y a pas eu de raideur articulaire.

M. GIRAUD-TEULON présente un instrument, un dacryotome

à lame cachée. Pour éviter les fausses routes, M. Giraud-Teulon a inséré dans une sonde de Weber, de grosseur correspondant au n° 4 de Bowman, une lame qu'on fait saillir lorsqu'elle a été introduite dans le canal nasal.

M. Desprès demande à M. Giraud-Teulon si cette opération lui a donné des résultats satisfaisants ; pour sa part, il n'a jamais constaté d'amélioration persistante à la suite de la section d'un rétrécissement fibreux quelconque.

M. Giraud-Teulon lui répond que certainement il est des cas incoërcibles au-dessus des ressources de l'art et la section peut être sans effet; mais d'une manière générale on peut dire cependant que peu d'opérations ont fait plus complétement leur preuve; la dilatation après section des points lacrymaux, par des sondes de Bowman ou de Weber, donne d'excellents résultats : l'opération de Stilling ou section du rétrécissement et dilatation consécutive est aussi très-précieuse le plus souvent et telle fistule qui n'a suppuré qu'une fois peut être radicalement guérie. Il y a évidemment progrès sur la pratique de l'ancienne Académie royale de chirurgie; on n'osait pas alors, à cause de la théorie de l'absorption des larmes par un mécanisme de siphon, on n'osait pas toucher aux points lacrymaux ; mais lorsqu'on eut prouvé avec Bowman que leur section ne s'opposait pas à l'absorption des larmes un grand pas fut fait, et cette petite opération guérit à elle seule plusieurs fistules lacrymales ; puis grâce à elle on put pratiquer le cathétérisme avec de grosses sondes, introduire le couteau de Weber et inciser le rétrécissement. — L'excellence des résultats obtenus par ces diverses opérations ne saurait être contestée, et il n'est pas de cliniques d'yeux où la chose ne soit universellement acceptée.

M. Berger. Ces opérations guérissent la dacryocystite, la conjonctivite angulaire et la série d'accidents qui amènent en définitive la fistule lacrymale. Mais l'épiphora, le larmoiement sera-t-il conjuré ? J'ai assisté à une soutenance de thèse, et cette question fut posée par M. Gosselin à M. Panas qui répondit par l'affirmative et cita un cas des plus nets où la dilatation avait fait disparaître le larmoiement.

M. Desprès. Je ne nie pas que la dilatation puisse amener de bons résultats dans les inflammations aiguës. Il m'est arrivé d'ouvrir un sac lacrymal abcédé, de faire passer une sonde par l'ouverture artificielle, de pratiquer le cathétérisme par le procédé ancien et la guérison s'en est suivie, mais ce que je conteste, c'est que, dans les cas de vieilles fistules, de suppuration prolongée, la section du canal produise un résultat. Lorsque Gerdy, pour la première fois, proposa cette opération il fut vertement relevé par Malgaigne qui lui demanda ce qu'il pouvait gagner par l'incision d'une muqueuse peu épaisse étroitement unie au périoste du canal osseux, souvent atteint lui-même d'ostéite et de carie.

M. Perrin. J'accepte en partie les dernières remarques de M. Desprès : lorsqu'il ne s'agit pas d'inflammation chronique et de tissu inodulaire la dilatation produit des résultats très satisfaisants; toutefois je pense qu'il a tort d'avoir recours au cathétérisme par une ouverture au niveau du sac : c'est là justement le bienfait des méthodes nouvelles de pouvoir éviter l'abcès par la section des conduits lacrymaux et la dilatation; on n'a pas une cicatrice indélébile.— D'autre part, j'avoue que moi aussi je n'ai obtenu que des insuccès dans les cas invétérés, lorsque la muqueuse enflammée chroniquement est unie au périoste qui recouvre souvent un os altéré. Cependant je sais que d'autres ont été plus heureux.

M. Giraud-Teulon. J'ai fait quelques réserves sur le procédé de Stilling et je vous concède qu'il ne guérit pas tous les cas, mais il n'en est pas moins une précieuse conquête et il est très peu d'ophtalmologistes qui ne reconnaissent les services quotidiens qu'il leur rend. L'objection de Malgaigne à Gerdy ne me semble pas exacte, et il est certain qu'après la section de la muqueuse, un rétrécissement jusqu'alors infranchissable laisse passer une grosse sonde de Bowman.

M. Duplay expose une fort intéressante observation de fistule uretèro-vaginale et dont le diagnostic était fort difficile. En effet, pour reconnaître cette affection, fort rare d'ailleurs, on s'appuie sur ce que : 1° une injection colorée faite par l'urèthre s'arrête dans la vessie et ne ressort pas par la fistule ; 2° que si on pratique le cathétérisme de la fistule, la sonde, au lieu de se mouvoir à l'aise dans une vaste cavité, se trouve engagée dans un conduit étroit ; 3° enfin, que la malade, grâce à l'autre uretère qui verse le produit d'un des deux reins dans la vessie intacte, peut uriner à sa volonté. — Eh bien, dans le cas de M. Duplay, deux au moins de ces signes faisaient défaut : la sonde engagée par la fistule se mouvait à l'aise dans une cavité, et du lait injecté par l'urèthre est ressorti par le vagin. Il est vrai que la malade pouvait garder de l'urine dans la vessie, mais n'observe-t-on pas ce fait dans des cas de fistules vésico-vaginales anfractueuses et étroites ? — M. Duplay a cautérisé les bords de la fistule pour produire un avivement ; puis a pratiqué la suture ; mais la malade est morte de péritonite, non pas due à une propagation, mais de nature probablement septique. A l'autopsie, il a vu qu'il s'agissait d'une fistule uretèro-vaginale; l'uretère était rompu à son insertion à la vessie, et formait là une cavité assez vaste ; mais qu'il ne s'en ouvrait pas moins dans la vessie par un orifice large, ce qui avait permis le reflux du lait.

M. Verneuil est heureux de constater que M. Duplay accepte une opération qui lui a donné de remarquables succès, la réunion secondaire par suture après cautérisation ; le procédé incontestablement dû aux Belges et aux Italiens n'est pas applicable dans tous les cas ; mais lorsqu'il est indiqué on doit le préférer à tout autre.

M. Trélat, tout en reconnaissant la parte des Belges et des Italiens dans l'application et le perfectionnement de la réunion secondaire après cautérisation, croit cependant qu'il faut remonter plus haut et ne pas méconnaître celle qui revient à Lallemand ; lui aussi cautérisait les bords de la fistule pour les faire bourgeonner et si la griffe vésicale qu'il employait pour réunir les bords granuleux était défectueuse, les principes de l'opération n'en étaient pas moins nettement posés. Du reste, avant les Italiens, M. Couzeau ne cautérisait-il pas les bords de la fistule qu'il rapprochait avec des *épingles* et la suture entortillée ?

M. Pozzi présente deux aliénés auxquels il a pratiqué, à l'un une désarticulation de Lisfranc ; à l'autre une susmalléolaire et qui ont guéri parfaitement: il y a eu réunion immédiate. P. Reclus.

REVUE D'ANATOMIE

I. **Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie**; par P. Tillaux. — Deuxième édition. — Paris, P. Asselin, 1879.

II. **Anatomie des centres nerveux** ; par le professeur G. Huguenin (de Zurich), traduit par le Dr Keller et annoté par le Dr Math. Duval ; avec 149 fig. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1879.

III. **Recherches sur l'anatomie générale comparée et la signification morphologique des glandes de la muqueuse intestinale et gastrique des animaux vertébrés** ; par le Dr J. Garel. — Paris, A. Delahaye, 1879.

IV. **Le corps humain, structure et fonctions** ; par Ed. Cuyer, et A. Kuhff, démontrés à l'aide de planches coloriées, découpées, superposées.

V. **Etude sur la région périnéale de l'homme** ; par le Dr F. de Chacon, professeur d'anatomie topographique à l'Ecole de Mexico, membre de l'Académie de Médecine de Mexico, etc., etc. — (Th. Doctorat). Paris 1878.

I. Notre collaborateur Duret a déjà dit ici même tout le bien qu'il faut penser de cet excellent ouvrage, devenu le manuel indispensable de l'élève qui veut apprendre son anatomie et du praticien qui se dispose à faire une opération.

La seconde édition renferme, avec quelques modifications, plusieurs chapitres nouveaux. La partie de l'ouvrage qui traite du crâne et de son contenu s'est enrichie de considérations sur la crânio-topographie cérébrale et la circulation de l'encéphale, devenues nécessaires en raison du courant actuel de la science ; les indications que comportent les traumatismes cérébraux y sont discutées avec la compétence que donnent la pratique et l'expérience. Quelques planches nouvelles font voir et comprendre la circulation, les sutures crâniennes, les rapports du cerveau avec son enveloppe osseuse, etc., etc.

II. « Vulgariser et rendre plus intelligible l'œuvre de Meynert; en signaler les lacunes; en discuter les parties théoriques et trop hypothétiques; en préciser les résultats certains et les compléter par l'exposé des recherches de contrôle; fixer toutes ces notions par des figures : » Telle a été l'œuvre entreprise par le professeur Huguenin, dans l'ouvrage que MM. Keller et Duval présentent au public français.

Le traducteur français d'un livre allemand ne doit pas se borner à traduire, il faut encore qu'il donne au texte primitif la clarté et la précision que nous sommes habitués à trouver dans nos livres. Ce point spécial a été atteint et cette traduction, dans laquelle les divisions ont été multipliées et les figures, quelquefois bien schématiques, expliquées, permet de prendre sans trop de peine une idée exacte de l'état actuel de l'anatomie des centres nerveux en Allemagne. En effet, toute l'anatomie des centres nerveux, y compris l'étude des origines embryonnaires, celle de la configuration extérieure des masses centrales dans la série animale (div. de Gratiolet) et celle de la structure histologique du système nerveux central, sont passés en revue et longuement expliqués dans l'ouvrage. On connait les points spéciaux, que Meynert a surtout étudiés avec fruit en y apportant quelque lumière : l'étude microscopique des parties grises et blanches de l'encéphale, la structure et la texture des couches corticales des hémisphères, la distribution des cellules dans l'écorce grise des circonvolutions; ces chapitres de l'ouvrage présentent un intérêt tout particulier.

De nombreuses figures facilitent la lecture et l'intelligence de certains détails, encore mal connus, et dont l'étude est ainsi rendue moins aride. Il est regrettable qu'un grand nombre de ces figures soient mal tirées à ce point que beaucoup de leurs lettres explicatives sont illisibles ou manquent tout à fait au bout du tiret indicateur.

M. Math. Duval a enrichi l'ouvrage de nombre de notes excellentes; il a de plus ajouté deux chapitres sur les circonvolutions, le bulbe et les origines des nerfs bulbaires; ces derniers traités avec la compétence que lui donnent ses travaux antérieurs sur le sujet.

Les anatomistes étrangers, et particulièrement les auteurs allemands, se servent communément pour désigner telle partie d'un terme tout autre que celui employé chez nous; de là des difficultés réelles pour le lecteur qui se trouve désorienté. A cette traduction est jointe une nomenclature dans laquelle les termes synonymes français et étrangers sont rapprochés et mis en regard. Ainsi faite et une fois débarrassée des incorrections d'impression, cette traduction sera lue avec fruit et pourra l'être par les étudiants aussi bien que par les savants qui s'occupent du système nerveux.

III. Les recherches du docteur Garel ont été faites dans le laboratoire d'anatomie générale de la Faculté de médecine de Lyon, à l'instigation et avec les conseils du professeur Renault. La méthode employée par l'auteur a consisté à poursuivre l'étude des glandes intestinales dans une série d'animaux systématiquement choisis : du simple au composé, de la glande monocellulaire aux glandes gastriques composées, aux lobules gastriques.

Cette voie, consciencieusement suivie, a conduit M. Garel aux conclusions suivantes, relativement à la muqueuse stomacale de l'homme qu'il a étudiée dans son état d'intégrité parfaite sur l'estomac d'un supplicié.

L'épithélium de la surface stomacale de l'homme est entièrement formé par des cellules à mucus du type cupuliforme; il garnit tous les espaces interglandulaires et se poursuit pendant un certain trajet dans l'intérieur des glandes de telle façon que toutes ont un orifice garni par des cellules à mucus. Mais les cellules muqueuses n'existent que dans la portion de la glande qui en constitue le goulot et qui s'étend à peine sur un cinquième ou un sixième de la hauteur. Sur tout le reste de cette dernière il n'existe qu'un revêtement de cellules granuleuses. On ne rencontre donc point entre les cellules granuleuses ces cellules claires que Rollett a appelées adélomorphes et Heidenhain, cellules principales. Les cellules granuleuses sont des cellules à ferment, les cellules claires des cellules à mucus.

Suivant M. Garel, l'existence des organes lymphatiques de la muqueuse stomacale, décrits par divers auteurs, contestés par d'autres, existent réellement. Ils occupent la profondeur de la couche glandulaire de la muqueuse et se présentent sous deux formes. Là, ils consistent en de petits follicules arrondis, limités, comme les follicules clos ordinaires, par une zone de tissu fibreux, par les interstices de laquelle ils communiquent à l'aide de trajets lymphatiques avec les vaisseaux blancs du tissu sous-muqueux. Ailleurs, ce sont de petits lacs lymphatiques circonscrits par un stroma réticulé : ces lacs entourent la base et les deux tiers inférieurs de quelques groupes glandulaires. La présence des follicules clos, dans l'estomac, permet d'admettre la possibilité de lésions lymphatiques, au cours d'une dothiénenthérie, analogues à celles de l'intestin.

IV. Nous avons reçu les deux premières livraisons (tête et tronc) de cet ouvrage qui vient, après tant d'autres du même genre, essayer une démonstration anatomique de la structure du corps humain à l'aide de planches coloriées, découpées et superposées. Nous attendons que l'ouvrage ait paru pour juger des résultats de cette tentative.

V. *Etude sur la région périnéale de l'homme.* (Th. doctorat, par le docteur F. de Chacon, professeur d'anatomie topographique à l'école de Mexico, membre de l'Académie de médecine de Mexico, etc., etc. Paris 1878.)

Dans cette étude, M. F. de Chacon se propose un double but : simplifier la description de la région périnéale et en faciliter l'étude; indiquer certaines erreurs transmises par les auteurs et acceptées sans examen. Voyons comment il a rempli ce louable programme.

Au lieu de diviser la couche cellulaire sous-cutanée en quatre couches distinctes avec Thompson et Velpeau, ou en deux avec Blondin, Malgaigne et Richet, l'auteur, dédaigneux des habiletés de scalpel qui ont fait tout le mal, n'admet qu'une seule couche cellulo-graisseuse. Voilà pour les simplifications. Le chapitre des rectifications est plus long; on arrive cependant à le résumer en deux conclusions : 1° l'aponévrose moyenne est formée par un feuillet unique; la description classique manque d'exactitude et de fondement; 2° la prostate n'est pas plus volumineuse chez le vieillard que chez l'adulte en dehors de l'état pathologique; si l'on a cru le contraire, cela tient à ce que l'on ne débarrasse pas la glande des veines et du tissu cellulaire qui la revêt.

De la première de ces conclusions nous n'avons rien à dire, c'est affaire de goût et d'habileté de scalpel. Nous admettrions volontiers la seconde si M. de Chacon avait voulu joindre à cette affirmation quelques chiffres exprimant les dimensions comparatives des prostates qu'il a mesurées. De si loin que l'on vienne il n'en faut pas moins apporter quelques preuves, ou nous continuerons à croire que chez la très grande majorité des vieillards la prostate devient plus grosse par un processus qui n'est pas encore nettement déterminé.

M. de Chacon a voulu rectifier « *certaines erreurs transmises et acceptées sans examen*, sur la foi de beaucoup d'auteurs ». C'est là un cliché fort imposant : le premier qui s'en servit fut certainement un savant consciencieux. Mais est-il applicable aux opinions émises sur la structure du périnée? Surtout quand les auteurs qui font loi dans ce point de la science s'appellent Dupuytren, Blandin, Velpeau, Malgaigne, Richet, Sappey, Tillaux, etc... en France, Thompson, Langenbeck, Henle, etc., à l'étranger, et M. de Chacon au Mexique. Y a-t-il un de ces auteurs duquel on puisse dire qu'il a accepté et transmis l'erreur sans examen, c'est-à-dire sans avoir disséqué?

Ces légères restrictions faites, il faut reconnaître que la thèse de M. de Chacon est écrite en bon français et se laisse lire grâce à l'heureuse idée qu'a eue l'auteur de décrire chacune des couches dans un paragraphe séparé; cette disposition typographique est excellente. P. Poirier.

Médecins de la marine. — Par décret en date du 30 janvier 1880 rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *Au grade de médecin en chef* : M. Mousy, médecin principal; — *Au grade de médecin principal* : 2° tour (choix). M. Quétand, médecin de 1re classe.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des maladies de poitrine au moyen des capsules d'huile de Gabian; par le docteur M. Vaudois.

Les progrès de la médecine expérimentale ne permettent plus de s'arrêter seulement aux notions fournies par la clinique et, pour préconiser un médicament, il ne suffit plus de dire qu'il guérit, on veut désormais savoir comment il guérit. Il y a un an, M le docteur Blache a entretenu la Société de thérapeutique d'un médicament nouveau, dû à l'initiative d'un pharmacien de Paris, M. Gardy. Ce dernier, après avoir dissimulé sous le nom d'Huile de Gabian le pétrole brut, l'avait enfermé dans des capsules faites de pâte de jujube, de façon à masquer son goût. Les résultats observés par M. le Dr Blache furent tout d'abord décisifs et vinrent confirmer la réputation que l'on prêtait, dans quelques pays à ce corps nouveau pour la guérison des maladies de poitrine.

En effet, depuis que des sources nombreuses ont été découvertes dans certains états d'Amérique et depuis que de véritables ruisseaux de pétrole sillonnent le *pays de l'huile*, les maladies de poitrine sont presque inconnues parmi les populations qui vivent au milieu de leurs effluves salutaires. Plus loin, dans le voisinage des usines, les ouvriers ont propagé ces notions vulgaires et les malades atteints de bronchites chroniques, d'asthme, de bronchorrhées catarrhales ont employé avec succès le pétrole pour guérir ces maux si souvent incurables.

De pareilles notions ne devaient pas rester stériles et lorsque, grâce aux Capsules Gardy, il fut possible d'expérimenter un remède d'une origine bien certaine, on put constater dans le service de M. le Dr Millard, à l'hôpital Beaujon, et dans la clientèle de la ville, les mêmes résultats heureux, ainsi que le constate le très intéressant mémoire de M. le Dr Blache. On vit que la sécrétion bronchique, qui le plus souvent obstrue sans cesse les ramifications bronchiques, peut être tarie après quelques jours de traitement; que l'inflammation, qui avoisine les granulations laryngiennes et qui provoque ces quintes, si fatigantes pour les malades, s'efface et que même ces granulations peuvent, dans certains cas, se résorber; que dans l'accès d'asthme la dypsnée est arrêtée et enfin que, dans la première période de la phthisie une modification des plus salutaires peut intervenir dans la constitution des crachats et que leur purulence, cause si fréquente d'épuisement des malades, disparaît.

Par quel mécanisme s'opère cet amendement? D'abord par la composition chimique de l'huile de Gabian qui contient, d'après les travaux de M. Pelouze, trente-deux hydrocarbures d'hydrogène. Dès que les capsules Gardy sont parvenues dans l'estomac, leur frêle enveloppe se dissout et le liquide qu'elles contiennent, grâce à sa très grande volatilité, est absorbé par la muqueuse de l'estomac, qui est traversée avec la même facilité que le sont les membranes animales par l'hydrogène; le médicament pénètre dans le torrent circulatoire, sans nécessiter le moindre effort de digestion, sans avoir besoin d'être dissous, sans exiger, comme la plupart des corps de la même classe, une émulsion.

Or, dès qu'un corps, qui n'est pas un aliment, a pénétré dans l'organisme, il doit être expulsé et c'est à cette fonction physiologique que s'adresse la thérapeutique, lorsque, par exemple, elle emploie le cubèbe ou le copahu. Les autres balsamiques, tels que la térébenthine et le goudron, ont une voie d'expulsion bien connue et c'est grâce à cet effet qu'ils sont, à juste titre, employés comme diurétiques et modificateurs de la muqueuse vésicale. Les travaux récents de M. le Dr H. Bravet ont assigné à la créosote le même mode d'expulsion et si, dans le traitement des phtisiques, elle a donné des résultats observés par de savants médecins, c'est surtout grâce à la suractivité que produit son pouvoir diurétique.

Dans nos recherches attentives, contrôlées par des expérimentateurs sagaces, nous avons cherché en vain l'huile de Gabian dans toutes les sécrétions excrémentitielles, même chez des malades qui prenaient impunément matin et soir vingt capsules Gardy, car l'huile de Gabian, ainsi que le signale M. le Dr Blache, n'est même pas toxique à la dose de 200 gram. C'est dans la perspiration pulmonaire que nous avons trouvé la route de sortie de l'huile de Gabian. Pendant la grande fonction de l'hématose, le pétrole, qui donne des vapeurs aux températures les plus basses, est, en grande partie, volatilisé sous l'influence de la température du sang et s'échappe par la muqueuse pulmonaire, qu'elle modifie pendant son passage

Ainsi s'expliquent les heureux effets enregistrés par la clinique et que nous avons pu vérifier maintes fois. Il suffit de s'assurer de l'origine du médicament dans la crainte de rencontrer, comme il nous est arrivé, un pharmacien trop zélé qui avait employé pour la confection d'une préparation officinale le pétrole qui servait à remplir sa lampe. Chacun sait que ce pétrole a été raffiné, c'est-à-dire privé de toutes qualités thérapeutiques et que, en outre, il conserve toujours. de cette opération des traces très appréciables de l'acide sulfurique auquel il a été associé pour être épuré. Le grand avantage des capsules Gardy, outre la certitude de son origine, car il provient des puits les plus rénommés de Pensylvanie, est dans l'enveloppe mince de pâte de jujube qui empêche les organes digestifs externes de percevoir le moindre goût bitumeux. Prises au nombre de trois ou quatre au début de chaque repas principal, elles sont digérées avec les aliments, à l'insu du malade, et produisent leurs effets curatifs sans causer le moindre trouble.

VARIA

Histoire de la découverte de la circulation du sang; par Flourens. — **André Césalpin** (1).

II.—Dans le *De Plantis* (Florence, 1583) (2), faisant un parallèle entre les plantes et les animaux, Césalpin dit, liv. I. Ch. I. p. 1, ligne 16: « Les veines tirent l'aliment du ventre pour le distribuer dans tout le corps; il semble en être de même pour les racines des plantes qui tirent l'aliment de la terre qui les porte. » *Natura enim venarum quæ alimentum ex ventre hauriunt, ut illud in universum corpus distribuunt: aliqua ex parte respondere videtur cum plantarum radicibus; nam similiter hæ ex terra tanquam ex ventre cui implantantur, trahunt alimentum.* Puis à la page 2, ligne 6. « Pour les animaux comme pour les plantes, l'aliment est porté en haut. Il est rendu léger, la chaleur le porte à s'élever. Les racines alors ont dû s'implanter dans la terre, et la tige se dresser en l'air: car, dans les animaux, les racines des veines sont en bas dans le ventre, et leur tronc se dirige en haut vers le cœur et la tête. » *Cum enim tam in animalibus quam in plantis nutrimentum sursum feratur, leve enim est, quod nutrit, utpote quod a caliditate sursum ducitur; radices in inferiori parte implantari necesse fuit, caudicem autem recto sursum attolli: nam et in animalibus venarum radicatio in inferiori ventre est caudex autem, sursum petit ad cor et caput.*

Au chapitre II, p. 3, dans le passage si souvent cité et si mal interprété, il s'agit de la nutrition des plantes. « Dans les animaux, nous voyons que l'aliment est conduit par les veines au cœur comme à l'officine de la chaleur naturelle; qu'après y avoir reçu la dernière perfection, il est distribué par les artères dans tout le corps, à l'aide de l'esprit qui est engendré dans le cœur du même aliment. Dans les plantes nous ne voyons ni veines ni autres conduits, » etc. *Nam in animalibus videmus alimentum per venas duci ad cor tanquam ad officinam caloris insiti, et adepta inibi ultima perfectione per arterias in universum corpus distribui agente spiritu, qui ex eodem alimento in corde gignitur. In plantis autem neque venas, neque alios ductus*, etc. Flourens (ouvrage cité, p. 34) remplace *alimentum* par *sanguinem*, et traduit hardiment: « Le sang conduit au cœur par » les veines, y reçoit sa dernière perfection; et cette perfection » acquise, il est porté par les artères dans tout le corps, » puis s'écrie victorieusement, p. 35: « On ne pouvait mieux » concevoir la circulation générale, ni la mieux définir dans » une phrase aussi courte. » Et voilà comme on fait l'histoire! C'est incroyable. Césalpin lui-même en serait épouvanté.

Dans ce fameux passage, il n'y a pas autre chose que la

(1) Voir le n° 5.

(2) Ouvrage justement vanté par Flourens.

circulation pulmonaire. Ce qui constitue la grande circulation, encore une fois, c'est le retour du sang artériel par les veines. Non-seulement Césalpin ne l'a pas soupçonné, mais il a dit tout le contraire.

III. — Reste à examiner un autre ouvrage, *Quæstionum medicarum libri II*, paru en 1593, à Venise, avec la 2e édition des *Questionum peripateticum libri V*. Dans la dix-septième proposition du livre second, p. 233 : SUFFOCATIONEM IN ANGINA FIERI MAGIS OPPLETIS VENIS JUGULARIBUS QUAM CLAUSO LARYNGIS OSCULO. (*Quæstio XVII*) Césalpin fait cette remarque, p. 234 A : « Il serait curieux de rechercher pourquoi les veines se gonflent au-dessous du point comprimé et non pas au-dessus, ce que savent par expérience ceux qui saignent, car ils posent le lien au-dessus du point où sera faite l'incision et non au-dessous, parce que les veines se gonflent au-dessous de la ligature et non au-dessus. Mais il aurait dû en être autrement, si le mouvement du sang et de l'esprit se fait des viscères dans tout le corps. » Flourens borne là sa citation et conclut. Mais continuons. « Aristote résout-il le problème en disant : (*de Somn.*, cap. 3) Ce qui est évaporé doit être poussé quelque part, puis revenir sur lui-même comme l'Euripe (1). Car la chaleur animale se porte naturellement vers les parties supérieures, d'où elle redescend ensuite en revenant sur elle-même. Ainsi parle Aristote. Pour expliquer ce passage, il faut savoir que la nature a disposé les conduits du cœur de façon que l'entrée du sang se fasse par la veine cave dans le ventricule droit du cœur, où s'ouvre l'issue par le poumon ; qu'ensuite, venant du poumon, il y a une autre entrée dans le ventricule gauche du cœur, où enfin s'ouvre la sortie par l'artère aorte, le retour étant fermé par les membranes placées aux orifices des vaisseaux. Il y a ainsi une sorte de mouvement perpétuel de la veine cave à l'artère aorte, à travers le cœur et les poumons, comme nous l'avons expliqué dans les questions péripatéticiennes (liv. V, 94, p. 125, D et E). Mais comme pendant la veille, le mouvement de la *chaleur naturelle* se fait au-dehors, c'est-à-dire vers les organes des sens, et pendant le sommeil, au dedans, c'est-à-dire vers le cœur, on doit croire que pendant la veille, l'esprit et le sang se portent en plus grande abondance aux artères, qui sont en effet le chemin des nerfs. Tandis que *pendant le sommeil*, cette même chaleur revient au cœur par les veines et non par les artères ; car l'entrée se fait naturellement dans le cœur par la veine cave, et est impossible par l'artère. La preuve, c'est que les pulsations chez ceux qui s'éveillent deviennent grandes, fortes, fréquentes et accompagnées d'une certaine vibration ; pendant le sommeil, au contraire, elles sont petites, languissantes, lentes et rares (3 *de caus. pul.* 9 et 10). Dans le sommeil, la chaleur naturelle se porte moins vers les artères, elle s'y précipite avec véhémence au réveil. Pour les veines, c'est le contraire : pendant le sommeil, elles sont plus gonflées, et plus vides pendant la veille, comme il est facile de le voir aux mains. Ainsi, pendant le sommeil, la chaleur naturelle passe des artères dans les veines par les orifices de communication qu'on appelle anastomoses, et de là se porte au cœur (2). Or, de même que l'afflux du sang vers les parties supérieures et son reflux, comme les flots de l'Euripe, sont manifestes pendant le sommeil et pendant la veille. Ainsi ce mouvement n'est pas moins évident en quelque point du corps qu'on applique une ligature ou tout autre moyen de clore les veines. Lorsque les conduits sont bouchés, les ruisseaux se gonflent dans la partie où ils coulent d'habitude. Peut-être qu'alors le sang retourne à son principe pour ne pas mourir arrêté. La suffocation n'a pas lieu par l'obstruction de quelques veines, mais lorsqu'elle porte sur celles qui vont à la tête à cause de leur importance et de leurs dimensions. » P. 234 A. B. C. *Sed illud speculatione dignum videtur, propter quid ex vinculo intumescunt venæ ultra locum apprehensum, non citra : quod experimento sciunt, qui venam secant : vinculum enim adhibent citra locum sectionis, non ultra : quia tument venæ ultra vinculum, non citra. Debuisset autem opposito modo contingere, si motus sanguinis et spiritus a visceribus fit in totum corpus : interrupto enim motu non ultra datur progressus : tumor igitur venarum citra vinculum debuisset fieri. An solvitur dubitatio ex eo quod scribit Aristoteles de Som. cap. 3 ubi inquit : Necesse enim quod evaporatur aliquo usque impelli; deinde converti et permutari sicut Euripum : calidum enim cujusque animalium ad superiora natum est ferri : cum autem in superioribus locis fuerit, multum simul iterum revertitur, ferturque deorsum : Hæc Aristoteles. Pro cujus loci explicatione illud sciendum est : Cordis meatus ita a natura paratos esse, ut ex vena cava intromissio fiat in cordis ventriculum dextrum, unde patet exitus in pulmonem : ex pulmone præterea alium ingressum esse in cordis ventriculum sinistrum, ex quo tandem patet exitus in arteriam aortam, membranis quibusdam ad ostia vasorum appositis, ut impediant retrocessum. Sic enim perpetuus quidam motus est ex vena cava per cor et pulmones in arteriam aortam : ut in quæstionibus peripateticis explicavimus. Cum autem in vigilia motus caloris nativi fiat extra, scilicet ad sensoria : in somno autem intra, scilicet ad cor : putandum est in vigilia multum spiritus et sanguinis ferri ad arterias, inde enim in nervos est iter. In somno autem eumdem calorem per venas reverti ad cor, non per arterias : ingressus enim naturalis per venam cavam datur in cor, non per arteriam. Judicio sunt pulsus, qui expergiscentibus fiunt magni, vehementes, celeres, et crebri cum quadam vibratione : in somno autem parvi, languidi, tardi, et rari. 3. de cau. pul. 9 et 10. Nam in somno calor nativus minus vergit in arterias : in easdem erumpit vehemuntius, cum expergiscuntur. Venæ autem contrario modo se habent : nam in somno fiunt tumidiores, in vigilia exiliores, ut patet intuenti eas quæ in manu sunt. Transit enim in somno calor nativus ex arteriis in venas per osculorum communionem quam anastomosim vocant, et inde ad cor. Ut autem sanguis exundatio ad supriora, et retrocessus ad inferiora instar Euripi manifesta est in somno et de vigilia, sic non obscurus est hujus modi motus in quacumque parte corporis vinculum adhibeatur, aut alia ratione occludantur venæ. Cum enim tollitur permeatio, intumescunt rivuli qua parte fluere solent. Forte recurrit eo tempore sanguis ad principium, ne intercisus extinguitur. Non efficit autem suffocationem quælibet venarum interceptio, sed si eæ intercipiantur, quæ feruntur ad caput ob præstantiam et magnitudinem......*

Pour Césalpin, la suffocation dans l'angine est due manifestement à l'occlusion des veines (*in occlusione venarum manifesta est*). Et les tubes proposés par Hippocrate pour faire arriver de l'air au poumon (*quo spiritus ad pulmonem trahatur*), et le remède proposé par lui, l'ouverture de la trachée au-dessous du larynx, sont choses inutiles ; (*Remedium autem a posteribus excogitatum, perforatione asperæ arteriæ sub larynge vanum videtur.*) *P. 234 D.* Et l'on persiste à écrire que « Césalpin était un de ces génies supérieurs, dont la pénétration surmonte les plus grandes difficultés ! » (Eloi. *Dict. histor de la médecine*, 1755.—A. Chéreau. *Dict., encyclop. des Sc. méd.*, 1874.)

Mais, je reviens à la circulation générale. Comment a-t-on pu voir dans le passage, que je viens de rapporter tout entier, la démonstration de la circulation du sang dans les veines, c'est-à-dire son retour au cœur. Que veut dire cette phrase de M. Ch. Richet, qui nous paraît s'en être trop fié au livre de Flourens (P. 692, revue citée) :

« Ce qu'il faut retenir de l'œuvre de Césalpin, c'est cette expérience, ou plutôt cette observation fondamentale relative » à la circulation du sang dans les veines. Cette expérience » suffirait à sa gloire, car c'est le fondement de la théorie de » la circulation, et une grande partie de l'ouvrage de Harvey » est consacrée à la démonstration du fait que les veines ramènent le sang au cœur, contrairement à l'idée de Galien » et des anciens. » Mais Césalpin, c'est un ancien, le restaurateur d'Aristote ! Le véritable cours du sang dans les veines aurait été entrevu par lui, que par respect pour Aristote, il aurait cherché une explication pour ne pas voir. C'est ce qui est arrivé pour le gonflement des veines au-dessous de la ligature. Il discute et conclut à un mouvement de flux pendant la veille et de reflux (au cœur) *pendant le sommeil.* Et cela en 1593 ! Quand Fabrice d'Aquapendente, en 1574, avait décrit les valvules des veines (déjà connues avant lui). Césalpin ne se sert pas de cette découverte et Fabrice lui-même n'en

(1) La mer de Négrepont.

(2) Remarquez que c'est la chaleur naturelle et non le sang qui passe alors des artères dans les veines.

comprend pas l'importance, parce que ni l'un ni l'autre n'a soupçonné la circulation générale. Ils auraient plutôt pensé que ces valvules étaient destinées à modérer le cours du sang veineux allant du cœur ou du foie aux organes (1).

Ainsi, contrairement aux affirmations de M. Ch. Richet qui trouve « la question historique jugée » p. 693 (2), il faut dire nettement que, dans sa découverte de la circulation du sang, Harvey n'a pas eu de prédécesseurs.

« Il n'y a, dit M. Ch. Richet, que bien peu de découvertes jaillissant tout entières du cerveau d'un seul homme, comme Minerve sortit tout armée du front (3) de Jupiter. » Eh bien ! il n'y a pas à en douter, la découverte de la circulation du sang a été de celles-là. Harvey ne l'a pas prise dans son cerveau comme aurait pu le faire Césalpin, mais il a établi une série d'expériences physiologiques, toutes plus remarquables les unes que les autres, pour démontrer un fait auquel personne n'avait songé avant lui. Son ouvrage : *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* a paru à Francfort en 1628, in-4°. Honneur, gloire et louanges à Guillaume Harvey !

Semper honos nomenque viri laudesque manebunt.

E. TURNER.

Nous avons reçu une lettre de M. Ch. Richet, en réponse à la première partie du travail de M. Turner, nous publierons cette lettre dans le prochain numéro.

Statistique municipale : Appel aux médecins praticiens de Paris.

M. le Préfet de la Seine vient d'adresser aux médecins de Paris la lettre suivante en date du 27 janvier :

Monsieur le Docteur,

J'ai pris les mesures nécessaires pour réorganiser le bureau de statistique municipale conformément au vœu du Conseil municipal de Paris, en vue de satisfaire au progrès des sciences hygiéniques et démographiques, et en conformité avec ce qui se fait déjà dans beaucoup d'autres pays.

Préoccupé surtout du point de vue sanitaire, le Conseil municipal et moi avons pensé qu'un des programmes qui s'imposait, était de donner plus de rigueur à l'enquête des causes de décès, et que le seul moyen efficace d'y parvenir était de demander le concours direct de MM. les médecins traitants.

Mais sur un point aussi délicat, je n'ai rien voulu entreprendre sans prendre encore l'avis de l'Académie de médecine. Ce corps savant, après une discussion approfondie, a donné son entière adhésion « à l'intention du » Conseil municipal et de l'Administration préfectorale de demander aux » médecins traitants leur coopération dans la détermination des causes de » décès. »

C'est pourquoi, Monsieur le docteur, je viens faire appel à votre concours, à votre directe coopération pour une œuvre qui sera d'autant meilleure, d'autant plus efficace, que vous voudrez bien y apporter votre savante collaboration. Vous verrez qu'on s'est efforcé de vous la rendre aussi facile que possible, et qu'en se conformant aux prescriptions de l'Académie de médecine on est parvenu à garantir d'une manière absolue le secret professionnel.

Afin de donner aux médecins toute satisfaction sur ce sujet et sur la bonne conduite de cette œuvre principalement scientifique, j'en ai confié la direction à un honorable membre du corps médical, tout particulièrement connu par ses travaux de statistique, M. le D[r] Bertillon, professeur de démographie à l'École d'anthropologie.

Son principal objectif sera d'être aussi utile que possible à ses précieux collaborateurs, MM. les praticiens de Paris. Il se propose d'y parvenir, sans parler de ses publications mensuelles et annuelles, au moyen d'un bulletin hebdomadaire envoyé gratuitement à chacun d'eux, et qui les renseignera chaque semaine sur les conditions sanitaires de la ville de Paris en général, et de chaque quartier en particulier.

Un simple coup d'œil jeté sur le cartogramme que contient ce bulletin donnera au médecin une notion précise sur l'état de la santé publique, en lui dénonçant, pour chaque quartier, les sévices exercés par les affections épidémiques et contagieuses de la semaine qui vient de s'écouler, en le tenant en garde contre les maladies dont il a à prémunir sa clientèle et qui, peut-être, vont incessamment se présenter à son observation.

Non seulement il sera averti de ce qui se passe autour de lui, mais le bureau, en relation avec les autres villes de France et de l'étranger, lui donnera aussi chaque semaine des renseignements précis sur les conditions sanitaires de ces villes, de sorte que le praticien, consulté par ses clients sur l'opportunité d'un voyage ou de relations à établir, pourra toujours répondre en toute connaissance de cause ; ou bien, par les prophylactiques, par des conseils appropriés, verra à prémunir un client contre des dangers spéciaux auxquels il va exposer ou lui ou sa famille. C'est ainsi que nous pensons être utile aux praticiens de Paris, et, par suite, à la population parisienne.

Comment s'exercera la collaboration que nous venons de solliciter de leur zèle pour la science et pour l'intérêt public ? — Aussitôt qu'un médecin aura perdu un malade, il recevra par le soin des mairies, un bulletin nosologique semblable à l'exemplaire ci-inclus, qu'il aura l'obligeance de remplir. Il enlèvera, si bon lui semble, l'entête contenant les nom et prénom du décédé qui sont d'ailleurs sans utilité pour la statistique. Quant au diagnostic, il pourra se servir de la nomenclature inscrite au dos du bulletin. Cela fait, il n'y aura plus qu'à plier la feuille tout adressée, la sceller et la mettre à la poste (sans affranchir). Il importe beaucoup que ce document arrive en temps utile au bureau de statistique et serve à la rédaction du bulletin hebdomadaire. Le corps médical assurera ainsi aux sciences hygiéniques et démographiques une précieuse source de documents dont il sera, avec le public, le premier à profiter.

Sans doute, si le bureau de statistique au lieu d'être renseigné sur les causes de décès, pouvait l'être aussi sur les causes de maladies, et dès leur début, il pourrait faire parvenir, bien plus tôt, et bien plus utilement encore, des renseignements sur la *morbidité*, et, pour les affections épidémiques, il est manifeste que de tels renseignements seraient fort précieux. Il ne tiendra qu'aux praticiens qu'il en soit bientôt ainsi, mais le bureau ne peut absolument rien sans leur coopération, il s'efforcera seulement de la leur rendre le plus facile possible, et, comme témoignage de leur bienveillant concours, il sera heureux d'offrir ses publications à ceux qui le lui auront donné.

D'ailleurs, M. le D[r] Bertillon, chargé de ce service, sera toujours heureux de recevoir les conseils et avis de ses confrères, et de les mettre à profit.

Proposition de loi sur le service de santé de l'armée.

Nous publions aujourd'hui le texte de la proposition de loi sur le service de santé militaire, présentée à la Chambre des députés par MM. Marmottan, Cornil, Hugot, Versigny, Labuze, loi qui avait fait le sujet d'un des bulletins de notre dernier numéro.

Article premier. — Le service de santé constitue dans l'armée un service distinct placé sous l'autorité du commandement et le contrôle financier de l'Intendance.

Art. 2. — La direction du service de santé est confiée aux médecins militaires, tant au Ministère de la guerre, que dans les armées, corps d'armée, place de guerre, et dans les établissements fixes ou mobiles du service.

Art. 3. — L'administration des établissements du service de santé est dirigée par un Conseil d'administration fonctionnant d'après les règles établies pour les corps de troupe.

Art. 4. — L'exécution du service de santé est confiée au corps de santé, qui comprend : 1° Le personnel des médecins militaires ; — 2° Le personnel des pharmaciens militaires ; — 3° Le personnel des officiers d'administration ou comptables des hôpitaux ; — 4° Les compagnies d'infirmiers et de brancardiers.

Art. 5. — Le cadre du personnel des médecins, pharmaciens et comptables du service des hôpitaux est déterminé par le tableau I, annexé à la présente loi. — Les grades du corps de santé sont assimilés à ceux de la hiérarchie militaire, ainsi qu'il est déterminé au même tableau I. — Les officiers d'administration du service des hôpitaux jouissent des mêmes droits que les officiers d'administration des autres services.

Art. 6. — Les compagnies d'infirmiers sont au nombre de vingt-cinq. Leur composition sur le pied de paix est donnée par le tableau II. — Sous l'autorité des généraux commandant le territoire, elles sont commandées par un officier comptable de 1[re] ou de 2[e] classe, assisté de deux adjudants d'administration. — Elles sont administrées comme les compagnies formant corps.

Art. 7. — En cas de mobilisation, le corps de santé est porté à l'effectif de guerre par l'incorporation des médecins, pharmaciens, comptables et infirmiers de la réserve et de la disponibilité. — Le service de santé de l'armée territoriale et des établissements de la ligne d'étapes et du territoire est assuré par le corps de santé territorial et par la Société française de secours aux blessés, sous l'autorité du commandement et des médecins en chef de l'armée.

Art. 8. — Un règlement sur le service de santé aux armées et à l'intérieur pourvoira, dans un délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi, à l'exécution de ces dispositions.

Art. 9. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 9. MARDI 10. MERCREDI 11. Pas d'actes.

(1) M. Ch. Richet fait erreur quand il dit, p. 692, que Fabrice montra qu'elles « facilitaient le cours du sang vers le cœur ».

(2) C'est-à-dire que le livre de Flourens est à refaire. L'histoire doit être traitée plus sérieusement ! Quand on ne se montre pas assez sévère on s'expose à propager des erreurs. Ainsi c'est à tort que M. Richet écrit (Revue citée, p. 698) : « Le célèbre tableau de Rembrant qu'on a appelé la *Leçon d'anatomie* représente l'anatomiste hollandais Tulp faisant la démonstration des chylifères ? » Le ventre du cadavre n'est pas ouvert. Un seul bras est disséqué, et Tulpius fait très probablement la démonstration des muscles qui meuvent les doigts et la main.

(3) Pourquoi ne pas mettre du cerveau, comme le dit la fable.

JEUDI 12. — 1er *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Berger. — 4e *de doctorat* : MM. Laboulbène, Bouchard, Duguet.

VENDREDI 13. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Terrier. — 3e *de doctorat* 1re *série* : MM. Baillon, G. Bouchardat, Gay : — 2e *série* : MM. Regnault, Gariel, de Lanessan. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : Depaul, Potain, Terrillon ; — 2e *série* (Charité) : Verneuil, Fournier, Chantreuil.

SAMEDI 14. — 1er *de doctorat* 1re *série*. MM. Gosselin, Robin, Duval ; — 2e *série* : MM. Sappey, Richet, Humbert. — 4e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Balle, Laboulbène, Ch. Richet ; — 2e *série* : MM. Bouchard, Fernet, Hallopeau. — 5e *de doctorat*. (Hôtel-Dieu). 1re *série* : MM. Lasègue, Lefort, Charpentier ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Panas, Duguet.

THÈSES. — *Jeudi* 12 : 39. M. Colson : Des formations kystiques dans les tumeurs sarcomateuses. — 40. M. Lefranc : Contribution à l'étude des rétrécissements traumatiques. — 41. M. Daude : De la contracture spasmodique du constricteur vulvaire. — 42. M. Melnotte : Contribution à l'étude des perforations intestinales. — 43. M. Lemoine : De la rupture du ligament latéral interne du genou, de cause traumatique. — 44. M. Murrate : Des troubles mentaux dans l'asystolie. — 45. M. Boursout. — 46. M. Raguit : Des luxations en avant du corps du sternum. — *Vendredi* 13 : 47. M. Latoste : De l'état des membres fracturés après la consolidation. — 48. M. Bazy : Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires. — 49. M. Duchemin : Contribution à l'étude des transformations des angiômes. — 50. M. Bullet : Etude sur les symptômes et le diagnostic des fractures du tibia seul sans déplacement. — 51. M. Joubert : Essai sur le tremblement. — 52. M. Berthier : De la nature et de la marche clinique de la pneumonie caséeuse lobaire aiguë chez les adultes.

Les bonnes Sœurs.

Il y a quelques jours, un nouveau fait d'intolérance religieuse s'est produit à l'hôpital Tenon. Hâtons-nous de dire que l'Administration de l'Assistance publique a réprimé ce scandale avec une impartialité absolue. Une des sœurs de l'hôpital se présenta un dimanche matin dans sa salle, quelques instants avant la messe et invita, engagea même les malades à la suivre à la chapelle. A cette invitation pressante et réitérée, un certain nombre de malades se levèrent, les uns pour suivre la sœur, les autres pour feindre de répondre à son invitation. Ces derniers se dérobèrent à la vue de la sœur, qui, furieuse d'être ainsi obéie, revint à la charge et trouva les malades installés à jouer aux cartes dans une petite salle, voisine de la salle commune. Que fait alors la bonne sœur? Elle fait sortir ses malades de la salle où ils s'étaient retirés et leur enjoint la défense de jouer durant le temps que durerait la messe. Les pauvres malades, peu satisfaits d'être maltraités pour un motif aussi exclusif qu'arbitraire, rédigèrent séance tenante une lettre de protestation qu'ils adressèrent à M. le directeur de l'Assistance publique. Dès le lendemain, une enquête est faite par un inspecteur de l'Administration générale qui ne tarde pas à s'assurer de la réalité des plaintes portées. L'enquête aboutit au renvoi immédiat de la sœur, non-seulement du service où elle voulait régner en véritable despote, mais de l'hôpital même. Nous espérons que l'Administration procédera toujours de cette façon, chaque fois qu'elle constatera de semblables agissements.

FORMULES

6. Moyen simple et pratique d'évacuer les petits graviers. MERCIER.

Pour déterminer l'évacuation des petits graviers, M. le Dr Mercier indique un moyen facile et pratique. Ce moyen consiste à faire coucher les malades sur le ventre ; les graviers tombent, par l'effet de la pesanteur, sur la paroi antérieure de la vessie. On fait alors lever les malades doucement, comme à quatre pattes. Ils urinent dans cette position, et les graviers qui n'ont pas eu le temps de revenir dans le cul-de-sac, en arrière de la prostate, se trouvent entraînés par la miction. (*Soc. de médecine.*)

7. De la liqueur d'ammoniaque et de la digitale dans la thrombose cardiaque. CHURTON.

M. Churton cite le cas d'une jeune femme chez laquelle il a supposé la formation de caillots intra-cardiaques ; il lui fit prendre toutes les trois heures, pendant quinze jours, la potion suivante :

Ammoniaque liquide...	5 gouttes.
Teinture de digitale...	5 —
Eau................	30 grammes.

Elle fut rapidement améliorée. Churton prescrivit ensuite contre son anémie 15 gouttes de teinture de perchlorure de fer et 8 grammes de liqueur d'ammoniaque, à prendre trois fois par jour. La respiration devint facile ; le second bruit du cœur, dédoublé, devint normal ; son urine cessa de renfermer de l'albumine (*British med. journ et Lyon méd.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 23 au jeudi 29 janvier, les naissances ont été de 1,106, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : Légitimes, 428 ; Illégitimes, 162. Total 590. — *Sexe féminin* : Légitimes, 382 ; Illégitimes, 134. Total 516.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 23 au jeudi 29 janvier les décès ont été au nombre de 1,373, savoir 677 hommes et 696 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 17. F. 13. T. 30. — Variole : M. 30. F. 26. T. 56. — Rougeole : M. 2. F. 5. T. 7. — Scarlatine : M. 1. F. 4. T. 5. — Coqueluche : M. 3. F. 7. T. 10. — Diphtérie. Croup : M. 19. F. 24. T. 43. — Dysentérie : M. 2. F. 1. T. 3. — Erysipèle : M. 2. F. 5. T. 7. — Affections puerpérales : F. 5. — *Autres maladies* : Bronchite aiguë : M. 31. F. 57. T. 88. — Pneumonie : M. 87. F. 74. T. 161. — Phtisie pulmonaire : M. 120. F. 87. T. 207. — Diarrhée infantile : M. 28. F. 11. T. 39. — Autres causes : M. 335. F. 378. T. 713.

Morts-nés et prétendus tels : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : Légitimes, 32 ; Illégitimes : 14. Total, 46. — *Sexe féminin* : Légitimes, 22 ; Illégitimes, 6. Total 28.

MÉDECINS-SÉNATEURS. — Nous apprenons avec le plus vif plaisir, à nos lecteurs, la nomination au Sénat de M. le professeur Broca. M Broca était présenté par l'Union républicaine et a obtenu 140 voix sur 275 votants.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. *Election.* — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à l'honneur d'informer MM. les médecins du XIVe arrondissement que le lundi 16 février 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central.* — Ce concours sera ouvert le mercredi 17 mars 1880, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 14 février 1880 et sera clos définitivement le lundi 1er mars, à 3 heures.

HÔPITAUX DE PARIS. *Externat.* — MM. les étudiants qui ont au moins dix inscriptions et qui désirent faire le service d'externes dans les hôpitaux, sont invités à se présenter au secrétariat de l'assistance publique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 9 février 1880, à 3 heures précises, au Palais de Justice (Salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil). — Ordre du jour : Analyse par M. Lunier, du Code médical des Pays-Bas de M. le docteur G.-W. Bruinsma ; — Communication de M. Brouardel, sur la valeur de certains signes de la pédérastie passive ; — Reprise de la discussion sur le vol aux étalages et dans les grands magasins : M. Lasègue ; M. Legrand du Saulle ; — Empoisonnement par le laudanum, observation de M. Luizy, interne des hôpitaux ; — Sur l'influence de la diathèse hémorrhagique dans certains cas de médecine légale, par le Dr Liégey.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, *association contre l'abus des boissons alcooliques*, réunie en assemblée générale, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1880 : *Président* : M. le professeur Bouillaud, de l'Institut. *Vice-présidents* : MM. Paul Pont, le Dr Jules Bergeron, Théophile Roussel et Frédéric Passy. *Secrétaire général* : Dr L. Lunier. *Secrétaires généraux adjoints* : MM. Edmond Bertrand et Dr Decaisne. *Secrétaire des séances* : Drs Magnan et Vidal. *Bibliothécaire-archiviste* : Dr A. Motet. *Trésorier* : M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et tout autre personne qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance. Toutes les demandes de récompenses avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er mars 1880, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE tiendra sa prochaine séance mercredi 11 février, à 8 heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique,

Ordre du jour : 1° nomination d'un associé libre national ; 2° rapport du trésorier pour l'année 1879 ; 3° rapport de M. Passant sur le mémoire de M. Piéchaud ; 4° des secours à accorder aux indigents et aux nécessiteux traités à domicile ; 5° cas de dystocie par MM. Hamon et Bastin ; 6° des innoculations chancreuses et d'un nouveau traitement du phagédénisme, par M. Grellety.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LEMAIRE, ancien chef de clinique du professeur Bouillaud, médecin des prisons de la Seine, vient de mourir à Paris il y a quelques jours, à l'âge de 74 ans. Malgré la cruelle maladie qui, depuis quelques temps, avait profondément altéré sa santé, M. Lemaire avait voulu continuer son service, il a lutté jusqu'au bout et ne s'est arrêté que quelques jours avant sa mort. On lui doit de nombreux travaux parmi lesquels nous citerons : *De la gastro entérite adynamique ou typhoïde.* Thèse de Paris ; — *De l'emploi du mercure et de ses préparations ;* mémoire qui remporta le prix Corvisart : — *Traité élémentaire des maladies du cœur et de la poitrine* ; resté inachevé. — On annonce la mort de M. BAUDRIMONT

père, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Bordeaux. Il était agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Ses principales publications sont un *Traité de chimie* et un mémoire sur l'*Évolution embryonnaire des oiseaux et des batraciens* publié en collaboration avec M. Martin Saint-Ange.

Un nouveau deuil vient de frapper le corps des élèves des hôpitaux. Le 3 février, nous avons perdu REVERDY, externe des hôpitaux, âgé de 21 ans, emporté par une angine diphtéritique dont il avait contracté le germe dans le service de son maître M. Bouchut à l'hôpital des Enfants malades. — On annonce la mort de M. le Dr FUZIER, médecin en chef de l'Ecole polytechnique, qui succombé aux suites d'une bronchite chronique.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. BERGERON. — Salle Sainte-Mathilde. — 3, fièvre typhoïde grave ; 13, fièvre typhoïde (2e rechute) ; 20, entérite chronique ; 25, stomatite ulcéro-membraneuse ; 6, syphilis (acquise chez une enfant de 6 ans) ; 29, méningite ; 30, granulie ; 4, pneumonie double. — Salle Saint-Benjamin : 3, 5, 8, fièvre typhoïde grave ; 18, méningite tuberculeuse ; 11, teigne faveuse ; 12, athrepsie.

Service de M. TRIBOULET. — Salle Sainte-Marguerite. — 1, granulie ; 2, méningite avec hémiplégie droite ; 3, coqueluche et broncho-pneumonie ; 9, albuminurie scarlatineuse ; 14, noma ; 10, méningite avec paraplégie ; 19, rhumatisme avec endocardite et pleurésie.

Service de M. LANNELONGUE. — Salle Napoléon. — 1, polype naso-pharyngien ; 11, luxation du coude ; 15, plaie articulaire du tarse ; 38, ostéomyélite, amputation de la cuisse. — Salle Sainte-Eugénie. — 1, ouverture congénitale du rectum à la partie supérieure du vagin ; 7, plaie du bras ayant coupé l'artère humérale, les nerfs médian et cubital ; 12, genu valgum ; 32, fracture de l'olécrâne.

Service de M. CADET DE GASSICOURT. — Salle Saint-Joseph. — 2, bronchopneumonie ; 3, 12, 15, 16, 18, 19, fièvres typhoïdes ; 8, pneumonies ; 14, asphyxie des extrémités ; 16 *bis*, péritonite tuberculeuse.

Hôpital Cochin. — Service de M. BUCQUOY. — Salle Sainte-Marie (H.) : 4, Cachexie cancéreuse ; 7, lésion mitrale, *double souffle* de la pointe ; 9, néphrite catharrhale chez un tuberculeux. — Salle Saint-Philippe (H.) : 1, kyste hydatique suppuré ; 2, péritonite tuberculeuse et phtisie laryngée ; 13, rhumatisme articulaire aigu à la suite d'un érysipèle ; 14 *bis*, empoisonnement par l'oxyde de carbone ; 15, ulcère simple de l'estomac ; 16, pneumothorax tuberculeux (3e degré) ; 25, sciatique guérie par le salicylate de soude. — Salle Saint-Jean (F.) : 6, rétrécissement mitral pur ; 9, double lésion mitrale (pleurésie guérie) ; 10, rhumatisme polyarticulaire aigu ; 13, phlegmon profond de la cuisse (suite de couches) ; 14, pleurésie purulente ; 17, fièvre typhoïde adynamique ; 19, mézalosplénie datant de 23 ans sans leucocythémie ; 20, rhumatisme articulaire subaigu à la suite d'une rougeole ; 23, hémianestésie hystérique guérie par les aimants ; 24, pleurésie aiguë (varioloïde légère) ; 25, kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Service de M. DESPRÈS. — Baraques : 4, adénites multiples suppurées 6, kyste hydatique du foie (ouverture par la méthode de Récamier) ; 8, an-

thrax de la nuque ; 13, gelure des deux mains (3e degré) ; 21, lymphangite chronique (éléphantiasis de la jambe droite) ; 23, synovite du genou ; 36 *bis*, hématome sous aponévrotique de la cuisse; 29, hydrocèle de la tunique vaginale — Salle Saint-Jacques : 4, orchite blennorrhagique, hypertrophie d'une mamelle ; 14, fistule à l'anus ; 24, gelure des orteils ; 34, fracture du col du fémur. — Salle Cochin (F.) : 1 et 3, syphilis constitutionnelle ; 7, lymphangite du membre inférieur ; 17, kyste de l'ovaire ouvert spontanément ; 25, angiome de la cuisse. — On voit qu'il y a encore des *gelures*, puisqu'il en existe deux cas dans le service de chirurgie de Cochin, c'est là un sujet de thèse.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. MARTINEAU. — Clinique gynécologique du mercredi 9 h. Salle Saint-Alexis. — 20, syphilis ; syphilides papuleuses ; 23, uréthro-vaginite blennorrhagique, métrite chronique, adéno-lymphite droite ; 25, métrite, adéno-lymphite, syphilis, vulvite syphilitique, végétations vulvaires et anales ; 33, métrite chronique scrofuleuse, adéno-phlegmon du ligament large droit ; 34, métrite chronique.

Samedi. Clinique syphilographique 9 h. Salle Saint-Louis. — 16, syphilis à marche irrégulière, syphilides du début avec syphilides ulcéreuses ; 25, syphilides hypertrophiques de la grande lèvre gauche ; 28, syphilides du vagin et du col ; 29, syphilides papuleuses en cercle, uréthro-vaginite.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 7. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 14 FÉVRIER 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

Xe LEÇON. — **Détermination du trajet des faisceaux blancs de la moelle épinière par l'étude des dégénérations secondaires. — Analyse expérimentale des fonctions des faisceaux pyramidaux;**

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

Vous n'avez sans doute pas oublié la proposition que j'émettais au début même de nos études sur les dégénérations secondaires. Ces lésions, vous disais-je, offrent de l'intérêt, non pas seulement au point de vue de la pure anatomie pathologique; elles sont, pendant la vie, l'occasion de troubles fonctionnels particuliers qui se surajoutent à la symptomatologie des lésions primitives qui leur ont donné naissance, et, quelquefois même, la dominent; à ce titre, elles méritent de fixer toute l'attention des cliniciens. Le moment est venu de justifier notre assertion, et de vous montrer le côté pratique des études délicates et compliquées que nous avons jusqu'ici poursuivies.

C'est donc l'aspect clinique des dégénérations secondaires que nous allons maintenant considérer. Mais, avant d'en venir là, il est deux points encore sur lesquels je voudrais, en manière de préparation, arrêter un instant votre esprit.

Pour comprendre la nature et l'origine des troubles fonctionnels qui se rattachent aux lésions dégénératives descendantes des divers faisceaux de la moelle épinière, nous devons, sans doute, invoquer surtout les notions anatomo-pathologiques que nous avons laborieusement recueillies sur tous les points qui concernent ces lésions.

Mais, pour mener à bonne fin notre entreprise, cela ne suffirait encore pas :

1° Il nous faut, en effet, être fixés sur quelques points relatifs à la structure de la moelle épinière, à l'arrangement des fibres nerveuses et des éléments cellulaires qui la composent, à leurs relations mutuelles, etc. Il est vrai que, chemin faisant, nous avons recueilli un certain nombre de documents qui concernent tout spécialement ce sujet; mais, il importe maintenant, je crois, d'envisager la question non plus partiellement, mais dans une vue d'ensemble.

2° D'un autre côté, nous devons faire appel aux notions fournies par l'expérimentation sur la physiologie des faisceaux spinaux. Il est vrai que les méthodes anatomo-cliniques sont seules appelées à prononcer, en dernier ressort, sur la physiologie des diverses parties du système nerveux, en ce qui concerne l'homme; il est également vrai que l'expérimentation sur les animaux fournit, dans l'espèce, des données importantes, majeures, en montrant la voie dans laquelle les investigations anatomo-cliniques doivent être dirigées.

I. Je commencerai donc immédiatement par le premier point. On a dit souvent que l'anatomie morbide éclaire quelquefois l'anatomie normale, et qu'alors elle peut même décider des questions que celle-ci, livrée à ses propres forces, ne serait pas capable de résoudre.

L'histoire anatomo-pathologique des dégénérations secondaires justifie en partie cette proposition. Pour ce qui a trait à l'arrangement des éléments constituants de la moelle épinière, elle fournit, en effet, certains renseignements qui ne le cèdent en rien aux données de l'anatomie pure, et même, quelquefois, leur sont très supérieurs.

Voici, en deux mots, les quelques aperçus que je veux vous présenter, concernant l'anatomie de structure de la moelle épinière.

II. De tout ce qui précède, vous avez pu conclure que les faisceaux blancs qui composent le *manteau* de la moelle épinière subissent tous la dégénération secondaire quand leurs fibres constituantes sont interrompues dans leur parcours. Mais, à cet égard, il y a deux catégories à établir.

A. Quelques-uns de ces faisceaux sont constitués par des fibres longues, c'est-à-dire parcourant, d'une seule traite, de longues parties du névraxe. Celles-là sont le siége des dégénérations secondaires qu'on peut appeler *à long trajet*. De ce nombre sont : α) les faisceaux pyramidaux (dégénération descendante); β) les faisceaux de Goll (dégénération ascendante); γ) les faisceaux cérébelleux directs (dégénération ascendante).

B. D'autres faisceaux sont constitués par des fibres courtes. De ce nombre sont : α) les faisceaux antéro-latéraux, ou mieux, ce qui reste de ces faisceaux quand on fait abstraction des faisceaux pyramidaux et des faisceaux cérébelleux directs. Ils dégénèrent de haut en bas; β) les fibres propres des faisceaux de Burdach, et celles-ci dégénèrent de bas en haut. Dans les deux cas, la dégénération est *à court trajet*.

Si, maintenant, munis de ces données, nous envisageons la constitution de la moelle tout entière, nous pouvons construire le *schéma* suivant, qui ne s'éloigne pas, d'ailleurs, notablement de celui qu'avait exposé M. Bouchard, dans le travail auquel je vous ai déjà plusieurs fois renvoyés.

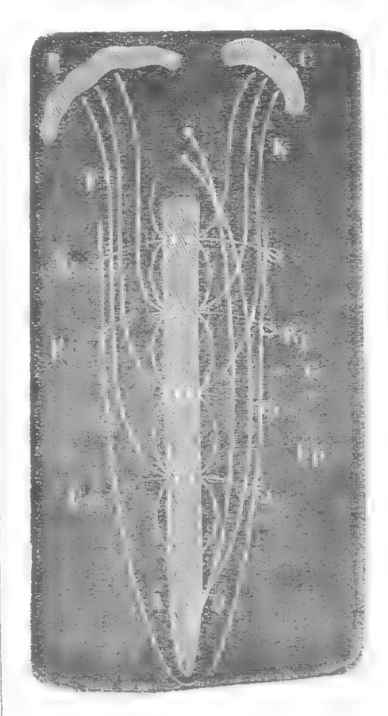


Fig. 10 — A, faisceaux antérieurs. — B, faisceaux postérieurs. — R, circonvolutions rolandiques. — C, cervelet. — Ra, racines antérieures. — Rp. racines postérieures. — F, faisceau pyramidal. — Fc, fibres intrinsèques centrifuges (cordons antérieurs). — K, fibres extrinsèques centripètes (faisceau cérébelleux direct). — Fp, fibres intrinsèques centripètes (faisceau de Burdach). — G, fibres longues postérieures (cordon de Goll).

La moelle épinière peut être considérée comme constituée essentiellement par un axe gris autour duquel sont groupées toutes les autres parties. Les parties fondamentales de cet axe, c'est-à-dire les éléments cellulaires ganglionnaires, sont les unes motrices ou kinésodiques; les autres, destinées à la transmission des impressions sensitives ou œsthésodiques. Ces deux sortes d'éléments sont, du reste,

(1) Voir les nos 14, 19, 29, 31, 39, 42, 44, 48 et 51 de 1879.

reliés entre eux de mille façons, par l'intermédiaire — pense-t-on — d'un réseau nerveux. Quoi qu'il en soit, l'axe gris donne naissance, en avant, aux racines antérieures qui sont en connexion directe avec les cellules des cornes antérieures, par l'intermédiaire du prolongement de Deiters. D'un autre côté, les racines postérieures sont en relation avec les cellules œsthésodiques.

Mais la moelle, ainsi très compliquée dans sa structure, est encore fort incomplète. Il s'agit d'indiquer la relation de l'axe gris avec les divers faisceaux de fibres blanches, qui composent le manteau. Il y a lieu de considérer ici, successivement, les faisceaux antéro-latéraux et les faisceaux postérieurs. Nous commencerons par ces derniers.

Parmi les faisceaux qui composent les cordons postérieurs, les uns peuvent être dits intrinsèques, les autres extrinsèques (j'emploie la nomenclature proposée par M. Bouchard). Les intrinsèques se ramènent à deux groupes : 1° Dans les faisceaux de Burdach, les fibres intrinsèques sont des commissures courtes qui mettent en communication les cellules œsthésodiques dans toute la hauteur de la moelle. Chacune de leurs fibres a son centre trophique en bas, et dégénère, vous le savez, dans le sens ascendant. 2° Dans le faisceau de Goll, au contraire, on trouve des fibres commissurales longues, qui dégénèrent également de bas en haut, et dont le centre trophique est par conséquent situé plus bas que le centre de terminaison. Ces fibres intrinsèques du système spinal postérieur n'ont, avec l'encéphale, que des relations indirectes et encore peu connues.

Pour ce qui est des éléments extrinsèques, ils sont représentés par les faisceaux cérébelleux directs qui, par leur extrémité inférieure, plongent dans la substance grise où ils ont leurs centres trophiques, et, par en haut, dans le cervelet, qu'ils mettent ainsi en relation avec la moelle épinière proprement dite.

Dans les faisceaux antéro-latéraux, il y a également à considérer des parties intrinsèques et des parties extrinsèques. Les premières sont représentées par les fibres commissurales courtes, qui, probablement, mettent en relation les cellules motrices des divers étages. Le centre trophique de ces fibres est au-dessus du centre de terminaison, puisqu'elles dégénèrent de haut en bas.

Quant aux fibres extrinsèques de ces faisceaux, elles ne sont autres que les faisceaux pyramidaux, tant directs que croisés; et, pour ce qui concerne leur direction, leur origine, leur terminaison, l'étude anatomo-pathologique et l'étude expérimentale ont été des plus fructueuses. Il ne paraît pas douteux actuellement que ces faisceaux sont comme un pont, comme une véritable commissure établissant des rapports directs entre certaines régions du cerveau proprement dit et les cellules kinésodiques des divers étages de l'axe gris. L'origine des fibres qui constituent ces faisceaux est dans l'écorce des circonvolutions, probablement dans les cellules pyramidales de la substance grise. C'est là qu'est leur centre trophique. Ces fibres traversent l'encéphale, parviennent au bulbe, et, enfin, à la moelle épinière, sans avoir contracté de rapports avec les parties qu'elles traversent, sinon des rapports de contiguïté ; et, ainsi, elles s'épuisent successivement dans leur trajet descendant, dans les diverses régions de la moelle où elles entrent en connexion avec les cellules motrices, par l'intermédiaire d'une disposition anatomique encore peu connue.

III. C'en est assez sur l'anatomie. Considérons maintenant le côté physiologique, et voyons les principaux résultats que l'expérimentation a fournis sur le mode de fonctionnement des faisceaux médullaires. Nous commencerons par les cordons antéro-latéraux.

L'idéal serait que la physiologie pût nous éclairer sur le fonctionnement particulier de chacun des faisceaux secondaires, que l'anatomie de développement et l'anatomie pathologique nous ont appris à isoler dans cette partie du manteau spinal. Malheureusement, l'expérimentation n'a pas tenu compte, en général, de ces distinctions. J'aurai cependant l'occasion de vous signaler quelques tentatives faites récemment à cet égard, et qui relèvent le rôle particulier des faisceaux pyramidaux dans la transmission des incitations volontaires.

1° En ce qui concerne les dégénérations qui se produisent dans les faisceaux antéro-latéraux lorsque leurs fibres sont interrompues dans leur trajet, nous avons déjà vu que ces fibres se comportent suivant les mêmes lois que les nerfs périphériques centrifuges. Or, les faisceaux antéro-latéraux peuvent-ils être rapprochés encore des nerfs moteurs par leurs autres propriétés ? — Non, pas absolument. Car nous savons que la section des nerfs centrifuges est suivie d'atrophie musculaire, tandis que l'interruption des fibres antéro-latérales n'entraîne pas le même résultat. C'est que les racines antérieures ne sont pas un simple prolongement des tubes nerveux de ces faisceaux; elles en sont séparées par les cellules ganglionnaires qui sont leurs véritables centres trophiques. Il n'y a donc pas identité, et l'on ne doit s'attendre qu'à des analogies.

Les faisceaux antéro-latéraux sont-ils excitables comme le sont les nerfs? En d'autres termes, l'irritation de leurs fibres nerveuses par des agents mécaniques, chimiques ou électriques, est-elle suivie — comme c'est le cas lorsqu'il s'agit des nerfs — de contractures musculaires? Il est parfaitement établi aujourd'hui, Messieurs, par les recherches de M. Vulpian et par celles plus récentes de MM. Fick et Engelken, que les faisceaux antéro-latéraux sont par eux-mêmes excitables comme le sont les nerfs. Mais les effets de cette excitation sont beaucoup moins accentués quant à la généralisation et à l'intensité des contractions. Il est remarquable aussi que l'excitation physiologique de la volonté l'emporte ici de beaucoup sur l'excitation artificielle. Les cellules des cornes antérieures sont sans doute un obstacle qui entrave la propagation des excitations jusqu'aux racines antérieures.

Mais il était surtout intéressant de rechercher si les cordons pyramidaux sont *plus* ou *moins excitables* que les faisceaux antérieurs. Or, l'expérimentation dans ces recherches rencontre des difficultés très sérieuses. Les auteurs s'accordent à reconnaître que, chez le chien, c'est dans les faisceaux antérieurs que l'excitabilité est le plus prononcée. Il est possible, en effet, qu'il en soit ainsi chez le chien, où, d'après les observations de M. Schiefferdecker, les faisceaux de Türck appartenant au système des faisceaux pyramidaux et composés par conséquent de fibres longues, auraient à cet égard une importance considérable.

Cependant, en est-il de même chez l'homme, où, au contraire, les faisceaux de Türck ont peu d'importance, les faisceaux antérieurs proprement dits étant composés de fibres commissurales courtes, c'est-à-dire formant un faisceau dont le trajet est interrompu à chaque instant par des cellules ganglionnaires ? On peut douter qu'il en soit ainsi. D'ailleurs nous connaissons l'excitabilité du prolongement du faisceau pyramidal dans le manteau de l'écorce cérébrale, et nous savons qu'il constitue là une languette nerveuse sous-jacente aux circonvolutions rolandiques, douée d'une excitabilité très manifeste ; on peut donc admettre que, chez l'homme, cette même excitabilité doit exister dans toute l'étendue du prolongement de ces faisceaux dans la moelle épinière.

2° A. On convient assez généralement aujourd'hui, en physiologie expérimentale, que la transmission des excitations motrices volontaires se fait exclusivement par la voie des faisceaux blancs antéro-latéraux. C'est du moins ce que les expériences de M. Vulpian, contraires sur ce point à celles de M. Schiff, semblent avoir établi d'une façon péremptoire. Chez la grenouille (et *à fortiori* chez les mammifères), la section des faisceaux latéraux à la région dorsale — les faisceaux postérieurs et la substance grise étant épargnés — abolit les mouvements volontaires dans le train de derrière, d'une manière définitive, c'est-à-dire, non seulement le jour de l'expérience, mais encore les jours suivants.

Au contraire, la section des faisceaux postérieurs et de la substance grise laisse persister les mouvements volontaires dans les pattes postérieures.

B. Le résultat des hémisections spinales est aussi très important à considérer. Les expériences de Schiff, répétées par M. Vulpian et d'autres observateurs, ont modifié à cet égard les anciens enseignements qui remontent à Galien. On croyait à la transmission absolument directe. On sait aujourd'hui (il s'agit des animaux), qu'elle est en partie directe et en partie croisée. Quand vous coupez la moitié latérale de la moelle chez un cochon d'Inde, par exemple, la paralysie est d'abord très accentuée du côté correspondant; il existe aussi un peu de parésie de l'autre côté. Mais bientôt, si l'animal survit, la paralysie diminue du côté de l'hémisection, quoique persistant toujours à un certain degré. Cela tient à l'existence de commissures qui unissent les faisceaux antéro-latéraux d'un côté aux faisceaux correspondants de l'autre côté. Mais, si vous pratiquez une seconde hémisection du côté d'abord respecté, la paraplégie devient complète dans les deux membres.

C'est donc nécessairement par les cordons antéro-latéraux, et par eux seulement, que passent les incitations motrices volontaires. Il n'y pas ici, comme pour la sensibilité, *conduction indifférente* par tels ou tels éléments de la moelle épinière.

Ainsi, tandis que la transmission des impressions sensitives est encore possible quand la moelle a subi, à différents niveaux, deux hémisections en sens inverse, il y a dans le même cas paraplégie complète absolue de la motilité.

IV. Mais sont-ce bien les faisceaux antéro-latéraux en bloc qui transmettent ainsi les ordres de la volonté; ou sont-ce plus particulièrement les faisceaux pyramidaux? L'expérimentation a presque toujours reculé devant cette analyse : « Une vivisection coupant isolément et complétement les faisceaux antérieurs ou les faisceaux latéraux, dit M. Vulpian, n'est pour ainsi dire pas réalisable (1). »

Il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner la configuration d'une coupe transversale de la moelle épinière. Et, cependant, Messieurs, dans ces derniers temps, M. Woroschiloff, mettant à profit les instruments perfectionnés qui sont d'un emploi journalier dans le laboratoire de Ludwig, a pu pratiquer sur la moelle épinière du lapin des sections très variées, quant au siége et à l'étendue des parties intéressées, et il est arrivé ainsi à produire des combinaisons qui lui ont permis de dégager le rôle des faisceaux pyramidaux dans la transmission des incitations volontaires; il a confirmé par ce moyen les résultats obtenus antérieurement sur le même sujet par Miescher, Nawrocki et Dittmar.

Il s'agit, dans les expériences de Woroschiloff, de reconnaître l'influence des divers faisceaux spinaux sur l'exécution de quelques mouvements volontaires d'une analyse facile (saut, course, marche, etc.). L'étendue et la configuration des lésions sont étudiées par M. Woroschiloff avec le plus grand soin, sur des coupes durcies et reproduites photographiquement dans le travail en question.

Permettez-moi d'exposer quelques-uns des résultats aux-

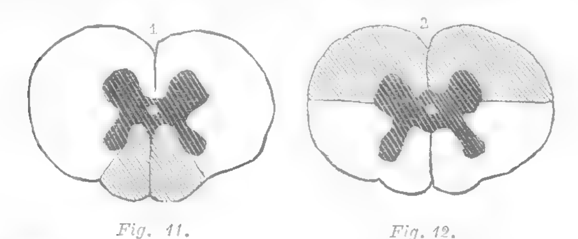


Fig. 11. *Fig. 12.*

quels ces recherches ont conduit. Ils nous intéressent tout particulièrement, puisqu'il s'agit surtout, vous le voyez, de dégager la fonction spéciale du faisceau pyramidal :

1° La section des faisceaux postérieurs ne modifie en rien les mouvements volontaires. (*Fig. 11*) (1).

2° Il est très remarquable que toute la moitié antérieure de la moelle puisse être sectionnée, sans qu'il s'ensuive aucune modification dans l'exécution des mouvements volontaires. On voit par là que la moitié postérieure suffit à cette transmission. Il n'y a donc pas de fibres longues, *directement cérébrales*, dans les faisceaux antérieurs. (*Fig. 12.*)

3° La substance grise peut être coupée dans toute son étendue, les faisceaux antéro-latéraux subsistant, sans qu'il se produise aucune modification dans les mouvements volontaires. (*Fig. 13.*)

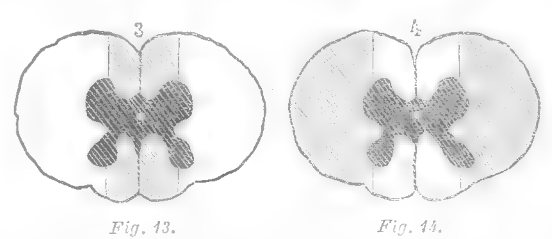


Fig. 13. *Fig. 14.*

4° Si, au contraire, la substance grise est intacte et que les faisceaux antéro-latéraux soient coupés des deux côtés, les membres postérieurs sont complétement paralysés. Ceci veut dire que la substance grise ne suffit pas à la transmission des incitations volontaires. (*Fig. 14.*)

5° Dans le cas de section des faisceaux latéraux et postérieurs, l'animal ne se sert que de ses membres antérieurs. Le train de derrière est complétement paralysé. (*Fig. 15.*)

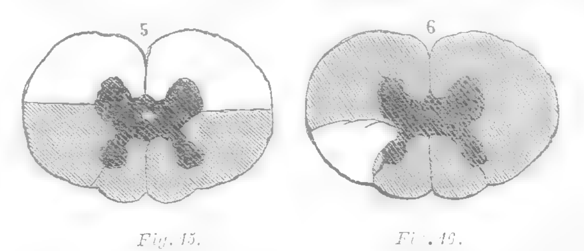


Fig. 15. *Fig. 16.*

6° Enfin, si la section est totale, un seul faisceau latéral étant respecté, le membre inférieur du côté sectionné est complétement paralysé. Au contraire, du côté où le faisceau latéral est épargné, le membre obéit encore à la volonté; si on l'étend, l'animal le retire. (*Fig. 16*). C'est donc bien par les faisceaux pyramidaux que se fait la transmission des incitations volontaires.

Mais il est possible que ce rôle des faisceaux pyramidaux ne soit pas exclusif; il représente sans doute la voie la plus facile, la plus habituelle. Cependant, quand le chemin est coupé, il en est d'autres vraisemblablement que peuvent suivre, au moins dans certains cas, les commandements venus du cerveau. C'est là un point sur lequel nous aurons à revenir.

V. Pour en finir avec ces prodromes physiologiques, il ne nous reste plus qu'à dire un mot de l'influence exercée par les faisceaux pyramidaux sur l'activité réflexe spinale.

Déjà, nos études relatives au développement nous ont fait reconnaître que les faisceaux pyramidaux doivent être considérés comme de grandes commissures, établissant des relations fonctionnelles entre le cerveau et la moelle épinière. Celle-ci vit, en quelque sorte, isolément tant que ces faisceaux ne sont pas encore développés, et jusqu'à cette époque les mouvements du nouveau-né sont entièrement d'ordre réflexe. Les mouvements réflexes sont mis au contraire sur le deuxième plan quand le développement des faisceaux pyramidaux est accompli, et ce sont dès lors les mouvements volontaires qui prédominent.

(1) *Dict. encycl. des sc. méd.* Art. *Moelle;*
(2) *Bericht d. gesellsch. d. Wissensch. zu Leipzig*, 187[illegible].

(1) Sur ces schémas, la partie foncée représente l'étendue de la section médullaire.

L'influence modératrice du cerveau sur les actes réflexes est d'ailleurs mise dans tout son jour quand on observe ce qui se passe après une section de la moelle. Mais il est facile de montrer que c'est surtout par les faisceaux antéro-latéraux que cette influence s'exerce. En effet, la section peut être telle que la sensibilité soit conservée ; de plus, un seul côté de la moelle peut être affecté. Les faisceaux antéro-latéraux sont donc bien les conducteurs des incitations volontaires.

Cependant, la physiologie expérimentale n'a pas encore décidé si c'est par la voie des faisceaux antérieurs ou des faisceaux pyramidaux que cette influence s'exerce. Mais, nous verrons que les faits pathologiques résolvent la question que l'expérience physiologique laisse indécise.

Telles sont les notions préliminaires que j'ai cru devoir vous présenter relativement au fonctionnement des divers faisceaux spinaux, tel qu'il se révèle dans les recherches expérimentales. Nous pouvons maintenant aborder avec fruit la clinique des dégénérations secondaires.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Excroissances polypeuses de l'urèthre symptomatiques de la tuberculisation des organes urinaires chez la femme (1) ;

Par le Dr **TERRILLON**, chirurgien des hôpitaux.

Nous avons vu qu'un des caractères les plus importants de la tuberculose de la vessie et de l'urèthre est l'acuité toujours persistante des phénomènes de cystite purulente. Or, comme la tuberculisation de ces organes est encore peu connue au point de vue clinique, comme, jusqu'à présent, on avait peu appelé l'attention sur elle, nous voyons que, dans les cas qui nous occupent, la cystite a presque toujours été considérée comme secondaire à la présence ou même au traitement du polype, et que souvent même on la croyait symptomatique d'un calcul ou d'un corps étranger.

La connaissance des observations que je rapporte actuellement permettra d'éviter l'erreur dans un certain nombre de cas.

Elle aura même l'avantage de permettre d'établir d'emblée le diagnostic de tuberculose au début, surtout, lorsqu'on verra apparaître des troubles vésicaux.

Mais surtout, on évitera ainsi l'erreur qui consiste à prendre cette cystite tuberculeuse pour une cystite symptomatique d'un corps étranger ; surtout lorsqu'on aura exploré méthodiquement la vessie, ce qu'il est bon de ne jamais négliger.

Aussi, j'ai pu dans un cas (Observations III et IV) faire le diagnostic de la tuberculose par la coexistence des polypes de l'orifice de l'urèthre avec la cystite purulente douloureuse, cette affection ne pouvant jamais, à l'état de simplicité, être considérée comme secondaire à la production de polypes urèthraux, malgré l'opinion contraire de plusieurs auteurs.

Obs. I. — Marie X..., âgée de 29 ans, religieuse, entre dans le service de M. Gosselin, hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 27, 5 avril 1869.

Etant surveillante dans une prison de Strasbourg il y a quelques mois, elle fut soumise à un travail exagéré et à une température humide et froide. Bientôt elle éprouva des douleurs violentes dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner, et, après la miction qui était douloureuse, elle était incommodée par une sensation de pesanteur et de cuisson insupportable.

Les phénomènes d'abord légers, et relativement peu fréquents, allèrent en augmentant progressivement, jusqu'à produire un ténesme presque constant. Elle urinait tous les quarts d'heure, avait la sensation d'une brûlure le long du canal de l'urèthre et à l'orifice du méat. Le moindre attouchement à ce niveau était extrêmement pénible. L'urine devint trouble, sanguinolente.

Le professeur Stoltz (de Strasbourg) lui administra plusieurs médicaments, entre autres la térébenthine, mais sans procurer de soulagement réel ni durable.

La malade maigrit beaucoup en peu de temps, elle avait une insomnie insupportable et des palpitations violentes. Tous ces symptômes paraissaient augmenter au moment des règles. Les urines n'ont jamais contenu de sable.

A son entrée à la Charité, on constate les symptômes suivants :

Cette femme, grande et d'apparence vigoureuse, a cependant tous les attributs de la scrofule. On voit qu'elle a maigri beaucoup et qu'elle porte les traces d'une souffrance prolongée. Les envies d'uriner reviennent toutes les dix minutes, l'urine est trouble au moment de la miction. En la laissant déposer, on trouve au fond du vase un dépôt blanc opaque, surmonté quelquefois d'une autre couche distincte un peu moins épaisse, d'apparence gélatineuse demi-transparente. La quantité totale d'urine rendue en 24 heures est normale.

L'examen des organes génétaux permet de constater que la membrane hymen est intacte. L'orifice du méat est rouge et masqué en partie par de petites fongosités rouges, peu saillantes, très sensibles au toucher, et à la surface desquelles s'écoule un peu de pus venant du canal.

Ce dernier paraît épaissi quand on l'explore en passant le doigt sur la partie antérieure du vagin. L'introduction d'une sonde est très pénible, et fait écouler un peu de sang. Elle ne fait constater ni calcul ni corps étranger.

7 *avril*. On donne à la malade 0,75 cent. de bromure de potassium et douze gouttes de laudanum en lavement. — 8 *avril*. La malade n'est nullement soulagée, on augmente le bromure (1 gr.) — 9 *avril*. Elle est peu soulagée, le ténesme est toujours très violent et très fréquent, l'insommie la fatigue beaucoup. La marche la soulage un peu, ainsi que la station debout. Bromure 1 gr. 50. — 10 *avril*. Amélioration légère. Les urines sont moins troubles. La malade a passé une partie de la nuit à marcher pour se soulager. Les cuissons de l'orifice de l'urèthre sont surtout très pénibles. — 15 *avril*. Bromure de potassium 3 gr. Lavement purgatif.

Les douleurs sont encore plus vives. La malade est obligée de rester sur le vase pendant plusieurs heures. Le calme dure à peine sept à huit minutes. Les urines sont plus troubles qu'à son entrée. Le dépôt constitue un quart de la totalité, et le reste est encore trouble. On la sonde de nouveau sans trouver aucune cause. — 25 *avril*. Même état. M. Richet vient avec M. Gosselin pour faire une nouvelle exploration, mais sans résultat. L'urine est trouble, le dépôt filant. — 28 *avril*. A deux heures, la malade est prise d'un frisson prolongé suivi de chaleur et de sueur, qui dure jusqu'à la nuit. Toujours même état, bromure 4 gr.

Benzoate de soude 9 gr. On se propose de cautériser la vessie et l'urèthre.

2 *mai*. Injection de 60 gr. d'une solution de nitrate d'argent de $\frac{2}{120}$; cette injection est très douloureuse, les douleurs persistent pendant 6 à 7 heures, la sécrétion urinaire ne paraît pas sensiblement modifiée. — 4 *mai*. Deuxième injection plus faible, $\frac{1}{100}$, un peu moins douloureuse. Benzoate de soude 2 gr. — 6 *mai*. Troisième injection de $\frac{1}{100}$. Amélioration peu sensible, la malade mange un peu plus que les jours derniers, mais sommeil toujours difficile. Douleurs analogues, urines très troubles avec dépôt abondant de pus de mucus. — 8 *mai*. Quatrième injection. 75 cent. de n. arg. Pour 100 gr. d'eau. 2 gr. benzoate de soude. Douleurs vives après l'injection, toujours pus et mucus abondant dans l'urine. Besoin d'uriner toutes les 10 m. Jusqu'au 15 *mai*. Injections analogues avec $\frac{1}{100}$, même effet, aucune amélioration sensible. La malade s'affaiblit peu, mais maigrit.

16 *mai*. On cesse les injections. Toujours même état, aucune amélioration. — 31 *mai*. Après avoir lavé la vessie et essayé de faire séjourner une certaine quantité d'eau pour permettre l'exploration, on fait avec un instrument particulier une incision du col après anesthésie par l'éther (à 6 h.).

La nuit est assez bonne, on fait 3 injections d'eau tiède.

1er *juin*. Le matin, bon état, peau fraîche. Langue bonne. Pas de frisson. Douleurs peu cuisantes. Pouls 112. Dans la nuit frisson (on met une sonde à demeure). — 2 *juin*. Même état. — 3 *juin*. Frisson dans la nuit, moins de douleur ; on enlève la sonde. Pouls 128. — 4 *juin*. Moins de douleurs. — Pouls 108. — Elle dort un peu. — *Du* 5 *au* 9. Amélioration, moins de douleurs, pas de fièvre pendant 3 ou 4 h., elle peut retenir son urine. On cesse toute médication interne. — 10 *juin*. 3 pilules de térébenthine de 0,15 avec 0,01 d'ext. thébaïque.

15 *juin*. Amélioration légère du côté de la vessie. La fièvre est moins vive. L'urine un peu moins trouble. Mais un frisson violent se déclare vers deux heures et dure jusqu'à 9 heures

(1) Voir le n° 6.

du soir. Douleurs de rein. Sulfate de quinine. — 16 *juin*. Nouvel accès de fièvre. Les jours suivants, même état, quelques frissons, et toujours du ténesme. Cependant la fièvre se calme après quelques jours. Cet état dure ainsi sans grand changement jusqu'au milieu du mois de juillet. Mais la malade a beaucoup maigri et tousse un peu. — 30 *juillet*. On fait la dilatation du col de la vessie et de l'urèthre mais sans obtenir d'amélioration. Quelques jours après la malade sort de l'hôpital.—J'ai su, d'une source certaine, que cette malade était morte quelques mois plus tard avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire.

L'observation précédente que j'ai donnée avec tous les détails que j'ai pu retrouver dans mes notes, a pour moi d'autant plus d'importance que c'est la première que j'ai pu recueillir.

Ce fait m'avait frappé par l'acuité et la persistance des symptômes, et surtout à cause de la difficulté du diagnostic de la cause.

On n'avait, en effet, pensé aucunement à la tuberculose urinaire, alors encore peu connue, mais on avait cherché, quoique en vain, la présence d'un calcul ou d'un corps étranger. Le caractère rebelle de la cystite purulente chez une femme jeune encore, était cependant un signe probable de la tuberculose de la vessie. La fréquence extrême de la miction, les douleurs presque continues, accompagnées d'épreintes qu'éprouvait la malade, tels étaient les caractères les plus saillants, unis à la purulence de l'urine.

L'amaigrissement rapide de la malade pouvait, il est vrai, s'expliquer par l'état de souffrances dans lequel elle vivait, et aussi par la perte du pus qu'elle rendait par la vessie. Plus tard, lorsqu'elle eut les phénomènes pulmonaires qui précédèrent sa mort, le doute n'était plus permis.

Enfin, parmi les malades que j'ai pu observer, c'est elle qui a subi les médications les plus variées, mais aucune n'ayant eu un résultat satisfaisant, sauf l'incision du col de la vessie, qui, en supprimant le spasme dû à la contraction du sphincter, a été pendant quelque temps une cause d'amélioration.

Ici, les fongosités très petites et peu saillantes n'ont été considérées que comme un accessoire dans l'évolution de la maladie, car lorsque la malade est entrée à la Charité, les symptômes de la cystite dominaient tous les autres. On peut se demander si, dans ce cas, il n'en existait pas en assez grande abondance dans les parties profondes de l'urèthre, donnant lieu à la douleur très aiguë que provoquait le passage d'une sonde.

Obs. II. — Marie X..., 28 ans, mariée, sans enfants. Entre dans le service de M. Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, le 26 mars 1879. Cette femme, maigre, brune, petite, entre à l'hôpital pour une affection douloureuse de l'urèthre, s'accompagnant de douleurs au moment de la miction, de difficulté pour conserver la position assise, et d'écoulement qui tache son linge.

En l'examinant, on constate au niveau du méat une masse fongueuse, rougeâtre, saillante, dont les replis cachent l'orifice de l'urèthre.

Ces végétations ont un volume qui égale celui de l'extrémité de l'index. Le moindre attouchement arrache des cris à la malade. L'introduction du doigt dans le vagin est aussi pénible, car il y a du vaginisme. Un léger écoulement purulent sort de l'urèthre et aussi du vagin.

L'urèthre forme un bourrelet saillant dans le vagin, quand on explore avec le doigt.

La malade se plaint d'avoir des envies fréquentes d'uriner, et des douleurs qu'elle éprouve pendant et après la miction. L'urine laisse déposer un peu de pus.

Les rapports sexuels sont impossibles à cause de la douleur, depuis 2 mois, date du début de l'affection.

28 *mars*. On endort la malade. On fait la dilatation de l'urèthre et du vagin, sans toucher aux fongosités. L'hémorrhagie est presque nulle. — 29 *mars*. La malade est soulagée, l'urine passe plus facilement et avec moins de douleurs. La station assise est plus facile. Mais elle a toujours des envies fréquentes d'uriner. La sonde introduite dans la vessie ne fait rien découvrir d'anormal. Pendant les jours suivants, l'amélioration obtenue par l'opération adiminué et les phénomènes antérieurs reviennent rapidement. Elle souffre en marchant, en étant assise. La nuit le ténesme l'empêche de dormir.

L'urine devient plus trouble.

Elle sort le 17 avril, non soulagée, et même ayant comme phénomène pénible un ténesme assez violent succédant à la miction, et des envies d'uriner toutes les demi-heures.

Elle rentre à l'hôpital le 10 mai. L'état s'est aggravé depuis sa sortie, elle a beaucoup maigri, se plaint de maux de reins et tousse un peu. — Le 14 *mai*. On cautérise ses végétations urèthrales avec une solution de nitrate d'argent à parties égales. En même temps on refait une dilatation de l'orifice vulvaire contre le vaginisme concomitant. Les douleurs qui suivirent l'opération furent très vives et très persistantes. Les bains prolongés la soulagèrent cependant.

Le 22 *mai*. Son état est peu amélioré, toujours le ténesme la tourmente nuit et jour, l'urine dépose du mucus. Les végétations très diminuées sont toujours douloureuses, aussi la malade ne peut s'asseoir sans une vive douleur. Opium. — Le 25 *mai*. On constate une détente légère, la malade se sent soulagée, elle a dormi cette nuit. — 26 *mai*. Elle demande à sortir malgré l'état de faiblesse dans lequel elle se trouve.

J'ai pu revoir cette malade deux fois avant la fin de l'année 1872, car son mari était garçon à l'amphithéâtre des hôpitaux, où j'étais alors prosecteur. Son état alla en s'aggravant. La vessie devint de plus en plus malade. L'urine de plus en plus trouble. L'état général devint très mauvais et l'amaigrissement énorme. Des maux de rein insupportables la faisaient beaucoup souffrir.

Le poumon devenait malade, car elle toussait et se plaignait de douleurs dans la poitrine. Elle mourut au mois de janvier 1874, avec les symptômes d'une tuberculose très rapide.

L'observation de cette jeune femme nous fournit encore un bel exemple de cystique et d'uréthrite rebelles, avec urines purulentes et résistant, excepté momentanément, à tous les moyens de traitement employés.

L'affection, dans ce cas, paraissait cependant nettement idiopathique ou primitive, d'autant plus qu'elle s'accompagnait d'un phénomène de voisinage qu'on retrouve souvent dans les polypes ordinaires, c'est-à-dire un certain degré de vaginisme.

Un seul signe aurait pu permettre d'éviter, je ne dis pas l'erreur, puisqu'au début les phénomènes vésicaux étaient peu accentués, mais, au moins, aurait pu faire penser à une lésion concomitante, c'est la présence du pus, sortant par le canal de l'uréthre. Mais l'uréthrite étant commune chez la femme, il était difficile de s'arrêter à l'idée de tuberculose.

Ce n'est encore que lorsque le caractère rebelle de l'affection vésicale succéda à la cautérisation des polypes qu'on a pu penser à la tuberculose.

Obs. III. (1) — Le 20 février 1878, entre dans le service de M. Cusco, suppléé par M. Terrillon, la jeune X... âgée de 25 ans.

Cette malade n'accuse dans ses antécédents qu'une métrorrhagie, qui se produisit il y a un an et dura un mois. Elle ne parait pas avoir été symptomatique d'une fausse couche.

Le 10 février, à la suite de quintes de toux répétées, dont elle souffrait depuis quelque temps, elle éprouva des douleurs assez vives venant d'une petite tumeur située à la partie supérieure de la vulve, au niveau de l'urèthre. Il s'agissait d'une tumeur frangée qu'elle sentait depuis quelque temps déjà en explorant avec le doigt. Elle fit sur cette tumeur quelques applications d'eau blanche; mais en raison de souffrances croissantes, de l'impossibilité où elle fut bientôt de s'asseoir et de marcher, elle demanda à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue le 12 février, dans le service de M. Germain Sée.

Dans son examen, M. Raymond la trouve atteinte d'*albuminurie* avec œdème des membres inférieurs et un peu d'ascite : il y a en outre un malaise général assez prononcé avec inappétence, et une toux assez fréquente sans signes physiques bien caractéristiques du côté de la poitrine. Elle perd en blanc, mais pas plus que d'habitude, elle souffre en urinant et présente au niveau du méat urinaire la tumeur dont elle a parlé, qui est du volume d'une petite noix et forme une saillie globuleuse, rouge, framboisée. Elle est soumise à un traitement palliatif à l'égard de cette dernière, et on s'occupe surtout de son albuminurie.

Le 16, (elle précise bien la date), la malade commence à

(1) Obs. recueillie par M. Bruchet, interne du service.

perdre involontairement ses urines : M. Raymond fait alors appeler M. Terrillon et la confie à ses soins. A ce moment, 20 février, les grandes et les petites lèvres sont œdématiées, douloureuses, recouvertes d'un enduit blanc pultacé ; le contact irritant de l'urine détermine une cuisson vive et continue ; car, dans le moindre effort, au plus petit accès de toux, l'urine est expulsée, sans que la malade puisse la retenir, et elle est constamment mouillée par le liquide urinaire.

L'orifice uréthral est marqué en partie par une saillie, framboisée, formée d'une série de papilles plus ou moins volumineuses, isolées ou ayant une base commune.

L'exploration, pénible pour la malade, ne dénote rien autre chose. Une sonde de femme pénètre facilement dans l'urèthre et la vessie et ne ramène que quelques gouttes d'urine. L'utérus ne présente rien d'anormal. On prescrit des bains et des topiques émollients. M. Terrillon, attend que les symptômes, très aigus actuellement, soient amendés, pour pratiquer un examen plus complet.

23 *février*. La malade souffre et se plaint toujours beaucoup. L'incontinence d'urine persiste, aussi complète. Elle mange peu, mais n'a pas d'accès fébrile. La langue est blanchâtre, le ventre est volumineux, et la percussion paraît dénoter encore un peu d'ascite ; il n'y a plus d'œdème des membres inférieurs. A l'examen local de la région vulvaire, on ne constate presque pas de modifications. La masse qui masquait l'urèthre a diminué légèrement de volume.

Le toucher vaginal est toujours douloureux et les parois du vagin donnent au doigt une sensation de chaleur intense.

Sur le trajet de l'urèthre on perçoit une saillie très-notable, arrondie, dure et douloureuse ; la pression sur elle ne fait sourdre que quelques gouttes d'urine ; du vagin s'écoule un peu de pus.

Les culs-de-sac vaginaux sont libres et il n'y a pas trace de phlegmon anté-utérin comme aurait pu le faire supposer l'œdème considérable de la région vulvaire.

28 *février*. La malade a eu quelques frissons après son bain, et le soir la température est de 40°,4. Cependant nous ne constatons aucune affection viscérale. L'œdème des grandes et des petites lèvres a beaucoup diminué et la malade a commencé à garder ses urines (de 5 à 8 h. du matin).

1er *mars*. Au moyen d'une sonde à boule, M. Terrillon injecte dans l'urèthre quelques gouttes de solution de nitrate d'argent à 1/50.

Le cathétérisme est douloureux ; l'injection elle-même l'est très peu. Cautérisation de la masse bourgeonnante avec un crayon de nitrate d'argent mitigé et neutralisation immédiate au chlorure de sodium.

La température le soir est à 39°,8. L'examen de l'urine, qu'on peut maintenant recueillir, ne révèle pas d'albumine.

2 *mars*. La température du matin s'élève à 37°, 2, le soir elle atteint 40°, 3.

3 *mars*. Toute la partie cautérisée de la tumeur a été éliminée et il reste au pourtour de l'urèthre une petite masse rouge framboisée, humide. L'état de la malade est assez bon. Elle a gardé ses urines pendant quelques heures ce matin, puis elles ont continué à s'écouler malgré elle. Le méat urinaire est toujours occupé par une saillie rouge, bourgeonnante, à la surface de laquelle on ne constate plus de débris sphacélés. Il n'y a presque plus d'œdème, plus de douleur au toucher vaginal. La malade ne souffre que lors de l'écoulement de l'urine qui provoque une cuisson assez vive à la partie inférieure de la vulve. L'urine est purulente.

M. Terrillon pense que nous avons eu affaire à une *uréthrite végétante* ; un degré plus grand d'acuité est survenu sous l'influence de la cautérisation, et de là l'œdème de voisinage et le sphacèle d'une partie de la masse, qui n'avait jamais présenté de pédicule comme un polype. La température du matin est normale ; celle du soir est toujours élevée (40°). Cette élévation vespérale ne nous est guère expliquée ; la langue se nettoie, bien qu'il n'y ait pas encore grand appétit ; nous ne constatons nulle part rien qui puisse rendre compte d'une fièvre aussi vive ; il est vrai qu'elle a toujours quelques quintes de toux sèche. Le ventre a aussi diminué et on ne retrouve plus les signes d'ascite légère que nous avions cru découvrir au début.

4 *mars*. Nouvelle cautérisation de la muqueuse uréthrale avec la solution d'argent au 1/50 et cautérisation des bourgeons végétants avec le crayon mitigé (ce dernier attouchement assez douloureux.) Température soir 39°,8.

5 *mars*. Température soir 38°, 8.

6 *mars*. Hier la malade a gardé son urine toute la journée et toute la nuit, et elle a encore uriné volontairement ce matin quelques instants avant la visite. L'amélioration s'accentue donc, et vient confirmer le diagnostic porté et l'heureuse modification produite par le nitrate d'argent.

Le méat est toujours au milieu d'une saillie rouge, granuleuse. On pratique une nouvelle instillation et une nouvelle cautérisation. L'urine recueillie ne présente pas trace d'albumine mais contient du pus. Vers 5 heures du soir, il y a un peu d'écoulement involontaire de l'urine. La température de la peau paraît au toucher peu élevée.

7 *mars*. La température du soir est de 38°, 2.

8 *mars*. La malade a retenu son urine pendant toute la journée et toute la nuit, sauf pendant une heure. Malgré cette amélioration de l'état local la malade a peu d'appétit, elle ne mange guère que des potages, et elle s'amaigrit, la langue est cependant bonne, humide et non saburrale. On fait une nouvelle injection et la température du soir est à 39°, 4.

9 *mars*. La malade est moins bien. Elle éprouve un malaise général, se plaint d'avoir mal à la tête, la bouche mauvaise, amère : elle a eu de l'incontinence pendant une bonne partie de la journée. La température, le soir, est à 39°.

17 *mars*. Trois autres injections modificatrices et cautérisations ont été pratiquées : l'amélioration de l'affection uréthrale est de plus en plus prononcée ; et l'incontinence n'apparait que parfois 1 h. ou 2 h. de la journée. Mais la malade est encore obligée d'uriner très-souvent et l'état général reste mauvais ; chaque jour de l'après-midi, elle est prise d'un état fébrile qui continue le soir et n'a cédé qu'en partie au sulfate de quinine. Elle éprouve, en outre, de la céphalalgie, peu d'appétit.

Une toux sèche, quinteuse, d'irritation dit-elle, la tourmente souvent et est cause du peu d'incontinence qui se montre parfois.

Elle a notablement maigri, à l'auscultation minutieuse des sommets, on n'entend cependant rien de bien anormal. Le 14, la température du soir était 38°, 8, le 15 de 38°, 4.

21 *mars*. Hier, septième injection et cautérisation. L'incontinence a à peu près disparu complètement. Il n'y a plus depuis longtemps déjà d'œdème vulvaire. Même état général mauvais. Toux fréquente, fatigante ; chaque jour la fièvre reparaît dans l'après-midi ; pas d'appétit ; sueurs légères de temps en temps. On soupçonne de plus en plus la tuberculisation pulmonaire, dont nous n'avions pas eu jusqu'à ce jour de signes physiques. Aujourd'hui, voici ce qu'on constate : en avant et du côté droit, douleur à la pression dans les espaces intercostaux, pas de modification appréciable de la sonorité, ni du bruit respiratoire. A gauche et en avant, à la fin de l'inspiration, on entend deux ou trois râles secs, le murmure vésiculaire rude. En arrière, la respiration est très-faible de chaque côté dans la fosse sus-épineuse, et en dedans de l'omoplate l'expiration est soufflante et prolongée. La température du soir donne pour le 19 mars 39°, 8 et pour le 20 mars 40°.

27 *mars*. La malade a des oscillations de mieux et de plus mal. Pendant deux ou trois jours, elle a vomi, et n'a pu se lever. Hier, les vomissements ont cessé. Elle se plaint beaucoup de la toux qui est très-fatigante.

L'amaigrissement est considérable et ne peut être mis que sur le compte de la tuberculose commençante. Au sommet gauche signes plus accentués ; quelques râles humides. Température soir 39°, 7, le 28, température soir 39°, 5, le 29, trois à quatre *mictions volontaires* par jour seulement. Température soir 39°, 8.

15 *avril*. L'état général de notre malade a continué à baisser de plus en plus, l'amaigrissement a fait de grands progrès. Elle tousse beaucoup et se plaint vivement de la partie supérieure *du côté gauche*.

A ce niveau, douleur à la pression dans les espaces intercostaux, dans le creux sus-claviculaire et en arrière au-dessus de la fosse sus-épineuse. A la percussion, en avant, matité relative très-prononcée ; à l'auscultation, souffle presque amphorique avec gargouillements quand on fait tousser la malade. Mêmes signes stéthoscopiques moins prononcés en arrière et du même côté. A droite peu de chose. Toujours fièvre intense le soir.

Du côté de l'urèthre, les symptômes fonctionnels sont assez satisfaisants ; mais le bourgeonnement qui entoure le méat existe toujours et a même augmenté un peu depuis qu'on a cessé les cautérisations ; il forme une sorte d'entonnoir, précédant l'ouverture de l'urèthre. Notons enfin un certain empâtement de tout le ventre qui n'est cependant pas douloureux : en raison de ce fait, M. Cusco prescrit plusieurs petites doses successives d'huile de ricin ; et la malade prendra en outre, chaque jour, 3 pilules stibiées de 0, 002 milligrammes.

20 *avril*. Facies meilleur : la toux est moins fréquente ; les

pilules qui ont été portées à 5 ont déterminé un peu de diarrhée.

28 *avril*. L'amaigrissement et l'affaissement de la malade ont repris leur cours désolant, les clavicules sont comme soulevées et détachées du thorax dont elles sont séparées par une énorme dépression. A gauche et en avant les signes caverneux se sont rapidement accentués ; il doit y avoir une excavation de très-grande dimension occupant tout le lobe supérieur ; on entend en effet un souffle *amphorique* avec retentissement métallique de la toux et gros gargouillements. En arrière, le souffle est moins amphorique, etc. A la base du poumon la respiration est meilleure, à peu près normale.

A droite, lésions beaucoup moins avancées. Il n'y a guère qu'en arrière où on entend quelques râles humides et du souffle à l'expiration.

Notre malade est transportée de nouveau dans le service de M. Sée où elle ne tarda pas à succomber aux progrès de la phthisie.

A l'autopsie, on trouve les lésions tuberculeuses avancées des deux poumons. L'utérus n'aurait rien présenté. Il existait quelques ulcérations arrondies snr la muqueuse vésicale, les reins contenaient de granulations.

On aurait remarqué quelques tubercules sur les ovaires.

La muqueuse uréthrale n'a pas été examinée.

Tels sont les seuls renseignements qu'on a pu avoir sur l'autopsie faite par un externe du service.

Le fait le plus saillant qu'on peut relever dans cette observation est le volume qu'avait atteint l'agglomération de fongosités saillantes à l'orifice de l'urèthre. Pressées les unes contre les autres et ayant un aspect framboisé tout à fait spécial, elles formaient par leur ensemble une véritable tumeur, au sommet de laquelle, l'orifice uréthral était absolument masqué ou difficile à trouver.

La présence de la cystite rebelle et des troubles de l'urine me fit penser, sans grande hésitation, à la tuberculose de la vessie et de l'urèthre.

L'état général, qui s'aggrava rapidement, vint bientôt rendre mon diagnostic plus certain. Aussi, au lieu de chercher à faire l'ablation de ces fongosités qui, pour moi, n'étaient que symptomatiques, je me contentai d'essayer de réprimer leur développement et de diminuer l'irritation uréthrale par des instillations d'une solution de nitrate d'argent.

Ce moyen parut d'abord donner quelque soulagement, mais celui-ci ne fut que passager. Bientôt, les phénomènes de tuberculisation généralisée s'accentuèrent rapidement et ne me permirent pas de continuer cette médication. (*A suivre*).

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE.— **M. RANVIER**.

Vingt-huitième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

Messieurs,

Les rapports réciproques des cellules contractiles varient avec les organes dans lesquels elles sont observées. Un point intéressant à cet égard est l'étude des fibres musculaires des artères.

Prenons un vaisseau artériel volumineux, la crosse de l'aorte par exemple : vous n'ignorez pas que la tunique moyenne de ce canal contient de nombreuses fibres musculaires intriquées avec des réseaux et des lames élastiques. Le tissu jaune élastique est disposé sous forme de lames épaisses et parallèles, irrégulièrement réunies les unes aux autres par des ponts, de telle sorte que l'ensemble de la membrane élastique présente une apparence comparable à la disposition d'un gâteau feuilleté.

Les lames élastiques sont en outre fenêtrées et communiquent les unes avec les autres, et d'étage en étage, par une série de trous irrégulièrement semés dans chaque lame et présentant un contour plus ou moins arrondi. Il résulte de cette disposition une série d'espaces ou de loges inter-lamellaires qui constituent des sortes de paniers élastiques communiquant plus ou moins régulièrement les uns avec les autres. Les cellules musculaires dont la direction générale est sensiblement perpendiculaire à celle de l'axe du vaisseau, sont contenues dans ces paniers. Les éléments contractiles sont exactement moulés sur les parois de la cage qui les contient ; ils affectent des formes bizarres, leur surface est sillonnée de crêtes d'empreinte formant des reliefs de moulage ; deux cellules musculaires juxtaposées sont souvent absolument dissemblables. Les fibres-cellules de l'aorte ont donc une forme irrégulière et bizarre ; elles sont munies de prolongements ou hérissées de pointes, mais, ce qui est typique, c'est que la cellule si irrégulière qu'elle soit présente une striation délicate dont les traits sont parallèles à sa direction axiale. L'isolement de ces cellules, assez analogues sauf la striation transversale à celle du cœur des chéloniens ou des grenouilles, est en général facile.

Elles ne sont pas soudées les unes aux autres, comme dans le cœur, de manière à former des chaînes. Un lambeau de l'aorte comprenant la membrane moyenne se laisse facilement dissocier dans un liquide quelconque, dans l'alcool au tiers par exemple ; les cellules et leurs prolongements rameux multiformes nagent en grand nombre dans le liquide additionnel, on peut les colorer à l'aide du picro-carminate, les monter dans la glycérine, et les conserver ainsi à l'état de préparation persistante.

Mais si, au lieu de l'aorte, de la pulmonaire, ou de la carotide primitive, on prend comme objet d'étude l'artère fémorale ou l'humérale, la configuration, les rapports réciproques de cellules de la membrane moyenne sont absolument changés. La différence est encore plus appréciable, sur les artères éloignées et de petit calibre telles que la tibiale antérieure et la pédieuse par exemple. Les fibres musculaires lisses sont alors disposées annulairement. Elles ne présentent plus d'expansions latérales importantes comme précédemment ; elles sont serrées les unes contre les autres en lits pressés et leur direction axiale est commune et concentrique. Au lieu de former des lames épaisses, le tissu jaune élastique est disposé sous forme de réseaux élégants. Ce sont des fibres élastiques qui forment les mailles de ces réseaux, disposés parallèlement à la direction des fibres musculaires et les enveloppant isolément ou par grappes comme le feraient les mailles délicates d'un filet.

Arrivons aux artérioles. La simplification du système d'enveloppe contractile est, ici, forte à son maximum. Au lieu d'être stratifiées par lits ou par couches les fibres-cellules sont disposées concentriquement à l'axe du tube artériel sur une seule rangée. Chacune d'elles entoure l'artériole comme le ferait un anneau, et pour constituer un sphincter continu elles se disposent de la façon suivante : sur une même face de l'artériole considérons deux cellules musculaires dont le noyau est situé sur une même génératrice ; ces deux cellules ne sont point adjacentes. Elles sont séparées par une série de cellules intercalaires disposées de telle façon que ces éléments fusiformes ne laissent sur aucun point, entre eux, la membrane interne de l'artériole à découvert. Pour réaliser cette disposition il est nécessaire que le plein des cellules fusiformes qui embrassent l'artère se déplace constamment le long de l'axe du vaisseau ; de telle sorte que le noyau qui sert de point de repère se déplace également et qu'une ligne qui unirait les noyaux des cellules successives décrirait une hélice tout autour du tube artériel. Aussi voit-on la série de noyaux se déplacer dans une direction hélicoïde, occuper d'abord la face antérieure de l'artère, puis son bord droit par exemple, sa face postérieure, son bord gauche, etc. Les fibres-cellules disposées annulairement ne se rejoignent pas toujours chef pour chef au niveau de leurs extrémités opposées, parfois un des chefs est excavé et reçoit le chef opposé dans cette excavation, mais c'est

(1) Voir les n°s 5, 8, 18, 22, 24, 33 35 et 39 de 1879 ; n° 6 de 1880.

surtout dans les couches longitudinales de la tunique musculaire de l'intestin que cette disposition est accusée. Dans la vessie elle existe aux deux pôles de l'élément contractile qui prend alors une forme étoilée sur laquelle J. Arnold a appelé l'attention.

Il convient actuellement d'étudier la configuration des tissus que forment les fibres-cellules en s'unissant entre-elles ou en se mélangeant à d'autres éléments anatomiques.

Lorsqu'il s'agit de plans musculaires tels que le revêtement contractile de l'intestin ou de la vessie, c'est-à-dire des membranes musculaires disposées en masses, deux procédés d'examen doivent être employés. 1° Lorsqu'il s'agit de membranes minces comme la vessie de la grenouille, par exemple, l'on tend l'objet d'étude par le procédé au tour de main de la demi-dessiccation, et on le soumet ou non à l'action des réactifs colorants. 2° Les masses musculaires considérables doivent être étudiées au point de vue de leur structure à l'aide de coupes méthodiques. Ces coupes sont avantageusement opérées soit après dessiccation du tissu dans l'étuve à 37°, soit après l'action successive de l'alcool, de la gomme et de l'alcool, après quoi on les colore et on les examine dans l'eau ou dans la glycérine.

Il est plus difficile d'examiner et d'analyser les fibres musculaires lisses mélangées au tissu conjonctif et disposées sous forme de plans, de rubans, de masses minimes. Les procédés que nous venons d'indiquer permettront cependant, dans la plupart des cas, de constater l'existence des fibres-cellules dans un tissu, et je n'insisterai pas davantage sur ce sujet. Mais une question importante à déterminer c'est le mode d'union des cellules musculaires entre-elles dans un ruban, un plan ou une masse musculaire. Tout ici semble indiquer l'existence d'un ciment intercellulaire résistant. Il est presque impossible de séparer les unes des autres des fibres musculaires dans les tissus frais, elles se brisent dans leur continuité plutôt que de se dissocier. Pour étudier leur mode d'union il est avantageux d'employer le procédé suivant : Nous injectons avec force par les artères dans une anse d'intestin du lapin comprise entre deux ligatures, une solution de nitrate d'argent à 5 p. 1000 ; cette anse ainsi injectée est plongée pendant une demi-heure ou une heure dans l'eau distillée. Au bout de ce temps, elle est fendue puis étalée sur la lame de verre; l'épithélium de la muqueuse intestinale est chassé par le pinceau et la préparation est examinée dans le baume de Canada. On peut aussi injecter la même solution de nitrate d'argent dans la jugulaire mince et transparente du lapin, traiter cette veine de la même façon que précédemment et la monter dans le baume ou la résine Damar. On voit alors que chaque fibre-cellule est séparée de la voisine par un trait de ciment marqué en noir par l'argent réduit. La direction des traits de ciment indique nettement celle des fibres et, dans l'intestin, les lignes noires se croisent perpendiculairement ou obliquement par plans indiquant la superposition des éléments musculaires.

Si l'on remplit la vessie de la grenouille avec de l'alcool dilué au tiers, et, si, après avoir enlevé la poche musculaire on la plonge, remplie qu'elle est par l'alcool dilué, dans une certaine quantité du même réactif, au bout de 24 heures l'épithélium se détache de lui-même et la membrane musculaire peut être tendue facilement sur la lame de verre. Elle est colorée à l'aide de l'hématoxyline, traitée successivement par l'alcool absolu et l'essence de girofle puis montés dans le baume. Les noyaux sont colorés en bleu intense, le corps des cellules musculaires en bleu moins foncé. Entre deux éléments juxtaposés se voit une mince ligne blanche brillante c'est la ligne de ciment répondant à la substance unissante qui soude entre elles les cellules musculaires. Ce ciment n'est jamais disposé sous forme de traits transversaux comme dans les fibres musculaires cardiaques. Au niveau des points où les éléments se bifurquent et s'engrènent les unes dans les autres il existe sous forme d'un trait mince et brillant. C'est à ces notions que se bornent nos connaissances sur la structure de la substance intercellulaire, mais un certain nombre de faits conduisent à penser que cette structure est plus compliquée qu'elle ne le paraît d'abord.

Nous ignorons, notamment, quels sont les rapports des pointes et des expansions filiformes des fibres-cellules et du ciment qui unit et sépare ces dernières. Nous ne savons nullement quelles sont les relations de ces pointes latérales ou terminales avec le ciment. Peut-être ce dernier présente-t-il une structure plus ou moins canaliculée ou tout au moins est-il traversé par un système de lacunes ou de canaux poreux.

Bubnoff a en effet montré que la migration des globules blancs peut s'opérer à travers la paroi des artères. Ceci revient à dire que les cellules migratices peuvent trouver un passage facile au travers des lignes de ciment intercellulaire. Quoi qu'il en soit la question qui nous occupe est encore actuellement obscure et appelle de nouvelles recherches.

La disposition des fibres cellules en ruban n'est pas la plus commune. Le plus fréquemment ces fibres sont disposées en réseaux anastomosés. C'est un point de rapprochement avec la configuration réticulée du myocarde. Quant au groupement des fibres entre elles, il est assez analogue à celui qu'on observe dans les muscles striés, les fibres cellules sont reliées d'abord en faisceaux secondaires, puis tertiaires, puis de quatrième ordre.

Dans ce groupement, chaque fibre-cellule se comporte comme le ferait dans un muscle volontaire un faisceau musculaire primitif. Ce fait est capital et sa valeur morphologique se comprend d'elle-même. Tandis que la fibre-cellule est un élément musculaire constitué par une masse de protoplasma renfermant un noyau et entouré d'une écorce contractile à striation longitudinale simple, la fibre musculaire du couturier de la grenouille, par exemple, est une cellule à noyaux multiples dont l'écorce musculaire est à la fois plus développée, plus compliquée, et adaptée par sa striation transversale au mode brusque de la contraction. Mais là se bornent les différences, et dans ces deux cas, si l'on se place au point de vue élevé de l'anatomie générale, les deux éléments présentent dans leur constitution une analogie frappante.

J'aurai peu de chose à dire des vaisseaux sanguins des muscles lisses. Ils sont contenus dans le tissu connectif interfasciculaire. Ils décrivent des mailles allongées, des sortes de paniers vasculaires qui circonscrivent les éléments contractiles et sont parallèles à leur direction. Ici encore l'analogie entre les deux ordres de muscles est complète et frappante. Je ne dirai qu'un mot des lymphatiques qui sont surtout connus dans les tuniques musculaires de l'intestin et dans l'utérus et qui forment un système de trajets, de confluents et de lacunes, analogues à ceux que nous avons étudiés dans le muscle cardiaque sous le nom de fentes de Henle.

En résumé, les fibres cellules représentent chacune un faisceau musculaire primitif : dans ce faisceau, la substance contractile est disposée sous forme de cylindres primitifs homogènes entourés de tous côtés par le protoplasma cellulaire, mais la substance musculaire n'est point ici morcelée comme dans les muscles à contraction brusque, c'est-à-dire que les surfaces de contact ne sont point multipliées par le mécanisme de la striation transversale.

Service médical du Palais de Justice. — M. le D^r Ch. Floquet vient d'être chargé du service médical du Palais de Justice. Cette institution, réclamée depuis longtemps, a été décidée à la suite du vote émis par le Conseil municipal de Paris, à la suite du rapport de M. Hovelacque.

Avis aux médecins aliénistes. — MM. les médecins aliénistes qui désireraient occuper le poste de médecin-directeur de l'asile de Marsens, canton de Fribourg, en Suisse, sont priés de s'adresser à M. J. Grangier, préfet de la Gruyère, à Bulle (Suisse) en lui remettant leurs diplômes ainsi que les certificats et autres recommandations dont ils pourraient disposer. Le traitement est de 6,000 fr. avec logement, jardin et autres avantages en nature.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les progrès du système métrique.

L'unification des poids et mesures dans les sciences médicales par l'adoption universelle du système métrique décimal n'a plus aujourd'hui ni à être défendue, ni à être louée : la question est sortie du domaine de la discussion pour entrer dans celui de la vulgarisation, et il ne reste plus qu'à enregistrer chaque année les progrès de cette idée, dont le complet développement promet d'être si fécond en résultats vraiment scientifiques.

C'est ce que nous allons faire brièvement, en mettant à profit les renseignements qui nous sont fournis par le plus ardent et le plus infatigable promoteur de la réforme métrique, le Dr E. Seguin (de New-York), dans une note intitulée « *La campagne métrique* de 1879 ».

Le 2 décembre 1878, l'*Académie des sciences de New-York* ouvre cette campagne par une notice historique sur le système métrique, et une leçon didactique sur la méthode physiologique propre à l'enseigner. Le 6 février 1879, la *Société médicale de New-York*, réunie à Albany, invite ceux qui lui présenteront ultérieurement des mémoires à adopter le système métrique dans toutes leurs communications.

Le 24 mars 1879, la même Société, conformément aux conclusions du rapport d'une Commission qu'elle avait nommée, vote une *résolution* d'après laquelle le système métrique doit, à l'avenir, être le seul employé dans les minutes de la Société, ainsi que dans tous les mémoires publiés sous son autorité.

Le 8 mai, à Atlanta, l'*Association médicale américaine* vote, à l'unanimité, les *résolutions* suivantes dont nous reproduisons la substance : elle adopte et emploiera dans ses transactions le système métrique international ; elle prend toutes les dispositions pour en assurer l'emploi dans les hôpitaux, dans les dispensaires, pour en provoquer l'adoption par les Sociétés locales de chaque Etat, pour en établir l'enseignement dans les écoles de médecine et de pharmacie : enfin, elle nomme séance tenante une Commission exécutive avec mission de donner à la réforme toute l'unité et toute la rapidité possibles.

Le 8 août, à Cork, l'Association médicale anglaise (*British medical association*) nomme pour « étudier les moyens d'introduire l'emploi du système métrique en médecine dans la Grande Bretagne » une Commission composée de MM. Cliffard Albutt, Lauder Brunton, Sieveking, Frazer, Harvey, Quain et Ernest Hart.

Le 28 août, à Montpellier (1), la section de médecine de l'*Association Française pour l'avancement des sciences*, adhère d'une façon unanime à la proposition du Dr Seguin de soutenir, devant le *Congrès médical d'Amsterdam*, la cause de l'uniformité des poids et mesures en médecine et en pharmacie.

Le 13 septembre, un projet dont le système métrique est la base est présenté au Congrès d'Amsterdam (2) par la Commission nommée dans ce but à Genève : les grandes lignes de ce projet sont les suivantes : opportunité d'une pharmacopée internationale, emploi du système métrique comme base de l'uniformité médicale, réduction à l'échelle métrique des échelles de tous les instruments, adoption d'un plan uniforme pour les observations cliniques comme pour les tables statistiques, réorganisation de la Commission de Genève affaiblie par la mort du Dr Wilkinson et du professeur Gubler.

La nouvelle Commission, nommée par le Congrès en assemblée générale est composée de MM. Lewis A. Sayre (de New-York), Dechambre (de Paris), Ernest Hart (de Londres), Warlomont (de Bruxelles), Guye (d'Amsterdam), Palasciano (de Naples), E. Seguin (de New-York), Gille (de Bruxelles) et Méhu (de Paris).

Ajoutons que, dans sa dernière réunion, la Société médicale du Delaware (Pensylvanie), a adopté sans réserves le système métrique, et voté une série de mesures propres à en faciliter les applications à la médecine et à la pharmacie.

On peut le voir par ce court résumé, l'année qui vient de s'écouler a été bonne pour le système métrique ; et ceux qui, comme le Dr Seguin, ont vu le but des premiers et n'ont, pour l'atteindre, marchandé ni le temps ni la peine peuvent dès à présent regarder l'avenir avec confiance, car ils savent que les progrès d'une idée féconde, ne se surajoutent pas seulement d'année en année, mais qu'ils se multiplient presque suivant les lois de la progression géométrique. Le temps est proche, où l'on ne parlera plus que pour mémoire et avec une sorte de curiosité rétrospective de ces poids et de ces mesures que M. le professeur Charcot qualifiait naguère légitimement de « gothiques » et où la médecine, devenue réellement une science, grâce aux robustes doctrines et aux méthodes précises de notre époque, rencontrera dans le système métrique universalisé ce que toute vraie science cherche — et trouve, — un *modus intelligendi* qui ne soit à la merci ni d'une langue, ni d'une frontière.

R. de Musgrave-Clay.

(1) V. *Progrès médical* 1879, n° 36, p. 705.
(2) V. *Progrès médical* 1879, n° 40, p. 783.

Installation d'appareils frigorifiques à la Morgue. Rapport de M. le professeur Brouardel.

Le *Progrès médical* a déjà fait part à ses lecteurs de l'arrêté préfectoral du 6 octobre 1879, en vertu duquel une Commission (1) fut nommée à l'effet d'examiner les différents systèmes proposés pour l'installation d'appareils frigorifiques à la Morgue, et de désigner le système qui présenterait le plus d'avantages tant sous le rapport de la valeur scientifique que sous le rapport économique.

Cette Commission constitua une Sous-Commission, dont le rôle fut d'examiner les installations des divers systèmes frigorifiques susceptibles d'être appliqués à la conservations des cadavres déposés à la Morgue. M. Brouardel fut naturellement appelé à rendre compte des travaux de cette Sous-Commission. Aujourd'hui, nous allons analyser le rapport de M. Brouardel, qui est tout à la fois un chapitre médico-légal et un sujet d'actualité. Ce rapport présente trois parties à étudier : la première vise les conditions dans lesquelles les cadavres doivent être conservés ; la deuxième concerne les conditions dans lesquelles l'installation peut se faire à la Morgue ; la troisième est une discussion de comparaison entre les divers procédés proposés pour refroidir le dépôt des morts.

(1) Voir les nos 42 et 51 de 1879.

I. Partant de ce principe qu'il y a lieu de rejeter tous les procédés de conservation dans lesquels des substances chimiques sont mises au contact des cadavres, M. Brouardel déclare qu'on peut arrêter la putréfaction des corps en les déposant dans un milieu d'air froid et sec. Pour atteindre ce but, il convient de faire séjourner les corps, d'abord dans une chambre à 15 ou 20° au-dessous de zéro, puis dans un autre endroit définitif où la température sera maintenue au-dessous de 0°.

Au moment de l'autopsie, en effet, il est préférable que le cadavre soit dégelé ; mais, dans quelques cas particuliers, lorsqu'il s'agit de blessures, par exemple, la persistance de la congélation peut être très précieuse en conservant les rapports des viscères et en permettant de suivre le trajet d'un instrument vulnérant quelconque. Dans ces derniers temps, grâce à l'abaissement prolongé de la température, M. Brouardel a pu faire à la Morgue plusieurs expériences, très démonstratives, sur des cadavres qu'il a successivement congelés et dégelés; il en est résulté que la congélation n'entraînait dans les tissus aucune modification capable de nuire à une expertise : le sang ne rompt pas les vaisseaux qui le renferment et les viscères ne subissent aucun changement important. Au surplus, la congélation est un procédé fort en honneur dans les laboratoires d'histologie. Toutefois, les muscles et le sang présentent quelques modifications : les disques de Bowmann se laissent dissocier et les globules sanguins pâles perdent leur hémoglobine qui se dissout dans le sang.

Si la congélation est maintenue pendant plusieurs mois, les corps perdent un dixième de leur poids et les muscles n'ont plus la faculté de se putréfier, ainsi que cela ressort des expériences de MM. Tellier et Brouardel. Toutes ces considérations déterminent la Sous-Commission à adopter les deux propositions suivantes : 1° soumettre, à leur arrivée à la Morgue, les corps que l'on veut conserver à une température de — 15 à — 20° ; 2° les porter ensuite dans une chambre dont la température oscillera entre — 4 et — 1°.

II. La salle d'exposition de la Morgue doit contenir l'appareil destiné à refroidir et à maintenir, à une température basse, les cadavres qui sont susceptibles de rester un temps plus ou moins long exposés aux yeux des visiteurs. Actuellement, l'espace utilisable pour le déplacement des cadavres est assez restreint et l'espace inutile relativement considérable. C'est pourquoi il est légitime de modifier cette vaste salle, afin qu'elle réponde à tous les besoins. Quant à l'installation de l'appareil qui sera adopté, M. Brouardel insiste sur la nécessité d'apporter quelques modifications, au terrain peu solide sur lequel la Morgue est établie, en construisant des assises larges et rassurantes. Pour ces mêmes motifs, il convient de remplacer les moteurs à vapeur par des moteurs à gaz.

III. Passant en revue les divers projets qui lui ont été soumis, la Sous-Commission, par l'organe de son rapporteur, élimine les procédés dans lesquels des substances chimiques sont placées au contact des cadavres, rejette également les procédés dans lesquels la température ne pourrait être abaissée au-dessous de zéro, et arrête son attention sur les procédés qui utilisent le froid produit par le changement d'état d'un corps qui passe de l'état liquide à l'état gazeux, à une température très basse. Ces derniers sont successivement rejetés, en raison des nombreux inconvénients qui résultent de la déperdition journalière des liquides employés, de la possibilité de fuites et d'altération des métaux formant parois. Enfin, la Sous-Commission a adopté, pour conserver par le froid les cadavres à la Morgue, le procédé de MM. Giffard et Berger. Dans ce procédé, la matière utilisée est l'air atmosphérique. « De l'air est pris à l'extérieur comprimé à 2 ou 3 atmosphères ; pendant cette compression, l'air perd une quantité de chaleur qui est enlevée par l'eau baignant les parois du condenseur ; puis cet air s'échappe de l'appareil et, en reprenant son volume, il subit un refroidissement qui, au point de sortie, peut être inférieur à — 50 degrés. » Le procédé Giffard coûtera 60,000 fr. A. J.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Températures locales. — M. R. LÉPINE envoie de Lyon une note relative aux températures locales chez les phthisiques. Sur un certain nombre de malades porteurs de cavernes pulmonaires, M. Lépine a constaté qu'il n'existait pas de différence de température entre la région du thorax correspondante à la caverne pulmonaire, et la région de l'aisselle ou du bras voisin. C'est ainsi que, chez un malade, le thermomètre marquait 39°,6 au thorax et 39°,6 à la face interne du bras. En résumé, d'après M. Lépine, l'hypérémie cutanée, chez les phthisiques, peut exister aussi bien dans la région du bras que dans la région du thorax.

M. REGNARD suppose que, si des observateurs également expérimentés sont arrivés à des résultats différents au point de vue des températures locales, ils ont dû se servir de mauvais instruments.

Paralysie dissociée de la 3e paire dans la syphilis cérébrale. — M. Parinaud lit une note sur deux cas de paralysie dissociée de la 3e paire.

Il n'est pas très rare d'observer des paralysies de la 3e paire sans mydriase et sans paralysie de l'accommodation. On admet alors que le filet moteur du ganglion ophthalmique est fourni par la 6e paire. Sans nier cette anomalie, M. Parinaud croit qu'on l'invoque pour des faits justiciables d'une autre interprétation.

Cette forme de paralysie peut, en effet, être produite par des lésions intra-cérébrales, et constitué une variété de paralysie dissociée répondant à des lésions isolées des filets nerveux qui composent la 3e paire.

M. Parinaud en a observé récemment deux exemples chez des malades dont les observations sont à peu près identiques.

Dans les deux cas, on trouve une syphilis bien avérée, dont les accidents primitifs remontent chez l'un, à 18 ans, chez l'autre à 19 ans. La paralysie a été précédée de céphalie nocturne, elle siége à gauche et intéresse tous les muscles innervés par la 3e paire, sauf le constricteur de l'iris et le muscle de l'accomodation. Les deux pupilles sont égales et se contractent assez bien sous l'influence de la convergence et de la lumière.

Pourquoi, dans les cas de ce genre, s'agit-il d'une paralysie dissociée de la 3e paire et non d'une anomalie anatomique ? Il y a à cela deux raisons, d'après M. Parinaud. La première, c'est qu'on peut observer la contre-partie, c'est-à-dire la paralysie isolée de l'iris et de l'accommodation d'origine cérébrale. Dans un cas, il a vu ce symptôme précéder pendant deux ans la paralysie complète de la 3e paire. La seconde, c'est que cette forme de paralysie s'observe dans des conditions particulières et paraît spéciale à des lésions cérébrales tardives de la syphilis. Dans tous les cas de ce genre observés par M. Parinaud, les accidents primitifs remontaient à quinze ou vingt ans. M. Fournier a déjà signalé des paraly-

sies isolées de certains muscles de l'œil, et a insisté sur leur signification dans la syphilis. La paralysie de la 3e paire, sans mydriase, est un phénomène du même ordre, et elle indique une lésion qui intéresse non pas le nerf lui-même, mais ses noyaux d'origine et peut-être les centres encore plus profondément situés.

En dehors de la valeur clinique qu'elle peut avoir, cette forme de paralysie, rapprochée des lésions qui la produisent, pourra donc permettre de préciser le siége des centres d'innervation des différents filets de la 3e paire, comme cela a été réalisé pour celui du releveur de la paupière supérieure, par les observations de Landouzy et Grasset.

Cette dissociation ne suppose pas nécessairement une lésion des centres périphériques auxquels tous les muscles commis à la volonté doivent correspondre, elle peut s'expliquer par des lésions protubérantielles qui intéressent partiellement le noyau d'origine très étendu de la 3e paire. En rapprochant les faits cliniques des expériences de Hensen et Wœlkern, la paralysie de la 3e paire sans mydriase correspondrait à une lésion siégeant au-dessous des tubercules quadrijumeaux, tandis que la paralysie limitée à l'iris et à l'accommodation impliquerait une lésion située plus en avant, dans le 3e ventricule, au-dessous de l'orifice de l'aqueduc de Sylvius.

Marche de la dégénération secondaire dans les lésions motrices corticales. — M. Pitres fait une communication sur la marche de la dégénération secondaire dans les lésions motrices corticales. Sur un grand nombre de cerveaux atteints de diverses lésions de la substance corticale, l'auteur n'a trouvé de granulations que dans les fibres blanches directement sous-jacentes à la lésion. De même, dans la capsule interne, la dégénération n'occupait qu'un point ou une zone limitée.

Dans la moelle, les points dégénérés ne sont pas groupés par régions, d'après les points de la substance corticale primitivement lésés Cependant, M. Pitres a pu reconnaître plusieurs particularités intéressantes relativement au siége. Ainsi lorsqu'il s'agit d'une lésion corticale occupant le lobule paracentral, la dégénération de la moelle intéresse toute l'étendue du cordon antéro-latéral du côté opposé. Si, au contraire, la lésion corticale se trouve limitée aux parties inférieures de la région motrice, la dégénération ne s'étend pas à la moelle dans toute sa longueur; elle s'arrête, soit au niveau du renflement cervical, soit au niveau du renflement lombaire. M. Pitres ajoute encore que les corps granuleux indiquant l'altération de la moelle sont déjà appréciables vers le dixième jour de la lésion cérébrale corticale.

Visibilité des points et des lignes. — M. Manolesco donne lecture d'une note relative à la vérification expérimentale du récent mémoire de M. Javal sur les points lumineux. L'auteur arrive à cette conclusion : que la visibilité des points et des lignes est proportionnelle à la quantité de lumière qui entre dans l'œil.

Altération des nerfs cutanés dans l'ecthyma. — M. Leloir a examiné au microscope des fragments de peau provenant d'un paralytique général qui avait des pustules d'ecthyma; et il a pu se rendre compte des altérations que subissent les nerfs cutanés au niveau des pustules. On constate dans ces nerfs une augmentation de volume des noyaux, la segmentation de la myéline et la disparition du cylindre axe.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 février 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. Giraud-Teulon présente une *échelle optométrique* qui n'est au fond qu'une seconde édition, avec transformation dans le système, métriquede celle qu'il a présentée au congrès international ophthalmologique de 1862, en y ajoutant quelques améliorations de détail. Comme cette dernière, elle repose sur la détermination du plus petit angle sous lequel peuvent être distingués l'un de l'autre deux objets de même étendue séparés par un intervalle de même dimension qu'eux-mêmes, chacune de ces unités répondant ainsi à la dimension même de l'élément rétinien isolateur des sensations, le batonnet. A ce point de vue elle diffère totalement des échelles qui, adoptant pour dimension du trait élémentaire la même unité que celle-ci, consistent en lettres ou figures isolées se détachant sur un fond clair, ou inversement. Dans ces dernières, trait, dessins isolés, la limite de perceptibilité de la forme du trait optométrique, ce qu'on appelle la visibilité simple, varie avec l'éclairement, c'est-à-dire que si, par un éclairage donné, l'on suppose qu'on ait atteint la limite de cette visibilité, il suffit d'accroître la quantité de lumière incidente pour reculer la limite précédemment obtenue. Dans celles de M. Giraud-Teulon, fondées sur le *minimum separabile*, pour toute distance pour laquelle ce minimum n'est pas atteint, tous les optotypes de l'échelle agissent sur l'élément photo-esthesique avec une intensité lumineuse égale et constante; principe qui élimine l'influence de l'éclairement comme facteur différentiel entre eux. La limite des déterminations comparatives est donc absolument indépendante de l'éclairage. L'échelle est en outre adaptée à la méthode d'Otto-Becker pour la détermination de l'astigmatisme, aussi bien qu'à la méthode de Donders, au moyen de zones circulaires de groupes de lignes, dont l'épaisseur et l'écart correspondent à la dimension des optotypes. L'échelle est alors également applicable à toutes les nationalités.

M. Riche fait la lecture de plusieurs rapports sur les *remèdes secrets* dont les conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. Houzé de l'Aulnois lit un travail sur le *traitement de l'hydrocèle* par les injections de perchlorure de fer.

M. Pasteur fait une communication sur les maladies virulentes et en particulier sur le choléra des poules — Dans des séances ultérieures, M. Pasteur a démontré que cette maladie des poules était due à un microbe, parfaitement défini. Or, ce microbe, placé dans un milieu de culture favorable, se multiplie rapidement. Si, dans ces conditions, on dispose une goutte d'une semblable culture sur un morceau de pain ou de viande et qu'on le destine à la nourriture des poules, on ne tarde pas à se persuader de ses effets putrides, car il engendre le choléra avec toutes ses conséquences. Une vingtaine de poules auxquelles on inocule ce virus ne tardent pas, le plus souvent, à succomber; mais, qu'on inocule à vingt autres poules ce virus ainsi altéré et transformé une première fois, et on pourra contrôler ce fait que les dernières poules ne meurent pas, mais sont simplement indisposées. Dans le choléra des poules, le fait dominant est l'existence d'un agent purulent qui n'est autre qu'un parasite microscopique, un microbe; en outre, en dégénérant ce virus par des inoculations et des cultures multiples et successives, il est possible qu'on arrive à définir, à produire une véritable vaccine.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 mai 1879. — Présidence de M. Charcot.

19. Rapport sur la candidature de M. Bidé au titre de membre-adjoint de la Société anatomique; par M. de Beurmann.

Pour appuyer la candidature de M. Bide au titre de membre-adjoint de la Société anatomique, permettez-moi de rappeler une présentation qu'il fit l'année dernière, relativement à un sujet qui fixa longtemps votre attention. Nous voulons parler des *localisations cérébrales*. Il y était question d'un homme atteint d'une fracture du crâne, avec enfoncement, qui avait pour siége la région pariétale gauche. Cette fracture avait déterminé une monoplégie brachiale du côté droit constatée le surlendemain de l'accident, c'est-à-dire dès l'arrivée du blessé à l'hôpital.

Une crise épileptiforme se manifestait quatre jours après, puis tout rentrait dans l'ordre jusqu'au mois suivant, époque à laquelle réapparaissait de nouveau la monoplégie brachiale. En fin de compte, trois mois après l'accident, le blessé succombait dans le coma précédé d'attaques éclamptiques du côté droit.

L'autopsie fit constater un enfoncement de 8 à 9 millimètres de la table interne, au niveau du point fracturé et, vis-à-vis, sur la couche corticale du cerveau, une lésion située *entre le*

fer à cheval du pli courbe et la partie moyenne de la pariétale ascendante. Cette lésion a produit la monoplégie brachiale, elle confirme donc la loi des localisations.

On constatait également de la méningite de la base, plus un abcès dans le centre ovale. Cette deuxième lésion nous paraît plus tardive et pourrait être mise sur le compte des tentatives d'exploration pratiquées quelques jours seulement avant l'explosion des derniers accidents, ainsi que le relate l'observation.

Aussi, croyons-nous qu'il ne faut point en tenir un trop grand compte, dans la discussion, de l'opportunité de la trépanation, qui fut soulevée lors de la présentation.

L'enfoncement prouve une fois de plus que, si l'on applique le trépan, il faut relever les esquilles de la table interne, sous peine de voir l'opération frappée de nullité. Il en fut ainsi, au dire de M. Houel, chez un malade de Desault et un autre de Denonvilliers.

On pourra soutenir, avec une apparence de raison, que dans ce cas particulier, l'opération n'eût point sauvé le malade.

Pourtant les partisans de la trépanation y trouveront toutes les raisons désirables en faveur de l'intervention : 1° fracture avec esquilles; 2° enfoncement et hémiplégie, et surtout en troisième lieu, *hémiplégie avec un signe local correspondant.*

Cinq jours après l'accident, lors du développement des convulsions, du délire, etc., etc., le temps d'agir était passé. En tout cas, il n'est point démontré que la trépanation faite, à *titre préventif*, dès l'entrée du malade, eût aggravé sa situation.

D'ailleurs, il est fort intéressant de suivre, par le récit clinique et la description anatomique des lésions, la production successive de tous les désordres qui entraînèrent la mort, et cette observation contribuera certainement à éclairer ce point encore discuté de pratique.

Nous pourrions insister sur d'autres communications importantes faites par M. Bide. Qu'il nous suffise d'en citer une, relative à un sarcôme ossifiant de la voûte crânienne, et une autre concernant une plaie abdominale suivie très tardivement d'une *hernie totale* du grand épiploon et d'une *entérocèle étranglée.*

20. Des lésions hépatiques consécutives à l'oblitération congénitale des voies biliaires; par M. Porak, chef de clinique-adjoint d'accouchements.

Les observations rapportées par les auteurs à l'oblitération congénitale des voies biliaires ne sont pas très rares. Dans un mémoire récent, publié en danois, Hirschforung a réuni douze de ces observations. Je n'ai connaissance de ce mémoire que par une analyse rapportée dans le *Schmidt's Jahrbuch.* On n'y trouve pas de détails anatomiques ayant trait aux points sur lesquels je désire plus particulièrement insister.

J'ai réuni, de mon côté, les observations suivantes : Donot (1828), Lhommeau (1842), Campbell, 2 obs. (1847), Rhomberg et Henoch (1851), Graves et Stokes, Vilks, Heschl (1865), Pearson, Murchison, Klein, Binz, 2 obs. (1866), Roth (1868), Freund (1875), K. Lotze (1876), Hennig, 3 obs. (1876), Wickham Legg (1877), Morgan (1878). Je mentionnerai encore un cas de Kœstlin. dont je n'ai pas pu me procurer la relation. Virchow. F. Weber ont constaté cette lésion, mais ils ne publient pas le résultat de leurs observations.

Wickham Legg aurait relaté 11 cas d'oblitérations congénitales des voies biliaires dans un journal anglais que je n'ai pas consulté.

Les détails anatomiques manquent ou consistent dans la simple mention d'oblitération des voies biliaires, à propos des faits rapportés par Donop, par Campbell, par Graves et Stokes, par Vilks, par Pearson, par Klein. Je ne puis donc utiliser seulement que les treize observations qui restent. Quelques-unes d'entre elles sont d'ailleurs manifestement écourtées ; elles n'ont donc qu'une valeur très relative.

De ce que certaines lésions ne sont pas indiquées, on ne peut pas en conclure qu'elles n'aient pas existé, mais seulement qu'elles n'ont pas été vues ou qu'elles n'ont pas été recherchées.

J'étudierai successivement l'anatomie pathologique : 1° des voies biliaires ; 2° du foie à la suite de l'oblitération congénitale des voies biliaires.

1° *Voies biliaires.* — Quoique le titre de toutes ces observations signale une oblitération congénitale des voies biliaires, il y en a quelques-unes qui dépendent bien certainement d'une oblitération consécutive à la naissance. Ainsi, dans plusieurs de ces observations, on ne précise pas le moment de l'apparition de l'ictère, on se contente de la mention : Jaunisse dès les premiers jours de la naissance. Ce n'est pas suffisamment net, car, pour qu'il y ait oblitération congénitale, il faut nécessairement qu'il y ait ictère congénital. Spécialement, Hennig indique, dans la première de ses observations, que l'ictère survint au deuxième jour, dans la seconde, qu'il ne survint que quelques heures après la naissance, et, dans ce cas, le méconium n'était pas décoloré, les selles ne furent blanches que plus tard. Morgan indique que l'ictère ne survint que le dixième jour. Voilà des cas où bien évidemment l'oblitération des voies biliaires fut tardive.

Mais, quoi qu'il en soit, du moment où l'oblitération s'est constituée, sous quel aspect, à quelle hauteur se présente cette altération?

Dans un seul cas, on n'a pas constaté la moindre trace des conduits biliaires. Ordinairement, on retrouve en partie les conduits biliaires.

L'oblitération porte, le plus généralement, sur le canal cholédoque, mais il peut porter aussi sur le canal cystique ou le canal hépatique.

La vésicule biliaire manque rarement, mais elle est transformée en un conduit du volume d'une plume de corbeau.

Deux fois seulement, les canaux biliaires étaient dilatés au-dessus du point oblitéré, et cette dilatation a pu être observée dans le tissu hépatique.

Le plus souvent, on n'a pas pu suivre les canaux biliaires au-dessous du point oblitéré, mais il n'est pas bien certain qu'on les ait cherchés dans tous les cas. D'autres fois, au contraire, le trajet du canal cholédoque était nettement dessiné par un petit cordon fibreux. Dans un cas, l'oblitération ne portait pas en un point limité, mais sur tout le système des conduits biliaires, de telle sorte que ceux-ci étaient remplacés dans le tissu hépatique lui-même par de petits cordons fibreux.

Dans l'immense majorité des cas, on n'a pas constaté de bile dans les parties perméables des conduits hépatiques, mais bien un liquide filant, tantôt blanchâtre, tantôt grisâtre.

D'ailleurs, ces détails anatomiques n'ont pas toujours été pris avec une rigueur suffisante pour donner à cette description un cachet de certitude absolue. C'est d'autant plus fâcheux que nous ne pourrons pas nous appuyer sur cette relation pour trancher d'une façon définitive la nature de ces lésions.

On sait qu'il existe deux théories de mode de développement du foie : les canaux biliaires résultant d'un bourgeonnement de l'intestin et les cellules hépatiques se groupant ultérieurement autour d'eux (de Baer, Remak) ; le foie se développant dans un blastème spécial, donnant naissance à des conduits s'ouvrant ultérieurement dans le tube digestif, dont il n'emprunterait que le revêtement épithélial (Gœtte, Schenk).

Les observations précédentes, si elles étaient bien prises, pourraient peut-être nous permettre de trancher cette question délicate et discutée d'embryogénie. Non seulement les lésions ne peuvent pas nous éclairer à ce sujet, mais même elles ne semblent pas résulter d'un arrêt de développement.

Je crois qu'il s'agit là d'une véritable maladie fœtale, ou d'une véritable maladie du nouveau-né : qu'on observe une angiocholite adhésive. Cela est au moins bien évident pour les quelques observations où la maladie a bien certainement surgi après la naissance. Quant aux observations où elle s'est développée pendant la vie intra-utérine, la mention de la persistance des gros conduits biliaires sous l'aspect d'un cordon fibreux plein, semble faire supposer qu'ils ont été perméables à un moment donné. Les auteurs ont omis de nous

donner des renseignements exacts et circonstanciés sur les caractères du méconium. C'est une lacune regrettable, car si on y avait constaté la présence de la bile, on aurait pu en conclure la perméabilité des voies biliaires à un moment déterminé. Dans l'une des observations, le canal cholédoque n'est oblitéré que sur une petite partie de son trajet, de telle sorte qu'on pouvait introduire un stylet dans le bout supérieur hépatique et dans le bout inférieur intestinal. Cette particularité ne fait guère supposer un arrêt de développement. Je conclus donc que, suivant toute vraisemblance, l'oblitération congénitale ou consécutive à la naissance est due à une angiocholite adhésive.

2° *Foie.* — Je ne reviens pas sur les lésions des canaux biliaires intra-hépatiques; dans deux cas ils étaient dilatés, dans un cas transformés en un cordon fibreux, dans un autre cas nuls.

Je veux surtout relater les détails qui ont rapport au parenchyme hépatique lui-même.

On ne fait mention des lésions hépatiques que dans les cas de Lhommeau, Murchison, Roth, Freund, Hennig, Lotze, Morgan. On trouve simplement et sans autres détails la mention de foie ictérique dans les observations de Murchison, de Hennig; Murchison ajoute cependant qu'il y avait des adhérences péritonéales sur la face convexe du foie. C'est une désignation beaucoup trop vague pour que nous la considérions comme ayant quelque valeur.

Lhommeau dit que le foie était hypertrophié, d'une coloration vert-olive; Roth qu'il était hypertrophié, dense, que sa coupe était verte; Freund, qu'il était volumineux, très dense, criant sous le scalpel, l'examen histologique a appris qu'il y avait une hépatite interstitielle avec absence des conduits biliaires; K. Lotze, qu'il était hypertrophié et dur comme du cartilage; sa coupe était verte. Il y avait des adhérences péri-hépatiques. A l'examen microscopique, on constata une hyperplasie du tissu conjonctif péri-lobulaire avec dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques; on trouvait encore beaucoup de cellules infiltrées de pigments biliaires, et, par-ci par-là, des cristaux de bilirubine; Wickham Legg qu'il est hypertrophié, granuleux, de couleur olivâtre, et qu'il est manifestement le siége d'une cirrhose extra-lobulaire, analogue à celle qui est observée chez les animaux à la suite de la ligature du canal cholédoque; Morgan, qu'il est hypertrophié et qu'il y a de la congestion des capillaires et de la capsule de Glisson.

Ainsi donc, un grand nombre d'observateurs ont mentionné l'hypertrophie du foie, les autres ont donné des détails suffisamment précis pour que l'on en conclue qu'il y avait de la cirrhose péri-lobulaire.

D'autres auteurs n'ont rien indiqué à propos du volume et des particularités présentées par le foie. On ne peut pas en conclure qu'il n'y avait aucune lésion. Je crois même, en raison de la fréquence avec laquelle la cirrhose hypertrophique est indiquée, d'autant plus que les observateurs n'ont pas cherché à expliquer cette cirrhose par l'oblitération des voies biliaires, que cette cirrhose a dû exister dans presque toutes les observations.

Un auteur fournit cependant un cas exceptionnel, cas très instructif. Romberg et Henoch précisent que le foie, dans le cas qu'ils ont observé, était d'un tiers plus petit que normalement, qu'il était consistant et d'un vert-olive. Cette exception est très intéressante, et, pour arriver à l'expliquer, disons immédiatement que l'enfant dont il s'agit vécut assez longtemps, malgré l'oblitération des voies biliaires; il vécut cinq mois et demi.

Les auteurs, sauf Wickham Legg, n'ont pas indiqué la relation qui existe entre ces lésions hépatiques et l'oblitération des voies biliaires, et c'est surtout le point particulier que je me proposais de mettre en lumière.

Ces lésions hépatiques sont d'autant plus intéressantes que leur pathogénie est expliquée par l'expérimentation sur les animaux. Ces expériences ont été faites par Leyden, par Heinrich Mayer, surtout par Wickham Legg, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Mais c'est surtout à MM. Charcot et Gombault qu'on doit les détails les plus précis sur les lésions qui résultent de la ligature expérimentale du canal cholédoque.

MM. Charcot et Gombault ont fait leurs expériences sur les cochons d'Inde. Ils ont démontré que, consécutivement à la ligature du canal cholédoque, il survenait très rapidement de la dilatation des canaux biliaires intra-hépatiques et, consécutivement, une hyperplasie conjonctive péri-canaliculaire.

Rien aux vaisseaux hépatiques. Consécutivement à la lésion que je viens de rappeler, il y a des prolongements conjonctifs à la périphérie et dans les lobules hépatiques, qui sont atrophiés et déformés. Mais ces prolongements ne sont jamais assez considérables pour atteindre la veine centrale. Cette lésion est donc de la cirrhose hypertrophique; elle détermine, en effet, une augmentation de volume du foie. Les cellules hépatiques subissent des altérations, elles disparaissent par dégénérescence vitreuse et par atrophie.

Enfin, il n'est pas impossible que cette cirrhose hypertrophique se transforme plus tard en une cirrhose atrophique. Cela est d'autant plus probable qu'elle a été observée dans une expérience de W. Legg, où la mort survint tardivement chez l'animal.

Donc, à la suite de la ligature expérimentale du canal cholédoque, on observe, à brève échéance, la dilatation intra-hépatique des canaux biliaires avec hyperplasie du tissu cellulaire péri-canaliculaire, lésion qui aboutit à la cirrhose hypertrophique avec atrophie simple ou vitreuse des cellules des lobules hépatiques. Il n'est pas impossible que, dans un stade plus avancé, la cirrhose hypertrophique soit remplacée par la cirrhose atrophique.

Ce sont justement ces faits expérimentaux qui trouvent dans l'observation clinique une éclatante confirmation. En général, on constate, en effet, la cirrhose hypertrophique, plus rarement la cirrhose atrophique. Il est vrai qu'on n'a jamais noté la dégénérescence vitreuse des cellules hépatiques, tandis que la dégénérescence granulo-graisseuse, rarement observée à la suite des expérimentations sur les animaux, paraît être plus fréquente à la suite de l'oblitération pathologique des voies biliaires.

Si j'avais voulu faire une étude complète des lésions consécutives à l'oblitération congénitale des voies biliaires, il me resterait à signaler les troubles observés dans les autres organes; ces lésions sont très multiples et leur étude n'est pas le but que je me propose actuellement.

Séance du 9 mai 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

21. Kyste tendineux du creux poplité; par CH. FÉRÉ.

M. FÉRÉ. Cette pièce est une simple curiosité d'autopsie; elle a été trouvée à l'Ecole pratique sur un homme d'âge moyen. On voit saillir dans la gouttière formée par le demi-membraneux et le jumeau interne une tumeur peu tendue et donnant une sensation de fluctuation peu nette, grosse comme un petit œuf de pigeon, dont l'axe longitudinal est oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, et dont l'extrémité supérieure ne dépasse pas l'interligne articulaire du genou. La partie postérieure ne présente aucune adhérence et est à peu près lisse, sauf le bord interne recouvert par le demi-membraneux auquel elle est très-adhérente, de même qu'au jumeau; elle paraît tout d'abord développée aux dépens de la bourse qui sépare ces deux muscles; la pression, même dans la flexion du genou, ne fait pas diminuer le volume de la tumeur, qui ne se réduit pas non plus quand on a ouvert l'articulation, et écarté les surfaces articulaires. Ce n'est que lorsque toutes les parties périarticulaires ont été coupées, sauf du côté interne et qu'on a pu faire une flexion latérale, qu'on a pu voir entre le tendon du jumeau et le ligament latéral une ouverture en forme de fente verticale, mais qui pouvait s'ouvrir assez pour laisser pénétrer la pulpe de l'index et conduisait de haut en bas dans le kyste qui contenait une masse gélatiniforme, analogue par sa consistance et sa coloration à de la gelée de pommes. En isolant complétement la poche, on put voir alors qu'elle contournait le bord interne du jumeau pour passer en avant et communiquer avec l'articulation.

M. TERRILLON. Je me suis occupé des bourses séreuses de

la région poplitée. Le kyste que l'on présente me paraît s'être développé dans la bourse qui sépare le demi-membraneux du jumeau interne. D'ordinaire, cette bourse ne communique pas avec l'articulation, tandis que la bourse du jumeau communique.

M. Th. Anger. J'ai eu l'occasion d'opérer un kyste développé dans la bourse du jumeau interne. Une arthrite est apparue après la ponction et l'injection. Il résulte de mes propres recherches que, dans l'extension complète de la jambe, la communication est interrompue entre la cavité articulaire et le kyste.

M. Houel rappelle qu'il est souvent fort difficile, comme l'a montré M. Gosselin, de faire refluer le liquide contenu dans un kyste développé au voisinage ou aux dépens d'une grande cavité séreuse.

22. Médullites et phlébites suppurées chez un sujet mort d'infection purulente; par le Dr Schmit, aide-major à l'hôpital militaire de Versailles.

Germain Paul, 24 ans, 2e soldat au 85e de ligne, entre à l'hôpital de Versailles, service de M. Hemard, le 27 novembre 1878, pour une tumeur blanche du genou droit.

Après avoir essayé tous les modes de traitement (immobilité, compression, pointes de feu répétées) et ce jeune soldat présentant les signes stéthoscopiques de la tuberculose tout à fait à son début, M. Hemard pratique le 5 avril 1879 l'amputation de la cuisse aussi près que possible de l'articulation : petit lambeau antérieur, sutures superficielles, drain dans la plaie.

Pendant les cinq jours qui suivirent, le malade fut aussi bien que possible : le matin même, et notre attention venait d'être attirée sur ce point par les récentes paroles de M. Trélat à la Société de chirurgie, nous avions constaté le bon état du moignon et l'adhérence de l'os avec les parties molles.

Le lendemain, sous l'influence de mouvements brusques du malade très nerveux et très pusillanime ces adhérences se rompirent pendant le pansement. Pendant quatre jours encore tout alla bien ; la plaie était granuleuse, le pus abondant et bien lié ; la température voisine de 38° le matin et 39° le soir ; mais le 14 avril, après la visite, un grand frisson se montra. Dès lors l'infection purulente se caractérisa : teint plombé, vomissements, frissons répétés, douleurs dans l'articulation scapulo-humérale gauche : dessèchement et aspect verdâtre de la plaie, remarquons surtout que des douleurs violentes se firent sentir dans le moignon pendant les derniers jours de la vie. Mort le 23 avril, dix-huit jours après l'opération.

Autopsie. — Cavités thoracique et abdominale : les deux poumons sont très adhérents à la paroi thoracique. Ils sont criblés de tubercules que leur forme arrondie et non pyramidale, leur siége sans prédilection pour la périphérie de l'organe, leur paroi épaisse ne permettent pas de confondre avec des abcès métastatiques.

Cavité crânienne. — Les méninges sont congestionnées ; on voit sur l'hémisphère droit, au niveau de la scissure de Sylvius, un liquide manifestement purulent sous la pie-mère.

L'articulation scapulo-humérale gauche est remplie de pus. Pas de dépoli des cartilages ni même de rougeur de la synoviale. Entre la paroi thoracique et le grand pectoral et le sous-scapulaire se trouve un vaste foyer purulent, limité en haut par la clavicule, la veine sous-clavière et le bord supérieur de l'omoplate ; en bas, par la sixième côte.

Cette partie de la veine sous-scapulaire est remplie par un long caillot fibrineux blanc de formation bien antérieure à la mort.

Nécropsie du moignon. — Au voisinage de la plaie aucun foyer purulent. L'os ne présente à sa surface sectionnée, aucun bouchon, aucune trace d'un travail de cicatrisation. La moelle qu'on ne trouve qu'à deux centimètres de profondeur offre l'aspect d'une bouillie verdâtre et putréfiée. Le périoste est décollé, détaché de la surface osseuse.

La paroi du fémur est rouge mais il n'y a pas de pus entre la membrane et l'os. Celui-ci, fendu dans toute sa longueur, présente les lésions de l'ostéomyélite la mieux caractérisée : la moelle putréfiée, infiltrée de pus, grangrenée par places, offre dans ses différents points les différentes teintes du rouge, du vert et du jaune.

Enfin de cette moelle purulente prenaient naissance des veines remplies de pus qui traversaient le fémur, entre le petit et le grand trochanter, pour se rendre dans les veines fessières, ischiatiques, obturatrices, le pus se retrouvait jusqu'à l'entrée de ces veines dans le bassin, les veines saphènes fémorales, iliaques étaient saines.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 février 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Verneuil, à propos du procès-verbal, revient sur la *réunion immédiate secondaire* par suture métallique dans le traitement des *fistules vésico-vaginales*. Je ne reviendrai pas, dit-il, sur l'historique : le principe sur lequel repose cette méthode pouvait bien exister, mais il est certain que l'application pratique appartient aux Belges et aux Italiens. Elle consiste à arriver, non plus avec l'instrument tranchant, mais avec des caustiques et à réunir les surfaces bourgeonnantes par des points de suture au fil d'argent.

On pourrait se poser une première question. Pourquoi, après les succès magnifiques donnés par la méthode américaine, recourir à un procédé nouveau ? C'est qu'il est un progrès incontestable, et, dans un certain nombre de cas, préférable à tous égards à la méthode de Bowmann dont on ne m'accusera pas, je suppose, d'être le détracteur : je l'ai vu pratiquer, j'ai adopté sa manière, et Follin et moi sommes les premiers qui l'avons introduite en France.

La méthode américaine, en effet, présente quelques inconvénients : on a signalé quelques cas d'hémorrhagie redoutables, notre collègue Horteloup nous en fournissait un ; moi-même, j'en ai observé un cas tel que j'ai dû suspendre l'opération et le malade mourut. Si cet accident est exceptionnel avec cette gravité, je ne dois pas moins dire que, sur 110 fistules que j'ai opérées jusqu'à ce jour, l'hémorrhagie ne m'a gêné sérieusement que dans 10 à 12 cas. — Second point : lorsqu'on pratique l'avivement, il faut le faire dans une étendue d'un centimètre environ sur le pourtour de la fistule. Si cette dernière mesure un centimètre, on pourrait croire que le diamètre total des surfaces à affronter serait de trois centimètres. C'est une erreur, et je ne saurais en dire la cause, mais ce diamètre paraît mesurer cinq à six centimètres, et ce n'est pas 6 points de suture mais 8 ou 10 qu'il faut placer, ce qui allonge terriblement la durée de l'opération. — Troisième grief : dans les fistules larges et qui empiètent sur les parties latérales du vagin, l'avivement est fort difficile à bien faire, et les fils de suture très délicats à placer, tous inconvénients que l'on n'observe que dans le procédé par l'avivement aux caustiques : ici, en effet, l'étendue de la fistule n'est pas augmentée ; 5 ou 6 points de suture suffisent où 8 ou 10 seraient nécessaires par le procédé américain où l'empiètement sur les parties latérales du vagin n'a point lieu ; du moins, l'avivement par le caustique est des plus faciles. L'opération est donc moins délicate et moins longue, il n'y a pas à redouter de perte de sang, toutes considérations qui ont bien leur valeur.

Quant au procédé en lui-même il est des plus simples, j'ai parfois recours au thermo-cautère ; mais, décidément, je crois que les caustiques chimiques sont préférables ; on peut mieux régler leur action ; l'escharre est moins volumineuse. On prend une allumette, une baguette de bois, on la trempe dans l'acide sulfurique et on la porte sur le pourtour de la fistule : on pratique 2 ou 3 fois cette petite opération : du 12e au 15e jour les bords sont granuleux ; si l'épidermisation commençait à se faire, on gratterait légèrement les bourgeons charnus avec l'ongle, et les fils de suture sont placés. Voilà tout.

M. Perrier cite une observation de *fistule vagino-rectale* où, sur les indications de M. Verneuil, il a eu recours à la méthode italienne et a obtenu un succès presque complet ; au contraire M. Th. Anger aurait été moins heureux, il n'a pas réussi et c'est par la méthode américaine, à laquelle il a eu recours après son échec, qu'il a dû oblitérer la fistule.

M. Fleury (de Clermont), envoie une observation de *luxation*

sous-conjonctivale du cristallin et d'origine traumatique. Il demande à la Société si les exemples n'en sont pas très rares. MM. DESPRÉS, TILLAUX, Maurice PERRIN et GIRAUD-TEULON en citent un certain nombre de cas.

M. BURQ lit une intéressante observation de *cataracte diabétique* opérée une première fois sans succès, on ignorait, lors de la première intervention, l'existence du diabète. La glycosurie fut reconnue; le malade traité par le fer, puis opéré sur le second œil et la guérison a été parfaite. A ce propos, M. Burq donne à la Société de très intéressants détails sur la métalloscopie, et montre ses appareils d'exploration.

M. VERNEUIL présente un *écraseur linéaire* modifié par M. DESPRÉS (de Saint-Quentin). M. DESPRÉS (de Paris) trouve la modification inutile et peu heureuse. Paul RECLUS.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les stigmates de maïs; par le Dr DASSEIN.

Les stigmates de maïs, qu'on employait à peine il n'y a guère plus d'un an, paraissent entrer aujourd'hui dans la pratique courante, et il peut être intéressant de résumer les communications et les travaux dont ils ont été l'objet dans ces derniers temps. Au congrès de Montpellier, M. le professeur Castan appelle l'attention sur ce médicament qu'il connait, dit-il, depuis longtemps et dont il s'est très bien trouvé dans la gravelle et dans la colique néphrétique. Il a surtout constaté une grande sédation dans les phénomènes douloureux de cette dernière maladie, ce qui lui fait supposer que les stigmates de maïs agissent moins comme diurétique que comme anesthésique local.

Le professeur Denucé (de Bordeaux) en a obtenu d'excellents résultats dans le catarrhe vésical, ce qui indiquerait, selon lui, une action élective sur la muqueuse de la vessie. Le docteur Pons (de Nérac) et le docteur Queirel (de Marseille) ont souvent utilisé, eux aussi, les stigmates de maïs. M. Queirel a remarqué qu'ils calmaient les douleurs de la colique néphrétique d'une manière très efficace, mais il ne lui a pas paru que sous leur influence la quantité des urines fût sensiblement augmentée.

A la Société de thérapeutique, M. Constantin Paul ne parait pas très édifié non plus sur les qualités diurétiques des stigmates de maïs, tandis qu'un de ses collègues des hôpitaux, le docteur Landrieux, en a obtenu, à ce point de vue, des résultats fort remarquables. Ainsi, chez un malade atteint de cirrhose avec épanchement ascitique abondant et qui n'excrétait que 500 grammes d'urine, on est arrivé rapidement à 800, puis à 1200 et 1500 grammes d'urine, sous l'influence de trois cuillerées à soupe de sirop d'extrait de stigmates de maïs.

Dans un autre cas, où il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans atteinte d'asystolie très accentuée avec œdème considérable des membres inférieurs, ascite énorme, congestion pulmonaire, congestion rénale se traduisant par une diminution considérable de l'excrétion urinaire et la présence d'une petite quantité d'albumine, les stigmates de maïs firent monter en vingt-quatre heures la quantité d'urine de 200 à 500 puis à 800 grammes, en même temps que s'amendaient les phénomènes dus à l'asystolie. L'œdème des membres inférieurs, l'ascite, l'œdème pulmonaire, s'affaiblirent aussi progressivement et l'albumine disparut. On avait auparavant essayé chez cette malade les toniques et l'infusion de digitale; mais, en raison de l'albuminurie secondaire, la digitale avait promptement déterminé ses effets toxiques, et n'avait exercé en revanche aucune action diurétique.

Voici d'ailleurs les conclusions du docteur Landrieux, qui montrent tous les services qu'on peut retirer de ce médicament dans bien des cas où le médecin se trouve précisément le plus désarmé :

1° Non-seulement les préparations diverses des stigmates de maïs sont utiles comme agent modificateur des sécrétions des voies urinaires, mais ces mêmes préparations peuvent être également considérées comme un *agent diurétique* incontestable.

2° La diurèse s'obtient rapidement, et, dans l'espace de trois à quatre jours, l'augmentation des urines devient évidente et considérable.

3° Les effets diurétiques s'observent non seulement dans les maladies des organes de l'excrétion urinaire, mais aussi dans les perturbations apportées à la circulation sanguine. (Maladies du cœur et des vaisseaux, etc.)

4° Le pouls se régularise, la tension artérielle augmente, alors que la tension veineuse diminue.

5° Le médicament n'exerce aucune perturbation soit sur le système nerveux, soit sur les fonctions du tube digestif.

6° La tolérance pour ce médicament est complète, absolue, et la médication, dans les maladies chroniques, peut être continuée sans inconvénients pendant un mois ou six semaines, ainsi que cela résulte de mes observations. (Journal *le Praticien*.)

Il peut paraître bizarre, néanmoins, que des expérimentateurs pareillement autorisés soient en désaccord sur une action aussi facile à apprécier que l'action diurétique, et l'on est porté à se demander si le médicament employé était bien identique dans tous les cas. Or, précisément rien n'est plus variable que le rendement en extrait des stigmates de maïs. Selon la nature du sol, le climat, l'époque, la manière dont se fait la récolte, selon la façon surtout dont sont desséchés les stigmates de maïs, le rendement peut varier de 8 à 30 p. 100 (extrait de consistance pilulaire). Que ces diverses sortes de stigmates aient été employées en infusion, à quantités égales, par des expérimentateurs différents, on voit de suite quelle différence a dû exister dans les résultats.

C'est là aussi, probablement, la raison qui a empêché ce médicament d'entrer dans la thérapeutique alors qu'il était connu depuis fort longtemps comme remède populaire, ainsi que l'ont dit au congrès de Montpellier MM. Castan, Denucé et le docteur Pons. Avec un produit infidèle, les résultats ne pouvaient être qu'incertains et absolument insuffisants pour attirer l'attention des médecins. Aussi n'a-t-on commencé à s'occuper sérieusement de ce médicament qu'à partir du jour où l'on a pu se procurer de l'extrait ou du sirop d'extrait exactement dosé.

Et encore, à l'égard des sirops, la variété des rendements en extrait étant encore inconnue, leur formule a été complétement fantaisiste. Ainsi *l'Union pharmaceutique* a donné une formule ne renfermant que 6 grammes d'extrait par kilogramme de sirop, et un autre numéro du même journal 12 grammes d'extrait par kilogramme. Cette dernière formule était basée sur un rendement de 12 p. 100, et la cuillerée à bouche de sirop était censée représenter une tasse de tisane. Ces proportions sont beaucoup trop faibles. Les stigmates de maïs de qualité irréprochable renferment 25 à 30 p. 100 d'extrait, soit, en prenant la moyenne, 27 1/2, le kilogramme de sirop devra contenir 27 grammes 1/2 d'extrait pour chaque cuillerée à bouche, soit l'équivalent d'une tasse de tisane préparée avec une bonne qualité de stigmates. C'est là d'ailleurs, paraît-il, la dose contenue dans le sirop qui depuis l'introduction de ce médicament a servi à la plupart des expériences.

Comme conclusion, on ne doit employer les stigmates de maïs en infusion que comme un adjuvant du traitement, à moins qu'on ne connaisse leur titre exact, et dans ce cas on devra faire varier la dose avec le titre. Mais le sirop devra toujours avoir la préférence, et encore faudra-t-il qu'on sache ce qu'il contient d'extrait.

Avec un sirop dosé à 27 1/2 p. 1000, la dose quotidienne devra être de deux à quatre cuillerées à soupe, ce qui représente environ 1 à 2 grammes d'extrait.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel clinique de l'analyse des urines, par M. YVON. — Paris, 1880. O. Doin, éditeur.

Sous ce titre, notre collaborateur, M. Yvon, vient de publier un livre que nous recommandons d'une manière spéciale à nos lecteurs. Cet ouvrage étant destiné à servir de guide à ceux qui n'ont pas grande habitude des manipulations chi-

niques, l'auteur s'est attaché avant tout à écarter les détails purement théoriques et par trop exclusivement scientifiques. Le plan du livre est le suivant : c'est le développement détaillé et raisonné d'une analyse d'urine qui expose et comprend tous les cas qui peuvent se présenter dans la pratique : cette analyse peut, en même temps, servir de guide pour la rédaction d'un rapport. L'ouvrage se divise en six livres. Les deux premiers traitent de l'urine normale. Tout d'abord, l'auteur passe en revue les caractères généraux de l'urine, tels que *couleur*, *consistance*, *température*, *réaction*, *densité*, etc. Chacun de ces caractères est étudié au double point de vue de la physiologie et de la pathologie. Le livre second est consacré à l'étude des éléments normaux, subdivisés en organiques et minéraux. Après quelques pages consacrées à l'énumération de leurs propriétés physiques et chimiques, M. Yvon indique les procédés de dosage, et pour éviter au lecteur l'embarras du choix il ne décrit que deux procédés : l'un *volumétrique*, d'une exactitude suffisante pour les recherches cliniques, l'autre par *pesées*, plus spécialement destiné aux recherches du laboratoire.

L'auteur a rejeté, avec raison, tous les procédés plus ou moins défectueux qu'on a préconisés dans ces dernières années; la facile exécution ne doit point être acquise aux dépens de l'exactitude.

Le troisième livre traite des éléments anormaux de l'urine ; *albumine*, *sucre* et *pigments biliaires*. En raison de leur importance les divers chapitres qui le composent sont très détaillés. M. Yvon ne nous fait pas encore connaître de procédé de dosage clinique de l'albumine; la balance étant le seul instrument auquel on puisse avoir recours. Il n'en est pas de même pour le sucre, il donne la description d'un nouvel instrument qui permet de doser très rapidement le sucre par les procédés optiques et auquel il a donné le nom de *diabétomètre à pénombres*. Cet instrument donne directement et sans calcul la richesse en sucre d'une urine diabétique. Chaque division représente un gramme de sucre par litre : l'approximation est de 0 gr. 50.

Le livre IV est consacré à l'étude des *concrétions*, *sédiments* et *calculs*. L'auteur les divise en deux groupes d'après leur nature minérale ou organique. Les sédiments organisés sont étudiés à part, ainsi que les substances que l'on rencontre accidentellement dans l'urine. Ajoutons que, dans tout l'ouvrage, et plus particulièrement dans cette partie, de nombreuses figures dessinées d'après nature, reproduisent avec fidélité les éléments décrits.

Le cinquième livre contient la marche à suivre pour étudier une urine, au point de vue des *caractères généraux*, de *l'examen microscopique*, des *éléments normaux* et des *éléments anormaux*, même marche ponr l'examen des calculs. Le dernier livre est consacré à la recherche des médicaments éliminés par l'urine ; le signaler c'est indiquer son importance.

Tel est le résumé succinct de cet ouvrage. Nous le présentons aux lecteurs avec confiance, persuadé qu'il leur sera d'une grande utilité; il ne nous appartient pas d'en faire autrement l'éloge.

A. BLONDEAU.

CORRESPONDANCE.

Histoire de la découverte de la circulation du sang;
par FLOURENS. — **André Césalpin** (1).

A M. BOURNEVILLE, directeur du *Progrès médical*.

Mon cher ami et directeur,

Me permettez-vous de répondre en quelques mots aux articles de M. Turner. Je ne répondrai rien aux choses désagréables qu'il a essayé de me dire ; c'est un genre de polémique qui peut avoir son prix, mais que je dédaigne souverainement.

Il s'agit de Césalpin : et la question doit se poser ainsi. Oui ou non, Césalpin a-t-il fait faire un progrès à la science en démontrant ce simple fait : un lien posé au bras empêche le sang de retourner au cœur ?

(1) Voir les nos 5 et 6.

Posée ainsi, la question n'est pas douteuse. Oui, c'est Césalpin qui a le premier formulé, compris, et, ce qui est mieux encore, et mille fois mieux, démontré que le sang revient au cœur par les veines. Toutes les citations du monde ne lui enlèveront pas ce mérite.

Que dans son œuvre confuse, diffuse, indigeste il se trouve des contradictions, des erreurs, des incertitudes, qui en doute? Parce que Claude Bernard, avant de préciser l'action des nerfs sur la température, a émis successivement cinq ou six idées différentes, doit-on en conclure que son expérience fondamentale sur la section du sympathique au cou n'existe pas? Parce que Césalpin, après avoir imaginé cette expérience simple et féconde, n'en a pas complétement saisi le sens, et qu'en diverses pages de ses œuvres on trouve des contradictions, s'ensuit-il qu'elle ne lui appartienne pas, et que l'honneur d'avoir donné à la circulation du sang le mot qui la caractérisera éternellement doive lui être enlevé ? Autant vaudrait chercher toutes les bêtises qu'il y a dans Aristote, pour en conclure que c'était un petit esprit, et parce que Michel Servet croyait que le diable se promène dans les ventricules du cerveau, démontrer que Michel Servet n'était qu'un imbécile.

Un fait précis est chose si rare au moyen âge que je ne vois rien, avant l'œuvre de Harvey, qui puisse être comparé à cette expérience de la ligature du bras, ligature qui fait gonfler les veines placées au dessous.

Ajoutons que Césalpin a, en botanique, appliqué le premier, ou un des premiers — je ne suis pas assez compétent pour en juger — une méthode scientifique, presque naturelle, à la classification des plantes. Voilà donc trois titres à la reconnaissance de la postérité (le mot de circulation — le retour du sang veineux au cœur — une méthode en botanique) cela ne suffit-il pas pour faire un homme de génie. Ah ! M. Turner, vous êtes un peu difficile.

Pour ma part, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de briser la statue qu'on a élevée à Césalpin. — Il n'a pas trouvé la petite circulation (découverte déjà avant 1550 par Servet), il n'a pas trouvé la circulation artérielle (démontrée au grande partie par Galien), mais il a démontré la circulation veineuse, et s'il n'a pas conçu l'ensemble de la circulation du sang, il en a vu une partie, celle-là précisément que n'avaient comprise ni Aristote, ni Galien, ni Servet, ni Colombo.

Enfin, je m'imaginais qu'on ne m'accuserait pas, moi, le traducteur de Harvey, d'avoir cherché à l'amoindrir. Mais, puisque M. Turner m'en fait un crime, je voudrais reproduire textuellement ce que j'en ai dit : « Toutes ces découvertes, antérieures à Harvey, ne diminuent pas la gloire de ce grand homme. Il n'y a que bien peu de découvertes jaillissant tout entières du cerveau d'un seul homme, comme Minerve sortit tout armée du front de Jupiter. Elles sont toutes préparées, mûries, pressenties depuis longtemps. Puis, un homme arrive qui réunit les faits épars, reprend, discute, éclaircit les idées *confuses* de ses prédécesseurs *inconscients*, et enfin établit la vérité. Tel a été le rôle de Harvey. Certes, parmi les élèves de Fabrice, à Padoue, plus d'un qui connaissait les valvules et la circulation pulmonaire, qui avait lu Servet, Colombo, Césalpin, a dû penser à la circulation, imaginer cette chose magnifique, le circuit perpétuel du sang, des artères aux veines, des veines au cœur, du sang au poumon, du poumon au cœur et aux artères. Nul n'a fait le livre que Harvey publia en 1628. »

Croyez-moi, mon cher ami, votre bien dévoué,

Ch. RICHET.

Paris, 9 février 1880.

Mon cher ami,

Voici ma réponse : Dès l'instant que M. Ch. Richet me prête des intentions que je ne puis avoir, je n'ai nulle envie d'entamer avec lui une polémique d'ailleurs inutile. Je le laisse en présence du texte de Césalpin.

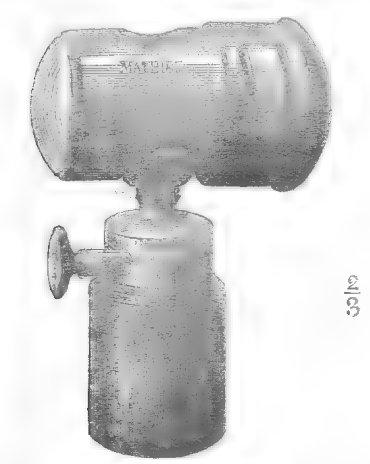
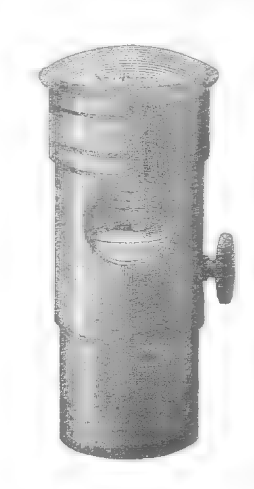
Agréez, etc. E. TURNER.

VACCINATION ET REVACCINATION DANS L'ARMÉE. — D'après l'avis émis par le conseil de santé des armées, le ministre de la guerre vient de prier MM. les commandants de corps d'armée de prescrire les mesures nécessaires pour qu'il soit procédé, le plus tôt possible, dans tous les corps de troupe, à la vaccination et à la revaccination militaire.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Eclaireur, de MM. Mathieu.

M. Debove a présenté à la Société médicale des hôpitaux, de la part de MM. Mathieu, fabricants d'instruments de chirurgie, un instrument dit *éclaireur* (*Fig.* 17) et qui peut rendre des services dans l'exploration du pharynx, du larynx, du vagin, etc... Cet appareil fonctionne avec de l'essence minérale

2/3

Fig. 17.

et donne une vive lumière. Quand on ne se sert pas de cet éclaireur, le réflecteur vient couvrir et protéger la lentille; la lampe se place dans l'intérieur de l'éclaireur. Cet instrument a sur tous ceux du même genre un avantage incontestable, il est moins volumineux et plus portatif.

VARIA

Etude sur les eaux de La Bourboule.

I.— Les eaux de La Bourboule, dont le public médical s'est tant occupé depuis quelques années, prennent une importance plus grande de jour en jour. Nous croyons donc rendre service aux médecins en résumant, dans une série d'articles, ce qui a été écrit de plus intéressant sur ces précieuses sources. Nous prendrons pour guide dans ce travail le dernier ouvrage auquel elles ont donné lieu, et qui a été publié en 1879 par M. le Dr Frédéric Morin, de Saint-Saturnin (Puy-de-Dôme), médecin consultant à La Bourboule, sous ce titre: *Les diathèses et les cachexies aux eaux de La Bourboule*.

En présentant, avec M. le docteur Morin, le tableau général des principales applications de l'eau de La Bourboule, nous mettrons le plus souvent possible en parallèle les idées émises par les autres auteurs qui ont traité les mêmes questions; de cette façon, chaque médecin pourra se rendre compte des points sur lesquels tous les auteurs sont d'accord, et de ceux sur lesquels leurs idées diffèrent; il jugera ainsi lui-même des résultats qu'il aura chance d'obtenir dans les différents cas que lui présentera sa clientèle, et nous serions heureux que cette étude pût l'aider à rendre la santé à quelqu'un de ses malades. — S'il nous arrive, en cherchant à résumer la pensée d'un auteur, de la rendre d'une manière incomplète ou inexacte, nous accepterons avec reconnaissance les rectifications qu'il voudra bien nous adresser, et nous nous empresserons de donner accueil aux observations nouvelles, soit qu'elles aient pour effet de confirmer ou de rectifier nos citations antérieures.

M. Frédéric Morin commence par décrire en quelques pages vives et colorées La Bourboule actuelle comparée à La Bourboule ancienne; il débute ainsi:

« Qu'était La Bourboule, il y a vingt ans?

Un misérable et chétif hameau, bien connu, il est vrai, dans un rayon voisin par les cures merveilleuses qui s'y opéraient, mais dont la renommée ne franchissait pas encore les limites de notre département.

« Qu'est La Bourboule aujourd'hui?

Une jolie petite ville qui est en voie de devenir grande, offrant aux baigneurs et aux touristes émerveillés de splendides hôtels, meublés avec goût, et d'une tenue irréprochable. A certains endroits, qui deviennent de jour en jour plus rares, on aperçoit, faisant contraste avec le luxe d'aujourd'hui, d'antiques maisonnettes aux toits de chaume, d'aspect bien pauvre au dedans comme au dehors, et qui sont là comme pour témoigner de quel humble point de départ la station a pris son essor. Elle a aujourd'hui son casino et son théâtre; son salon de jeux et de lecture et son journal local. Voici deux établissements, autrefois rivaux, confondus maintenant dans l'unité de propriété et de direction, qui vont se prêter un mutuel concours. L'un est un modèle d'installation et de distribution balnéaires, l'œuvre à jamais mémorable d'un homme ou plutôt d'une famille dont les efforts furent aussi grands que la volonté fut tenace, et dont le nom ne périra jamais tant que vivra celui de La Bourboule; j'ai nommé l'établissement Choussy.

L'autre est plus au large, assis dans le milieu de la belle vallée de la Dordogne. C'est l'ouvrage de la Compagnie et un tour de force de son architecte.

Toutes les ressources que l'hydrothérapie thermale peut mettre au service des malades se trouvent réunies dans les deux établissements. Les bains sont pris dans d'élégants cabinets, spacieux, aérés et surtout éclairés, et dont les baignoires sont en fonte émaillée. Vestiaires, cabinets de toilette, rien n'y manque. Dans chaque cabinet se trouve, au-dessus de la baignoire, un appareil à douches. Une vaste piscine fonctionne à l'établissement Choussy, en attendant qu'il s'en construise une autre dans l'établissement nouveau. L'eau minérale est administrée en douches fines pulvérisées, sous une pression constante de trois à quatre atmosphères, et dans des salles particulières qui ne sont pas les parties les moins belles de nos établissements. Plus de cinquante appareils y fonctionnent, donnant des douches pharyngiennes, oculaires et auriculaires. Il existe des salles d'inhalation de vapeurs, qui sont en même temps de vraies étuves de sudation.

» L'hydrothérapie froide et chaude a été installée avec un luxe véritable d'appareils à l'établissement de la compagnie. Des doucheurs dressés à Paris font le service et pratiquent le massage. Des cabinets particuliers sont réservés pour les douches vaginales et ascendantes. Toutes les installations sont en partie double pour les deux sexes. Les buvettes seules sont communes. »

Ayant ainsi esquissé en quelques traits la situation actuelle, M. Frédéric Morin se demande:

« Que sera La Bourboule un jour?

Nous n'hésitons pas à répondre: une grande ville d'eaux, qui disputera à Vichy son premier rang de ville thermale. Et le siècle ne sera point fini, que ce résultat sera atteint. En effet, si toutes les eaux thermo-minérales connues forment des groupes bien tranchés; et si, dans les groupes, le nombre des stations est assez grand pour que la clientèle se divise entre elles toutes, La Bourboule est et restera parmi les stations connues une eau minérale unique au monde, ayant un caractère tout spécial et des vertus, je dirai presque spécifiques. Je sais bien qu'on a découvert l'arsenic ailleurs qu'ici, et je ne m'inscris pas en faux contre de semblables découvertes; mais, tant que l'on ne nous montrera pas une eau minérale au même degré thermal, ayant le même aspect physique, la même saveur, et produisant les mêmes effets sur l'organisme, je répondrai: « non, ce n'est pas encore là, l'eau de La Bourboule. »

M. Frédéric Morin termine cette sorte de préambule en signalant l'ouverture prochaine du chemin de fer qui amènera les voyageurs à dix kilomètres de La Bourboule.

« Avant deux ans, le chemin de fer de Tulle à Clermont amènera sans fatigue tous les malades de l'Ouest de la France, de l'Espagne; et par Bordeaux, ceux qui viendront d'outre-mer. Déjà, les habitants du Brésil, de la Plata, du Chili, du Pérou connaissent le chemin de La Bourboule. Par Clermont-Ferrand: le Nord, le Centre, l'Est et le Midi de la France nous enverront leurs baigneurs qui seront enfin débarrassés des exigences et des fatigues d'un long voyage en voiture. »... Puis il exprime l'espoir que tous les efforts vont se réunir dans la localité pour contribuer à l'embellissement de la station, et à l'agrément des étrangers. Il y a beau-

coup à faire encore ; et, pendant que les longues luttes, aujourd'hui terminées, contribuaient directement à l'accroissement de la station, par les résultats magnifiques qu'elles ont eu relativement à la richesse et à l'abondance des eaux minérales, on a laissé peut-être en souffrance une partie des améliorations nécessaires pour faire de La Bourboule une station de premier ordre au point de vue du confortable et des distractions de toute nature. Tout porte à croire aujourd'hui que chacun va se préoccuper spécialement de ce grand intérêt, et que les étrangers pourront, dès l'ouverture de la saison prochaine, constater les heureuses tentatives faites pour leur rendre le séjour de La Bourboule aussi agréable qu'utile.

Nous allons voir maintenant M. Frédéric Morin aborder le cœur même de son sujet, et nous allons le suivre dans son étude sur *la puissance thérapeutique des eaux de La Bourboule.*

(*A suivre.*)

Les Bibliothèques dans les Asiles d'aliénés du département de la Seine.

Depuis longtemps, les médecins aliénistes avaient reconnu la nécessité, dans le traitement des maladies mentales, d'instituer, à côté du traitement physique, un traitement moral. Distraire les malades de leur idée fixe par des récréations diverses, lectures, concerts, spectacles ; chercher à détruire leur besoin d'isolement en excitant chez eux un mutuel intérêt par des plaisirs ou des travaux communs, telle est la base de ce traitement moral. C'est de là qu'est née l'idée des bibliothèques dans les asiles.

En Angleterre, ces bibliothèques sont excellemment organisées ; elles renferment non seulement des ouvrages variés de littérature, d'histoire, de voyages, mais encore certains journaux et revues périodiques.

En France, où paraît être née l'idée première de ces bibliothèques, nous sommes restés bien en arrière et c'est à peine si leur existence est connue du public médical. Nous croyons donc intéressant de donner quelques détails sur celles qui existent actuellement dans les asiles du département de la Seine ; nous puiserons nos renseignements dans les trois rapports sur les asiles d'aliénés, présentés par M. le Dr Bourneville au Conseil général de la Seine, et dans lesquels cette question se trouve traitée d'une manière spéciale.

C'est Leuret, médecin de Bicêtre, qui, le premier, eut l'idée de créer des bibliothèques destinées aux aliénés, et c'est dans l'asile de Bicêtre que fut fondée la première bibliothèque. Composée d'abord de quelques livres, elle s'accrut bientôt et atteignit le chiffre de 600 volumes. Cet exemple fut suivi par quelques médecins aliénistes ; mais l'appui de l'Administration faisant défaut et les fondateurs venant à disparaître, ces bibliothèques périclitèrent vite.

En 1877, voici comment, pour le département de la Seine, se répartissaient les bibliothèques dans les asiles d'aliénés. A Sainte-Anne, il existait une bibliothèque composée de 1306 volumes. A la Salpêtrière, il n'y avait rien de spécial pour les aliénés. A Vaucluse, une bibliothèque, placée sous la garde du surveillant en chef, était à la disposition de la division des *aliénés*. Elle comprenait des ouvrages variés, avec catalogue mis à la disposition des malades qui pouvaient choisir leurs livres. Dans la division des femmes il y avait aussi une bibliothèque, uniquement composée d'ouvrages dits de piétés et approuvés par divers évêques, elle était sous la garde de la Communauté qui, *seule*, intervenait pour le choix des livres à mettre entre les mains des *aliénées*. A Ville-Evrard, 150 volumes, en très mauvais état, étaient à la disposition des malades. A Bicêtre, la 3e section, consacrée aux épileptiques, possédait une bibliothèque composée de 400 volumes administrée par un malade et entretenue par la générosité du médecin, M. Falret. La 1re section était absolument dénuée de livres ; quant à la 2e on y trouvait encore quelques volumes, débris de la splendeur passée.

Dans son rapport de 1878, M. Bourneville, en rendant compte de l'état précaire des bibliothèques des asiles, signalait au Conseil général l'utilité de n'avoir qu'une seule bibliothèque pour tous les malades ; il montrait le danger de laisser à des ignorants ou à des personnes ayant des idées préconçues le choix et la libre disposition des livres, et demandait que *seul* le médecin directeur ou son délégué eussent la surveillance de la distribution des livres, afin de diriger les lectures suivant les indications fournies par la nature de l'affection dont étaient atteints les malades. Il réclamait en même temps la création de bibliothèques médicales pour les internes. Sur sa proposition, le Conseil général de la Seine vota 5,000 fr. pour la création de bibliothèques dans les asiles et l'extension de celles qui existaient déjà. Le Conseil exprima également le désir que les livres fussent choisis par les directeurs des établissements, d'accord avec le médecin.

Ce désir fut mis à exécution pour les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, mais, pour les autres asiles, il n'en fut pas ainsi. Si les bibliothèques des hommes recevaient, en général, des livres convenablement choisis, il était loin d'en être de même pour les bibliothèques des femmes. Ces pratiques et leurs multiples inconvénients furent de nouveau signalés en décembre 1879, et le Conseil, adoptant les conclusions du rapporteur, invitait l'administration à se faire présenter la liste d'ouvrages dont le directeur proposait l'achat et à faire prendre les mesures nécessaires pour que les sœurs ne s'opposassent pas à la lecture des livres achetés dans ces nouvelles conditions.

Tel est, à l'heure actuelle, l'état de la question. Il est aisé de prévoir que bientôt les lacunes seront comblées et que les desiderata relatifs au bon fonctionnement auront disparu. D'ici quelques années, grâce aux crédits votés par le Conseil général et à la bonne impulsion qu'il saura imprimer, de concert avec l'administration, nous n'aurons plus rien à envier aux autres pays.

En faveur de cette opinion, nous signalerons une mesure prise le 31 janvier dernier par M. le préfet de la Seine, et dont nous le louons vivement car elle marque un grand pas dans le chemin des réformes demandées. C'est un arrêté par lequel il nomme une commission spéciale chargée, sous la présidence de M. le secrétaire-général de la préfecture, de dresser une liste d'ouvrages destinés à la bibliothèque de l'asile Ste-Anne. Cette commission est composée de MM. Vergniaud, secrétaire-général de la préfecture de la Seine ; Béclard, professeur à la Faculté de médecine, membre du Conseil général de la Seine ; Bourneville, médecin des hôpitaux, membre du Conseil municipal de Paris ; Grimon, inspecteur primaire ; Galloy, membre du Conseil de surveillance du service des aliénés de la Seine. A. B.

Actes de la Faculté de médecine

Lundi 16. — 2e *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Broca, Guyon, Marchand. — 3e *de doctorat* : MM. Baillon, Gariel, Bourgoin. — 4e *de doctorat* : MM. Hayem, G. Bergeron, Straus.

Mardi 17. — 1er *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Richelot. — 2e *de doctorat* : MM. Jaccoud, Bouchard, Humbert. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Richet, Lasègue, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Pajot, G. Sée, Berger.

Mercredi 18. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Terrillon. — 3e *de doctorat* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Broca, Fournier, Chantreuil ; — 2e *série* : MM. Depaul, Potain, Marchand.

Jeudi 19. — 1er *de doctorat* : MM. Richet, Sappey, Duval. — 2e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Lefort, Laboulbène, Debove ; — 2e *série* : MM. Ball, Bouchard, Berger.

Vendredi 20. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Monod. — 2e *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Broca, Verneuil, Cadiat.

Samedi 21. — 5e *de doctorat* : 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, G. Sée, Charpentier ; — 2e *série* : MM. Pajot, Panas, Richelot.

Thèses. — *Mercredi* 18 : 54. M. Duponchel : De l'hygiène du soldat en marche. — 55. M. Sannier : Des verrues, leur traitement ; verrues de la plante du pied et de la paume de la main. — *Jeudi* 19 : 56. M. Lemaître : Complications pleuro-pulmonaires de l'œsophage. — 57. M. Foley : Etude sur la statistique de la Morgue.

Enseignement médical libre.

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique chirurgicale. — M. de Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques le jeudi 19 février, à 9 heures, dans l'amphithéâtre. Les opérations se font avant la clinique.

Anatomie et physiologie des centres nerveux. — M. le Dr Fort, professeur libre d'anatomie à l'Ecole pratique, fera une série de leçons sur les centres nerveux à la salle Gerson, le lundi et le mercredi de chaque semaine, à 4 heures, à partir du *lundi* 23 février. (Ce cours est public et gratuit.)

Médecine opératoire. — M. Fort commencera son cours de médecine opératoire le jeudi 1er avril à 2 heures. Ce cours durera un mois. S'adresser 21, rue Jacob, pour les renseignements et l'inscription.

FORMULES

8. Traitement de la constipation chez les malades atteintes d'affections utérines. J. Chéron.

De même que la dyspepsie, chez les malades atteintes d'affections utérines, la constipation présente des indications spéciales qu'il importe de connaître. Il semble que lorsqu'on a ordonné un purgatif et, le plus ordinairement, celui qui se présente sous la forme la moins désagréable, il suffit d'en continuer l'usage pour que, de cette façon, le traitement de la constipation soit établi. Rien de moins rationnel. Chez les femmes atteintes d'hémorrhagies utérines, de ménorrhagies ou même simplement de règles abondantes, l'usage des drastiques doit être proscrit de même que celui de la rhubarbe. Cette dernière substance ne doit jamais être employée chez les malades abondamment réglées, non plus que chez les femmes atteintes d'hémorroïdes fluentes ou non.

En revanche, c'est la rhubarbe qu'il faut choisir lorsqu'on a affaire à ces malades lymphatiques qui prennent de l'embonpoint et voient l'abondance des règles diminuer de plus en plus :

Rhubarbe en poudre......... 10 grammes.
Acétate de potasse.......... 2 —

En vingt paquets ou cachets. Prendre un paquet, avant chaque repas, tous les jours ou tous les deux jours. — Chez les arthritiques, il convient

d'unir le soufre, la magnésie, la rhubarbe et la crême de tartre d'après la formule suivante :

Soufre lavé et sublimé........	4 grammes.
Magnésie calcinée............	4 —
Rhubarbe en poudre..........	4 —
Crême de tartre.............	8 —

En huit paquets ou cachets. Prendre un à trois paquets, le soir, trois heures après le repas. — Chez les herpétiques, comme chez les arthritiques, le soufre uni à l'iodure de potassium rend de grands services :

Iodure de potassium..........	10 grammes.
Soufre lavé et sublimé.......	6 —

En vingt cachets ou paquets. En prendre un avant chaque repas. — Les eaux minérales d'Hunyadi Janos, de Pullna, de Birmenstoff, de Laroche-Guyon, sont aussi très indiquées, en pareil cas. — Lorsqu'il existe un état congestif de l'appareil utéro-ovarien, il faut ajouter à ces moyens-là des frictions ou des applications calmantes ou révulsives, sur la région lombaire, matin et soir. (*Rev. méd. chirurg. des malad. des femmes.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 30 janvier au jeudi 5 février 1880, les naissances ont été de 1,128, se décomposant ainsi : *Sexe masculin*: légitimes, 413 ; illégitimes, 150. Total, 563. — *Sexe féminin* : légitimes, 407 ; illégitimes, 158. Total 565.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1.988.806 habitants y compris 18.380 militaires. Population probable de 1880 : 2.020.000 hab. — Du vendredi 30 janvier au jeudi 5 février les décès ont été au nombre de 1.619, savoir : 815 hommes et 804 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : fièvre typhoïde : M. 60. F. 35. T. 101. — Variole : M. 35. F. 37, T. 72. — Rougeole : M. 2. F. 8. T. 10. — Scarlatine : M. 2. F. 3. T. 5. — Coqueluche: M. 4. F. 4. T. 8. — Diphtérie. Croup : M. 18. F. 17. T. 35. — Grippe : F. 2. — Dysenterie : F. 1. — Erysipèle : M. 4. F. 4. T. 8. — Affections puerpérales : F. 9. — Autres affect. épidém. : F. 2. — *Autres maladies* : Bronchite aiguë : M. 57. F. 59. T. 116. — Pneumonie : M. 85. F. 105. T. 190. — Phthisie pulmonaire : M. 140. F. 93. T. 233. — Diarrhée infantile : M. 26 F. 25. T. 51. — Autres causes : M. 376. F. 400. T. 776.

Morts nés et morts avant leur inscription : 111, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 45 ; illégitimes, 19. Total 64. — *Sexe féminin* : légitimes, 24 ; illégitimes, 23. Total, 47.

Société d'anthropologie de Paris. — Cette société a constitué de la manière suivante son bureau pour l'année 1880. — *Président* : M. Ploix ; *vice-présidents* : MM. Parrot et Thulié ; *secrétaire-général* : M. Broca ; *secrétaire-général-adjoint* : M. Magitot ; *secrétaires annuels* : MM. Bordier et Pozzi ; *conservateur des collections* : M. Topinard ; *archiviste* : M. Dureau ; *trésorier* : M. Legay ; *comité de publication* : MM. de Ranse, Bataillard et Dally.

Service de santé militaire. Infirmiers. — Il est question, au ministère de la guerre, de répartir dans les trois hôpitaux du Val-de-Grâce, du Gros-Caillou et de Saint-Martin le service d'infirmiers de visite fait par les conditionnels d'un an qui sont casernés au Val-de-Grâce. D'un autre côté, les officiers d'administration du service des hôpitaux militaires seraient d'avis de laisser tous les conditionnels d'un an au Val-de-Grâce, et de n'envoyer dans les hôpitaux du Gros-Caillou et de Saint-Martin que les infirmiers en activité de service.

Sociétés savantes des départements. — La distribution des récompenses aux *Sociétés savantes des départements* aura lieu à la Sorbonne, le samedi 3 avril 1880, à midi précis. Les mercredi 31 mars, jeudi 1er et vendredi 2 avril, des lectures et des conférences publiques seront faites à la Sorbonne, dans les trois sections du comité, par les membres des Sociétés savantes.

Nécrologie. — On annonce la mort de Pagenstecher (Alexandre), directeur de l'hôpital ophthalmologique de Wiesbaden, qui a succombé à l'âge de 55 ans, aux suites d'un accident de chasse. — Budd (William), l'un des médecins les plus distingués d'Angleterre, bien connu par ses travaux sur la *fièvre typhoïde*, est mort à Edimbourg, le 9 janvier dernier, — Le Dr Cutter, médecin consultant aux eaux de Spa, vient de mourir à Londres. — Le journal *Lo sperimentale* annonce la mort des Drs Borgiotti Amerigo, décédé à Florence, à peine âgé de 50 ans, et Gabbrielli Salvatore, professeur à l'Université de Sienne, mort en cette ville, le 24 janvier dernier, à la suite d'une apoplexie cérébrale. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Bintot, médecin principal de première classe, à l'hôpital militaire de Versailles. Le Dr Bintot avait passé de longues années au Mexique, et, comme Fuzier, à la Vera-Cruz, il était connu de toute l'armée pour son courage, sa douceur et son dévouement. Médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy pendant la saison thermale, il se préparait à utiliser les loisirs d'une retraite encore éloignée, quand la mort est venue le surprendre dans ses projets de travail. Il suit dans la tombe ses anciens compagnons : Ludger-Lallemand, Hermann, Verjus, Couidat, Hounault, Fuzier tous frappés au milieu de la vie.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Chapuis (A). — Influence des corps gras sur l'absorption de l'arsenic, vol. in-8° de 104 pages, prix 2 fr. 50. Paris, 1880.

Hurel (A). — Les écoles de villages dans un canton de Normandie, brochure in-8° de 46 pages. Paris, 1879.

Lucas-Championnière (Just). — Chirurgie antiseptique, principes, modes d'applications et résultats du pansement de Lister, vol. in-8° de 300 pages avec 15 figures, prix 5 fr. Paris, 1880.

Ranvier (L.). — Leçons d'anatomie générale faites au collège de France, vol. in-8° de 536 pages, prix 10 fr. Paris, 1880.

Des abcès douloureux des os, par E. Golay. Un volume in-8 de 162 pages. Paris, 1879. Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés 2 fr. 50.

J. BAZIRE, libraire, 43, boulevard Malesherbes, Paris.

Lagardelle. — Pronostic de l'aliénation mentale, vol. in-8° de 146 pages, Paris, 1880.

A. COCCOZ, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Destureaux (M. H.). — De la dilatation du cœur droit d'origine gastrique, vol. in-8° de 89 pages. Prix 2 fr. 50. Paris, 1879.

Fernand de Rochemure. — Etude de physiologie et de thérapeutique sur les sels de Pelletierine, vol. in-8° de 140 pages. Prix 4 fr. Paris, 1879.

Garcia Rijo (M.). — Contribution à l'étude de la folie puerpérale, vol. in-8° de 84 pages et un grand tableau. Prix 2 fr. 50. Paris, 1879.

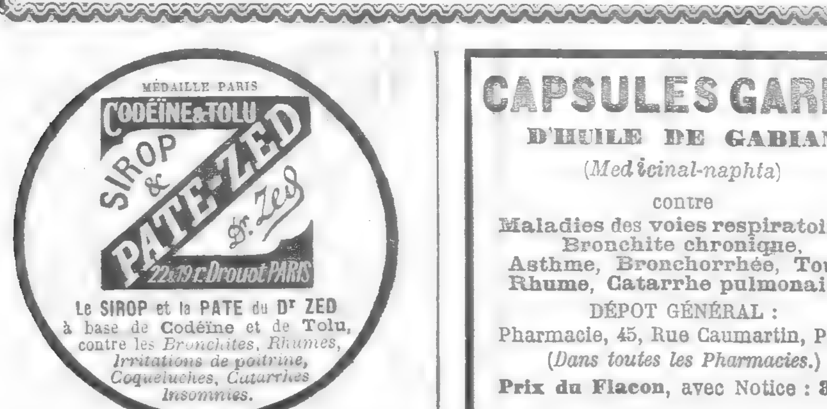
Tomes (Ch.). — Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée. Traduit de l'anglais et annoté par le Dr Cruet, vol. in-8° de 450 pages avec 180 figures. Prix 10 fr. Paris, 1880.

Vulpian (A.). — De l'influence de la faradisation localisée sur l'anesthésie de causes diverses, vol. in-8° de 66 pages. Prix 2 fr. 50. Paris, 1880.

Ve Adrien DELAHAYE et Cie, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Lemoine (John). — Traitement local de l'angine diphthéritique, brochure in-8° de 40 pages. Paris, 1879.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.





8e ANNÉE. — N° 8 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 21 FÉVRIER 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. CHARCOT.**

XIe LEÇON. — Séméiologie générale des dégénérations secondaires du faisceau pyramidal ;

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

Je me propose d'envisager aujourd'hui les dégénérations secondaires par le côté clinique. Autrement dit, je vais essayer de vous présenter un tableau des désordres fonctionnels qui se rattachent à ces lésions et qui servent, pendant la vie, à en révéler l'existence.

Après cela, mettant à contribution les données de l'ordre expérimental que je vous ai brièvement exposées dans la dernière leçon, nous tenterons de parvenir à l'interprétation physiologique de ces symptômes.

I. Vous n'ignorez pas, sans doute, Messieurs, que la question que je vais aborder a été traitée d'une façon très-lumineuse par M. le professeur Bouchard, dans ce travail de 1866, que j'ai maintes fois déjà mis à contribution ; et la symptomatologie des dégénérations secondaires en est, incontestablement, l'une des parties les plus originales.

A plusieurs reprises, dans cet enseignement, j'ai présenté l'exposé des symptômes liés aux dégénérations secondaires, et, pour la majeure partie, toujours conformément à celui qu'en a donné M. Bouchard. Il en sera de même encore cette fois ci ; cependant, quelques données nouvelles ont été introduites depuis 1866, dans cet intéressant chapitre, et j'aurai à vous les faire connaître. J'aurai aussi à proposer quelques modifications sur ce qui touche à l'interprétation physiologique des phénomènes.

Les divisions à établir dans le sujet pour les besoins de la démonstration sont naturellement toutes tracées. Nous passerons successivement en revue les dégénérations consécutives de cause cérébrale et celles qui reconnaissent pour cause une lésion spinale.

II. Pour bien comprendre l'intérêt pratique de l'étude que nous allons entreprendre, il convient de considérer l'état d'un malade frappé tout à coup d'hémiplégie, en conséquence de la formation, dans le cerveau proprement dit, d'un foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement.

Pour plus de précision, arrêtons-nous, si vous le voulez bien, au cas de l'hémorrhagie intra-encéphalique ; et, supposons qu'il s'agisse, dans l'espèce, d'un cas d'une certaine intensité. Ce que nous en dirons pourra, à quelques modifications près, d'ordre secondaire, s'appliquer ensuite aisément au cas du ramollissement apoplectiforme.

Je supposerai encore que le malade a surmonté les premières difficultés de la situation. Les phénomènes comateux, la torpeur intellectuelle de l'attaque apoplectique se sont déjà dissipés. La fièvre, les contractures dites *précoces*, l'érythème des régions fessières, tous ces symptômes de fâcheux augure, si toutefois ils ont existé, ont actuellement disparu. En un mot, nous en sommes au douzième ou au quinzième jour après l'attaque, et il est devenu certain, qu'à moins de complication fortuite, le malade vivra.

Mais voici, Messieurs, la question fort importante qui se présente à l'esprit du médecin et qui, d'ailleurs, lui sera certainement adressée par les personnes intéressées ou par le malade lui-même. — Actuellement, il existe encore une paralysie motrice complète, absolue, ou peu s'en faut, de tout un côté du corps. Le membre supérieur est complétement flasque et retombe lourdement sur le lit, quand, après l'avoir soulevé, on l'abandonne à lui-même. Le malade, d'ailleurs, est incapable d'imprimer le moindre mouvement aux diverses parties de ce membre ; il en est de même du membre inférieur, bien que peut-être à un moindre degré. Enfin, la face, du même côté, dans le domaine du facial inférieur, est, elle aussi, affectée.

Ainsi, la commissure labiale du côté sain est élevée, en même temps que les lèvres de ce côté sont légèrement entr'ouvertes ; tandis que, du côté paralysé, elle est tombante, en même temps que les lèvres sont amincies. Il est inutile, pour le moment, d'entrer dans plus de détails.

Or, la question en litige est la suivante : le malade vivra, il recouvrera, sans doute, pour la majeure partie, l'activité de ses facultés intellectuelles; mais récupérera-t-il, un jour ou l'autre, l'usage de ses membres paralysés ? Pourra-t-il se servir de sa main, de son bras ? Pourra-t-il même sortir du lit, se tenir debout, marcher ? Ou, inversement, est-il pour toujours condamné à une impuissance motrice le privant de l'usage régulier de ses membres ? En un mot, demeurera-t-il à l'état d'infirme, confiné dans sa chambre et obligé de faire appel à l'assistance des autres pour l'accomplissement des actes les plus impérieux de la vie ordinaire ?

Tel est, Messieurs, le problème qui se pose dans les conditions particulières que nous avons déterminées. Eh bien ! en pareille occurrence, le médecin instruit, en même temps qu'il s'efforcera de trouver dans l'examen du malade des indices capables de lui fournir la solution de cette question fort difficile, ne manquera pas, fût-ce même instinctivement, de se remettre en mémoire les connaissances anatomo-pathologiques et physiologiques propres à l'éclairer. Il *pensera* anatomiquement, si je puis ainsi dire, et physiologiquement, en même temps que cliniquement.

Il ne se contentera de données empiriques que faute de mieux, et il voudra, si faire se peut, pénétrer la raison des choses. Nous ne pouvons mieux agir, je crois, qu'en l'imitant ; représentons-nous donc l'état des parties lésées chez le malade qui est là sous nos yeux, et sur l'avenir duquel on nous demande de nous prononcer.

III. Ceci va nous mener à une digression, mais je ne doute pas qu'après avoir parcouru le chemin détourné où je vais vous conduire, la tâche que nous nous proposons d'accomplir ne nous sera rendue plus facile.

Il s'agit, vous ne l'avez pas oublié, dans l'exemple choisi, de l'hémorrhagie intra-encéphalique se présentant dans sa forme la plus vulgaire. — Où siége le foyer ? Quelles parties a-t-il simplement refoulées ? Quelles parties a-t-il détruites ? 95 fois sur 100, peut-être, les choses seront telles que nous allons les imaginer.

Rappelons-nous quelques-unes des particularités anatomiques qu'offre à considérer la région des masses centrales, car c'est dans cette région que se fait l'épanchement, dans la très grande majorité des cas.

Examinons à nouveau la coupe horizontale que je vous ai plusieurs fois présentée déjà. J'appellerai surtout, cette fois, votre attention sur les rapports du noyau lenticulaire. Si, en dedans, il est limité par la capsule interne, en dehors, il est limité par un autre tractus blanc, la capsule externe, qui le sépare de l'avant-mur (*claustrum*) et de la région de l'insula.

Or, Messieurs, sur des pièces convenablement durcies dans l'alcool, il serait facile de montrer que la face externe du noyau lenticulaire, dans son tiers antérieur surtout, n'est que très lâchement unie à la capsule externe. En réalité, il n'y a pas de connexions anatomiques intimes entre la bandelette blanche et la face externe du noyau gris. Il

(1) Voir les nos 14, 19, 29, 31, 39, 42, 44, 48, 51 de 1879 ; 7 de 1880.

existe en ce point comme une sorte de ventricule virtuel ; et si c'est dans cette région, ainsi que l'a depuis longtemps fait remarquer Gendrin, que commence à se former l'épanchement sanguin dans les cas ordinaires, la raison n'en est pas difficile à comprendre. A cette même région appartiennent, en effet, les artères *nourricières*, dont les lésions préparent en quelque sorte l'hémorrhagie intra-encéphalique.

Si, sur un cerveau préalablement injecté, vous étudiez, guidés par les importants travaux de M. Duret, les dispositions des artères nourricières des masses centrales, vous relevez surtout ce qui suit.

Les plus importantes de ces artérioles proviennent du tronc de la sylvienne dont elles se détachent perpendiculairement ; elles pénètrent dans la substance nerveuse au niveau de l'espace perforé antérieur.

On voit là une série de petits pertuis dont chacun donne passage à une de ces artérioles ; et, remarquez-le bien, contrairement à ce qui a lieu sur les vaisseaux artériels corticaux destinés à nourrir la substance grise et le manteau, les vaisseaux qui s'insinuent dans l'épaisseur des masses centrales ne sont pas, quant à la structure et à leur calibre, des capillaires, mais bien des artères véritables.

La disposition que présentent les vaisseaux lenticulo-striés, une fois qu'ils ont pénétré dans l'épaisseur des masses centrales, peut être aisément mise en relief par une dissection fort simple. On enlève successivement l'écorce grise des circonvolutions de l'insula, la substance blanche sous-jacente, l'avant-mur, enfin la capsule externe ; on met ainsi à nu la surface convexe du troisième segment du noyau lenticulaire, et l'on voit alors s'épanouir sur cette surface, à la manière d'un éventail, les artérioles lenticulaires. Les plus volumineuses sont les plus antérieures. Toutes, se dirigeant d'avant en arrière et de bas en haut, pénètrent vers l'extrémité supérieure du noyau dans son épaisseur, et, là, on les perd de vue.

Pour bien reconnaître le trajet ultérieur de ces vaisseaux et leurs ramifications dans l'épaisseur des noyaux gris, il convient de pratiquer maintenant à travers ces noyaux des coupes transversales. L'examen d'une de ces coupes bien choisies nous suffira pour le but que nous nous proposons. Il s'agit d'une coupe faite un peu en avant du chiasma. Là, se voit une des artères striées les plus volumineuses et les plus importantes, en raison de son rôle fondamental dans l'hémisphère cérébral. Après avoir pénétré dans la profondeur du troisième segment, elle traverse la partie supérieure de la capsule interne et arrive jusqu'au noyau caudé. Les autres artérioles sont disposées à peu près d'après le même plan.

Ces artères sont des artères *terminales*, c'est-à-dire qu'elles ne communiquent pas entre elles, non plus qu'avec les artères corticales. Une injection poussée un peu fort les rompt facilement et produit de petits foyers qui imitent ceux que l'on voit dans l'hémorrhagie cérébrale.

Enfin, Messieurs, elles sont particulièrement sujettes à la forme d'artériose qui conduit à la formation des anévrysmes miliaires, cette lésion préparatoire de l'hémorrhagie intra-encéphalique vulgaire. Il est très commun, chez des sujets qui ont été frappés autrefois d'apoplexie par hémorrhagie cérébrale, d'extraire des pertuis de l'espace perforé un certain nombre d'artérioles portant des anévrysmes miliaires.

Lorsque l'hémorrhagie se fait aux dépens de ces artères ainsi altérées, — et ce cas est très fréquent, — le sang se répand dans le ventricule virtuel dont nous parlions tout à l'heure, entre le noyau lenticulaire et la capsule externe qui se trouve en quelque sorte décollée. De cette façon, se forment ces foyers aplatis, qui, lorsque le sang épanché s'est résorbé, se présentent sous la forme d'une cicatrice ocreuse linéaire, limitant le contour externe du noyau lenticulaire.

Quand le foyer en question est encore récent, pour peu que l'épanchement soit notable, il devra nécessairement repousser les noyaux gris vers les ventricules, en raison de la résistance plus grande qu'opposeront les parois crâniennes du côté de l'insula. Vous voyez donc que, si les choses en restent là, aucune partie importante ne sera détruite ; la capsule interne en particulier sera seulement médiatement comprimée. En pareil cas, malgré l'intensité que les premiers symptômes auront pu présenter, un tel malade, s'il a résisté à ce qu'on appelle les phénomènes de *choc*, pourra guérir, c'est-à-dire pourra tôt ou tard recouvrer la presque intégrité de ses mouvements.

Mais, d'autre part, ce foyer peut s'agrandir ; il peut s'étendre suivant la direction des artérioles, couper en travers la capsule interne, et, enfin, pénétrer dans la cavité ventriculaire. Si un tel accident se produit, le cas est des plus graves ; le malade succombe le plus habituellement, et par là même la question se trouve résolue.

Si l'inondation ventriculaire n'a pas eu lieu, si seulement les fibres de la capsule ont été déchirées, pour peu que la déchirure porte sur celles de ces fibres qui appartiennent au faisceau pyramidal, le cas est encore des plus sérieux ; non pas en ce qui concerne la vie du malade qui, par ce fait, n'est point menacée, mais en ce qui concerne le retour du mouvement dans les membres frappés d'hémiplégie. Très certainement, alors, l'intégrité de ces mouvements est définitivement compromise.

C'est qu'en effet, Messieurs, une telle lésion destructive entraîne nécessairement le développement d'une lésion spinale descendante, qui, elle, à son tour, ainsi que nous allons le montrer, entretient fatalement la persistance indéfinie plus ou moins complète de l'impuissance motrice dans les membres paralysés.

Ainsi, vous le voyez, quelques millimètres de plus ou de moins dans l'étendue de la lésion, suivant une certaine direction, ne sont pas ici chose indifférente. Tant que les fibres du faisceau pyramidal sont épargnées, quelle que soit l'étendue du foyer, le mal est réparable. Il ne l'est plus ou ne l'est plus guère si les fibres de ce faisceau ont été non pas seulement comprimées, mais détruites sur un point de leur trajet. Tel est le résumé de la situation.

IV. C'en est assez pour le côté anatomo-pathologique. La question s'offre à nous actuellement dans les termes suivants. Est-il possible de reconnaître cliniquement, à de certains caractères, chez des individus frappés d'hémiplégie depuis quatorze ou quinze jours, que le faisceau pyramidal a été détruit sur un point de son parcours, ou, autrement dit, la dégénération secondaire se révèle-t-elle par des symptômes qui lui sont propres ?

On peut, Messieurs, répondre par l'affirmative. Il est certain que l'existence des dégénérations secondaires, dans les conditions que nous avons supposées, peut être habituellement reconnue. Le grand symptôme révélateur, dans l'espèce, est cet ensemble de phénomènes que l'on désigne vulgairement sous le nom de *contracture tardive des hémiplégiques*. Il nous faudra donc porter toute notre attention sur ce symptôme remarquable. Mais il ne se manifeste habituellement, d'une façon un peu décisive, que vers le deuxième ou le troisième mois après l'attaque. Faudra-t-il attendre, pour se prononcer, que ce terme soit révolu ? N'existe-t-il pas, dans la symptomatologie des hémiplégies apoplectiques, des indices moins tardifs, capables de révéler l'existence des lésions spinales consécutives ?

En réalité, Messieurs, la période des contractures tardives dans l'hémiplégie incurable est précédée par une période prodromique durant laquelle on observe certains phénomènes qui, s'ils ne permettent pas d'affirmer à coup sûr l'existence de la dégénération, en rendent au moins la présence très vraisemblable. Seulement, l'apparition de ces phénomènes doit être provoquée par l'observateur. Ce sont des signes qu'il faut apprendre à mettre en évidence ; ils ne se révèlent que par la mise en œuvre de certaines pratiques. Aujourd'hui, je me bornerai à vous rappeler que l'un d'eux, le plus anciennement introduit dans la séméiotique neuro-pathologique, est connu en France sous le nom de trépidation provoquée, d'épilepsie spinale provoquée. Les auteurs allemands l'appellent le phénomène du pied (Fussphœnomen) ou, encore, le *clonus* du pied.

Mais c'est là un signe qui appartient à la clinique française. Dès 1863, ainsi qu'en témoignent des observations qui datent de cette époque, il était journellement mis à profit dans les services de la Salpêtrière, par M. Vulpian, par moi-même et par nos élèves. Depuis lors, nous n'avons jamais cessé d'étudier ce phénomène dans ses relations avec les différentes affections des centres nerveux et d'en chercher la signification. Ainsi, j'ai montré depuis longtemps qu'il fait habituellement défaut dans l'impuissance motrice liée au tabes ataxique, à la paralysie spinale de l'enfance et encore dans d'autres états du même genre, tandis qu'il ne manque jamais dans les paralysies de cause cérébrale ou spinale dans lesquelles la contracture existe ou tend à s'établir (1).

Voici, au demeurant, en quoi consiste ce phénomène. Quand on soulève le membre inférieur paralysé d'un hémiplégique, en plaçant une main sous le jarret de façon que la jambe du malade soit abandonnée à elle-même, ballante, si, à l'aide de l'autre main, on relève brusquement la pointe du pied, immédiatement on provoque une série de secousses dont l'ensemble constitue une sorte de mouvement rhythmé, de tremblement à oscillations plus ou moins régulières ou persistantes.

La trépidation spinale offre d'autant plus d'intérêt dans la règle, qu'il n'en existe pas trace à l'état normal. Ainsi M. Berger (2), sur 1400 sujets sains en apparence, (des soldats pour la plupart), qu'il a observés à cet effet ne l'a rencontrée que trois fois. Je répéterai encore à dessein que dans le domaine pathologique, ce n'est pas un phénomène banal, puisque dans certaines affections spinales il fait défaut, tandis que dans d'autres il est de règle qu'il soit présent. C'est, en somme, un des caractères du groupe des paralysies spasmodiques ; et les hémiplégies centrales avec dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux appartiennent à cette catégorie.

Quand la contracture tardive s'est produite, il est à peu près constant. Mais il la précède souvent de plusieurs semaines. Chez une malade actuellement couchée dans l'infirmerie de la Salpêtrière, il a commencé à se manifester huit jours après l'attaque, et quinze jours plus tard la rigidité du membre inférieur inaugurait peu à peu la série des accidents spasmodiques. Chez une autre malade, il n'a paru qu'un mois après l'attaque et la raideur musculaire a commencé à paraître dans le cours du deuxième mois. M. Déjerine a fait voir récemment que ce symptôme se révèle parfois dans les deux membres inférieurs, et nous verrons qu'il en est quelquefois de même de la contracture.

Chez les hémiplégiques qui jouissent encore de quelques mouvements, cette même trépidation, qui s'étend dans certains cas au membre tout entier, peut aussi se manifester à l'occasion d'un mouvement volontaire.

Il s'agit là d'un phénomène réflexe; je me propose d'ailleurs de le démontrer plus au long dans la suite. Qu'il suffise, pour le moment, de vous faire remarquer que son intensité est provoquée par l'emploi de la strychnine, atténuée au contraire, d'après M. Berger du moins, par celle de l'opium.

Un phénomène analogue se produit quelquefois lorsque la main d'un hémiplégique est brusquement soulevée par le bout des doigts. Souvent aussi, ces malades, en élevant le bras paralysé, éprouvent une trépidation semblable à celle qui se produit au membre inférieur dans les mêmes circonstances. Mais le *phénomène de la main*, provoqué ou spontané, est beaucoup plus rare que le phénomène correspondant connu sous le nom de *phénomène du pied*.

Ces deux signes, comme nous le montrerons, appartiennent à la même catégorie que ceux qui ont été récemment introduits dans la séméiotique des affections spinales par M. Westphal, puis par M. Erb, sous la dénomination collective de *réflexes tendineux*.

(1) Dubois. — [illegible]
(2) *Arch. d. He*[illegible]

CLINIQUE CHIRURGICALE

Excroissances polypeuses de l'urèthre symptomatiques de la tuberculisation des organes urinaires chez la femme (1);

Par le Dr **TERRILLON**, chirurgien des hôpitaux.

L'autopsie fut malheureusement très incomplète, mais elle révéla cependant, d'une façon très nette, la certitude de la tuberculose pulmonaire et génito-urinaire.

Obs. IV. — La nommée Bergerin, âgée de 42 ans et exerçant la profession de couturière, est entrée pour la première fois, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Polaillon, le 8 novembre 1878.

Elle accusait de très-vives souffrances au moment et dans l'intervalle des mictions. D'après les renseignements que nous avons pu nous procurer, les urines n'offraient aucune altération pathologique quant à leur composition, mais elles étaient excrétées très-souvent et chaque miction ramenait une crise douloureuse intolérable ou augmentait l'intensité des souffrances, presque continues, dont elle était accablée depuis quelques semaines.

En dehors des mictions, elle éprouvait presque continuellement une sensation douloureuse dans les parties.

A l'examen direct, on constata la présence de deux ou trois gros polypes, rouges, montrant toutes les apparences des polypes ordinaires de l'urèthre chez la femme. Ils remplissaient presque complétement le canal et faisaient saillie au dehors par le méat urinaire. Le traitement consista dans la torsion et l'arrachement. Au bout d'un mois, la malade quittait le service complétement soulagée, et on la considéra comme définitivement guérie.

Le 10 février 1879, elle se présente de nouveau à M. Polaillon, accusant des souffrances plus vives que jamais, continuelles, mais s'exaspérant par la miction, laquelle arrache des cris à la malade ; son état général est notablement altéré.

On pratique un examen très-minutieux de la vessie, avec une sonde de femme, après avoir injecté 100 gr. d'eau pour la distendre; puis on s'est servi d'une sonde d'homme en argent. Cet instrument explorateur donna un choc qui, quoique peu distinct, fit croire à l'existence d'un corps étranger ou d'un calcul mou. La malade affirmait énergiquement qu'elle n'avait jamais introduit aucun corps étranger et qu'il fallait abandonner cette supposition. Cette exploration détermina une hémorrhagie peu abondante ; elle s'arrêta spontanément.

Les urines étaient un peu purulentes, surtout celles du matin, et laissaient déposer un sédiment jaunâtre composé de globules de pus. L'urine décantée ne contenait pas d'albumine.

28 *février*. On fait une seconde exploration de la vessie avec la sonde munie d'un microphone. Il fallut, à partir de ce moment, abandonner définitivement l'idée d'un corps étranger, calcul ou autre, car l'instrument promené soigneusement sur toute la surface vésicale ne donna aucun son inégal.

Le diagnostic fut : cystite purulente de cause inconnue.

Le traitement institué consista dans l'usage de tisanes légèrement diurétiques et d'injections vésicales d'eau phéniquée, au cinquantième.

La première injection détermina d'horribles douleurs pendant près d'une heure et une grande tendance à la syncope.

La malade accusait la sensation de brûlure dans les parties et dans le ventre. Le lendemain, apparût un peu d'œdème des grandes et des petites lèvres.

1er *mars*. Injection phéniquée au centième tous les matins. Elles étaient très-douloureuses, ce qui ne doit point étonner, puisque la simple introduction de la sonde faisait pousser des cris à la malade.

30 *mars*. Les injections sont mieux tolérées, mais la suppuration de la vessie reste stationnaire, si elle n'augmente pas. Dès qu'on introduit la sonde, il s'écoule une quantité abondante de pus fétide, crémeux, qui peut être évalué à 3 ou 4 cuillerées à bouche. La malade perd son appétit et ses forces, et elle ne peut plus quitter le lit. Elle a beaucoup de peine à retenir ses urines, qui s'échappent presque continuellement. A ces phénomènes sont venus s'adjoindre ceux de l'urémie, à forme gastro-intestinale et dyspnéique. Presque tous les soirs, elle vomit ses aliments et, quand les vomissements font défaut, elle est en proie à une dyspnée que rien n'explique, si ce n'est la résorption de l'urée ou du carbonate d'ammoniaque au niveau de la vessie ulcérée. Dans ces derniers jours, elle éprouve aussi des douleurs rénales très-fortes, à gauche,

(1) V. [illegible]

principalement. Même traitement local, ventouses sèches contre la dyspnée ; cataplasmes laudanisés sur les lombes.

10 *avril*. L'état général est le même. Les douleurs rénales sont beaucoup plus intenses. Une injection de chlorhydrate de morphine (un centigramme) détermine des vomissements pendant 24 heures.

Vers la fin d'avril on essaie les capsules de térébenthine, mais elles augmentent encore le dérangement des fonctions gastriques et on est forcé de les suspendre au bout de trois jours. Prescription. Bière et viande crue.

30 *juin*. Rien de changé du côté de la vessie. On analyse les urines après décantation et on constate l'absence complète d'albumine. Les douleurs rénales sont moins intenses. Les injections sont mieux supportées ; elles sont presque indolores. Les vomissements incoercibles viennent très-irrégulièrement tous les 3 ou 4 jours, le soir. Ils exercent sur l'état général une certaine amélioration, la somnolence diminue et les accès de dyspnée, sans altération thoracique, sont plus rares. On conseille à la malade de se lever après le déjeuner. Elle est extrêmement faible.

20 *juillet*. Au moment où M. Terrillon prend le service, sur le récit des antécédents de la malade, des caractères des urines, de la persistance de cette suppuration vésicale sans cause saisissable ; se rappelant des cas analogues observés par lui dans les hôpitaux, il émit l'opinion que nous avions probablement affaire à une cystite tuberculeuse. Ce diagnostic attira de nouveau notre attention sur l'examen des organes thoraciques, mais, pas plus cette fois-ci que les précédentes, nous ne découvrîmes aucun signe certain de tuberculose pulmonaire. Il n'y avait d'anormal dans les bruits pulmonaires, que quelques râles sibilants très-rares et disséminés un peu partout. Comme traitement, on continua les injections vésicales d'eau phéniquée ; tisane de stigmates de maïs, à laquelle on ajoutait deux cuillerées à bouche de sirop de stigmates de maïs, par litre de tisane.

7 *août*. Le premier jour, le sirop de stigmates de maïs donné seul, provoque quelques vomissements, mais, à partir du moment où on l'administre selon la prescription, il est bien toléré.

15 *août*. Les urines paraissent un peu moins purulentes, la vessie est moins sensible. La malade qui redoutait jusqu'à ce jour les injections phéniquées les réclame quand on tarde trop à les lui administrer, l'appétit est un peu meilleur. Cette amélioration passagère ne nous trompe point, attendu que les allures de la maladie ont toujours été rémittentes.

5 *septembre*. L'état général de la malade s'est sensiblement aggravé, elle est en proie à une somnolence invincible ; très-affaiblie, continuellement menacée d'une lypothimie ou d'une syncope.

7 *septembre*. Elle expira au milieu de la nuit sans aucune secousse et par les progrès de l'urémie. Pendant toute son évolution la maladie a été complétement apyrétique. L'incontinence d'urine est allée en augmentant, de façon que, dans les derniers temps, elle ne pouvait plus retenir ses urines qui mouillaient sans cesse son lit. Dès qu'on poussait l'injection avec une certaine vitesse, de façon à permettre l'augmentation de tension dans la vessie et la distension de ses parois, le liquide injecté sortait mélangé de sang.

Malgré le décubitus prolongé pendant plusieurs mois il n'y avait pas d'eschare au sacrum. Point de toux, pas même dans les dernières semaines. La malade n'avait jamais craché de sang.

Autopsie. — Tous les organes urinaires sont atteints par la tuberculose qui a laissé des traces considérables, dont voici les détails (*Fig. 18*).

Toute la surface de *la vessie* et de *l'urèthre* est noirâtre, marbrée et présente un grand nombre d'ulcérations, ayant détruit la muqueuse et laissant à nu, les fibres musculaires sous-jacentes.

Ces ulcérations sont festonnées, à bords déchiquetés et fortement pigmentés. Sur toute la surface, se trouvent disséminées des granulations jaunes, opaques, saillantes, dont plusieurs sont en voie d'ulcération.

Enfin, et c'est là le point important, sur lequel, il est nécessaire d'insister : on trouve, vers le milieu de l'urèthre et dans le voisinage du col de la vessie, plusieurs petits polypes absolument semblables à ceux qui avaient été enlevés au niveau de l'orifice de l'urèthre. Appendues à un pédicule mince, ces petites tumeurs sont d'un rouge vif, indiquant leur grande vascularité ; elles sont de différents volumes et au nombre d'environ 5 ou 6.

Elles représentent donc nettement ces fongosités uréthrales écrites par les auteurs, et occupant dans quelques cas, presque toute la surface de la muqueuse uréthrale, de façon à oblitérer presque complétement le calibre du canal.

Il suffit d'ajouter pour terminer ce qui a trait à ces organes que l'orifice uréthral déprimé et légèrement induré présente

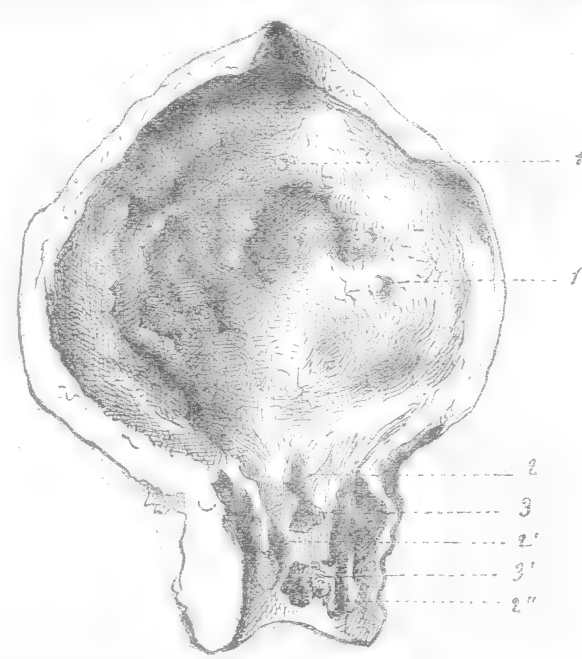


Fig. 18.— 1, 1', Granulations tuberculeuses de la muqueuse vésicale.—2, 2', 2", Productions papilleuses ou fongoïdes ou molluscoïdes, ou tout ce que vous voudrez. — 3, 3', Ulcérations tuberculeuses du col de la vessie.

les apparences d'une cicatrice circulaire.

Le *rein* du côté gauche, présente à son suprême degré la désorganisation presque complète que produit ordinairement la tuberculose ancienne. Les pyramides sont complétement détruites, et la substance corticale seule conservée, quoique malade, forme une série d'arcades festonnées. Toute la partie interne du rein ainsi que le bassinet et l'uretère, sont remplis de pus et de détritus caséeux et présentent les signes d'une inflammation chronique très-intense.

Le *rein* du côté droit, ne présente qu'un groupe de 7 à 8 granulations tuberculeuses jaunes, saillantes à la surface. L'altération était donc ici à son début. Les capsules surrénales, surtout celles du côté gauche, sont remplies de matières caséeuses. — *L'utérus* et *l'ovaire* sont intacts.

Le *poumon gauche* est rempli en totalité de granulations jaunes assez volumineuses, disséminées dans tout l'organe.

On ne trouve que quelques foyers caséeux dans le sommet du *poumon droit*. Les autres organes ne présentent aucune altération appréciable.

Cette observation que je dois à l'obligeance de mon collègue M. Polaillon, que j'ai remplacé pendant quelque temps à l'hôpital de la Pitié, est particulièrement intéressante.

Chez cette malade, au moment où on put l'examiner pour la première fois, elle présentait déjà, en même temps que des polypes uréthraux, des phénomènes vésicaux assez marqués. Cependant, comme l'urine n'était pas altérée et que l'urèthre paraissait être seul en cause, l'ablation des polypes était nettement indiquée.

Aussi, leur ablation amena-t-elle un soulagement et même une guérison apparente. Mais bientôt les phénomènes douloureux du côté de la vessie, les troubles de la miction et l'altération des urines firent penser à une lésion plus profonde.

Tous ces symptômes firent penser, et avec raison, à la possibilité d'un calcul vésical ou d'un corps étranger. Cependant, l'exploration méthodique, pratiquée au moyen d'un instrument aussi délicat que le microphone, ne fit rien découvrir. C'est alors que la persistance des phénomènes ne laissa aucun doute sur l'évolution de l'affection tuberculeuse.

Comme l'a très bien fait remarquer M. Tapret, dans son mémoire, c'est là un des caractères les plus saillants de la

tuberculose de la vessie. Ici, encore, l'abondance du pus rendu par les urines tenait à la présence, non seulement des ulcérations vésicales et de la cystite, mais aussi à la suppuration et à la désorganisation du rein gauche.

Quant à la question si importante qui consiste à savoir si les polypes de la muqueuse de l'urèthre peuvent être considérés comme une lésion primitive ou idiopathique, je crois qu'on peut la résoudre de la façon suivante.

Ces polypes sont très certainement le résultat d'une inflammation chronique et d'une irritation de la muqueuse. Or, l'évolution des granulations tuberculeuses dans l'épaisseur de la muqueuse est d'abord une cause d'irritation avant d'être une cause de troubles dans les caractères de l'urine, l'ulcération ne se produisant qu'au bout d'un temps assez long. Chez notre malade, la première irritation a provoqué la formation des polypes et leur cortége symptomatique ordinaire, c'est-à-dire les phénomènes douloureux.

Leur ablation a donc amené une amélioration, mais cette dernière n'a duré que jusqu'à l'époque de la formation des ulcérations uréthro-vésicales. On pourra remarquer aussi que l'affection a débuté par l'urèthre pour gagner la vessie, et probablement aussi, secondairement, le rein gauche (tuberculisation ascendante) ainsi que le prouve l'altération tardive de l'urine par du pus.

Je n'hésite donc pas à admettre que les fongosités polypeuses ont dû être le résultat de l'altération tuberculeuse de la muqueuse uréthrale, donnant ainsi, par leur présence à la tuberculose de cet organe, un appareil symptomatique très sérieux dès le début. Sans eux, la tuberculose urinaire n'aurait peut-être donné lieu à des symptômes évidents, qu'après un temps assez long, c'est-à-dire au moment de l'apparition des ulcérations.

Comment peut-on expliquer la formation de ces végétations polypeuses survenant sous l'influence de la tuberculisation de l'urèthre? Telle est la question qui demanderait à être examinée avec soin. Il est assez difficile de donner de cette formation une explication bien nette, puisque la tuberculisation provoque, le plus souvent, la destruction des parties atteintes.

Cependant, il doit se passer ici un phénomène analogue à celui qui se passe dans le larynx. Nous savons en effet que la tuberculisation du larynx donne lieu non seulement à des ulcérations, mais aussi à des végétations polypeuses. Il se produit aux dépens de la muqueuse ulcérée un bourgeonnement hypertrophique en forme de chou-fleur ou de crête de coq, espèce de polype plus ou moins volumineux, dont la présence peut oblitérer plus ou moins la glotte (Khrishaber et Peter) (1). Les mêmes auteurs parlent également de ces mêmes excroissances polypeuses, qu'on trouve à l'examen laryngospique.

On voit donc qu'il y a similitude entre ces excroissances du larynx et celles de l'urèthre de la femme.

CONCLUSIONS : Les excroissances polypeuses de l'orifice uréthral de la femme peuvent présenter, au point de vue de leur étiologie, deux variétés distinctes.

Les unes sont idiopathiques ou ne reconnaissent qu'une cause irritante légère. Le pronostic est bénin. L'ablation dans ce cas amène rapidement la guérison. Elles sont les plus fréquentes.

Les autres, au contraire, quoique possédant les mêmes caractères extérieurs que les précédentes, accompagnent ou précèdent l'uréthrite ou la cystite tuberculeuses, dont elles constituent un symptôme important.

Leur pronostic est grave à cause de l'affection générale. Elles peuvent servir à établir le diagnostic de la tuberculose des organes urinaires souvent si difficile chez la femme.

Le traitement n'amène qu'un soulagement nul ou seulement momentané.

(1) *In Dic. Encycl. des sc. méd.*, t. I, 2e série, article Larynx, p. 646.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Des dégénérations secondaires de la moelle épinière consécutives à l'ablation du gyrus sigmoïde chez le chien;

Par MM. **FR. FRANCK** et **A. PITRES**.

On a rarement eu l'occasion d'observer, chez le chien, des dégénérations secondaires de la moelle épinière, consécutives à des lésions cérébrales (1). Aussi nous a-t-il paru intéressant de faire connaître les deux observations suivantes dont les résultats concordent, du reste, avec les lois qui président à la production des dégénérations secondaires consécutives aux lésions cérébrales chez l'homme.

EXPÉRIENCE I. — *Ablation du centre cortical pour le membre antérieur gauche, encéphalite consécutive; dégénération secondaire de la moelle.*

Le 25 avril 1878, sur une chienne boule-dogue adulte et très vigoureuse, nous mettons à découvert par le trépan la région motrice de l'hémisphère droit, et nous enlevons toute la portion de substance corticale de la circonvolution centrale postérieure dont l'excitation électrique provoque des mouvements dans le membre antérieur gauche. Après quelques expériences sur l'excitabilité de la substance blanche mise à nu par l'ablation de l'écorce, la plaie crânienne est suturée; une mèche de coton est fixée à son angle inférieur et on abandonne l'animal à lui-même.

Il guérit rapidement, ne présentant que quelques phénomènes de parésie dans le membre antérieur gauche. On le conserve plusieurs mois en l'examinant de temps à autre : sauf une légère tendance à tourner à droite et une faiblesse notable dans le membre antérieur gauche, l'animal ne présente, jusqu'en janvier 1879, aucun phénomène particulier.

Au commencement de janvier, on remarque quelques secousses convulsives dans l'oreille, dans les paupières et dans la lèvre du côté gauche.

Du 10 au 15, ces secousses s'étendent au cou et au membre postérieur gauche. La patte antérieure du même côté ne présente aucun mouvement convulsif.

Le 24 janvier 1879, on trouve l'animal avec une écume sanglante aux lèvres, l'air inquiet, agité, tirant sur sa corde en faisant mine de vouloir mordre. On le détache et on s'aperçoit qu'il tourne sur lui-même, en manège, marchant toujours de gauche à droite.

Les yeux sont saillants, les conjonctives injectées, les globes oculaires tournés tous deux vers la droite. Quand on arrête la marche de l'animal, en tirant sur la corde en sens inverse de son mouvement de rotation spontanée, il reste fixé sur ses pattes, regardant à droite, les paupières, la lèvre supérieure et l'oreille du côté gauche sont agités de mouvements convulsifs ; il y a aussi des secousses dans la moitié gauche du cou, et dans le membre postérieur gauche. — Pupilles égales. Pas de délire apparent. Pas de fièvre. L'animal est déposé pour la nuit dans la pièce du calorifère. Il refuse toute nourriture liquide ou solide.

Le samedi 25 janvier, l'état général s'est aggravé, l'animal reste couché sur le côté droit, la tête en rotation complète sur l'épaule droite, l'oreille, les paupières, la lèvre supérieure du côté gauche, le membre postérieur gauche présentent des secousses convulsives beaucoup plus intenses que la veille.

Quand l'animal essaie de se relever pour répondre à l'appel qu'on lui fait, il retombe à droite, la tête tournée à droite. Il ne peut ni manger, ni boire. On lui verse dans la gueule, avec un entonnoir, une assez grande quantité d'eau qu'il déglutit avidement. Aussitôt après, on injecte avec une sonde œsophagienne une solution de chloral (4 grammes sur 20 grammes d'eau) dans l'estomac. Au bout de 8 minutes, les secousses convulsives ont disparu ; après 10 minutes, l'animal dort profondément. — Le dimanche 26 janvier, le chien dort toute la

(1) Voir à ce sujet : Charcot : *Leçons sur les dégénérations secondaires*, Progrès médical 1879, p. 994, — Raoul Issartier. — *Des dégénérations secondaires de la moelle épinière, consécutives aux lésions de la substance corticale du cerveau*. Th. doct. Paris 1878, p. 45.

journée. — Le lundi 27, on le trouve réveillé et couché dans le cendrier du calorifère.

Depuis quatre jours, il a maigri de moitié. Il est encore couché sur le côté droit, les oreilles relevées, avec quelques secousses dans l'oreille droite seulement; la patte postérieure gauche présente quelques mouvements rhythmiques assez lents, la patte antérieure droite est souple.

On donne une nouvelle dose de chloral (3 grammes 50) après introduction dans l'estomac d'une assez grande quantité d'eau; au bout d'un quart d'heure somnolence, disparition des secousses convulsives.

Le mardi 28, on trouve l'animal mort. Rigidité complète, pattes étendues, tête en rotation à droite (il faut noter que, pendant la vie, le chien n'a présenté de contracture que dans les muscles de la moitié droite du cou).

Autopsie le 28 à quatre heures du soir.

Viscères thoraciques et abdominaux sains, intestins très anémiés. Grande azygos et sinus rachidiens, gorgés de sang.

On met à nu la calotte crânienne, la peau est adhérente à la cicatrice fibreuse qui obture l'orifice de la trépanation. On enlève la voûte du crâne d'un trait de scie en y laissant adhérente une petite épaisseur de la substance cérébrale. La coupe du centre ovale présente un foyer de ramollissement rouge qui correspond *à toute la zone motrice* du côté droit et qui s'étend en profondeur jusqu'au niveau du corps strié.

On n'a pas fait d'autres coupes réservant l'encéphale pour l'examen histologique.

L'encéphale et la moelle sont enlevées en même temps; on dépouille l'isthme de l'encéphale de la pie-mère et on constate que la pyramide antérieure droite est notablement plus grêle que la gauche.

Au mois de décembre 1879, l'examen histologique de la moelle est pratiqué; en voici le résultat. La moelle, examinée après durcissement dans des solutions étendues de bichromate d'ammoniaque, sur des coupes colorées au carmin et montées dans le baume de Canada (après déshydratation par l'alcool absolu et éclaircissement par l'essence de girofle) présente les altérations suivantes: sur toutes les coupes on trouve à la partie postérieure du cordon latéral gauche, une tache triangulaire vivement colorée en rouge. Cette tache parait isolée au milieu des fibres du cordon latéral, elle n'atteint, en effet, ni la surface extérieure de la moelle, ni le bord externe de la corne postérieure. A son niveau, les tubes à myéline sont rares et séparés les uns des autres par une substance d'apparence granuleuse qui a fortement fixé le carmin et dans laquelle existent de nombreux vaisseaux sanguins.

Tout le reste de la moelle parait absolument normal, nulle part on ne trouve d'altération des cordons antérieurs ni des cellules des cornes antérieures. La tache de sclérose secondaire est apparente sur les coupes pratiquées dans toute l'étendue de la moelle, elle est seulement plus large, plus étalée dans la région cervicale que dans les autres régions.

L'observation que nous venons de rapporter présente beaucoup d'analogies avec un fait publié par M. Vulpian (1). Le 21 mars 1876, M. Vulpian découvrit sur un chien épagneul, de moyenne taille, le sillon crucial du côté droit et enleva, à l'aide d'une curette, la couche corticale grise dans toute l'étendue du gyrus sigmoïde. L'animal survécut à cette mutilation, mais sa guérison fut troublée par des accidents d'irritation cérébrale : agitation, accès convulsifs, épileptiformes, mouvement de manège. Il fut sacrifié le 20 octobre, sept mois après le début de l'expérience.

A l'autopsie on trouva le pédoncule cérébral et la pyramide antérieure du côté droit manifestement atrophiés, et l'examen microscopique de la moelle, après durcissement, révéla l'existence d'une bande de dégénération descendante occupant la partie postérieure du cordon latéral gauche. Malheureusement, dans le fait de M. Vulpian, comme dans le nôtre, il s'était developpé une encéphalite consécutive qui avait profondément altéré la substance cérébrale bien au-delà des limites de la lésion produite expérimentalement : l'hémisphère droit presque tout entier était le siége de lésions inflammatoires évidentes.

(1) Vulpian. — *Destruction de la substance grise du gyrus sigmoïde du côté droit sur un chien.* Archives de physiologie 1876, p. 814.

Ces deux faits ne peuvent donc servir qu'à démontrer la possibilité de la production, chez le chien, de dégénération secondaire à la suite de *lésions étendues du cerveau.*

L'expérience suivante présente un intérêt plus grand, car elle permet de pousser plus loin l'analyse des conditions de production des dégénérations secondaires. Elle démontre, en effet, qu'une *lésion corticale relativement* peu étendue, mais siégeant dans la zone motrice, suffit à provoquer la dégénération secondaire de la moelle.

Expérience II. — *Ablation du gyrus sigmoïde; guérison sans encéphalite diffuse. Dégénération secondaire de la moelle.*

Dans le courant du mois de juillet 1877, sur un chien griffon adulte, nous mîmes à découvert la région du sillon crucial du côté droit et, après nous être assurés, par l'exploration électrique, que l'excitation de cette région produisait des mouvements limités dans les membres du côté opposé, nous enlevâmes d'un trait de scalpel toute la substance grise du gyrus sigmoïde. L'animal présenta, après l'opération, les troubles du mouvement qui succèdent toujours à la destruction des centres corticaux. Il reprit au bout de peu de jours son appétit et sa gaieté ordinaires, la plaie du crâne guérit parfaitement. Après quelques semaines, il courait avec agilité et ne présentait plus à un examen superficiel aucune anomalie de la motilité.

Cependant, en l'observant avec attention, on découvrait quelques particularités dans son allure. Ainsi, dans les premiers jours de janvier 1878, cinq mois après le début de l'expérience, nous avons relevé dans l'observation les remarques suivantes. « L'animal est très gai, très agile, très intelligent. Il ne présente ni faiblesse ni contracture appréciables dans les membres du côté gauche; il ne tombe jamais spontanément et ne fléchit pas le poignet pendant la marche; mais, lorsqu'il a couru pendant quelque temps, la patte antérieure gauche est soulevée plus haut que la droite, et, si, à ce moment, on lui cache la tête dans un capuchon pour l'empêcher d'y voir, on exagère encore très notablement ce trouble de la démarche. Il cherche souvent à arracher le capuchon qui couvre ses yeux et cela toujours avec la patte antérieure droite, jamais avec la gauche. Si on le soulève par le cou de façon à laisser les membres antérieurs pendants, celui du côté gauche est plus flasque, plus pendant que celui du côté droit. La sensibilité au pincement parait égale des deux côtés; mais si on approche des deux pattes antérieurs à la fois une plaque métallique chaude, c'est toujours la patte du côté droit qui est retirée la première »

L'animal fut sacrifié le 25 janvier 1878. Après l'avoir fixé sur la gouttière, nous appliquons sur le côté droit de la région antérieure du crâne trois couronnes de trépan, de façon à mettre à découvert le point du cerveau lésé six mois auparavant et les parties environnantes. On aperçoit alors, au niveau de la région du gyrus sigmoïde une fausse membrane grisâtre molle, insensible au pincement et à la dilacération, qui se continue sur ses bords avec la dure-mère épaissie; au-dessous d'elle, on voit la plaie cérébrale qui apparait sous la forme d'une surface mamelonnée irrégulière, d'un gris clair et translucide dont la nuance diffère notablement de celles des circonvolutions voisines; celles-ci ont conservé leur couleur et leur consistance normales. La moitié antérieure et supérieure de l'hémisphère droit étant ainsi mise à nu, nous excitons les différents points par des courants induits. La région qui correspond à la plaie cérébrale (c'est-à-dire la région du gyrus sigmoïde) est absolument inexcitable. C'est en vain qu'on applique sur elle des courants très intenses donnant au doigt une sensation douloureuse, on n'obtient aucun mouvement dans les membres. Vient-on, au contraire, à porter l'excitation en arrière de la plaie cérébrale sur les circonvolutions restées intactes qui limitent le bord postérieur de cette plaie on obtient, avec des courants très faibles, à peine sensibles à la langue, des mouvements d'élévation et d'abaissement des paupières et des oreilles.

Le reste du pourtour de la plaie est inexcitable comme la plaie elle-même : nulle part son excitation ne provoque de mouvement dans les membres.

En résumé, cette exploration démontre que la cicatrice cérébrale est absolument inexcitable, et, qu'au voisinage de la cicatrice, les centres non détruits ont conservé leur excitabilité. Nous pouvons ajouter, en passant, que ces résultats ne confirment pas l'hypothèse émise par certains auteurs de suppléances corticales par éducation des parties voisines des centres détruits.

Après avoir constaté ces phénomènes, nous enlevons d'un trait de scalpel la cicatrice cérébrale et la substance grise des circonvolutions voisines, de manière à mettre à nu la substance blanche du centre ovale.

En portant les électrodes sur la surface de section ainsi obtenue, nous provoquons, sur certains points, des mouvements très nets des yeux, des paupières et des oreilles, mais nous ne pouvons obtenir aucun mouvement dans les membres. Donc les faisceaux de substance blanche sous-jacents aux centres détruits ont perdu leur excitabilité et les faisceaux sous-jacents aux centres restés intacts ont conservé la leur. L'animal est tué après avoir servi encore à quelques autres recherches qui n'ont aucun rapport avec le sujet qui nous occupe. La moelle et le bulbe enlevés immédiatement après la mort présentent les altérations suivantes :

La pyramide antérieure droite est très notablement plus grêle que la gauche ; elle ne présente pas de teinte grisâtre.

La moelle ne paraît pas asymétrique, mais, en revanche, le cordon latéral gauche, dans toute son étendue, parait un plus jaunâtre, un peu plus terne que le droit. Sur des fragments de ce cordon examinés au microscope après dissociation à l'état frais dans une goutte de picro-carminate d'ammoniaque, on trouve un grand nombre de corps granuleux, les uns libres, les autres contenus dans les gaînes péri-vasculaires des vaisseaux sanguins. Dans le point correspondant du côté opposé on ne trouve pas de corps granuleux. Sur des coupes transversales de la moelle, durcie et préparée comme dans l'expérience première, on constate un petit ilot triangulaire rouge vif de dégénération descendante siègeant dans la partie postérieure du cordon latéral gauche et dans toute la longueur de ce cordon.

Le faisceau latéral du côté droit ne présente pas d'ilot nettement limité de sclérose, néanmoins il ne parait pas être absolument sain. Il semble que, dans ses deux tiers postérieurs, il soit un peu plus rouge, un peu plus dense qu'à l'état normal. Les cordons antérieurs et postérieurs et les cornes de substance grise paraissent au contraire tout-à-fait sains.

Il résulte clairement, croyons-nous, des expériences dont nous venons de rapporter les détails :

1° Que, chez le chien, une lésion corticale siégeant dans la zone motrice, peut être suivie de dégénération secondaire de la moelle épinière ;

2 Que cette dégénération, semblable anatomiquement à celle qui se produit chez l'homme dans les mêmes circonstances, en diffère au point de vue de la symptomatologie en ce qu'elle ne s'accompagne pas de contracture musculaire.

Médecins militaires.

Par décret en date du 11 février 1880, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus, dans le corps de santé militaire : *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — M. Bertrand (Marie-Joseph-Hector), médecin principal de 2e classe à l'hôpital du Gros-Caillou, en remplacement de M. Fuzier, décédé.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. Bachon (Alexandre-Pierre-Paul), médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Bertrand, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — (Choix.) M. Tachard (François-Caprais-Elie), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Saint-Omer, en remplacement de M. Folie-Desjardins, retraité. — (Ancienneté.) M. Jossot (Paul), médecin-major de 2e classe au 40e régiment d'infanterie, en remplacement de M Moullié, retraité. —(Choix.) M. Liénard (Gustave-Emile), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Bachon, promu.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Conseils de l'Instruction publique.

Le Sénat a voté définitivement, le 16 février, l'ensemble du projet de loi relatif au Conseil supérieur de l'instruction publique et aux Conseils d'Académie. Nous allons essayer de résumer, en toute impartialité, les arguments apportés de part et d'autre au cours des débats.

La première délibération a commencé le 23 janvier.

C'est M Wallon qui a ouvert la discussion. Il soutient que le Conseil supérieur, ayant des fonctions à la fois pédagogiques et disciplinaires, ne saurait être composé exclusivement de membres de l'Université, sans que la liberté des écoles privées soit compromise. En outre, le nouveau Conseil serait inférieur à l'ancien, même au point de vue pédagogique. L'enseignement de la religion étant au nombre des matières obligatoires du programme, on a tort d'exclure les évêques ; l'hygiène ne pouvant être étrangère aux écoles, on a tort d'éliminer les membres de l'Académie de médecine ; des questions de droit se présentant devant le Conseil, on a tort de repousser les membres du Conseil d'Etat, de la Cour de cassation ; les programmes d'admission aux grandes écoles spéciales, devant se coordonner avec ceux de l'Université, on a tort de retrancher les délégués des ministres de la guerre et de la marine ; enfin l'Institut, les Conseils des arts et manufactures, de l'industrie et du commerce cessent d'être représentés, et M. Wallon, sans en donner de motif, croit que c'est encore un tort. D'ailleurs il blâme, autant que les suppressions, les additions faites au Conseil, notamment l'introduction de délégués élus pour les trois degrés de l'enseignement. L'élection, dit-il, est possible pour l'enseignement supérieur pour l'enseignement secondaire, elle ne l'est plus, les agrégés ne se connaissant pas entre eux, les licenciés encore moins ; quant à l'enseignement primaire, le projet lui-même renonçant à donner le droit de vote aux 40,000 instituteurs, l'élection sera faite par un suffrage restreint. Le résultat sera d'introduire dans le Conseil, non des éléments jeunes, mais des éléments d'ordre hiérarchiquement inférieur ; au Conseil, devant des supérieurs dont leur avancement dépend, l'indépendance des délégués sera suspecte ; dans les lycées ou collèges, leurs supérieurs auront devant eux une situation fausse. Contre l'ancien Conseil, d'ailleurs, on n'articule, selon M. Wallon, aucun grief formel. Toutes les exclusions faites sous l'apparence d'une mesure générale, visent tout spécialement les évêques ; or, M. Wallon prétend que, malgré leur présence, le Conseil a toujours pris parti pour l'Université ; par exemple, quand il vota l'établissement de facultés à Lille et à Lyon et quand il refusa satisfaction à l'évêque d'Angers demandant que la faculté de Rennes envoyât à Angers les deux ou trois de ses professeurs qui devaient faire parti du jury spécial. Ce même conseil a défendu le droit des professeurs à n'être pas arbitrairement mis d'office à la retraite ; il a empêché M. de Fourtou de frapper de retrait d'emploi, un professeur, M. Duvaux, dont l'attitude au conseil municipal déplaisait au ministre. On reproche au Conseil de n'avoir opéré nulle réform dans l'enseignement, et M. Wallon reconnait qu'il a réagi, sur le rapport de M. Patin, contre celle qu'avait tentée M. J. Simon. Mais cette immobilité de l'ancien Con-

seil est la faute des ministres qui ont seuls l'initiative et de l'Assemblée nationale qui ne l'a pas pourvu, comme le sera le nouveau, d'une section permanente capable de préparer les progrès nécessaires.

Pour M. Roger-Marvaise, le projet de loi n'est que la revendication par l'Etat de son indépendance entravée, sans couleur de liberté d'enseignement, par les lois de 1873 et de 1850 inspirées d'un même esprit d'hostilité envers l'Université. Reprenant l'historique des projets de loi successivement proposés par Guizot, Villemain et Salvandy pour restreindre le monopole universitaire, M. Roger-Marvaise établit que jamais il ne fut alors question de limiter le droit de l'Etat à diriger l'enseignement comme il le veut, dans les établissements publics, et à surveiller indistinctement tous les établissements privés. La constitution de 1848, en inscrivant dans son article 9 la liberté de l'enseignement, réserva en même temps le droit de surveillance de l'Etat. Par malheur, la Constituante ne put organiser la liberté qu'elle avait proclamée en principe; ce fut la Législative de 1850 qui s'en chargea. L'Etat, de surveillant devient surveillé; on compose le Conseil supérieur de huit membres de l'Université et de dix-neuf membres absolument étrangers à l'enseignement; la commission permanente est formée d'universitaires, mais elle n'a que des attributions dérisoires. Elle est chargée d'étudier ce qui touche à la police, à la comptabilité et à l'administration des écoles publiques. Le reste, les intérêts moraux et intellectuels de ces établissements, est réservé absolument au Conseil supérieur dont la majorité est étrangère à l'instruction publique. Et ce Conseil, dont en fait les avis font loi pour le ministre, en ce qui touche les établissements publics, est complétement désarmé vis-à-vis des écoles privées. L'Université est mise en tutelle, les établissements particuliers ont liberté entière. En même temps, on abolit l'obligation, pour les départements, d'entretenir une école normale primaire, et même on les invite à supprimer ces écoles; on établit l'équivalence de la lettre d'obédience et du brevet de capacité. C'est là ce qu'on appela organiser la liberté d'enseignement. Le projet actuel s'y prend autrement. Il a pour principe de donner toute garantie à l'Etat en ce qui concerne sa liberté de diriger l'enseignement public, et pour cela d'appeler au Conseil supérieur des représentants de l'enseignement public, des hommes essentiellement compétents, essentiellement spéciaux, dont un certain nombre pris en dehors de l'Université. Ce sera donc un Conseil supérieur, non pas de l'Université, mais de l'enseignement en général. La section permanente est constituée sur les mêmes bases. La liberté des établissements privés est respectée, et la surveillance de l'Etat se restreint aux questions de constitutionnalité, du respect de la loi et de moralité. Quant aux évêques, on ne les écarte pas par une idée anti-religieuse; et la preuve, c'est que les facultés de théologie seront représentées dans le Conseil supérieur.

M. de Broglie ne conteste pas le droit de surveillance de l'Etat, mais il croit que le projet amoindrit les garanties de l'enseignement libre. Dans l'ancien Conseil, la majorité (23 sur 40) était indépendante de l'administration; tous les membres du nouveau sont ou désignés par le ministre ou élus dans des catégories de fonctions à sa nomination; en matière judiciaire, ce dernier est donc suspect. Or, d'après M. de Broglie, peu importent à la liberté les lois qu'on peut invoquer pour la suspendre; l'essentiel, c'est la nature de la juridiction qui a autorité sur elle. Les délits dont on peut accuser les établissements et les professeurs libres étant d'ailleurs mal définis et difficiles à apprécier, M. de Broglie craint qu'on en abuse arbitrairement pour frapper les concurrents de l'Université. Pouvant être accusée de juger dans sa propre cause et dans son propre intérêt, l'Université devrait se récuser et ne pas accepter, sur les écoles privées, la juridiction que les projets de 1836, de 1844 et 1847, rappelés par M. Roger-Marvaise, remettaient aux tribunaux civils. M. de Broglie fait remarquer que c'est l'élément universitaire de l'ancien Conseil qui a condamné la réforme de M. J. Simon. Il ajoute qu'à l'opposé du Conseil de 1850, celui de 1873 recevait de l'élection ses membres universitaires, et que cette innovation, témoignage de confiance dans l'Université, fut proposée par lui. On avait objecté le danger de faire entrer la politique dans le sanctuaire des études, la crainte d'un échange entre les services électoraux et les faveurs administratives, le renversement de la hiérarchie. Pour obvier à ces inconvénients graves, on avait limité le droit électoral aux fonctions supérieures de l'Université, et ainsi le Conseil fut naturellement composé des éléments supérieurs de l'Université. Cette précaution n'existe plus dans le projet actuel et tous les inconvénients de l'élection reparaissent. M. de Broglie décrit par le menu tous ces inconvénients, puis, s'égayant sur le vocable *pédagogie*, il soutient que le Conseil futur sera inférieur à l'ancien, précisément parce qu'il sera pédagogique dans le sens restreint du mot, parce que l'expérience pratique n'y aura aucune part dans la direction de l'enseignement, parce que les diverses vertus et qualités morales professionnelles n'y seront pas représentées par ceux qui ont suivi ces professions et pratiqué ces vertus. M. de Broglie reproche ensuite au projet de n'avoir pas laissé, dans ce Conseil où l'on fait la part à la connaissance humaine la plus humble, place à l'enseignement religieux, qui est encore obligatoire de par la loi. Il demande qui prendra la cause de cet enseignement en l'absence des ministres des religions, qui veillera à ce qu'on ne touche pas à la foi des enfants, qui aura pour cette surveillance la compétence nécessaire. M. de Broglie termine en disant que le projet de loi sur le Conseil supérieur est le premier pas vers le rétablissement du monopole, vers l'obligation, la gratuité, la laïcité de l'instruction, vers l'abolition du concordat, vers l'abomination de la désolation.

M. Barthélemy Saint-Hilaire, rapporteur, déclarant imaginaires ces sombres prévisions, s'étonne qu'on veuille enlever à l'Etat sa fonction principale, la direction de l'enseignement et de la jeunesse, c'est-à-dire l'avenir de la société. Si la monarchie n'avait pas oublié, négligé cette fonction de l'Etat, la France n'eût pas eu à souffrir les convulsions qui ont accompagné la bienfaisante rénovation de 1789. Aujourd'hui, la société ne veut plus se désintéresser de l'enseignement, et en constituant le budget de l'instruction publique elle s'est prononcée en faveur de l'Etat enseignant. M. Barthélemy Saint-Hilaire n'est pas l'ennemi de la liberté d'enseignement, si l'on entend par là le droit d'exercer honnêtement une industrie spéciale ou de former des citoyens instruits et utiles; mais à côté des établisse-

ments qui poursuivent ce double but, il en voit d'autres qui essaient de détruire l'Etat. C'est là ce qui fait la gravité de la question. La lutte sur la composition du Conseil supérieur n'est qu'un épisode de la grande bataille entre ceux qui veulent conserver la société moderne, reposant sur le principe de la souveraineté nationale et ceux qui prétendent la détruire pour revenir au passé. Ceux-ci ont profité, en 1850, de la défaillance des pouvoirs publics pour ravir à l'Etat la direction de l'enseignement public ; plus tard ils ont répandu maintes calomnies contre lui, ils ont trouvé des ministres qui, chargés de le défendre, l'ont trahi, et la loi de 1873 a aggravé sa situation. Il faut remettre les choses en ordre et dans un conseil de l'instruction publique ne faire entrer que des membres de l'instruction publique. M. Barthélemy Saint-Hilaire ne comprend pas quel rôle utile peuvent jouer dans ce conseil les personnages doués des grandes vertus, des grands talents dont a parlé M. de Broglie. Ni la vertu ni le génie ne sont matière à programme. Pascal, Lavoisier, Laplace avaient mieux à faire qu'à discuter des questions d'instruction primaire. Quant aux ministres des cultes, ils n'ont aucune compétence directe, pas plus que les sénateurs et les députés.

M. Chesnelong accorde à l'Etat le droit de vérifier la capacité et la moralité de qui veut enseigner, le droit d'assurer dans l'enseignement le respect de la morale, de la Constitution et des lois, le droit et même le devoir, en cas de besoin, de donner lui-même l'enseignement. Mais l'Etat n'a pas le droit d'interdire d'enseigner aux ministres des religions, d'imposer telle école aux pères de famille pour leurs enfants, d'empêcher la diffusion de doctrines scientifiques, de mettre obstacle aux vocations honnêtes et capables, aux initiatives honorables. De là, la nécessité de la liberté d'enseignement inconciliable avec la doctrine d'Etat et la morale d'Etat, qui manquent d'autorité et de stabilité. Le Conseil supérieur a la double fonction de veiller à ce que l'enseignement de l'Etat soit suffisant, ne blesse aucune conscience, et de protéger l'enseignement libre contre l'arbitraire ministériel ; il y faut donc des éléments spéciaux et des autorités sociales, des représentants de la famille, de la science, de la religion et de la liberté ; la loi de 1873 avait résolu le problème. Le Conseil de 1873 était institué pour fortifier l'Université et pour développer la liberté. Sous son régime, le nombre des lycées et des élèves a doublé. On lui reproche la bifurcation : elle fut défendue par l'élément universitaire et les maisons religieuses libres la repoussèrent ; on l'accuse d'avoir rétabli les vers latins, M. Chesnelong ne sait si c'est bien ou mal. Surtout on le dit incompétent ; mais c'était un faisceau de compétences spéciales, judiciaires, militaires, commerciales, religieuses, etc., et la moitié de ses membres avaient la compétence pédagogique. Il défendait la liberté, c'est pour cela qu'il ne convient plus ; c'est pour cela qu'on veut en exclure par dessus tout l'élément religieux. L'enseignement libre n'y sera représenté que par quatre membres choisis par le ministre, nombre insuffisant pour garantir les droits de la France chrétienne. L'Université, qui a gagné à la liberté de l'enseignement, sera isolée de la société, livrée à l'arbitraire du ministre, soumises aux fluctuations de la politique, placée dans la situation fausse d'un juge intéressé.

M. J. Ferry répond que la fragilité ministérielle, l'instabilité politique sont justement la raison d'être d'un Conseil supérieur, représentant la tradition permanente, l'expérience compétente. Où chercher ces qualités spéciales, sinon dans la spécialité enseignante ? Jamais on n'a songé à composer autrement la section permanente et pour le Conseil, maître des méthodes et des programmes, disposant de l'avenir des études, on n'appliquerait pas la même règle ! La pédagogie, science française, quoi qu'en dise M. de Broglie, n'est pas aussi facile qu'il le pense. Ce sont les savants de Port-Royal, et non des gens du monde, qui ont réformé l'école primaire et l'étude du latin ; ce sont des pédagogues et non des gens du monde qui ont substitué aux méthodes surannées la leçon de choses. Et les avis de Mme Pape-Carpentier eussent mieux valu, pour refaire le programme des salles d'asile, que les conseils d'une femme du monde. La stérilité de l'ancien Conseil est démontrée par les faits ; quand il repoussa la réforme de M. J. Simon, sous l'inspiration de M. Dupanloup, il vota le retour au régime de 1842, le plus étroit de tous. Et quand M. Wallon proposa une commission pour étudier une réforme plus modeste, on répondit que le Conseil était incompétent pour la choisir. Quant à l'affaire Duvaux, il se déclara incompétent, et sur celle du déplacement de la faculté de Rennes, il céda aux désirs de l'évêque d'Angers ; ce fut le ministre, M. Bardoux, qui résista. Le nouveau Conseil met l'Université en contact avec les autres enseignements qui ne dépendent pas d'elle (écoles Polytechnique, Centrale, des Arts-et-Métiers, des Langues orientales, etc.) ; elle sera plus capable d'aborder la grande question de la réforme des méthodes. L'élection extraira du corps enseignant ce qu'il contient d'actif et d'ouvert au progrès, elle liera les mains du ministre et sera le plus grand obstacle à l'arbitraire. Comme elle aura lieu sans réunion, par correspondance, il faudra, pour être élu, jouir d'une certaine notoriété acquise par des travaux et des services. Quant à la juridiction du conseil sur l'enseignement privé, elle est si restreinte qu'elle n'en peut menacer la liberté ; les tribunaux seuls peuvent fermer une école ouverte sans brevet au mépris de l'opposition formée devant le conseil départemental. Pour l'enseignement secondaire, l'opposition ne peut s'exercer que dans l'intérêt des mœurs publiques et de la santé des élèves. Si les instituteurs primaires sont révocables et amovibles *ad nutum*, c'est le fait de la loi de 1850 ; les professeurs de l'enseignement supérieur peuvent encourir l'interdiction absolue pour des délits mal définis, c'est l'Assemblée de 1875 qui l'a voulu ; M. J. Ferry ne demande qu'à supprimer ces deux malencontreuses dispositions. Peut-on supposer que cinquante-quatre personnes, toutes indépendantes du ministre, la plupart indépendantes de l'Université, abuseront de leurs droits contre les professeurs libres ? Le grand grief, c'est l'exclusion des évêques qui étaient, dit-on, dans le Conseil, les garants et les surveillants de l'enseignement religieux. Cet enseignement sera donné à qui le voudra, par les aumôniers, choisis par les évêques. Si cela ne suffisait pas, le public, la famille, la presse, ne sont-ils pas là ? Mais, en réalité, la présence des évêques au Conseil avait un autre but que de veiller à la pureté des mœurs et des croyances. On avait voulu donner au clergé l'influence qu'on arrachait à l'Université. C'est ce que dit, en termes explicites, un document anonyme, timbré des armes de l'archevêque de Paris, et sortant des presses de l'imprimeur de l'archevêché. En

1850, une partie du clergé persistant à proclamer, comme il l'avait fait sous Louis-Philippe, dans sa lutte contre l'Université, l'indifférence de l'Etat en matière religieuse, repoussait la loi qui ouvrait le conseil aux évêques. Pour ramener cette partie du clergé, on composa un mémoire secret expliquant surabondamment que le but de la loi était de substituer l'action de l'Eglise à celle de l'Etat dans l'enseignement, de faire du clergé le concurrent formidable et le surveillant autorisé de l'Université. C'est pour cela qu'aujourd'hui on se plaint tant de l'exclusion des évêques.

Lu par le ministre, le mémoire secret est applaudi par la droite, et M. Testelin fait spirituellement remarquer que cette approbation équivaut à une signature.

(*A suivre.*) E. T.

Pensions aux médecins.

Nous avons signalé, en son temps (1), la pétition adressée à la Chambre des députés pour demander qu'une loi place sous la sauvegarde de la reconnaissance nationale les familles des médecins morts d'une maladie contagieuse, contractée dans l'exercice de leur profession. Par l'organe de son rapporteur, M. Talandier, qui a bien voulu adopter et faire siens quelques-uns de nos arguments à l'appui de la pétition, la dixième commission en a proposé, le 18 décembre 1879, le renvoi aux ministres de l'intérieur et de l'instruction publique, et la Chambre a voté ce renvoi. C'est un succès dont il convient de se réjouir, mais sans croire avoir pour cela cause gagnée. En terminant son rapport, M. Talandier dit excellemment : « Nous invitons ceux de nos collègues qui ont signé cette pétition à s'entendre avec les ministres ou à user de leur propre initiative parlementaire pour saisir la Chambre de cette importante question.» Que les pétitionnaires mettent à profit ce sage avis et stimulent le zèle de ceux d'entre eux qui ont qualité pour introduire et proposer la loi qu'ils demandent. Les ministres absorbés par les hautes questions politiques, n'auraient peut-être pas le temps de songer à ce menu détail.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. de Saint-Germain.

M. de Saint-Germain a repris ses leçons cliniques sur la chirurgie des enfants, à l'hôpital des Enfants-malades, le jeudi 19 février. Cette première conférence a été consacrée surtout à l'étude de la pathogénie, de l'anatomie pathologique et du traitement des abcès froids, sujet d'actualité, et accessoirement au traitement des hémorrhagies artérielles par la cautérisation au fer rouge. Puis, sont venues les opérations, toujours très nombreuses : entre autres, plusieurs abcès froids que M. de Saint-Germain a largement incisés en exprimant fortement la poche, conformément à la doctrine qu'il professe, des pieds bots, une plaie de la radiale, etc., qui ont été l'occasion immédiate d'appliquer les données scientifiques précédemment exposées.

Les leçons de M. de Saint-Germain, faites dans un esprit pratique et véritablement clinique, offrent un grand intérêt et sont facilement instructives grâce à la correction et à la diction élégante du professeur. M. de Saint-Germain continuera ses leçons tous les lundis, à 9 heures : dans la prochaine, il traitera de l'amygdalotomie.

(1) *Progrès médical*, 1878, n° 50.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 février 1880. — Présidence de M. P. Bert.

Action des bains très froids sur la composition de l'urine. M. le professeur Lépine (de Lyon) adresse en son nom et au nom de M. Flavard, son élève, une note relative à l'action du bain à température extrêmement basse sur la composition de l'urine. Après avoir rappelé les recherches antérieures de Hoppe et Seyler sur le même sujet, M. Lépine signale les nouvelles expériences qu'il a faites à Lyon dans son laboratoire. Le 12 décembre dernier, un chien, du poids de 11 à 12 kilos fut mis à l'inanition. Huit jours après, le 20 décembre, l'animal excrétait en moyenne 1 gr. 4 d'azote et 0 gr. 6 d'acide phosphorique dans les 24 heures. C'est dans ces conditions que le chien fut, à deux reprises différentes, plongé dans un bain d'eau froide à 4°. La durée de chaque bain fut de 15 minutes.

Au début de l'expérience, le thermomètre, placé dans le rectum de l'animal, marquait 39°. Après le premier bain, la température rectale n'était plus que de 36° ; après le second, elle était descendue à 33°.

Dès qu'on le retira du bain, l'animal rendit quelques centimètres cubes d'une urine pâle et un peu albumineuse qui contenait 0 gr. 26 d'azote et 0 gr. 029 d'acide phosphorique, c'est-à-dire une proportion d'acide phosphorique relativement moindre que celle des jours précédents. Le lendemain et les jours suivants, l'acide phosphorique fut excrété en excès ; mais l'augmentation porta surtout sur l'excrétion de l'azote dont la moyenne atteignit 4 gr. 8 par jour.

Le 27 décembre, le même chien, dont la température rectale initiale était de 38°, fut plongé, à deux reprises comme la première fois, dans un bain à 2°. A la sortie du premier bain, le thermomètre marquait 35°, et un quart d'heure après 32° 5. Immédiatement après le second bain, la température rectale était de 32° 5, et un quart d'heure après de 29° 3. Puis le thermomètre remonta lentement.

Lorsque l'expérience fut terminée, l'urine rendue contenait 1 gr. 15 d'albumine.

En résumé MM. Lépine et Flavard concluent que les bains, à température extrêmement basse déterminent, chez le chien, une augmentation considérable des excrétions de l'azote par l'urine, tandis que l'augmentation est bien moins sensible pour l'acide phosphorique.

Il n'en est pas de même pour l'homme vêtu et alimenté ; d'après des recherches déjà anciennes de M. Lépine, c'est tout le contraire qui se produit. Sous l'influence des bains à température extrêmement basse, l'acide phosphorique de l'urine augmente dans une proportion très considérable. et l'azote dans une proportion bien moindre.

Action du vin et de l'eau-de-vie sur la digestion. — M. Leven communique les résultats de nouvelles recherches qu'il a entreprises avec MM. Sémerie et Petit. On donne à un chien de 18 kilos un repas composé de 200 grammes de viande cuite et de 75 grammes d'eau-de-vie ; puis on le sacrifie au bout de cinq heures trois quarts. A l'autopsie, on trouve dans l'estomac 200 grammes de viande à peu près intacte ; la digestion n'est pas commencée, mais les deux faces de l'estomac offrent des traces d'une congestion intense. De plus l'estomac contient 160 grammes d'un liquide légèrement acide. Ce liquide est absolument inapte à produire une digestion artificielle.

Comme contre-épreuve, on fait prendre à un chien de même taille que le premier, 200 grammes de viande et 25 grammes d'eau-de-vie, et l'on sacrifie l'animal au bout de cinq heures trois quarts. L'autopsie donne des résultats bien différents. On constate d'abord que les trois quarts de la viande ingérée ont disparu de l'estomac. Il y a également une congestion marquée des deux faces de l'organe. L'eau-de-vie

à la dose de 25 grammes, semble donc faciliter la digestion chez le chien, puisque, si l'on se contente de donner 200 grammes de viande sans autre chose à l'un de ces animaux, la digestion est bien moins avancée après cinq heures trois quarts, l'estomac contenant encore à ce moment 150 grammes de viande.

MM. Leven, Sémerie et Petit ont répété les mêmes expériences avec du vin : 150 grammes de vin produisent à peu près le même effet que 25 grammes d'eau-de-vie.

En résumé, le vin et l'eau-de-vie facilitent la digestion, à condition qu'on ne les absorbe pas en excès. Cette conclusion ne constitue pas une nouveauté, à proprement parler ; car tous les médecins savent que les alcooliques deviennent rapidement dyspeptiques.

MM. Debove et Boudet de Paris font la communication suivante : Nous avons entrepris à l'hospice de Bicêtre, dans le service dirigé par l'un de nous, une série de recherches sur la *tonicité musculaire des tabétiques*, recherches dont nous donnons ici brièvement les résultats. La tonicité musculaire des tabétiques est profondément modifiée : M. Tschiryew a soutenu qu'elle était diminuée. Nous l'avons trouvée conservée dans nombre de muscles, et nous avons surtout été frappés par son inégalité dans les divers groupes musculaires d'un même membre. On peut reconnaître ces différences par le palper, l'auscultation et l'étude de la secousse musculaire.

Chez la plupart des ataxiques, on constate au toucher, que les muscles d'un même membre présentent une consistance inégale ; ce qui paraît devoir être attribué à une diminution de tonicité de certains d'entre eux. En examinant ces mêmes muscles à l'aide du myophone imaginé par l'un de nous, nous avons pu saisir de grandes variations dans la tonalité et surtout dans l'intensité du bruit musculaire. Or, le bruit musculaire étant dû au tonus, nous nous sommes crus autorisés à conclure que ce dernier était très inégal chez les ataxiques.

Par l'étude de la secousse musculaire, faite à l'aide des appareils enregistreurs, nous avons reconnu que le *temps perdu* varie d'un groupe musculaire à l'autre, et que ces variations sont plus accentuées qu'à l'état physiologique.

Ces diverses recherches nous ont fait admettre chez les ataxiques une très grande inégalité de la tonicité musculaire, et cette inégalité nous paraît être la cause de l'*incoordination* des mouvements. Nous nous réservons d'exposer, dans un prochain mémoire, nos recherches dans tous leurs détails, et de montrer qu'elles peuvent faire comprendre l'incoordination motrice des sujets atteints de sclérose des cordons postérieurs.

Note sur un appareil pour la compression et la décompression graduées des nerfs ; par M. François Franck.— L'appareil que je présente à la Société, dit-il, a pour but de soumettre les troncs nerveux à des compressions graduelles, d'une valeur connue, tout en permettant de varier la surface d'application de l'organe compresseur.

Cet appareil, construit par M. Galante, se compose essentiellement d'une petite plaque métallique recouverte de caoutchouc durci, qu'on insinue au-dessous d'un nerf préalablement isolé. Le nerf reposant sur ce plan bien uni, on laisse arriver sur sa portion libre, une lame mousse qui le touche sans exercer la moindre compression : cette lame, articulée à une certaine distance de sa partie comprimante, est, en effet, équilibrée par un contrepoids. Pour soumettre le nerf à des compressions graduellement croissantes, j'ai fait appuyer sur le dos de la lame qui repose sur le nerf, un levier d'une certaine longueur équilibré également par un contrepoids : à l'extrémité de son grand bras, ce levier supporte une petite ampoule en verre soufflé dans laquelle on fait arriver sans secousses des charges successives de mercure. Le mercure est contenu dans un tube gradué, muni d'un robinet, et terminé en bas par un tube de caoutchouc très fin qui débouche dans le fond de l'ampoule de verre : à chaque ouverture du robinet on fait arriver dans l'ampoule un 1/2 cent. cube de mercure, c'est-à-dire un poids un peu supérieur à 6 grammes. Ce poids est amplifié par le levier qui transmet la pression au nerf, dans un rapport connu et qu'on détermine à chaque expérience en tenant compte de la longueur du bras de levier sur lequel agit la charge.

Pour suivre les modifications que les pressions croissantes déterminent dans la conductibilité du nerf, on interroge l'excitabilité de ce nerf en appliquant sur son trajet, à une certaine distance du point comprimé, les deux conducteurs d'une bobine réduite. Ces conducteurs étant maintenus en place, on s'arrange de façon à envoyer une décharge d'induction dans le nerf toutes les dix secondes, en utilisant la rotation d'un cylindre enregistreur de Marey pour ouvrir le courant inducteur de dix secondes en dix secondes. Sur le même cylindre on recueille la courbe des secousses musculaires provoquées par les excitations successives appliquées au nerf au-dessus du point comprimé.

C'est ainsi que j'ai suivi les phases de la disparition de la conductibilité dans le sciatique du chien et du lapin en inscrivant les secousses du gastro-cnémien avec un myographe à transmission de Marey.

J'ai vu que le nerf cessait de conduire quand il subissait la compression d'une charge équivalant à 840 grammes en moyenne chez le chien, à 660 grammes chez le lapin. (Ces charges sont calculées en tenant compte du poids du mercure versé dans l'ampoule, de la longueur du bras de levier, de la puissance et de celle du bras de levier de la résistance.)

De même, en interrogeant l'excitabilité du pneumogastrique chez le chien et le lapin, par des excitations induites en série appliquées au bout périphérique du nerf pendant la compression graduelle exercée plus près du cœur, j'ai constaté qu'elle cessait de se produire quand les mêmes charges que celles qui déterminent la suppression de la conductibilité du sciatique étaient appliquées au pneumogastrique (840 gr. pour le chien, 660 pour le lapin).

Enfin, chez le chien, j'ai cherché le degré de résistance à la compression du cordon sympathique isolé du cou au-dessous du ganglion cervical inférieur : on excitait le bout supérieur de ce cordon entre deux charges successives appliquées sur son trajet plus près de la périphérie, et on examinait les réactions pupillaires : la dilatation pupillaire a cessé de se produire quand le cordon sympathique a supporté une charge équivalente à 640 grammes.

Ces résultats que je donne ici, à titre d'exemples, et à l'appui de la présentation de l'appareil varient avec l'étendue de la surface comprimante : ils s'appliquent au cas d'une lame mousse, très étroite, agissant sur le nerf à la façon d'un fil à ligature ordinaire.

Il est à remarquer que la restitution de la conductibilité du nerf apparaît très vite quand on l'a décomprimé sans l'avoir laissé sous la charge pendant plus de quelques minutes. Je reviendrai plus tard sur les détails de ces expériences qui seront continuées dans le laboratoire de M. le professeur Marey.

Je signale seulement, en terminant, le rapprochement à faire entre les résultats déjà obtenus avec mon appareil et ceux que Weir Mitchell avait obtenus avec le sien. Ce dernier appareil qui se composait d'un long tube de 2 millim. de diamètre intérieur, terminé en bas par une membrane de caoutchouc et serti dans un anneau de liège, m'a paru d'un maniement incommode ; je l'ai employé d'abord après lui avoir fait subir quelques modifications ; et c'est après avoir obtenu avec ce procédé des résultats discordants que j'ai adopté le petit appareil décrit plus haut.

Dosage des matériaux du sang. — M. d'Arsonval signale une nouvelle méthode qui permet de doser, en même temps, l'eau et les matières albuminoïdes du sang. Cette méthode a pour base l'emploi, comme réactif, du bisulfate de soude à saturation.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *février* 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. Broca présente, au nom de M. le Dr Henrot (de Reims), une note relative à des observations *d'hémi-hypothermie* et *d'hémi-hyperthermie*.

M. Bergeron présente au nom de M. le Dr Duché (de

l'Yonne), un travail intitulé : *Essai de géographie médicale du département de l'Yonne*. Ce travail est renvoyé à la commission des épidémies.

M. LE ROY DE MÉRICOURT, présente au nom de MM. les Drs Nicolas et Demouy, une observation intitulée : *Empoisonnement par le laudanum de Sydenham* chez un enfant de trois semaines, emploi de la respiration artificielle par la manœuvre du bras ; guérison.

Ce ne fut que deux heures après l'ingestion d'une cuillerée de laudanum de Sydenham qu'on avait administrée par mégarde à l'enfant que se manifestèrent les premiers accidents. Le début fut marqué par des accès de somnolence accompagnés de nausées et de convulsions toniques. Puis, survint une prostration complète qui dura jusqu'à sept heures du soir. Cette période était entrecoupée de convulsions. La respiration artificielle était faite par la manœuvre du bras, soit par la compression de la poitrine. Le lendemain il y eut une vive réaction, l'enfant ouvrit les yeux et parut revenir à la vie. On administra à l'enfant un peu de lait additionné d'une ou deux gouttes de vin de Madère ou d'eau-de-vie, et l'enfant se ranima peu à peu. Le troisième jour, un mieux sensible se fit sentir, et le quatrième jour la santé était complétement rétablie.

M. LANCEREAUX, à l'occasion de cette communication, dit, que dans un cas d'empoisonnement par le chloroforme il pratique la respiration artificielle. Il croit devoir attribuer à l'emploi de ce moyen le salut de son malade.

M. le Dr GALLARD lit un travail intitulé : *Etude médico-légale sur la simulation.*

La question de la *Simulation* n'a pas reçu, dans les Traités spéciaux, tous les développements qu'elle comporte, par cette raison que les faits à l'occasion desquels on la voit se produire étaient infiniment plus limités autrefois, et par conséquent beaucoup plus rarement soumis à l'appréciation des experts qu'ils ne le sont aujourd'hui. On n'avait étudié avec soin la simulation qu'aux points de vue suivants :

1° Dispense ou réforme du service militaire ; 2° Mendicité ; 3° Aliénation mentale ; et l'on ne signalait qu'en passant les simulations essayées pour se dispenser d'une charge ou d'un service public, en même temps que celles qui peuvent avoir pour but d'obtenir un avantage quelconque, et, en particulier, une réparation pécuniaire de l'auteur présumé de la maladie *simulée* ou *prétextée*. Ce n'est pas que cette dernière cause de simulation n'ait été signalée de tout temps, car le principe de la responsabilité énoncé dans les articles 1382 et suivants du Code civil, en vertu desquels chacun doit la réparation du dommage qu'il cause, même involontairement, soit par lui-même, soit par ses serviteurs, soit par sa chose, a toujours été appliqué au profit de ceux dont la santé a pu être altérée à un degré ou d'une façon quelconque par l'imprudence d'autrui.

Mais la réparation n'était que rarement réclamée et, en tout cas, le chiffre de l'indemnité allouée se maintenait toujours dans des limites fort restreintes, lorsqu'il s'agissait de la faire payer par de simples particuliers dont les ressources étaient le plus souvent insuffisantes. Il n'y avait donc pas alors un grand appât pour le lucre ni par conséquent pour le dol et la fraude ; aussi les simulations étaient-elles fort rares.

Il n'en a plus été de même lorsque, au lieu de simples particuliers, on a pu mettre en cause de grandes compagnies industrielles ou financières dont les richesses anonymes pouvaient satisfaire toutes les convoitises. Ces convoitises n'ont plus eu de bornes lorsqu'on a vu des indemnités scandaleusement excessives être attribuées, soit par transaction amiable, soit même par décision judiciaire, à des individus dont le dommage éprouvé était loin de justifier d'aussi énormes réparations.

Sous le moindre prétexte on s'est cru autorisé à réclamer des sommes considérables, puis, une fois la réclamation faite, il a fallu la justifier soit en exagérant la gravité des symptômes d'une maladie réelle, soit en attribuant à cette maladie une autre cause que celle d'où elle procédait réellement, soit enfin en simulant tout à fait. D'où trois formes bien distinctes qui sont étudiées successivement, avec de nombreux exemples à l'appui, dans trois chapitres dans lesquels on peut ranger tous les faits de simulation en matière de réparation civile.

1° *Simulation complète* d'une maladie ou d'une blessure qui n'existe pas et qui n'a jamais existé ; 2° *Exagération* d'une maladie ou d'une blessure réellement contractée dans les conditions indiquées, mais n'ayant pas la gravité qu'on lui attribue. Dans certains cas, cette gravité peut s'être accrue : soit par défaut de soins convenables, soit même par des manœuvres coupables entreprises dans ce but. C'est ce qu'il est du devoir de l'expert de parvenir à découvrir ; 3° *Attribution à une cause déterminée d'une maladie réelle, mais qui est complètement étrangère à l'action de cette cause*, soit qu'elle existât antérieurement à son application, soit même qu'elle ait débuté ultérieurement. C'est là le cas le plus difficile à déterminer et qui doit exercer le plus la sagacité de l'expert.

Quoi qu'il en soit de l'une ou de l'autre des conditions dans lesquelles il se trouvera placé, le médecin ne peut se passer des connaissances cliniques les plus précises pour mener à bien son expertise et découvrir la vérité au milieu des fraudes par lesquelles on cherche à la lui dissimuler.

Il doit surtout être toujours sur ses gardes s'il veut éviter les pièges qui ne manqueront jamais d'être tendus à sa bonne foi et il fera bien de se méfier de tous les plaignants, même de ceux dont l'honorabilité pourrait lui paraître le moins suspecte, car, comme l'a fort judicieusement dit Casper : « Il » serait naïf et ce serait le fait d'un homme n'ayant pas la » moindre expérience que de vouloir démontrer que l'on ne » doit pas TOUJOURS supposer la simulation. »

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection de trois commissions pour l'examen des titres des candidats à la place de membre correspondant. Ont été élus :

Première division : MM. Peter, Woillez, Fauvel, Delpech, Lancereaux, Empis, Luys, Baillarger, Davaine, Oulmont. — *Deuxième division* : MM. Léon Le Fort, Rochard, Depaul, Alph. Guérin, Gosselin. — *Troisième division* : MM. Gavarret, Regnauld, Planchon, Chatin, Riche, Bouis.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 mai 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

23. Adénome du rein, par M. GILBERT BALLET, interne des hôpitaux.

Le 25 mars 1879 succombait, dans le service de M. le docteur PROUST à l'hôpital Lariboisière, un malade atteint de lésions cérébrales d'origine syphilitique. Les symptômes présentés par le malade durant les quelques jours pendant lesquels nous avons pu l'observer, les lésions du côté du système nerveux que nous avons rencontrées à la nécropsie, d'ailleurs intéressante n'ont pas à nous préoccuper ici.

Nous nous proposons d'appeler l'attention de la Société anatomique sur une tumeur assez curieuse, que nous avons rencontrée dans le rein droit et qui ne s'était, d'ailleurs, révélée par aucun symptôme. Cette tumeur, du volume d'une noix, occupait la partie supérieure du rein. Elle était bien circonscrite, et se détachait nettement des tissus avoisinants. Une enveloppe fibreuse résistante et assez épaisse établissait franchement la limite entre la tumeur et la substance du rein. Cette enveloppe, à la surface de la tumeur, paraissait constituée par un épaississement de la capsule ; de sa face interne partait une cloison transversale qui divisait la tumeur en deux lobes. A la coupe, le tissu du néoplasme présentait des aspects différents suivant les points où on l'envisageait. Sur quelques-uns, ce tissu d'un blanc jaunâtre, ne donnant pas de suc au raclage, offrait une surface légèrement granuleuse ; mais dans sa plus grande partie, la trame de la tumeur était creusée de foyers hémorrhagiques et presque complétement détruite par l'infiltration sanguine.

L'examen microscopique nous a montré les détails qui suivent, en pratiquant des coupes sur les parties de la tumeur les moins altérées par l'infiltration sanguine, nous avons observé des tubes coupés, les uns perpendiculairement, les autres parallèlement à leur axe. Ces tubes présentaient un volume quatre ou cinq fois supérieur à celui des tubes

normaux du rein. Leur paroi est formée par une trame conjonctive bien colorée par le carmin. Cette paroi est tapissée de couches stratifiées d'épithélium. Les cellules qui constituent la couche périphérique sont les unes cubiques, les autres sphériques ou cylindriques, mais ont une forme régulière. Au contraire, celles qui font partie des couches les plus internes deviennent de plus en plus irrégulières à mesure qu'on approche du centre de la lumière du tube. Là, on trouve des cellules à contour bizarre. Les unes affectent une forme en raquette, d'autres plus irrégulières encore sont polygonales ou fusiformes. La plupart de ses cellules sont uni-nucléaires. Mais le noyau est volumineux, renferme des nucléoles multiples et brillants Quelques-uns des tubes renferment des cellules plus petites que les précédents et dont la forme est sphérique. Dans ces dernières le noyau est volumineux et il n'existe autour de lui que peu de protoplasma, très mal coloré par le picro-carminate.

Dans l'intérieur de quelques-uns des canalicules néo-formés on aperçoit des végétations de la paroi formant des sortes de petites saillies polypeuses, et recouvertes d'un épithélium semblable à celui qui tapisse le pourtour du tube.

Dans l'intervalle que laissent entre eux les tubes que nous venons de décrire, on rencontre :

1° Des cellules analogues à celles qui tapissent l'intérieur des cavités tubulaires, la plupart petites et arrondies; irrégulièrement diffuses dans la trame de la tumeur. Ces cellules ont été très vraisemblablement, au moins pour la plupart, formées dans l'intérieur d'un tube, dont la paroi s'est rompue à un moment donné, et leur a livré passage dans le tissu interstitiel. Cette rupture de la paroi du tube a-t-elle été le résultat des hémorrhagies nombreuses qui ont eu lieu au sein de la tumeur, ou, au contraire, s'est-elle produite par suite de l'abondante prolifération intra-tubulaire, comme cela se passe dans certains cas de carcinôme du sein, par exemple? La chose est possible. Il nous paraît même vraisemblable à en juger par le nombre, qu'un certain nombre des cellules diffuses dans la trame du néoplasme ont pris directement naissance dans le tissu interstitiel.

2° La tumeur est parcourue par des vaisseaux nombreux remplis de globules sanguins; ces vaisseaux sont dilatés, comme variqueux. Leur paroi s'est rompue en maints endroits et les globules rouges se sont répandus dans le tissu de la tumeur.

3° A la périphérie des coupes, on rencontre des travées conjonctives épaisses, parcourues elles-mêmes par des vaisseaux dilatés; de ces travées partent des prolongements qui pénètrent irrégulièrement dans la tumeur.

En résumé : tubes volumineux, analogues aux canalicules de la substance corticale du rein; épithélium à forme irrégulière tapissant l'intérieur de ces tubes; vaisseaux nombreux, rompus sur un grand nombre de points; cloisons conjonctives circonscrivant la tumeur, et envoyant quelques prolongements dans son intérieur, tels sont les éléments qui constituent le néoplasme.

Cette tumeur, par sa circonscription bien nette, par sa nature (canalicules analogues sinon identiques à ceux du rein) des éléments qui la constituent, peut être désignée sous le nom d'adénome du rein.

Les adénomes du rein ont été peu décrits chez nous; et c'est en vain qu'on en cherche la description dans les ouvrages classiques d'anatomie pathologique. Sturm, dans un mémoire paru en 1875 dans les *Archives von Heilkunde*, en rapporte douze observations. Dans la plupart de ces cas, il s'agissait d'une formation nouvelle de tubes du rein, avec épithélium se rapprochant du type normal. Dans notre cas, au contraire, l'épithélium diffère profondément de l'épithélium physiologique; nous pouvons, empruntant notre dénomination à M. Malassez, donner à ce dernier le nom d'épithélium métatypique. Notre tumeur pourrait donc être considérée, au point de vue histologique, comme un intermédiaire entre l'épithélioma typique et le carcinôme du rein. Il faut noter toutefois que par sa circonscription très nette et sa franche délimitation avec le tissu voisin, cette tumeur mérite, toutes réserves faites, le nom d'adénome, si, par cette expression, on entend désigner : une tumeur bien circonscrite, se rapprochant par sa constitution intime du tissu au sein duquel elle se développe, et, dans l'espèce, du tissu rénal.

M. MALASSEZ se range à l'avis du présentateur. Lorsque dans une tumeur on rencontre des cellules formées suivant un type anormal, il s'agit d'un néoplasme se rapprochant déjà des tumeurs cancéreuses. On peut voir, en effet, des portions de cavités qui, tapissées par ces cellules anormales, sont en continuité avec des alvéoles remplis de cellules, c'est-à-dire avec des masses carcinomateuses.

24. Anévrysme du cœur; par NETTER, interne des hôpitaux.

Leboucq, âgé de 56 ans, entre le 26 avril 1879, salle Saint-André, lit n° 15.

Il se plaint d'une dyspnée très vive qui existe depuis longtemps, mais aurait beaucoup augmenté ces jours derniers. Il est obligé de se tenir assis dans son lit, et son inspiration longue est très bruyante. Ses lèvres sont violettes, la face pâle. Les artères athéromateuses et pouls accéléré et irrégulier, il n'y a pas de fièvre.

L'auscultation ne fait entendre que de gros râles se passant dans la trachée et les grosses bronches, et on ne peut examiner le cœur qui est hypertrophié.

Pas de crachats anormaux. Œdème des membres inférieurs remontant jusqu'au genou et trace d'albumine dans les urines. Le diagnostic porté fut accès d'asthme se rattachant sans doute à de l'emphysème et à une altération cardiaque. L'application de ventouses sèches, l'administration d'un julep avec 2 grammes d'éther et d'une infusion de 0, 50 cent. de feuilles de digitale sont suivies d'une amélioration momentanée, mais ce mieux ne continue pas, et du 29 au 30 avril à deux heures du matin, le malade meurt.

A L'AUTOPSIE on constate du côté du poumon droit de la congestion avec quelques petits noyaux de pneumonie lobulaire.

Il n'y a pas de péricardite.

Le cœur, très hypertrophié, pèse 600 grammes, est globuleux. L'hypertrophie porte sur le ventricule gauche. Les valves aortiques sont insuffisantes.

Enfin on remarque la lésion qui fait l'objet de la présentation : sur la face antérieure du cœur à gauche du sillon de la coronaire antérieure une dépression, manifeste à la vue et plus encore au palper, existe immédiatement au-dessus de la pointe. Elle a une longueur de 3 c. On sent très-bien que l'épaisseur du muscle cardiaque est fort diminuée, au fond de cette gouttière dont les bords plus épais ont conservé leur volume.

A ce niveau le péricarde est un peu opalin et une coloration violacée, comme ecchymotique peu intense, s'observe au-dessous.

Si l'on ouvre le ventricule gauche et si l'on regarde la face profonde de l'altération, il faut d'abord enlever un caillot fibrineux interposé entre les piliers. On constate alors que la face interne du ventricule, à ce niveau, est lisse, pâle et qu'à son centre existe une petite plaque rougeâtre grosse comme une pièce de 50 centimes dont le tissu est ramolli.

Une coupe du cœur à cette hauteur fait voir que le myocarde a presque complétement disparu là où le cœur est mince et qu'il est remplacé par un tissu fibreux blanc.

De petites taches blanches sont disséminées dans le tissu musculaire des parties plus éloignées.

Les artères coronaires sont très athéromateuses et sur certains points n'ont plus d'orifice.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

M. LANNELONGUE fait une très intéressante communication sur les *abcès froids*. De ces collections purulentes, les unes sont symptomatiques d'une lésion osseuse, ce sont les abcès par congestion ou migrateurs : M. Lannelongue ne s'en occupera pas; les autres sont simples, idiopathiques, et d'une étiologie très mal connue. Le plus souvent, on se contente de dire qu'ils se développent dans les organismes minés par quelque diathèse. M. Lannelongue s'occupera spécialement

d'eux dans son mémoire. On peut en distinguer deux variétés : les uns coïncident avec une lésion osseuse chronique, mais sans dépendre toutefois de cette lésion ; les autres apparaissent, bien que les os soient intacts.

M. Lannelongue nous donne plusieurs exemples d'enfants atteints de spina-ventosa, et sur l'avant-bras desquels on voit plusieurs abcès irrégulièrement échelonnés et de volume variable. Evidemment leur évolution est sous la dépendance de la diathèse tuberculeuse : elle s'est manifestée d'abord par l'ostéo-périostite des phalanges, plus tard elle s'est traduite par la suppuration du tissu cellulaire de l'avant-bras, rien ne vient contredire les anciennes données ; mais M. Lannelongue se demande s'il ne faudrait pas, dans ces cas, faire intervenir les lymphatiques de la région : l'os est altéré, les ligaments qui l'entourent, des corpuscules tuberculeux ont été entraînés et ont provoqué sur le trajet connu des lymphatiques et en plusieurs points, l'apparition des abcès froids. Toujours est-il que sur 17 observations de spina-ventosa, M. Lannelongue a noté 5 fois des collections purulentes sur l'avant-bras correspondant.

Mais les abcès froids peuvent exister sous les lésions osseuses concomitantes et M. Lannelongue l'a observé bien souvent, mais, surtout, chez les très jeunes enfants de 2 à 6 ans. Ces abcès étaient bien indépendants des os. Pour opérer, il emploie la bande d'Esmarch et peut, par conséquent. faire avec la plus grande facilité l'anatomie pathologique de la poche. Ces abcès apparaissent, le plus souvent, sous la face profonde du derme, comme un petit noyau du volume d'un grain de blé, dur et sans motilité ; il n'y a ni douleur, ni phénomène de réaction inflammatoire ; peu à peu la tumeur grossit et prend tous les caractères d'un abcès froid, avec sa fluctuation et son élasticité particulière. A l'état adulte, la collection ne présente rien qui n'ait été déjà décrit; membrane pyogénique tomenteuse, pus bien lié, ou mieux séreux avec des parties plus concrètes, de véritables flocons.

Mais, lorsque on examine un petit abcès en voie de développement, on constate un noyau tuberculeux central de matière crue ou déjà ramollie ; examinée au microscope, elle est constituée par du tubercule ; des granulations innombrables entourent des vaisseaux oblitérés. Sur le pourtour, on rencontre des bourgeons charnus bien formés. La matière tuberculeuse a agi comme une épine ; elle a provoqué l'apparition des bourgeons charnus, d'une membrane pyogénique telle que les anciens la décrivaient et qui joue un rôle ultérieur dans la production des leucocythes. Ceux-ci distendront peu à peu la poche, et l'abcès prendra souvent de vastes proportions. Les bourgeons charnus enveloppent les vaisseaux qui pénètrent dans la poche et c'est par leur prolongement et par leur destruction successive que l'abcès s'agrandit du côté de la peau ; on voit, entre l'abcès et la face profonde du derme, le vaisseau s'oblitérer ; les tissus se résorbent et c'est ainsi que le pus gagne jusqu'à la peau.

Mais la résolution peut aussi survenir : des bourgeons charnus se rejoignent, s'unissent ; leur tissu embryonnaire se rétracte et la guérison s'effectue.

Le traitement préconisé par M. Lannelongue est d'une grande simplicité : il consiste à ouvrir largement l'abcès ; à en ruginer les parois avec une spatule tranchante; les bourgeons charnus sont détruits et la plaie simple transformée en plaie qui, sous le pansement de Lister, se réunit souvent par première intention. M. Lannelongue ajoute que, lorsque l'accès de la collection est facile sans délabrement trop considérable, il en agit ainsi pour les abcès par congestion et qu'il n'a qu'à se louer de cette pratique.

M. LEDENTU. M. Lannelongue ne nous a pas dit dans quelle proportion les abcès froids étaient pour lui d'origine tuberculeuse ; car, sans nier cette origine, il peut citer des observations où l'abcès froid avait été provoqué par une lymphangite chronique. — Un homme, dont les mains étaient en mauvais état et qui s'était blessé au doigt quelques semaines auparavant, vint à l'hôpital St-Antoine avec un chapelet d'abcès froids échelonnés sur le trajet des lymphatiques de l'avant-bras. L'aspect était si insolite que le diagnostic ne fut porté qu'après la ponction exploratice. M. Ledentu cite une autre observation où l'origine dans le réseau des lymphatiques était encore des plus évidentes. M. Ledentu ajoute qu'il ne partage pas l'opinion de M. Lannelongue sur l'excellence de la méthode antiseptique pour le traitement des abcès par congestion; il lui est arrivé d'ouvrir des abcès sous un pansement de Lister rigoureux, et le malade n'en est pas moins mort d'infection putride chronique. Il pense encore que l'ancienne pratique, qui consistait à ouvrir un abcès le plus tard possible. est encore la meilleure.

M. VERNEUIL admet l'étiologie tuberculeuse si bien établie par M. Lannelongue : les abcès froids peuvent avoir pour origine un noyau caséeux. Il admet aussi les cas de lymphangite chronique admis par M. Ledentu ; il pense avec M. Lannelongue que la matière tuberculeuse, emportée par la lymphe au niveau d'une lésion osseuse ou périphérique, peut s'arrêter dans les troncs lymphatiques et y provoquer un abcès. Mais il se demande et il prie M. Lannelongue d'examiner cette hypothèse : si les abcès froids, si fréquents chez de jeunes scrofuleux, ne pourraient pas avoir les glandes sudoripares pour siége ; s'il n'y aurait pas des hydro-adénites tuberculeuses analogues à celles que l'on rencontre à la marge de l'anus, et qui peuvent déterminer la formation de petites fistulettes borgnes externes.

M. Verneuil voudrait que la question du traitement des abcès par congestion, dont on a parlé incidemment, fût réservée, car elle mérite une étude sérieuse. Sans doute les résultats obtenus par M. Lannelongue sont magnifiques, mais peut-être n'est-il pas juste de conclure de l'enfant à l'adulte ; pour lui, il a tout essayé : le drainage, les injections détersives, les hyperdistensions de la poche par divers liquides, l'acide phénique entre autres, les ponctions capillaires répétées, et les résultats ont été lamentables. Il pense donc que la temporisation est encore indiquée.

M. DESPRÈS dit que les tubercules de la peau, les gommes tuberculeuses ont été décrits par M. Bazin bien avant M. Lannelongue ; que les lymphangites chroniques suppurées ont aussi été mentionnées par Velpeau et que rien n'est nouveau sous le soleil : il s'élève contre l'application de la méthode antiseptique au traitement des abcès ; la temporisation, jusqu'au moment où la peau s'amincit et va se perforer, telle est la conduite qu'il faut tenir ; alors, il est temps de passer un tube à drainage qui donne souvent de bons résultats.

M. NICAISE croit à la réalité des abcès d'origine tuberculeuse décrits par M. Lannelongue ; il accepte cette étiologie et cite des cas où il a observé des faits semblables chez l'adulte. Mais il s'élève contre l'assimilation qu'on a semblé faire entre l'abcès froid et l'abcès par congestion ; l'abcès froid, c'est toute la maladie ; l'abcès par congestion n'est que le symptôme d'une affection osseuse autrement grave que la collection purulente.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est heureux de trouver M. Lannelongue parmi les recrues que fait chaque jour le pansement de Lister : les abcès froids et même les abcès par congestion sont justiciables de cette méthode, et lorsqu'ils sont accessibles à l'opérateur, on tirera le plus grand profit de leur ouverture : la surface sera ruginée et cautérisée ; on appliquera les diverses pièces de pansement et la guérison complète surviendra, si la lésion osseuse est guérie elle-même, ou bien une fistule remplacera l'énorme collection qui épuisait et fatiguait le malade.

M. MARC SÉE défend l'opinion émise par M. Lannelongue : il y a des abcès d'origine tuberculeuse ; les produits tuberculeux peuvent être emportés par la lymphe, former embolie et provoquer des abcès secondaires, ou même déterminer une infection générale de l'économie. Il approuve pour la pratique, du reste depuis longtemps, la méthode qui consiste à gratter pour les détruire les parois de l'abcès. Il cite des observations de succès remarquables qu'il a ainsi obtenus.

PAUL RECLUS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Aubry est nommé aide d'histologie en remplacement de M. Bagneris, démissionnaire. — M. Bernardy est nommé préparateur de physique en remplacement de M. Véron, démissionnaire.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du coaltar saponiné Le Beuf dans la thérapeutique utérine.

Depuis de longues années, nous avons vu employer et employons nous-même pour le traitement des maladies utérines le coaltar saponiné de Le Beuf. Les avantages que nous avons retirés, dans un grand nombre de cas, de cette médication ont été si réels que nous ne craignons pas d'entrer à son sujet dans d'assez longs développements.

Coaltar est un nom anglais qui signifie « goudron de houille », lequel renferme dans sa composition, entre autres corps, l'acide phénique. Le *coaltar saponiné de Le Beuf* est une préparation de coaltar émulsionné par la saponine, principe actif de la *saponaire officinale* et du *Quillaya saponaria.* Disons d'abord les raisons pour lesquelles nous avons presque toujours préféré, pour le traitement des affections utérines, le *coaltar saponiné* à l'acide phénique. Si les qualités désinfectantes de l'un et de l'autre de ces corps sont identiques, il n'en est plus de même de leur causticité : le coaltar saponiné, à l'état de pureté et même concentré, n'est jamais caustique ; l'acide phénique, même à l'état de dissolution dans l'eau, est éminemment irritant et caustique, il doit donc être manié avec les plus grandes précautions et il est fort dangereux de laisser entre les mains des malades un corps dont l'application mal faite occasionne souvent de véritables brûlures.

J'ai connu un élève de l'Ecole polytechnique qui s'était fait à la verge une profonde brûlure, en voulant user de l'acide phénique comme préservatif des maladies vénériennes. Récemment, j'ai donné des soins à une jeune femme qui, piquée par un insecte, s'était badigeonné le bras avec une solution phéniquée et s'était fait une brûlure très étendue, si non profonde, ayant en quelque sorte parcheminé tout l'épiderme du membre supérieur.

Le *coaltar saponiné de Le Beuf* n'étant pas caustique, nous pouvons, sans danger aucun, le laisser entre les mains de nos malades. Ce point a son importance lorsqu'il s'agit de thérapeutique utérine; l'examen médical, le pansement fait par une main étrangère sont toujours désagréables pour les patientes : notre devoir est de leur épargner l'un et l'autre dans la limite du possible. Le *coaltar saponiné de Le Beuf* répond précisément à cette indication, et notre ami Leblond a déjà insisté sur ce point dans son journal, les *Annales de gynécologie* : il emploie les injections de coaltar additionné d'eau, ou même des tampons d'ouate imbibés de ce médicament que les femmes s'introduisent elles-mêmes dans le vagin à l'aide d'un porte-topique vaginal.

L'emploi du coaltar saponiné pour le traitement des maladies de la matrice n'est pas une nouveauté scientifique. En 1860, M. Bazin désinfectait ses malades de l'hôpital, atteintes de cancer utérin, par des injections de coaltar saponiné. En 1861, le Dr Richard, professeur agrégé, l'employait dans son service de Lourcine comme désinfectant, notamment dans une affection gangréneuse de l'utérus. (Voir à ce sujet : *Notice sur l'émulsion de coaltar saponiné,* par Lucien Le Beuf, Paris, 1875, chez J.-B. Baillière.)

Dans les *Annales de la Société anatomique espagnole* du 15 août 1874, le Dr Pedro de Velasco, de Madrid, se serait servi avantageusement de tampons de charpie imbibés de coaltar saponiné pour arrêter les hémorrhagies utérines dans les cas de cancers de l'utérus. (*Annales de gynécologie,* 1875.)

Il y a plusieurs années déjà, nous avons vu notre honoré maître le Dr Siredey employer le coaltar saponiné dans son service de l'hôpital Lariboisière. Il en retire surtout d'excellents résultats pour modifier la surface vaginale enflammée de la vaginite. A cet effet, il introduit un tampon d'ouate fortement imbibé de coaltar dans le vagin, où il le laisse séjourner vingt-quatre heures. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 1874.)

Dans les accouchements, le coaltar saponiné a également trouvé son application comme désinfectant. En 1867, le professeur Lorain a expérimenté le coaltar à l'hôpital Saint-Antoine au point de vue de la désinfection des nouvelles accouchées, dans le but de prévenir les accidents consécutifs aux accouchements, et s'en est très-bien trouvé. (*Traitement de l'angine diphthéritique par les injections directes de coaltar saponiné Le Beuf,* par Jean Lemoine. Thèse de Paris, 1879.) Le Dr Dufresnois, cité par Lemaire (*Du Coaltar saponiné,* Paris, Germer-Baillière, 1860), a détruit, en 1860, l'odeur putride très-prononcée, après un accouchement compliqué de rétention du placenta pendant 7 jours, par l'injection de l'émulsion de coaltar.

Pour notre part, nous avons employé très-souvent ce médicament dans la *leucorrhée,* soit des adultes, soit des petites filles. Chez ces dernières, outre un traitement général approprié, nous prescrivons des lotions avec de l'eau additionnée de deux cuillerées de coaltar saponiné dans un verre d'eau. Les résultats ont toujours été excellents et rapides.

Dans la *leucorrhée des adultes,* nous conseillons des injections, répétées trois fois par jour, avec de l'eau additionnée du même médicament; ici, nous insistons tout spécialement sur la facilité du mode d'emploi qui n'exclue pas la rapidité de l'action. — Nous estimons que le coaltar doit former la base, à dose faible, des injections *vaginales dites hygiéniques* de la femme, car il n'a pas l'odeur infecte de l'acide phénique et en possède les propriétés désinfectantes. Des tampons fortement imbibés de l'émulsion mère de coaltar forment notre traitement le plus habituel de la vaginite et nous ont donné les mêmes résultats que ceux constatés depuis longtemps à l'hôpital de Lariboisière dans le service de M. Siredey. Dans les *métrites chroniques du col,* nous procédons de la même façon après avoir préalablement cautérisé au nitrate d'argent les ulcérations.

En un mot, nous employons le coaltar dans toutes les affections des organes génitaux où il s'agit de modifier promptement la muqueuse du col ou du vagin, dans toutes celles où il s'agit de désinfecter le vagin, notamment dans le cancer utérin.

Il nous serait difficile de reproduire ici de nombreuses observations : nous ne ferons qu'en résumer une qui nous a paru intéressante.

Obs. Uréthrite fongueuse du col. Destruction des fongosités par le thermo-cautère. Injections au coaltar saponiné. Guérison.

Une femme d'une trentaine d'années entre, le 28 décembre 1878, dans le service du Dr Dupuy-Walbaum, à l'hôpital de Saint-Denis. Elle souffre depuis 5 ans environ de pertes blanches, avec violentes douleurs abdominales et lombaires. Elle a été soignée à plusieurs reprises par différents médecins à l'aide de cautérisations ; l'amélioration a toujours été nulle ou passagère.

Nous constatons au spéculum des fongosités saignantes et molles sortant du col sous forme de champignon. Quinze jours après les avoir détruites à l'aide du thermo--cautère, il persistait une leucorrhée fétide. Pendant trois semaines on fit plusieurs injections par jour, avec de l'eau additionnée de coaltar. Les pertes blanches cessèrent, l'odeur disparut. La malade sortit complétement guérie le 25 février 1879. Nous avons eu l'occasion de la revoir au mois d'août de la même année : la guérison était complète.

Il nous semble important de signaler dans cette observation la rapidité avec laquelle la muqueuse du col, fongueuse et ramollie, saignant au moindre contact, s'est modifiée sous l'influence des injections répétées de coaltar.

Dans le numéro de janvier 1879 de la *Gazette obstétricale,* nous avons rapporté l'exemple d'une femme atteinte de carcinome utérin traité à la fois par l'acide chromique et le coaltar. Cette femme a quitté l'hôpital pour la seconde fois et se considère comme guérie ; elle a repris son travail depuis plusieurs mois.

En résumé, le *coaltar saponiné de Le Beuf* mérite d'être recommandé sous forme d'injections pour la leucorrhée et toutes les affections utérines légères où le spéculum n'est pas indispensable, et pour d'autres, telles que le cancer, où l'application de cet instrument est trop douloureuse ou même nuisible ; il est utile pour le traitement de la vaginite, des métrites chroniques du col, etc., soit seul, soit comme adjuvant d'autres méthodes de traitement ; dans ce dernier cas, on en imbibe fortement des tampons que l'on maintient pendant vingt-quatre heures dans le vagin. On se trouvera bien, en un mot, d'en faire usage chaque fois qu'il sera utile de recourir, dans les maladies vaginales ou utérines, à un détersif énergique, à un désinfectant et antiseptique puissant. D.-W.

(*Gazette obstétricale.*)

NÉCROLOGIE

J. A. Lockhart Clarke.

M. Lockhart Clarke, né en 1817, est mort récemment à l'âge de 64 ans. Les premières années de cet illustre praticien s'étaient écoulées en France, mais ce ne fut qu'à son retour en Angleterre que sa vocation médicale se dessina et qu'il suivit l'enseignement de Guy's et de St-Thomas's Hospital's ; plus tard, après plusieurs années de pratique et la publication de ses principaux mémoires sur le système nerveux, Lockhart Clarke se faisait recevoir membre du Royal College of Surgeons ; plus tard encore, seulement en 1871, il fut nommé médecin de l'hôpital consacré spécialement aux paralytiques et aux épileptiques.

Les recherches de Lockhart Clarke sont trop connues et trop estimées pour que nous ayons ici à les rappeler. Son plus grand honneur, à défaut de titres officiels dont la fortune s'est montrée avare envers lui, sera d'avoir, un des premiers, cherché dans l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques du système nerveux, la raison des phénomènes complexes que l'on rencontrait alors, comme aujourd'hui, dans la clinique de chaque jour. Lockhart Clarke était un praticien répandu et un homme modeste et simple dans ses goûts et dans sa vie.

D. J. Corrigan.

M. Corrigan était né à Dublin en 1802 et est mort le 1er février dernier ; après avoir fait ses études à Edimbourg, ainsi que Stokes, il revint à Dublin et fut nommé médecin du Jervis Street Hospital. C'était un singulier service que le sien, composé seulement de six lits ; il sut si bien les administrer qu'il trouva moyen, à l'aide de cette bien petite clinique, de publier plusieurs de ses mémoires relatifs à l'aorte, entre autres celui sur l'insuffisance aortique.

Corrigan atteignit plus tard à tous les honneurs, il fut à la tête de l'Université de Dublin, créé baronnet et délégué par sa ville natale à la Chambre des communes. Corrigan était un des derniers survivants de cette glorieuse phalange irlandaise dans laquelle on comptait Marsh, Stokes, Graves : c'est un de ceux qui ont élucidé la pathologie du cœur et de ses orifices en Angleterre en même temps que Bouillaud et son école s'en occupaient en France.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Porte-topique uréthral de J. Langlebert.

M. Béclard présente à l'examen de l'Académie un instrument inventé par M. Jonathan Langlebert et désigné sous le nom de : Porte-topique uréthral. Cet instrument, construit par MM. Mathieu fils, se compose d'une sonde graduée, en gomme, à bout coupé, dans laquelle glisse librement un mandrin en baleine, terminé par une olive pouvant s'appliquer exactement sur le bout de la sonde (*Fig. 19*). A la suite de cette olive est une petite dépression, en forme de bobine, de 15 millimètres de longueur, sur laquelle on enroule du coton cardé ou filé, destiné à recevoir les solutions ou pommades médicamenteuses que l'on veut porter sur une partie de l'urèthre. La course du mandrin, qui est de 2 centimètres, permet de faire saillir la bobine ou de la faire rentrer dans la sonde, à volonté.

La simplicité de cet instrument nous dispense d'en expliquer la manœuvre que le dessin fait suffisamment comprendre. Ajoutons que, dans les cas rares où il y a lieu de cautériser l'urèthre, cet instrument peut remplacer avec avantage le porte-caustique de Lallemand ; on devra dans ce but imprégner le coton d'eau gommée et le rouler ensuite dans du nitrate d'argent pulvérisé. L'extrême souplesse de cet instrument, la possibilité de déposer avec lui, *loco dolenti*, le topique qu'on jugera le plus convenable, constituent son originalité. Il peut encore servir au traitement des lésions de la cavité cervicale de l'utérus, et sous une forme réduite à la cure de la blennorrhagie.

Fig. 19.



Faculté des sciences de Clermont. — M. Truchot est chargé des fonctions de préparateur de chimie, pendant la durée du congé accordé à M. Finot.

VARIA

Etude sur les eaux de La Bourboule (1).

II. — M. Frédéric Morin pose d'abord en principe que, pour éviter désormais des mécomptes qui se sont produits précédemment, il faut se garder d'envoyer à La Bourboule des malades chez lesquels « dans une maladie constitutionnelle ou diathésique, on est en présence de manifestations aiguës, ou dont le caractère d'acuité tend, sans y toucher encore, à son déclin. C'est dans les intermissions franches des accidents diathésiques et dans la forme chronique de leurs manifestations morbides qu'il faut intervenir, et, dans ce cas-là, sans peur ni faiblesse.

Il est entièrement utile, ajoute M. Fr. Morin, que les médecins qui nous adressent des malades les fassent accompagner d'une petite note indiquant les traitements qu'ils leur ont fait suivre, et tous les renseignements qu'ils pourront avoir sur l'origine et le plus ou moins de chronicité des affections dont ils sont porteurs. Tout le secret des cures est dans une bonne sélection des malades et la connaissance parfaite des indications.

Nous n'essaierons pas de définir les diathèses et les cachexies ; ces mots sont compris de tous les médecins et offrent immédiatement à l'esprit, le premier : l'enchaînement des troubles fonctionnels et des lésions aussi variées dans leurs siéges que dans leurs formes, qui résultent d'une constitution morbide inhérente à l'individu ; le second : le terme presque fatal où aboutissent les premières, mauvaise manière d'être, c'est le mot, quand l'ensemble de l'organisme est profondément altéré, menacé d'une dissolution prochaine. Quelques-unes de ces interminables maladies sont traitées par des médicaments spécifiques, toutes les autres par un ensemble de moyens que l'on a appelés la *médication altérante*. De nos jours, l'hydrothérapie, et par-dessus tout les Eaux minérales, sont devenues entre les mains de médecins habiles la médication la plus puissante qu'on ait pu leur opposer ; et, parce qui précède on comprend déjà que ce sont les *grandes diathèses* qui doivent, à notre avis, s'inscrire à la Bourboule, et les grands états cachectiques que nous indiquerons plus tard. »

Critiquant l'usage de l'expression *médication altérante*, M. Frédéric Morin préfère appliquer aux *altérants* connus le nom de *modificateurs reconstituants*, qui répond mieux à l'idée qu'on se fait de leur action. Ainsi « le fer est modificateur reconstituant dans l'anémie et la chlorose ; le mercure et l'iode dans la syphilis ; l'arsenic dans la cachexie palustre et les dartres ; le sodium, le calcium dans la diathèse scrofuleuse, etc. »

Que sont « au point de vue *vital et dynamique* les eaux de La Bourboule ? » Ces eaux donnent un résidu solide de 6 à 7 grammes de sels ; elles contiennent près de 3 grammes de bicarbonate de soude, près de 3 grammes de chlorure de sodium, et plus d'un centigramme d'acide arsenique, c'est-à-dire 28 milligrammes d'arseniate de soude. « Et l'on ne s'intoxique pas à La Bourboule pour boire un litre d'eau pendant vingt jours, surtout si l'on peut prendre de l'exercice. L'eau est plus ou moins facilement digérée selon les aptitudes ; mais les effets délétères de l'arsenic ne s'y produisent pas ; l'action est curative. Voilà le fait. »

Bien longtemps avant que les eaux de La Bourboule eussent été analysées, elles étaient connues comme guérissant les scrofuleux ; les victimes de la malaria, comme celles de la cachexie palustre venaient les boire, et y retrouvaient la santé. « Les faits cliniques avaient donc devancés l'analyse chimique... En présence de faits thérapeutiques acquis par une longue expérience, ajoute M. Morin, essayons de donner l'explication des phénomènes. »

Tout en déclarant qu'il serait fort embarrassant d'avoir à préciser quel est l'élément des eaux de La Bourboule qui a une action prépondérante, et que le mieux est de ne pas diviser « ce que la nature a si bien associé », M. Fr. Morin, s'appuyant sur les principes de la physiologie, examine le

(1) Voir le n° 7.

rôle des trois éléments principaux indiqués ci-dessus, le chlorure de sodium, l'arsenic et le bicarbonate de soude.

Le sel marin est indispensable à la nutrition générale, et tous les phénomènes qui concourent à celle-ci, sont poussés à leur plus haute puissance lorsque l'on exagère la consommation du sel chez un individu quelconque.

Quant à l'arsenic, quoique les notions acquises sur son mode d'action aient une netteté moins flagrante, plusieurs de ses propriétés thérapeutiques sont aujourd'hui incontestables.

L'ancienne source *des fièvres*, à La Bourboule, guérissait les fiévreux à l'époque même où Boudin appliquait l'arsenic au traitement des fièvres rebelles au quinquina. Depuis longtemps, l'arsenic est considéré comme un *médicament reconstituant* et l'on admet son action utile sur la dyspnée catharrhale, l'asthme et la phthisie; la dépendance fréquente qui existe entre ces maladies et les diathèses herpétique et scrofuleuse, conduit logiquement à trouver dans ces phénomènes l'explication de son rôle si intensif *sur les manifestations cutanées de l'herpétisme et de la scrofule*.

Enfin, il paraît probable que l'association du bicarbonate de soude avec l'arsenic donne aux eaux de La Bourboule leur efficacité souvent constatée dans le traitement du diabète sucré. Cette hypothèse concorde d'ailleurs avec les résultats obtenus par le Dr Jaccoud, qui déclare avoir guéri « bien des diabétiques gras par l'acide arsénieux et un régime convenable ».

De tout ce qui précède, M. Fr. Morin se croit en droit « de conclure que les eaux de La Bourboule constituent : 1° une médication reconstituante des plus énergiques, applicable à tous les états où l'atonie générale des grandes fonctions de nutrition prédomine; 2° une médication modificatrice par excellence de tous les modes vicieux de nutrition générale qui constituent les diathèses; 3° une médication curatrice de certaines affections dont *l'arsenic* paraît être, sinon le spécifique, du moins le correctif le plus héroïque que l'on ait découvert jusqu'ici; et, pour la nomenclature, nous dirons que les eaux de La Bourboule sont : Eaux thermales arsenicales, chlorurées sodiques, bicarbonatées sodiques, alcalines. »

Ces considérations générales bien établies, M. F. Morin va passer à l'étude des grandes diathèses, qui sont : la scrofule, la goutte et le rhumatisme, confondus par beaucoup d'auteurs en une diathèse unique l'arthritis, l'herpétisme et la syphilis. Il examinera et constatera l'action qu'exercent sur elles les eaux de La Bourboule, pour dire *sincèrement celles qui peuvent guérir à La Bourboule* et celles qui paraissent *devoir peu s'y modifier*.

Avant d'accompagner M. le Dr Morin dans cet examen, nous allons passer rapidement en revue les opinions émises par la plupart des auteurs sur le rang qu'il convient d'attribuer aux eaux de La Bourboule dans une classification des eaux minérales, et sur leurs principales propriétés thérapeutiques, considérées d'une manière générale. — Si nous constatons ainsi certaines divergences entre les appréciations des divers médecins qui se sont occupés de La Bourboule, elles indiqueront la voie à suivre pour les études nouvelles, et, en même temps, elles auront pour effet de donner un degré de certitude presqu'absolue aux affirmations qui n'ont pas rencontré jusqu'ici de contradiction sérieuse. (*A suivre*).

Actes de la Faculté de médecine.

Lundi 23. — 2e *de doctorat* : MM. Trélat, Ollivier, Rendu. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Verneuil, Fournier, Pinard ; 2e *série* (Charité) : MM. Potain, Guyon, Chantreuil.

Mardi 24. — 2e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Jaccoud, Bouchard, Delens ; — 2e *série* : MM. Lefort, Fernet, Hallopeau. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Pajot, Richet, Grancher ; — 2e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Lasègue, Charpentier.

Mercredi 25. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Broca, Terrillon. — 3e *de doctorat* : MM. Baillon, Gariel, Henninger. — 4e *de doctorat* : MM. Hayem, G. Bergeron, Straus.

Jeudi 26. — 1er *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Lefort, Humbert. — 2e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Laboulbène, Panas, Debove. — 2e *série* : MM. Brouardel, Bouchard, Berger. — 4e *de doctorat*, 1re *série* : MM. G. Sée, Rigal, Grancher. — 2e *série* : MM. Jaccoud, Lancereaux, Hallopeau.

Vendredi 27. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Cadiat. — 3e *de doctorat* : MM. Reynauld, Gariel, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Hayem, Ollivier, Straus. — 5e *de doctorat* (Charité) : MM. Guyon, Fournier, Pinard.

Samedi 28. — 1er *de doctorat*. 1re *série* : MM. Sappey, Lefort, Duval ; — 2e *série* : MM. Gosselin, Robin, B. Anger. — 2e *de doctorat* : MM. Laboulbène, Bouchard, Humbert. — 3e *de doctorat*. 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Fernet, Charpentier ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Panas, Debove.

Thèses. — *Mardi* 24 : 58. M. Sentex : Des abcès musculaires dans la fièvre typhoïde. — 59. M. Outin : Contribution à l'étude de la canthoplastie externe. — *Mercredi* 25 : 60. M. De Rymon : Etude expérimentale de la spartéine et de son sulfate. — 61. M. Mook : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et du traitement de l'eczéma. — 62. M. Durand : Contribution à l'étude des relations entre l'hystérie et le rhumatisme. — 63. M. Gouilleux : Leucocythémie, sa symptomatologie. — *Vendredi* 27 : 64. M. Lathoud : Contribution à l'étude des spasmes traumatiques. — 65. M. Porcher : Etude sur le goître dans ses relations avec les fonctions utérines. — *Samedi* 28 : 66. M. Ormières : Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie. — 67. M. Balesy : De l'infanticide par omission de la ligature du cordon.

Faculté de médecine.

1° *Concours pour le Prosectorat*. — Un concours pour une place de prosecteur aura lieu en 1880. Le prosecteur nommé entrera en fonctions le 15 mars 1881; son temps d'exercice expirera le 1er octobre 1884. Sont seuls admis à concourir MM. les aides d'anatomie titulaires.

2° *Concours pour l'adjuvat*. — Un concours pour 8 places d'aides d'anatomie titulaires aura également lieu en 1880. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. Les aides d'anatomie titulaires entreront en fonctions le 1er octobre 1880; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1883.

Les dates de l'ouverture de ces concours seront ultérieurement fixées et annoncées. Le registre d'inscription sera ouvert au Secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements) tous les jours de 10 h. à 4 h. du 1er au 30 mars 1880. MM. les candidats trouveront au Secrétariat de la Faculté tous les renseignements dont ils pourraient avoir besoin sur les conditions et les programmes de ces concours.

Personnel. — Par arrêté ministériel du 7 Février 1880, M. Chambard est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies mentales et M. Vallon, aide du même laboratoire.

Matériel. — M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'accorder les crédits nécessaires pour frais de première installation : 1° du laboratoire de pathologie et thérapeutique générale ; — 2° du laboratoire de clinique des maladies mentales ; — 3° du laboratoire de thérapeutique ; — 4° du laboratoire de clinique des maladies des enfants.

Santé publique. — Les hôpitaux de Paris.

Par suite de la rigueur inusitée de l'hiver, la mortalité à Paris, depuis deux mois, est allée en augmentant d'une façon extraordinaire. Dans les huit dernières semaines, elle a atteint le chiffre de : 10.725

Ce chiffre indique combien est considérable le nombre des malades. En face de cette situation, l'assistance publique a dû faire face à des besoins imprévus, besoins qui n'avaient pas été aussi grands depuis bien des années. Avec une activité que nous nous plaisons à reconnaître, elle a installé : 71 lits de maladies aiguës à la Salpêtrière ; 120 à Cochin ; 72 à Saint-Louis ; 68 à Saint-Antoine, recourant, dans ces trois derniers établissements à des baraquements nouveaux ou utilisant ceux qui existaient déjà. A Saint-Antoine, les baraques sont destinées aux varioleux, il en est de même ou il en sera de même, s'il y a lieu, au moins en partie, à l'hôpital Saint-Louis.

De plus, l'administration a installé 100 lits dans l'ancien Bureau de nourrices de la rue des Tournelles, et remplacé, au Midi, 58 malades vénériens par des malades ordinaires. Cette dernière installation, considérée comme provisoire, pourrait, à notre avis, être maintenue à titre définitif, à cette condition toutefois que l'administration accordât aux malades qui viennent à la consultation du Midi, les médicaments, les bains et les douches nécessaires au traitement. Beaucoup de ces derniers, en effet, n'entrent à l'hôpital que parce qu'ils manquent des ressources nécessaires pour acheter des médicaments ou pour prendre les bains qui leur sont prescrits. On voit par ce qui précède que, en plus de l'organisation du service des varioleux de l'annexe de l'ancien Hôtel-Dieu, l'administration a installé 489 lits provisoires. Malgré cela, il y a encore, nous assure-t-on, *huit cents brancards* dans les hôpitaux.

Quoiqu'il s'agisse là d'une situation exceptionnelle, il n'en ressort pas moins qu'il y insuffisance de lits dans les hôpitaux et que l'on doit étudier d'urgence les améliorations à introduire dans l'assistance publique, les moyens de pourvoir à des besoins indiscutables.

Curé battu par un moribond.

Il y a quelques jours, on amenait à l'hôpital de la Pitié un malheureux homme dans une situation si grave que l'interne, après l'avoir examiné, dit à la sœur qu'il ne tarderait pas à succomber. Obéissant au règlement qui veut que, en pareil cas, l'aumônier soit averti et cela sans l'avis préalable du malade, la sœur envoya chercher ce fonctionnaire. Tout d'abord, le malade dont la vue était obscurcie ne reconnut pas le prêtre en soutane, mais

dès que celui-ci eut revêtu son surplis et commencé ses discours, le malade eut une sorte de retour à la vie et repoussa le prêtre et la religieuse avec ses bras et avec ses pieds. Puis, il retomba sans force et mourut quelques heures plus tard. Il nous semble que l'administration devrait donner des ordres formels pour que les aumôniers ne viennent qu'auprès des malades qui les réclament eux-mêmes et que l'obligation qu'on impose aux sœurs ou aux surveillantes laïques de prévenir le prêtre, sans avoir consulté les mourants, devrait être abolie.

Enseignement médical libre.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Paul Bert fera, samedi 21 février, à neuf heures et demie, à la clinique de M. Péan, une conférence sur son procédé d'anesthésie chirurgicale par un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote sous pression.

FORMULES

9. Potion contre la métrorrhagie post-puerpérale. Courty.

Extrait de ratanhia	4 grammes.
Ergotine de Bonjean	1 »
Extrait thébaïque	0,10 cent.
Hydrolat de fleurs d'oranger	30 grammes.
Infusion de feuilles de digitale (0,30 cent.)	100 »
Teinture de cannelle	15 »
Sirop de grande consoude	30 »

F. s. a. une potion dont M. Courty conseille de donner une cuillerée à soupe toutes les douze heures, ou toutes les six heures, ou plus souvent, si c'est nécessaire, dans le cas de métrorrhagie survenant quelques jours après l'accouchement, par suite d'inertie secondaire de l'utérus, de rétention de caillots ou de portions de placenta libres ou adhérentes, de déchirures du col ou du vagin, d'endométrie, de rétroflexion, de production de fongosités sur la muqueuse, d'appauvrissement considérable du sang, etc. — Injections désinfectantes, compresses froides sur l'hypogastre, boissons fraîches et acidulées. (*Union méd.*)

10. Traitement du prurit vulvaire. Gallard.

Les sécrétions qui baignent la vulve y déterminent, parfois, une irritation inflammatoire qui cause des démangeaisons insupportables. Les bains, les injections, les lotions d'eau froide un peu prolongées parviennent souvent à les calmer, surtout si les lotions sont faites avec de l'eau blanche. On prévient leur retour en saupoudrant la vulve avec de la poudre d'amidon soit pure, soit additionnée de sous-nitrate de bismuth, ou même encore de précipité blanc, dans la proportion d'un dixième. — Mais ce qui réussit le mieux, ce sont les lotions faites avec la solution de Gowland, dont voici la composition :

Emulsion d'amandes amères	200 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque	0,10 cent.
Bichlorure de mercure	0,10 »

Mêlez. On peut, sans inconvénient, remplacer l'émulsion d'amandes par de l'eau distillée. — Ces lotions doivent être faites deux fois par jour, et, pendant l'intervalle, il faut saupoudrer la vulve d'amidon ou de poudre de riz, en recommandant expressément à la malade d'éviter de se gratter.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 6 au jeudi 12 février 1880, les naissances ont été de 1,166, se décomposant ainsi : *Sexe masculin*: légitimes, 426 ; illégitimes, 147. Total, 573. — *Sexe féminin* : légitimes, 442 ; illégitimes, 151. Total 593.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1.988.806 habitants y compris 18.380 militaires. Population probable de 1880 : 2.020.000 hab. — Du vendredi 6 au jeudi 12 février les décès ont été au nombre de 1.521, savoir : 778 hommes et 743 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : fièvre typhoïde : M. 65. F. 37. T. 102. — Variole : M. 35. F. 35. T. 70. — Rougeole : M. 5. F. 5. T. 10. — Scarlatine : M. 1. F. 2. T. 3. — Coqueluche : M. 3. F. 11. T. 14. — Diphtérie. Croup : M. 25. F. 14. T. 39. — Dysentérie : M. 1. — Erysipèle : M. 3. F. 2. T. 5. — Affections puerpérales : F. 11. — Autres affect. épidém. : F. 2. — *Autres maladies* : Bronchite aiguë : M. 39. F. 58. T. 97. — Pneumonie : M. 105. F. 110. T. 215. — Phthisie pulmonaire : M. 119. F. 84. T. 203. — Diarrhée infantile : M. 23 F. 20. T. 43. — Autres causes : M. 352. F. 356. T. 708.

Morts nés et prétendus tels : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 11. Total 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 10. Total, 35.

Concours d'agrégation. — *Médecine.* — Les épreuves cliniques ont commencé le 12 Février. Ont subi ces épreuves : *Jeudi* 12 : MM. Bouveret et Arnozan ; — *Vendredi* 13 : MM. Regimbeau et Robin ; — *Samedi* 14 : MM. Moriez et Rondot ; — *Mardi* 17 : MM. Hanot et Landouzy ; — *Mercredi* 18 : MM. Quinquaud et Hutinel.

Hôpitaux civils d'Alger. *Concours.* — Le concours ouvert le 5 janvier, pour deux places de chirurgien-adjoint, s'est terminé par la nomination de MM. Vincent et Caussanel.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par un arrêté en date du 12 février 1880, M. le ministre de l'Instruction publique a décidé que le nombre des places mises au concours par l'arrêté du 14 juin 1879 (agrégation de médecine, section des sciences anatomiques et physiologiques) serait porté de six à sept. — Cette place sera affectée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Nominations. — Par décret en date du 7 février, ont été nommés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : MM. Guyard, agrégé, professeur d'histoire naturelle ; — Pitres, agrégé, professeur d'anatomie générale et d'histologie ; — Masse, agrégé, professeur de médecine opératoire ; — Jolyet, professeur de médecine expérimentale.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Polaillon. — Visite à 9 heures. Consultation lundi, mercredi, vendredi. — Salle Sainte-Gabriel (H.) : 1, abcès urineux ; 2, gelure des pieds ; 8, fracture du bassin ; 9, résection du maxillaire supérieur ; 11, phlegmon diffus du bras ; 13, fracture compliquée de jambe ; 18, amputation du bras ; 23, épithélioma de la verge ; 25, fracture de la clavicule ; 27, phlegmon de la cuisse ; 36, coxalgie ; 39, tubercules des testicules ; 42, commotion de la moelle. — Salle Saint-Jean (F.) : 11, adénite sous-maxillaire ; 13, abcès du sein ; 17, coxalgie ; 18, fracture de l'acromion ; 19, glossite syphilitique ; 19 *bis*, lymphangite du membre inférieur ; 21, fracture du bassin.

Service de M. Gallard. — Visite à 9 heures. Consultation mardi. Spéculum jeudi. — Salle du Rosaire (F.) : 1, tumeur fibreuse ; 2, dilatation des bronches ; 3, Rétroversion, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale ; 7, tumeur fibreuse ; 13, métrite chronique ; 22, pelvipéritonite ; 30, rein flottant, allongement hypertrophique du col. — Salle Saint-Athanase : 1, fièvre typhoïde ; 3, emphysème, dilatation du cœur droit ; 9, rétrécissement de l'œsophage ; 25, colique de plomb ; 29, pleurésie ; 30, fièvre typhoïde ; 40, pneumonie ; 43, rhumatisme articulaire aigu ; 49, pneumonie ; 60, myélite.

Service de M. Lancereaux. — Visite à 9 heures. Consultation samedi, — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 1, néphrite épithéliale ; 2, paraplégie à début subit : 9, affection mitrale, hémiplégie droite incomplète ; 11, glycosurie ; 18, rhumatisme chronique ; 21, diabète ; 22, hystérie, catalepsie ; 25, colique hépatique ; 30, névralgie faciale syphilitique ; 37, rétrécissement mitral, tuberculose pulmonaire. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 3, cirrhose alcoolique chez un tuberculeux ; 8 *bis*, atrophie musculaire des membres inférieurs consécutive à une plaie par armes à feu ; 19, érysipèle de la face, phlegmon de l'œil ; 25, phtisie galopante ; 27, choroïdo-rétinite syphilitique ; 39, pneumonie du sommet, alcoolisme ; 42, épithélioma rectal ; 43, néphrite épithéliale.

Service de M. le professeur Brouardel. — Visite à 8 heures et demie ; spéculum le mardi, consultation le jeudi. — Salle Sainte-Claire (F.) : 2, scarlatine, endo-péricardite ; 7, grossesse, insuffisance aortique et mitrale ; 8, mal de Pott lombaire ; 10, fièvre typhoïde ; 15, insuffisance mitrale ; 19 carie du rocher, paralysie faciale ; 20, insuffisance et rétrécissement mitral ; 22, pelvipéritonite ; 24, tumeur cérébrale ; 33, scarlatine ; 37, sclérose en plaques ; 45, cancer de l'estomac ; 48, typhlite. — Salle Saint-Benjamin : Varioleux.

Service de M. Dumontpallier. — Visite à 8 heures et demie. — Salle Sainte-Eugénie (F.) : 9, hématocèle utérine ; 11, fièvre typhoïde ; 14, hémiplégie gauche avec hémianesthésie ; 15, engelures de la face ; 17, chlorose ; 20, hémiplégie droite et aphasie ; 28, rétrécissement aortique ; 41, péri-métrite ; 46, gangrène spontanée du pied gauche. — Salle Saint-Raphaël (H.) : 6, néphrite interstitielle ; 9, pleurésie purulente ; 10, fièvre typhoïde ; 27 *bis*, oreillons, orchite double ; 29, rhumatisme articulaire, endocardite, pleurésie double ; 32 *bis*, zona ; 35, phlébite.

Service de M. le professeur Verneuil. — Cliniques lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Augustin (F.) : 1, bec de lièvre ; 3, contusion de la hanche ; 5, épulis ; 7, fracture compliquée ; 8, phlegmon chez une diabétique ; 11, fistule parotidienne ; 12, arthrite fongueuse ; 15, tarsalgie ; 16, genu valgum ; 20, rectotomie ; 24, grenouillette ; 31, arthrite puerpérale. — Salle Saint-Louis (H.) 8, hydarthrose récente, atrophie du triceps crural ; 5, contusion du genou, épanchement articulaire ; 10, arrachement des gaînes ant. du cou-de-pied ; 12, fracture de la rotule ; 23, hernie épiploïque ; 25, synovite fongueuse du genou ; 30 *bis*, lipôme de la cuisse ; 32, panaris ; 35, périostite rhumatismale avec zona du trijumeau ; 36, uréthrotomie externe ; 38, infiltration d'urine ; 41, ulcère syphilitique ; 42, rétrécissement de l'urèthre ; 43, fracture de la base du crâne ; 47, phlegmon du pied ; 48, varicocèle ; 50, cancroïde de la lèvre, opéré ; 53, fracture compliquée ; 55, ostéo-arthrite du pied ; 56, anévrysme de la crosse de l'aorte ; 57, fracture de jambe.

Service de M. le professeur Peter. Visite à 8 heures et demie ; consultation le mercredi. — Salle Saint-Michel (H.) : 2, péritonite tuberculeuse ; 6, paralysie générale cérébro-spinale ; 7, péricardite sèche ; 9, maladie de Basedow ; 11, granulation généralisée ; 21, aortite chronique ; 26, pneumonie alcoolique ; 27, fièvre typhoïde ; 32, syphilis tertiaire ; 49, fièvre typhoïde

chez un vieillard. — Salle Notre-Dame (F.) — 5, corps fibreux de l'utérus, 26, chlorose; 27, pelvi-péritonite; 31, hypertrophie cardiaque essentielle; 32, fièvre scarlatine; 33, métrite aiguë; 37, pneumonie intermittente.

Service de M. le professeur Lasègue. — Clinique jeudi, consultation lundi. — Salle Saint-Charles (F.) : 1, hystérie; 4, affection mitrale; 5, épilepsie; 6, affection corticale; 14, contracture hystérique; 19, sclérose en plaques; 20, chlorose; 24, syphilis; 28, pneumonie avec ictère; 32, bronchite hystérique; 37, hystéro-épilepsie. — Salle Saint-Paul (H.) : 1, paralysie saturnine; 2, intoxication mercurielle; 9, hystérie; 12, sciatique; 16, paralysie générale; 17, cirrhose alcoolique; 22, bronchite et emphysème; 24, épilepsie; 29, pneumonie; 34, cancer de l'estomac; 40, affection mitrale sénile; 44, cancer de l'œsophage; 47, dysenterie; 48, pneumonie; 51, cancer du pylore.

Hôpital Lariboisière. — Médecine. — Service de M. Siredey. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 14, syphilôme ano-rectal; 15, corps fibreux sous-péritonéaux; 18, kyste du ligament large; 19, pelvi-péritonite; 33, hématocèle pelvienne. — Salle Saint-Augustin (bis) (H.) : 12, rhumatisme-miliaire; 16, endocardite aiguë; 23, purpura hémorrhagique.

Service de M. Proust. — Salle Sainte-Marie (F.) : 3, rétrécissement mitral; 8, corps fibreux; 14, cirrhose alcoolique; 17, polype du larynx. —

Salle Saint-Charles (H.) : 13, cirrhose atrophique ; 14, rétrécissement de l'artère pulmonaire ; 15, hémorrhagie cérébrale ; 27, rhumatisme chronique.

Service de M. Constantin PAUL. — Salle Saint-Henri (H) : 15, paralysie agitante ; 19, rétrécissement aortique ; 22, symphyse cardiaque. — Salle Sainte-Elisabeth (F.) : 3, insuffisance tricuspide ; 19, ramollissement cérébral ; 26, péritonite tuberculeuse.

Chirurgie. — Service de M. DUPLAY. — Salle Saint-Ferdinand (H) : 1, tumeur érectile de la muqueuse buccale ; 12, ostéotomie dans un col difforme ; 20, kyste à grains rhiziformes prérotulien ; 28, testicule syphilitique. — Salle Saint-Honoré (H.) : 5, épispadias ; 10, exstrophie de la vessie ; 15, rétrécissement avec incontinence d'urine ; 32, cancer de la langue (ligature élastique). — Salle Sainte-Marthe (F.) : 3, 18, 24, 30, kyste de l'ovaire ; 7, poche urineuse uréthrale ; 14 bis, arthrite blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire ; 17, kyste du rein.

Service de M. LABBÉ. — Salle Saint-Augustin (H.) : 9, luxation en dehors de l'astragale, résection ; 10, cysto-sarcôme du testicule ; 30, hématocèle vaginale. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 4, fistule vésico-vaginale ; 11, cysto-sarcôme du sein ; 33, gomme ulcérée de la jambe.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. MARTINEAU. — Clinique gynécologique du mercredi, 9 h. — Salle Saint-Alexis : 17, pédérastie, chancre infectant anal, acné ulcéreuse de la région anale ; 24, syphilis, induration scléreuse des grandes lèvres, folliculite syphilitique ; 32, métrite scrofuleuse, adénolymphite double, uréthro-vaginite blennorrhagique ; 34, mitrite et adénolymphite double, vulvite légère, masturbation ; 35, mitrite chronique, adénolymphite double, manuélisation et saphisme. — Samedi, clinique syphilographique, 9 h. — Salle Saint-Louis : 18, métrite subaiguë, syphilis vaginale blennorrhagique, végétation vulvaire et anale ; 20, syphilis, plaques papulo-érosives.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 9. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 28 FÉVRIER 1880.

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE

De l'emploi du protoxyde d'azote dans les opérations chirurgicales de longue durée;

Par M. P. BERT.

Conférence faite le 21 février à l'hôpital Saint-Louis, recueillie par R. BLANCHARD.

Messieurs,

Dans l'exposé très bref que la bienveillance de votre maître, M. le Dr Péan, me permet de faire devant vous, je suivrai l'ordre suivant lequel j'ai procédé moi-même dans mes recherches sur le protoxyde d'azote, c'est-à-dire, que je vous exposerai d'abord le côté théorique de la question, puis l'application pratique à la chirurgie humaine.

Vous ne vous attendez point, sans doute, à ce que je vous retrace l'histoire complète de ce gaz. Vous savez, du reste, qu'il a été découvert en 1776 par Priestley, puis étudié, en 1800, par Humphry Davy; vous savez aussi que, comme l'oxygène, il jouit de la propriété d'entretenir la combustion. A cause de cette similitude de propriétés, les physiologistes ont cru, pendant longtemps, que le protoxyde d'azote pouvait être utilisé par la respiration. Mais les expériences de Jolyet ont fait justice de cette opinion.

Ce gaz n'entretient donc point la respiration, et, lorsqu'on le respire, il donne lieu à des troubles nerveux que Humphry Davy a observés sur lui-même, et qui lui ont valu le nom, assez impropre d'ailleurs, de gaz hilarant ou hilariant. Si on le respire pur, il produit l'anesthésie; mais, comme il est impropre à entretenir la vie, l'asphyxie ne tarde pas à survenir.

La connaissance de cette propriété devait engager les chirurgiens à l'employer pour obtenir l'anesthésie dans les opérations de très courte durée : aussi voyons-nous, en 1844, un dentiste américain, Horace Wells, s'en servir pour l'extraction des dents. Il eut un plein succès dans un certain nombre d'opérations pratiquées devant un petit cercle d'amis et, encouragé par cet heureux résultat, il songea à opérer à Boston devant un nombreux public. Il eut le malheur de tomber sur un malade qui, sans doute, à cause d'une prédisposition toute individuelle, cria pendant toute l'opération un peu plus fort que s'il n'eût pas été anesthésié. L'échec fut terrible : Horace Wells ne s'en consola point et s'ouvrit les veines.

Le protoxyde d'azote disparaît alors de la scène chirurgicale. Mais, il y a environ quinze ans, les dentistes le reprennent avec succès. La méthode se généralise alors, et, depuis, on compte par centaines de mille les ablations de dents pratiquées avec cet anesthésique. Un dentiste de Boston, Colton, a publié à lui seul une liste de 103,000 opérations faites dans son *Institut*. J'estime qu'il faut évaluer à un demi-million le nombre des extractions de dents faites par cette méthode.

Sur ce nombre énorme d'opérations, les accidents sont très rares, c'est tout au plus si on en compte six ou huit, tenant aux causes les plus variées, et dans lesquelles l'anesthésique ne semble pas pouvoir être incriminé.

Cette statistique, si extraordinairement favorable, devait encourager les opérateurs à employer le protoxyde d'azote pour obtenir l'anesthésie. Pourquoi donc l'emploi de ce gaz ne se généralisa-t-il pas? Ce gaz n'agit point sur les muqueuses et il est d'un emploi très facile, puisqu'il suffit de l'avoir dans un ballon de caoutchouc et de faire respirer le patient dans ce ballon au moyen d'une muselière qu'on lui applique très exactement sur la face.

Quand on emploie le protoxyde d'azote pur, après une petite phase d'excitation, le malade s'endort à peu près au même moment, il devient livide, noirâtre, verdâtre : ses ongles deviennent presque noirs ; il asphyxie, et la mort surviendrait au bout de trois ou quatre minutes si on continuait à lui faire respirer le gaz. Mais on ne pousse pas si loin l'expérience : en effet, dès que le patient s'endort, il est devenu complétement insensible et c'est au moment où il « vire » qu'on lui arrache les dents. On a eu soin, dans ce but, de lui placer préalablement un coussinet de bois ou de caoutchouc entre les mâchoires, de façon à les tenir écartées l'une de l'autre.

Dès que l'application de la muselière a cessé, le malade revient presque instantanément à la sensibilité : il peut vaquer aussitôt à ses affaires et éprouve un bien-être parfait.

Le protoxyde d'azote, comme on le voit par ce rapide exposé, présente donc, comme anesthésique, de grands avantages sur le chloroforme. Mais son emploi ne s'est point généralisé et n'a donné de résultats satisfaisants que dans des opérations de très courte durée, comme l'extraction d'une dent, parce que ce gaz, pour jouir de ses propriétés anesthésiques, doit être employé pur et que, dans ce cas, il asphyxie et est incapable d'entretenir la respiration.

On a bien songé à le mélanger à l'oxygène, mais alors il perd totalement ses propriétés anesthésiques et on n'obtient plus l'anesthésie, mais simplement des accidents nerveux tels que ceux qu'a éprouvés Davy.

On se trouvait donc là en présence d'un dilemne dont il était fort difficile de sortir : c'est cependant ce qu'on a cherché à faire. En Amérique, pour les opérations de longue durée, on a administré simplement le protoxyde d'azote pur à la manière des dentistes. L'anesthésie obtenue on commence l'opération. En même temps, un aide surveille attentivement la marche de l'asphyxie : lorsque celle-ci devient imminente, on enlève le masque et on laisse respirer le malade à l'air libre. Le danger d'asphyxie disparaît mais en même temps la sensibilité revient : le chirurgien suspend alors l'opération. Puis, quand le malade est entièrement revenu à lui, on lui applique de nouveau la muselière, de manière à lui faire respirer le gaz anesthésique : l'insensibilité revient et le chirurgien peut continuer l'opération. On peut ainsi repasser indéfiniment par des alternatives de sensibilité et d'insensibilité. On conçoit quelles difficultés présentera une opération telle que l'ovariotomie pratiquée dans de semblables conditions; et, cependant, les chirurgiens américains en ont opéré plusieurs par cette méthode.

En Angleterre, on utilise la suppression de la phase d'excitation, que procure le protoxyde d'azote pour obtenir l'anesthésie par l'éther. On anesthésie d'abord les malades par le protoxyde d'azote, puis, quand on a obtenu l'insensibilité absolue, au moyen d'une disposition spéciale, on fait respirer au malade non plus le protoxyde d'azote, mais bien un mélange, titré d'avance, d'air et de vapeur d'éther. Cette méthode, bonne en théorie, est d'une application qui nécessite les plus grands ménagements, car le mélange de protoxyde d'azote et de vapeur d'éther est un mélange détonant qui, manié sans précaution, pourrait donner lieu aux plus graves accidents. D'ailleurs, les inconvénients et les dangers de l'éther subsistent tous, sauf la violente excitation du début.

Laissant là ces moyens détournés et peu satisfaisants, je me suis demandé si on ne pourrait pas donner le protoxyde d'azote de manière à le rendre anesthésique, et en présence d'une quantité d'oxygène suffisante pour entretenir la vie.

L'expérience m'a montré que, chez un animal qui respire le protoxyde d'azote pur, lorsque l'anesthésie arrive, 100

volumes de sang artériel renferment 45 volumes de protoxyde d'azote. Si donc, on fait pénétrer dans le sang 45 volumes de protoxyde d'azote pour 100 volumes de sang, on obtiendra certainement l'anesthésie.

D'autre part, si on a dans un sac, à la pression ordinaire, du protoxyde d'azote pur, ce gaz est à la tension 100. Mais si ce sac est renfermé dans une cloche, à la pression de deux atmosphères, la tension du gaz sera 200. Et si ce sac, au lieu de renfermer 100 pour 100 de protoxyde d'azote, c'est-à-dire ce gaz à l'état de pureté parfaite, n'en renferme que 50 pour 100, dans la cloche la tension de ces 50 pour 100 de protoxyde d'azote sera juste égale à 100, c'est-à-dire que la quantité de protoxyde d'azote sera exactement celle qui est nécessaire pour amener l'anesthésie. Les autres 50 pour 100 pourront donc être occupés par un autre gaz propre à entretenir la vie, par l'oxygène, et il sera dès lors facile de pratiquer des opérations de longue durée.

J'ai choisi ces chiffres pour rendre plus facile l'exposé de la méthode à laquelle je suis arrivé. Mais il ne faudrait point les considérer comme indiquant les proportions exactes du mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote à employer. La proportion d'oxygène serait trop forte; on sait, en effet, que l'air n'en renferme que 21 pour 100.

Le problème est donc résolu. Grâce à la pression, on pourra amener à la tension 100, le protoxyde d'azote que contient un mélange donné de ce gaz et d'oxygène, et on pourra, de la sorte, produire l'insensibilité sans craindre l'asphyxie. Il suffira, pour cela, de se placer dans une cloche semblable à celles qu'on emploie dans les établissements d'aérothérapie.

Il ne reste plus, maintenant, qu'à déterminer les proportions du mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, et à chercher sous quelle pression il faut se mettre pour que le protoxyde d'azote soit à la tension 100, c'est-à-dire pour que, chez l'individu qui respire ce mélange, 100 volumes de sang renferment exactement 45 volumes de protoxyde d'azote.

Supposons un mélange de 85 volumes de protoxyde d'azote et de 15 volumes d'oxygène. A la pression ordinaire, la tension du protoxyde d'azote est 85. Il faut qu'elle devienne 100; cela ne pourra avoir lieu qu'à la pression x. On a donc l'équation, en supposant la pression barométrique à 76 c.

$$85 \times \frac{x}{76} = 100$$

$$\text{D'où, } x = \frac{7600}{85} = 89{,}5.$$

Il faudra donc une pression totale de 89,5 centimètres, c'est-à-dire une surpression de 13,5 centimètres de mercure, pour que la tension du protoxyde d'azote du mélange soit égale à 100.

Si, dès lors, on se place dans une chambre métallique dont la paroi puisse supporter, au minimum, une pression de 14 centimètres de mercure, on obtiendra l'anesthésie sans asphyxie, en faisant respirer au patient un mélange de 85 parties de protoxyde d'azote et de 15 parties d'oxygène.

Ce résultat, auquel j'avais été conduit par le seul calcul, j'ai pu l'annoncer à l'avance, en dehors de toute expérimentation, et, quand, plus tard, l'expérimentation est survenue, j'ai vu mes idées théoriques absolument confirmées.

En se plaçant dans les conditions indiquées tout à l'heure, l'animal sur lequel on opère tombe bientôt dans le sommeil et dans l'anesthésie la plus profonde. Tout l'appareil de la vie de relation est pour ainsi dire annihilé, mais l'appareil sympathique demeure intact: le cœur et la respiration ne sont aucunement influencés par le protoxyde d'azote, et, grâce à cette heureuse circonstance, si la quantité du mélange gazeux que respire l'animal est suffisante, on peut conserver cet animal dans l'anesthésie la plus absolue pendant des heures entières. On conçoit, dès lors, qu'en appliquant à l'homme cette même méthode on puisse pratiquer les opérations chirurgicales dans des conditions éminemment favorables.

Après un grand nombre d'expériences faites sur des animaux et toujours couronnées de succès, j'ai pensé qu'il y avait lieu d'expérimenter sur l'homme lui-même. MM. L. Labbé et Péan ont bien voulu prêter à cette tentative l'appui de leur grande autorité chirurgicale, et je dois dire que la méthode a pleinement réussi. Les opérations pratiquées de cette manière sont déjà nombreuses et toutes ont donné les résultats les plus satisfaisants. On peut donc dire que, en ce qui concerne l'application du protoxyde d'azote à la chirurgie, la phase scientifique est épuisée et qu'on peut désormais employer cet agent anesthésique pour des opérations de durée indéfinie.

Maintenant que nous connaissons la méthode, cherchons un peu, en toute sincérité, quels en peuvent être les avantages et les inconvénients.

Les avantages en sont aussi nombreux qu'incontestables. Le protoxyde d'azote supprime ou atténue extrêmement la phase d'excitation qui est si pénible avec le chloroforme et parfois si terrible avec l'éther. Pendant l'anesthésie, le malade est dans la résolution la plus complète. Le chirurgien qui, avec le chloroforme et l'éther, a toujours l'œil au guet pour surveiller le malade, n'a ici de préoccupation d'aucune sorte. Dès que le malade cesse de respirer le mélange anesthésique, il revient instantanément à la sensibilité et au bien-être: il n'y a donc point, avec le protoxyde d'azote, cette longue période de torpeur et d'angoisses, de vomissements consécutifs, qui est inséparable de l'emploi du chloroforme et dure parfois plusieurs jours.

Le mode de dosage du chloroforme, administré par le procédé ordinaire, n'est rien moins que parfait. Le chloroforme s'évapore plus ou moins vite suivant que la température est plus ou moins élevée, que l'atmosphère ambiante est plus ou moins saturée de ses vapeurs: il se trouve dans les voies respiratoires en quantité variable, ce qui tient aux mêmes causes et aussi à la distance plus ou moins grande qui sépare la compresse imbibée de chloroforme des voies respiratoires. Avec le protoxyde d'azote, rien de semblable: la quantité de protoxyde d'azote respirée est toujours la même; et, comme elle est suffisante pour amener l'anesthésie, il en résulte que le malade devient et demeure insensible aussi longtemps qu'on le juge convenable.

Le chloroforme, l'éther et en général tous les carbures et chlorocarbures d'hydrogène, introduits dans l'organisme, n'y demeurent point indifférents: ils s'y dissolvent dans les matières grasses des organes, notamment dans le sang et dans les centres nerveux. Lors donc qu'on éloigne la compresse chargée de chloroforme, et qu'on fait respirer l'air libre, il reste encore du chloroforme dans l'organisme, ce qui explique la continuation des accidents.

Le protoxyde d'azote présente, au contraire, le grand avantage de se comporter dans l'économie d'une manière indifférente et de ne se combiner avec aucune partie de nos éléments ou de nos tissus: il se dissout simplement dans le plasma sanguin et est très promptement expulsé de l'organisme, lors du retour à l'air libre.

D'autre part, à une même pression, la quantité de protoxyde d'azote absorbée par le malade ne saurait varier: le malade se sature de ce gaz, mais ne s'en sursature pas, à moins qu'on ne fasse augmenter la pression. Pour le chloroforme, la quantité absorbée par le malade varie au contraire à tous les instants.

Enfin, en se rappelant le nombre considérable d'opérations faites par les dentistes avec le protoxyde d'azote, on voit que ce gaz est extrêmement facile à manier et qu'il n'occasionne que très rarement des accidents. Vous savez tous qu'on ne peut malheureusement pas en dire autant du chloroforme et de l'éther, et que la liste est longue des accidents survenus par leur emploi, même quand ils sont maniés par les plus habiles opérateurs.

Voilà les avantages de ma méthode. Voyons, maintenant, quels en peuvent être les inconvénients.

Il est difficile de se procurer des chambres en tôle : aussi, la chirurgie de campagne et la chirurgie d'armée ne pourront-elles pas bénéficier de ma méthode. La chirurgie de ville pourra, au contraire, l'appliquer journellement, soit qu'on transporte les malades dans un établissement d'aérothérapie, soit, au contraire, qu'on construise des cloches mobiles, comme celles que vous avez pu voir en entrant dans l'hôpital : on pourra, dans ce dernier cas, aller à domicile faire les opérations. Il faudra bien encore, il est vrai, faire quitter aux malades leurs appartements pour les transporter dans la cloche, mais les nombreux avantages qu'ils retireront de ce procédé compenseront largement ce petit inconvénient.

Enfin, il sera très facile et peu coûteux d'établir de vastes appareils dans chaque hôpital. Comme chaque hôpital possède une machine à vapeur, on pourra l'employer à comprimer l'air dans la cloche et le travail de compression, qui nécessite actuellement l'emploi de six à dix hommes et une dépense de forces équivalant à un cheval et demi vapeur, pourra se faire sans nouvelle dépense.

Tels sont, Messieurs, les avantages et les inconvénients de ma méthode. Vous jugerez assurément avec moi que les premiers l'emportent de beaucoup sur les seconds, et que l'emploi, comme anesthésique, du protoxyde d'azote mélangé à l'oxygène et administré sous pression est appelé à rendre à la chirurgie les plus grands services.

Faut-il ajouter, pour finir, que le séjour dans l'air comprimé ne doit aucunement effrayer l'opérateur et ses aides, et qu'il ne présente aucun inconvénient : aux faibles pressions où on se place pour opérer, c'est tout au plus si on ressent une certaine action sur le tympan et encore est-il facile de l'éviter. A côté de ce petit désagrément, se placent quelques avantages : l'air comprimé, comme on le sait, est très efficace dans le traitement des catarrhes de la muqueuse nasale, de la trompe d'Eustache et en général des voies respiratoires.

Je conclus en déclarant — et ici je parle en homme de science, sans aucun amour-propre d'inventeur — que le protoxyde d'azote, dans les conditions que je viens d'indiquer, devra, *partout où il sera possible de l'employer*, remplacer le chloroforme et l'éther.

CLINIQUE MÉDICALE

Notes sur la maladie bleue; température centrale,

Par **BOURNEVILLE** et **D'OLIER** (1).

Les exemples de malformation du cœur sont assez communs et nous n'aurions pas publié le nôtre, s'il ne nous fournissait l'occasion d'appeler l'attention sur un phénomène clinique encore peu connu : la marche de la *température* dans la maladie bleue.

OBSERVATION I. — *Anomalies du cœur : persistance du trou de Botal; communication interventriculaire et ouverture de l'aorte dans les deux ventricules; rétrécissement considérable de l'infundibulum pulmonaire du ventricule droit.*

Bour...; Georges, 4 ans, est entré, le 26 juin 1879, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents héréditaires. — Nuls du côté du *père* qui ne présente ni alcoolisme, ni diathèses, ni névropathies. — Du côté de la *mère*, aucun antécédent névropathique direct; elle aurait eu à plusieurs reprises des émotions vives *pendant sa grossesse et serait accouchée 5 semaines avant terme.* — Un frère de 2 ans, intelligent, qui a marché à 11 mois, et une sœur de 4 mois, bien portante.

Suivant la mère, B... ne présentait pas de cyanose au moment de sa naissance (?). — A 4 mois, il eut des *convulsions* tous les jours, pendant une huitaine de jours; elles étaient surtout marquées du *côté droit.* — Puis, il y eut un arrêt de 15 jours, et les convulsions reprirent ensuite à des intervalles variables. La 1re dent a percé à 8 mois. — C'est seulement à 2 ans que B... a commencé à marcher seul. — Quant à la *parole*, il ne pouvait alors que prononcer la syllabe « mam mam mam » qu'il répétait indéfiniment. Il n'a jamais su manger seul.

C'est seulement depuis l'âge de 18 mois que l'on a remarqué que l'enfant devenait bleu, comme il l'est aujourd'hui au moment des accès; plus tard, la cyanose persista dans les intervalles. Les accès étaient quelquefois si fréquents qu'on en a compté jusqu'à 20 dans les 24 heures. Les plus longues intermittences étaient de trois semaines. On n'a pas remarqué d'étourdissements.

Cet enfant présentait, dès son entrée, une *cyanose* très-prononcée des lèvres et de la face qui est pâle. Cette cyanose est plus marquée à certains moments et revient en quelque sorte par accès. La langue est presque noire. Les pieds et les mains sont violacés.

B... est très-maigre; ses membres sont longs et grêles; les côtes sont saillantes, principalement les 3e, 4e et 5e, au niveau de leur attache sternale. Les testicules sont descendus; la verge présente une malformation du prépuce qui manque dans sa moitié inférieure, tandis qu'il est anormalement développé dans sa moitié supérieure, qui forme une sorte de tablier. — Pas d'onanisme.

Ce malade ne parle pas, ne reconnaît pas ses parents et ne manifeste de plaisir qu'à la vue des aliments; il commence seulement à saisir avec la main ce qu'on lui présente. Il est gâteux.

7 octobre. — L'enfant se tient difficilement sur les jambes; il est très oppressé dès qu'il fait quelques pas. L'auscultation du cœur dénote un bruit de souffle rude au premier temps et à la base. Il n'y a pas de frémissement. C'est à peine si l'on voit battre la pointe du cœur. Pouls veineux bien marqué, à 140. Sommeil agité. L'enfant se réveille quelquefois en criant. Traitement anti-scrofuleux; exercer l'enfant à marcher.

22 novembre. — L'enfant est faible et très-amaigri. Cependant il marche si on le tient par la main. Les extrémités sont toujours cyanosées. Il tousse un peu. T. R. 37°,6.

30 déc. — B..., qui avait repris notablement, a beaucoup maigri à cause des froids qui l'ont confiné à l'infirmerie, et il s'est affaibli au point qu'on est obligé de le laisser couché et de suspendre les exercices. T. R. 37°,4.

1880. *3 janvier.* — L'amaigrissement se prononce de plus en plus. Les oreilles, les lèvres, la langue, les mains et les pieds sont fortement cyanosés. Il y a un érythème très prononcé des bourses, des fesses, et des ulcérations au niveau du sacrum et des trochanters. Les jambes ont une tendance à se placer dans la flexion; *l'enfant les remue d'ailleurs aussi bien l'une que l'autre.*

A l'auscultation, on trouve quelques râles fins en avant au sommet droit : sous la clavicule gauche, le souffle cardiaque couvre le bruit respiratoire; pas d'impulsion cardiaque exagérée. En arrière, quelques râles sous-crépitants. Il n'y a nulle part de matité. Toux grasse. — L'enfant mange un peu, même de la viande; il ne vomit pas; garde-robes normales. P. petit, régulier à 108; T. R. 38°,6. — *Soir* : T. R. 38°,2.

4 janvier. — T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 38°,8.

5 janvier. — L'enfant décline de plus en plus. La peau est légèrement chaude à la main. Les mains et les pieds sont violacés sans être froids. Les lèvres et la face sont également cyanosées. La respiration est très gênée. P. très petit, à 128; T. R. 36°,2. — *Soir* : T. R. 36°,8.

6 janvier. — Regard éteint; nystagmus à grandes oscillations. T. R. 36°,4. *Pas de convulsions, ni de contractures, ni de paralysie.* — Mort à midi.

AUTOPSIE. 40 heures après la mort. — Cadavre extrêmement maigre. Ventre en bateau, nulle trace de rigidité cadavérique.

Cerveau. Poids 1030 gr. — L'artère communicante antérieure est double. Les autres artères de la base sont normales ainsi que le chiasma, les pédoncules, etc. — L'*hémisphère droit pèse* 40 gr. de plus que le gauche. (Les 2 hémisphères étaient le siége de nombreuses altérations qui seront l'objet d'une communication ultérieure).

Intestin grêle normal. L'*appendice cæcal* est un peu plus long que normalement (8 cent. 1/2). — La *rate* présente plusieurs

(1) Communication faite à la *Société anatomique* dans la séance du 9 janvier.

ncisures; poids, 42 gr. — *Estomac*, rien de particulier. — Le *foie* présente à la face inférieure du lobe droit, près du bord postérieur, une scissure anormale limitant une partie saillante. Il est très congestionné, la vésicule ne contient pas de calculs. Poids, 460 gr. — La *veine porte* est très volumineuse.

Le *thymus* et le *corps thyroïde* ont leur volume normal. Les *reins* se décortiquent facilement. Ils offrent à leur surface plusieurs petites tumeurs d'un blanc jaunâtre présentant à la coupe une forme conique. Poids, 50 gr.

Les *poumons* présentent tous deux, à la partie postérieure du lobe inférieur, un foyer d'hépatisation rouge assez étendu.

Le *péricarde* ne contient pas de liquide. — Le *cœur* est violacé. L'*oreillette droite*, très distendue, parait ainsi que le ventricule correspondant, beaucoup plus volumineuse que les parties similaires gauches. L'oreillette droite étant incisée parallèlement au sillon auriculo-ventriculaire, on constate sur la cloison inter-auriculaire, vers la partie antérieure de la fosse ovale, un orifice qui n'est autre que le *trou de Botal*. Cet

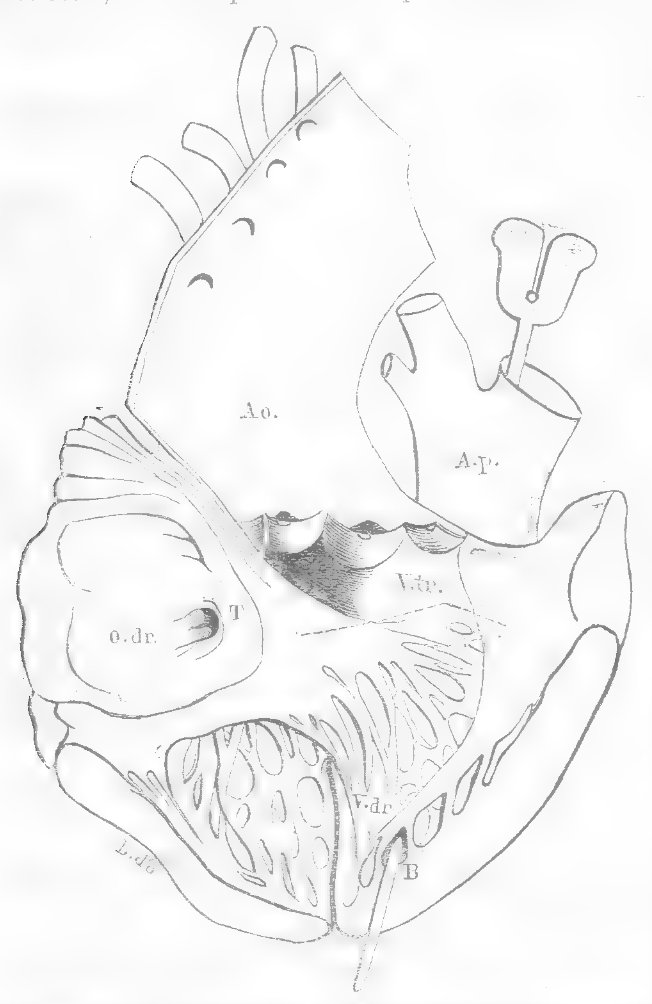


Fig. 20. — V. tr. *valvule tricuspide.* — V. dr. *ventricule droit.* — A. p. *artère pulmonaire.* — B. *orifice supérieur de l'infundibulum pulmonaire.* — T. *trou de Botal.* — O. dr. *oreillette droite.* — A. o, *artère aorte.*

orifice peut admettre une sonde de femme. Sa direction est oblique, de droite à gauche et d'arrière en avant, de manière que la lèvre postérieure de l'orifice proémine dans l'oreillette gauche et l'antérieure dans l'oreillette droite.

L'ouverture du ventricule droit y montre l'absence de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Les parois de ce venticule sont épaisses de 10 à 12 millimètres vers la partie moyenne, tandis que dans le ventricule gauche les parois, mesurées au même niveau, n'ont guère plus de 5 à 6 millimètres d'épaisseur (1).

Le septum cardiaque est incomplet (*Fig. 20*). Vers la base des ventricules, il présente une légère échancrure arrondie et lisse au niveau de laquelle les deux cavités ventriculaires communiquent. L'aorte, légèrement dilatée à son origine, prend naissance directement au-dessus de l'espèce d'éperon ainsi formé par la cloison, de sorte qu'elle s'ouvre à la fois dans les deux ventricules. La circonférence de son orifice est de 44 millimètres. Les valvules sigmoïdes aortiques présentent leur forme et leur nombre normaux et sont épaissies au niveau de leur bord libre. Des altérations analogues, mais encore plus marquées, existent sur le bord libre et la face supérieure des trois valves de la tricuspide.

L'*artère pulmonaire* est notablement rétrécie ainsi que son orifice qui présente seulement 35 millimètres de circonférence, et est pourvu de 3 valvules sigmoïdes. Sur la face inférieure de la valvule sigmoïde droite s'insère un petit pilier charnu qui va se rattacher à la paroi ventriculaire (*Fig. 21*). Si on fend la paroi du ventricule droit en suivant la direction du tronc artériel, on

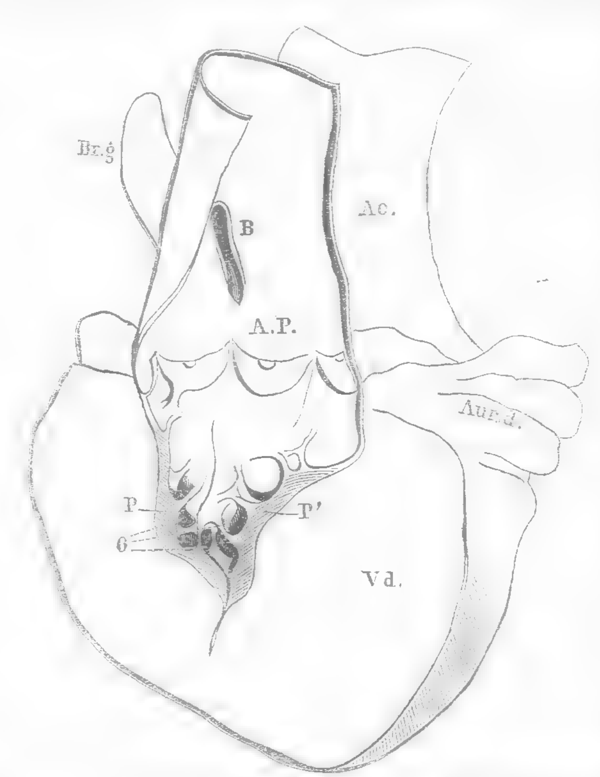


Fig. 21. — A, P. *artère pulmonaire.* — Br. g. *la branche gauche.* — P. P'. *parois du ventricule droit incisées et écartées pour montrer le mode d'oblitération de l'infundibulum.*

voit que celui-ci aboutit à un véritable cul-de-sac, en forme d'entonnoir, ne communiquant avec la cavité ventriculaire que par 3 ou 4 orifices étroits, situés entre les colonnes charnues de la paroi antérieure. Ajoutons qu'à un centimètre environ au-dessus de son orifice, l'artère pulmonaire se partage en 3 *branches*, 2 gauches et une droite; cette dernière passe *au devant* de la crosse aortique.

Sur le bord droit du tronc pulmonaire, au niveau de sa bifurcation, se détache un petit cordon arrondi qui va s'amincissant de plus en plus et représente vraisemblablement le canal artériel, bien que sa dissection n'ait pu être poursuivie jusqu'à l'aorte. Au niveau de son insertion sur l'artère pulmonaire, on trouve dans la cavité du vaisseau un orifice très petit qui peut encore admettre la pointe d'une épingle dans une étendue de 3 à 4 millimètres.

Dans le ventricule gauche, la valvule mitrale présente sa disposition normale, mais ses bords et sa face supérieure

(1) D'après Rilliet et Barthez (*Maladies des enfants*, 1861, I, p. 56) la mesure des parois ventriculaires, *chez les enfants de 4 ans*, donnerait comme moyenne pour l'épaisseur maximum : Ventricule droit 2 millimètres ; ventricule gauche 7-9 millimètres. — Chez l'adulte, la moyenne de l'épaisseur de la paroi ventriculaire, mesurée près de la base, serait 6 millimètres. (Dubreuil. *Anomalies artérielles*, p. 23.)

sont épaissis et comme bourgeonnants par places. La circonférence de l'orifice mitral est de 54 mill. Celle de l'orifice auriculo-ventriculaire droit de 57 mill. (1). On aperçoit facilement, en relevant la valve droite de la mitrale, l'échancrure du septum qui fait communiquer les deux ventricules.

La *crosse de l'aorte* donne directement naissance, par sa convexité, aux deux carotides primitives et aux deux sous-clavières. *Il n'y a pas de tronc brachio-céphalique.*

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à divers titres. Les anomalies cardiaques que nous avons décrites constituent tout d'abord un fait extrêmement rare. Nous n'avons trouvé dans les auteurs qu'une vingtaine de faits se rapprochant du nôtre, et encore n'est-ce pas sans de sensibles différences, car on sait quelle infinie variété présentent les malformations du cœur et des gros vaisseaux de la base.

La disposition de l'*aorte* prenant naissance dans les deux ventricules par suite d'un arrêt de développement de la cloison, n'est pas un fait rare, et on le trouve relaté dans un assez grand nombre de cas de cyanose. La *persistance du trou de Botal*, normal ou rétréci, est peut-être encore plus commune ; la sénose de l'artère pulmonaire est plus rare et cette anomalie coïncide presque toujours avec la persistance du canal artériel. Enfin, c'est seulement dans trois ou quatre cas qu'on a observé le rétrécissement de l'orifice ventriculaire de l'infundibulum pulmonaire, disposition dans laquelle le cloisonnement du ventricule droit constitue une cavité nouvelle, une sorte de *ventricule surnuméraire* (2).

Le mode d'oblitération de l'infundibulum pulmonaire, tel que nous l'avons décrit dans l'observation précédente, nous paraît être un cas unique. Nous réunissons ici, comme point de comparaison, les divers cas analogues que nous avons trouvés dans les auteurs.

Comme le fait remarquer Cruveilhier (3) « le rétrécissement de l'orifice ventriculo-pulmonaire peut avoir lieu dans divers points : 1° à l'origine même de l'artère pulmonaire ; 2° à la base de l'infundibulum ; 3° dans toute la longueur de l'infundibulum ; 4° l'oblitération peut être complète ».

Ajoutons que, dans une observation, l'artère pulmonaire a été trouvée *normale* (4), et dans une autre, *dilatée* (5).

Nous énumérerons d'après cette division les diverses observations que nous allons citer, ne nous occupant naturellement ici, que des cas où une de ces altérations de l'orifice pulmonaire coïncide avec les autres anomalies relatées dans notre observation.

I. — *Rétrécissements de l'artère pulmonaire ou de son orifice.*

Obs. II. Cas de Holst (de Christiania) (6). Aorte et artère pulmonaire rétrécies et naissant du ventricule droit ; communication des deux ventricules et des deux oreillettes.

Obs. III. Cas de Stenson (7). Rétrécissement de l'artère pulmonaire *avec absence du canal artériel*. Perforation de la cloison interventriculaire et aorte naissant des deux ventricules.

Obs. IV. Cas de Cailliot (8). Artère pulmonaire très rétrécie. — Aorte provenant des deux ventricules et présentant une inversion des branches de la crosse. Oreillette droite très développée, ventricule droit volumineux.

Obs. V. Cas d'Obet (1). Artère pulmonaire rétrécie. Canal artériel offrant encore une petite ouverture. Aorte d'un diamètre considérable provenant des deux ventricules et offrant une transposition des branches de la crosse. La cloison est perforée à sa partie supérieure. L'oreillette droite est très développée ; la gauche très rétrécie.

Obs. VI. (Hogdson) (2). Rétrécissement de l'artère pulmonaire qui ne présente que deux valvules. Cloison interventriculaire perforée à sa base ; l'aorte très développée naît des deux ventricules. Oreillette droite volumineuse, la gauche rétrécie.

Obs. VII. (Cooper) (3). Rétrécissement de l'artère pulmonaire avec oblitération du canal artériel. Perforation de la cloison interventriculaire et aorte naissant des deux ventricules.

Obs. VIII. (Haase) (4). Artère pulmonaire très rétrécie, valvules adhérentes, trou de Botal largement ouvert ; aorte naissant des deux ventricules mais plutôt du droit.

Obs. IX. (Farre) (5). Artère pulmonaire rétrécie, aorte volumineuse naissant des deux ventricules. Ventricules très développés surtout le droit.

Obs. X. (Sandifort) (6). Orifice de l'artère pulmonaire ne laissant passer qu'un stylet très fin et muni seulement de deux valvules très petites presque adhérentes entre elles. L'artère pulmonaire est rétrécie jusqu'à la bifurcation. Communication des deux oreillettes par un orifice admettant un fort stylet ; à la partie supérieure de la cloison interventriculaire, échancrure capable de laisser pénétrer le bout du doigt. Aorte située comme à cheval sur cette échancrure. — Ventricule droit plus épais que le gauche.

Obs. XI. (Cailliot) (7). Enfant de 11 ans, rétrécissement de l'artère pulmonaire et de son orifice qui ne présente que deux valvules. Canal artériel oblitéré. Persistance du trou de Botal (9 mm. de diam.), ouverture de la cloison interventriculaire pouvant admettre le doigt, faisant communiquer le ventricule droit avec le gauche et avec l'origine de l'aorte.

Obs. XII (Cailliot) (8). Enfant de 3 ans. Rétrécissement de l'orifice pulmonaire qui ne pouvait admettre qu'un stylet. Canal artériel oblitéré. Trou de Botal admettant une sonde de femme, à la base de la cloison interventric., large ouverture faisant communiquer les deux ventricules entre eux et avec l'aorte. Dilatation considérable de l'oreillette droite. Ventricule droit hypertrophié.

II. — *Rétrécissements de l'orifice ventriculo-pulmonaire siégeant à la base de l'infundibulum.*

Obs. XIII (Lawrence) (9). Artère pulmonaire normale naissant d'une espèce de troisième cavité. — Aorte provenant des deux ventricules.

Obs. XIV (Cruveilhier) (10). La base de l'infundibulum, à 13 millimètres de l'origine de l'artère pulmonaire, présentait un pertuis capable de laisser passer seulement une plume de corbeau. Entre ce pertuis et l'orifice de l'artère pulmonaire, l'infundibulum constituait une sorte de petite poche ou de ventricule surnuméraire, de 2 centimètres de diamètre. L'artère pulmonaire, ne présentant que deux valvules, était d'ailleurs saine. Pas de canal artériel.

Obs. XV. (Rey) (11). Fille de 9 ans. L'artère pulmonaire, née

(1) Les chiffres donnés par MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*) pour ces orifices sont :

Orifice auriculo-vent. droit	7 cent.	
Orifice auriculo-vent. gauche	6	
Orifice aortique	4	
Orifice pulmonaire	4	4,7

(2) Cruveilhier. — *Anat. path.*, II, 498.
(3) Cruveilhier, *loc. cit.*
(4) Obs. de Sandifort. (Franck. — *Pat. int.* IV, 403).
(5) Obs. de Cooper, *ibid.*
(6) *Compend. de Médecine*, II, 600.
(7) Franck. — *Pathologie interne*, IV, 403.
(8) Franck. — *Pathologie interne*, p. 404.

(1) Franck. — *Pathologie interne*, p. 404.
(2) Franck. — *Pathologie interne*, p. 404.
(3) Franck. — *Pathologie interne*, p. 405.
(4) Franck. — *Pathologie interne*, p. 405.
(5) Franck. — *Pathologie interne*, IV, 405.
(6) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique*, I. 496.
(7) Bouillaud. — *Maladies du cœur*, I. p. 676.
(8) Bouillaud. — *Maladies du cœur*, p. 677.
(9) Franck. — *Pathologie interne*, IV. p. 405.
(10) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique*, I. 498.
(11) Dubrueil. — *Anomalies artérielles*, 1847, p. 22.

du ventricule droit, est très déviée à gauche et presque complètement oblitérée au niveau de son embouchure avec le ventricule. Les valvules sigmoïdes qui sont placées au-dessus de ce rétrécissement sont tassées les unes sur les autres. Pas de canal artériel ni de persistance du trou de Botal. La cloison interventriculaire présente, à sa partie supérieure, une ouverture ovalaire admettant l'extrémité du doigt annulaire et faisant communiquer les deux ventricules.

L'aorte naît de la région antéro-supérieure du ventricule droit. — Le tronc brachio-céphalique est placé à gauche. — Le ventricule droit présente des parois hypertrophiées mesurant à la base 9 mill. d'épaisseur.

III. — *Rétrécissement de l'orifice ventriculo-pulmonaire occupant toute l'étendue de l'infundibulum.*

Obs. XVI. (Ribes) (1). Enfant de 6 ans. Le ventricule droit hypertrophié et plus volumineux que le gauche, est subdivisé en 2 moitiés par une cloison formée par un double pilier de la valvule tricuspide. En avant et à gauche, ce ventricule donne naissance à l'aorte; — à 2 cent. de l'origine de l'aorte, existe une petite ouverture de 0,005 mill. de diam. qui conduit, après un trajet d'environ 3 centim. dans l'artère pulmonaire. Celle-ci, quatre fois plus volumineuse que le conduit qui lui donne naissance, est garnie à son origine de deux valvules sigmoïdes.

Entre l'origine de l'artère pulmonaire et de l'aorte on trouve une ouverture d'un cent. et demi de diamètre faisant communiquer les deux ventricules. — Le trou de Botal non oblitéré représente une fente de 0.01 cent. de longueur. — Oreillette droite très dilatée. — Ventricule gauche petit.

Obs. XVII. (Palois) (2). Enfant de 4 ans.

Artère pulmonaire beaucoup plus petite qu'à l'état normal. A la base du ventricule droit, large ouverture due à une échancrure du septum faisant communiquer les deux ventricules et conduisant dans l'aorte qui est volumineuse à son origine. Un peu au-dessus et à gauche, seconde ouverture beaucoup plus petite, à lèvres calleuses, conduisant dans l'artère pulmonaire qui présente seulement deux valvules.

Valvule tricuspide épaissie et comme calleuse au bord libre. Communication des deux oreillettes en plusieurs points de la fosse ovale.— Oreillette droite très distendue, oreillette gauche petite.

IV. — *Oblitération complète de l'orifice ventriculo-pulmonaire.*

Obs. XVIII. (Lediberder) (3). Cœur carré sans hypertrophie des parois. — Cloison interventriculaire terminée en haut par un bord concave, de sorte qu'à la partie supérieure les deux ventricules ne forment qu'une seule cavité du milieu de laquelle s'élève l'aorte garnie de ses valvules et plus volumineuse qu'à l'état normal. En avant, l'artère pulmonaire présente un calibre moitié moindre que celui de l'aorte. Elle se termine, du côté du ventricule droit, par un cul-de-sac qui intercepte toute communication avec la cavité de ce ventricule.

L'artère pulmonaire communique avec l'aorte par un orifice qui remplace le canal artériel.

Les observations XIII, XIV, XV, XVI et XVII sont, comme on le voit, celles qui se rapprochent le plus de la nôtre au point de vue de la disposition de l'orifice ventriculo-pulmonaire. Nous ne reviendrons pas sur les autres lésions que nous avons décrites. Ajoutons, cependant, que notre cas confirme l'opinion de Cruveilhier d'après lequel la communication interventriculaire et le rétrécissement de l'orifice pulmonaire seraient les deux anomalies coïncidant le plus fréquemment (4).

Il semble bien y avoir un rapport de cause à effet dans la disposition respective de ces orifices car, ainsi que l'a dit

(1) Houel. — *Catalogue des pièces du musée Dupuytren.* Tome IV, p. 14.
(2) Bouillaud. — *Mal. du cœur.* Tome II, p. 672.
(3) Cruveilhier. — *Anat. path.*, tome II, p. 496.
(4) Cruveilhier, *loc. cit.*

Dubrueil (1), « une anomalie, une déviation en entraîne une » autre et nous retrouvons une sorte de nécessité de rapport » harmonique là où tout, au premier aspect, paraît confusion » et désordre. »

Température. — Nous présenterons, à propos de la symptomatologie, quelques observations relatives à la marche de la température chez les cyanotiques. On sait qu'on ne trouve sur ce point, dans les auteurs, que des indications vagues et très incomplètes.

Cailliot, le premier (1807), nota la diminution de la chaleur vitale et la sensibilité au froid comme des symptômes fréquents de la cyanose. Plus tard, Gintrac et Laënnec confirmèrent cette opinion. Louis dit n'avoir observé le refroidissement que quatre fois sur sept et encore n'aurait-il eu lieu que pendant les accès de suffocation (2). A cette époque (1837) où l'on considérait encore le poumon comme le foyer de la chaleur animale, il l'attribua ainsi que les auteurs du Compendium à la gêne apportée aux fonctions pulmonaires par le ralentissement de la circulation.

Holst aurait vu le côté gauche se refroidir d'une manière plus sensible que le côté droit et les pulsations des artères du bras gauche disparaître jusqu'au coude (3). Franck mentionne (4) « un sentiment continuel de froid appréciable au toucher ».

D'après M. Bouchut (5) la température serait abaissée à 33 et 35° centigrades. Cependant H. Gintrac (6) cite, d'après les expériences de Farre, des températures de 36°,5 dans la paume de la main et de 38° sous la langue sans qu'il soit fait mention de maladie intercurrente. Il semble donc qu'il y ait d'assez grandes variations individuelles. Nous allons néanmoins présenter le résumé de quatre observations dans lesquelles la marche de la température a offert quelques particularités intéressantes.

Observation XIX. (Bourneville.) Treff., Marie, présente dès le lendemain de sa naissance une cyanose des pieds et des mains presque continuelle, mais plus marquée à certains moments où les lèvres, le pourtour des narines deviennent violacés. Les bruits du cœur sont à peine perceptibles et on ne constate pas de souffle. Le 25 avril (un mois après la naissance) la face présente une cyanose persistante; les mains et les pieds sont bleuâtres. Le 27, la langue est également cyanosée. Pouls petit, difficile à compter. On ne perçoit toujours aucun bruit anormal au cœur. Le lendemain, les pieds sont presque noirs et froids ainsi que les mains. Erythème à la face interne des cuisses, grand amaigrissement. Pouls radial presque imperceptible. La respiration très irrégulière présente, par moments, le type dit de Cheyne Stokes. Plusieurs accès de cyanose se produisent encore dans la journée. Mort le soir. L'autopsie montra une *persistance du trou de Botal* et *du canal artériel.*— Les températures rectales prises le jour de la mort ont été: le matin 32°,4 ; le soir 31°.

Observation XX. (Bourneville.) X... nouveau né (fille) cyanose très marquée dès le lendemain de la naissance. Mort dans la journée. (L'autopsie n'a pas été faite.) T. R. 32°,5. — *Soir* T. R. 27°,9 (la température de la salle étant 25°,5).

Observation XXI. (Bourneville.) Lecap..., enfant du sexe masculin née à 6 mois et demi le 12 mai 1871. Poids : 1400 grammes. Début des accès de cyanose le lendemain de la naissance. — Le 16 mai, le pouls est à 92, régulier et sans intermittences. Les accès de cyanose bien que plus courts sont de plus en plus fréquents. Mort à 1 heure de l'après-

(1) *Anomalies artérielles*, p. 36.
(2) *Comp. de Méd.*, II, 603.
(3) *Id.*, II, 604.
(4) *Path. int.*, 1837, IV, p. 402.
(5) *Mal. des nouveau-nés*, p. 403.
(6) *Diction. de méd. et de chir. prat.* Tom. X, p. 626.

midi. — L'autopsie montre une persistance du trou de Botal. Pas de persistance du canal artériel. La marche de la température est indiquée par le tableau suivant (*Fig. 22*).

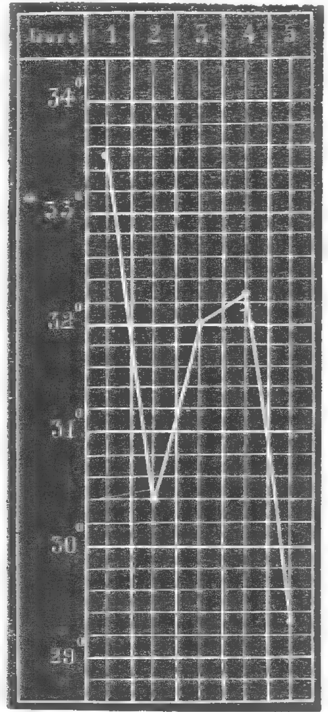


Fig. 22.

Obs. XXII (Bourneville). Vach... Mathilde, née le 7 mai 1871. Cyanose des mains très marquée au niveau des ongles dès le jour de la naissance. Les jours suivants, plusieurs crises de cyanose durant lesquelles la peau des narines et des lèvres devient bleuâtre. Le 11, cyanose persistante des mains et des pieds. Le pouls très petit est impossible à compter à la radiale ; au cœur, 132. On ne constate ni frémissement cataire ni souffle.

12 *mai*. Le pouls radial devient perceptible, 120°. Pas de nouvel accès depuis hier soir. Les mains ne sont plus cyanosées. L'enfant tette beaucoup mieux que les premiers jours.

13 *mai*. Pas de nouveaux accès. Très légère cyanose des extrémités.

14 *mai*. Les mains présentent, à certains moments, une teinte légèrement bleuâtre.

15 *mai*. Etat excellent. L'enfant tette très bien.

16 *mai*. On n'observe plus qu'une légère teinte cyanique des mains quand elles restent exposées à l'air. (*Fig. 23*.)

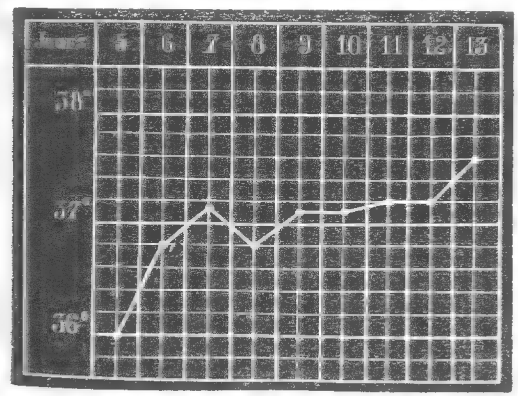


Fig. 23.

19 *mai et jours suivants*. Tous les accidents ont disparu. La température est devenue normale. On ne voit plus nulle part aucune trace de cyanose. L'enfant tette bien, et tout fait présumer qu'il n'existe plus de communications vasculaires anormales.

Ces diverses observations, ainsi que l'observation I, confirment, comme on le voit, la règle généralement admise de l'abaissement de température dans la cyanose.

Mais il ressort en outre de ces observations, que la marche de la température indique, jusqu'à un certain point, celle des lésions cardiaques. C'est ainsi que dans les quatre cas qui se sont terminés par la mort du sujet (obs. I, XIX, XX, XXI), *la température s'est progressivement abaissée jusqu'à la mort.* L'élévation thermique finale de l'obs. I ne constitue qu'une exception apparente, car elle est due vraisemblablement aux lésions considérables de l'encéphale qu'aucun autre symptôme n'avait révélées pendant la vie. Les observations XIX, XX et XXI offrent des températures *ultimes* inférieures, dans la première de 7°, dans la seconde de 10°, et dans la troisième de plus de 8°, à la température normale.

L'observation malheureusement unique de terminaison heureuse que nous avons rapportée plus haut (Obs. XXII) paraît, d'autre part, nous autoriser à penser que : *dans les cas où les anomalies cardiaques produisant la cyanose, marchent vers la guérison, la courbe thermique correspondante, éprouve peu à peu une sorte de redressement, jusqu'à ce que la température devienne enfin tout à fait normale.* Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une hypothèse dont la discussion doit attendre de nouvelles observations (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Rapport de M. Margaine sur la loi d'administration de l'armée.

M. le député Margaine a déposé son rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi voté par le Sénat (projet Freycinet). Nous ne pouvons insérer tout entier ce remarquable rapport ; et nous n'en relèverons que les points regardant la médecine militaire.

Dans les considérants, la Commission a reconnu comme base de ses travaux : 1° que les services administratifs doivent être subordonnés au commandement ; 2° que le contrôle doit être indépendant ; 3° que la direction et le contrôle ne peuvent être dans la même main.

Parmi les 41 articles formant ce deuxième projet que la Chambre examinera pour le renvoyer ensuite à l'approbation du Sénat, nous citerons les suivants :

Art. 2. — L'administration de l'armée comprend tous les services nécessaires à son organisation de paix ou de guerre et principalement :

Le service de l'artillerie ; — le service du génie ; — le service des approvisionnements et des transports ; — le service de santé ; — un service de contrôle s'exerçant sur tous les services sans exception.

L'administration intérieure des corps de troupes et des établissements considérés comme tels est assujettie à des règles spéciales déterminées au titre V de la présente loi.

Lorsqu'un service ressortit à plusieurs Ministères, il est l'objet d'un règlement spécial concerté entre le Ministre de la Guerre et les divers Ministres compétents.

Art. 22. — Les directeurs du service de santé dans les corps d'armée, ainsi que les chefs du service de santé dans les hôpitaux et ambulances, sont pris parmi les membres du corps des médecins militaires.

Les rapports de ces fonctionnaires entre eux et avec le commandement sont réglés par les articles qui précèdent. Ils ont, en ce qui concerne l'exécution du service de santé, autorité sur tout le personnel militaire et civil attaché d'une manière permanente ou temporaire à leur service.

Ils donnent des ordres en conséquence aux pharmaciens, aux officiers d'administration et aux infirmiers des hôpitaux et ambulances, ainsi qu'aux troupes des équipages militaires et autres momentanément détachés auprès d'eux pour assurer le service de santé. Les infirmiers et troupes ainsi détachés relèvent leurs chefs de corps respectifs, en ce qui concerne l'administration, la police et la discipline intérieures du corps.

(1) Nous avons recueilli ces observations à la Pitié, en 1871, dans le service de M. Molland. Quelques autres sont restées entre les mains de notre maître et malheureusement nous n'avons pu nous les procurer. (B.)

Les prescriptions du directeur ou des chefs de service de santé sont exécutoires par le personnel chargé de la gestion, dans les limites des règlements et des tarifs. Ils peuvent, dans les cas urgents, prescrire sous leur responsabilité, même pécuniaire, des dépenses non prévues par les règlements ; mais, en ce cas, ils donnent leurs ordres par écrit, et en préviennent immédiatement le commandement.

Ils surveillent le matériel et les magasins d'hôpitaux et d'ambulances, ils s'assurent que les approvisionnements sont au complet déterminé par le Ministre, en bon état d'entretien et disponibles pour le service. Ils rendent compte au commandement.

Art. 24. — Le fonctionnaire de l'Intendance chargé de la surveillance administrative ordonnance, ainsi qu'il est dit à l'article 5, toutes les dépenses du service de santé.

Art. 25. — Le service du Contrôle vérifie la gestion en deniers et en matières des pharmaciens et officiers d'administration et leur donne directement des instructions pour la bonne tenue des écritures et l'observation des lois et règlements sur la comptabilité.

Le service des approvisionnements est chargé, sous l'autorité du commandement, de fournir le matériel et les approvisionnements nécessaires aux hôpitaux et ambulances.

Art. 26. — Dans les corps de troupes, le chef de service de santé n'exerce son autorité qu'au point de vue technique, en ce qui concerne l'hygiène et la science médicale. L'action administrative appartient au personnel chargé de l'administration intérieure des corps de troupes, ainsi qu'il est dit au titre ci-après.

Art. 40. — L'organisation du personnel de l'intendance militaire, soit comme agents d'exécution, commissaires aux approvisionnements ou commissaires ordonnateurs, chargés de la surveillance administrative, soit comme fonctionnaires chargés du contrôle, sera réglée par décret.

L'organisation du personnel du service de santé ; — l'organisation du personnel des officiers d'administration seront également réglés par des décrets spéciaux.

Art. 41. — Un décret rendu sous forme de règlement d'administration publique pourvoira à l'exécution de la présente loi.

En résumé, l'intendant reste chargé de la surveillance administrative ; le médecin devient chef réel du service médical avec la coopération du pharmacien, du comptable et de l'officier du train, auxquels il donnera des ordres pour la bonne exécution du service.

Si le règlement d'administration publique est rédigé dans l'esprit du rapport, nul doute ne peut exister sur le bon fonctionnement de l'hôpital et des ambulances.

Mais, ne l'oublions pas, c'est avec cette simple phrase « *chargés de la police administrative* » que les intendants avaient su peu à peu, par les décisions ministérielles, les circulaires d'inspections, les règlements, faits par eux du reste, s'emparer de la direction presque absolue du service médical jusque dans ses détails techniques. Il est donc nécessaire, plus que jamais, de limiter très nettement cette surveillance administrative au simple contrôle de la comptabilité.

La loi actuelle ne règle pas non plus d'une façon assez précise la position du personnel des pharmaciens et des comptables vis-à vis du médecin en chef. Si le directeur du service médical, qui a le droit de donner des ordres (article 22) n'a pas le droit de récompenser ou de punir, son action est nulle d'avance. Dans l'armée, le service ne se fait pas avec la seule bonne volonté, il faut la sanction immédiate pour le bien et le mal.

Quoi qu'il en soit, ce rapport est un document précieux dans les circonstances actuelles. Nous savons toutes les manœuvres employées par le président de la Commission, l'ex-lieutenant-colonel Chanal, ouvertement favorable au *statu quo* de l'intendance, nous connaissons le projet particulier qu'il avait présenté à la Chambre espérant influencer les débats, nous nous rappelons les intervalles calculés mis entre les séances de la Commission depuis six ans, nous avons lu dernièrement à l'*Officiel*, en février 1880, les dépositions des intendants faites en 1878.

Tout a été mis en œuvre pour égarer l'opinion par les lenteurs, les rapports spéciaux, les dépositions calculées de témoins favorables : la voix de la simple raison paraît, malgré tout, s'être fait entendre dans cette lutte préparatoire mais de majeure importance, et nous avons confiance dans le vote ultime des assemblées.

Nous apprenons, au dernier moment, qu'il sera probablement procédé pour cette loi, comme pour la loi d'état-major. Une Commission mixte du Sénat et de la Chambre écoutera le Ministre et présentera un dernier projet, rapidement voté. Nous ne pouvons dissimuler nos appréhensions sur les idées particulières du Ministre de la Guerre qui a fait regagner en deux mois aux intendants, et contre l'opinion publique, les privilèges qu'ils avaient perdus depuis 1870.

Rapport sur les maladies régnantes du quatrième trimestre (1879).

M. Besnier fait avec raison remarquer au début de son rapport trimestriel, que les conditions atmosphériques de l'hiver excessif de 1879 ne sont comparables qu'à celles des hivers extrêmes de la fin du siècle dernier : la température moyenne des trois mois dont il s'agit a été de cinq degrés au-dessous de la moyenne ordinaire, calculée de 1806 à 1870 ; si la hauteur de pluie a été inférieure de 44 millimètres à la moyenne calculée de 1804 à 1872, par contre, une quantité énorme de neige est restée à la surface du sol pendant un temps exceptionnellement prolongé, par suite de l'abaissement si marqué et si durable de la température ; la tension électrique et la pression atmosphérique ont été très élevées. Quant aux vents, ils ont soufflé du nord pendant ces trois mois ; du N.-E. en octobre, du N.-O. en novembre et décembre.

La mortalité générale annuelle de 1879 dans les hôpitaux et hospices de Paris a été notablement supérieure à celle des sept années précédentes, tandis que la mortalité moyenne avait été, pendant cette période, 11,883 pour chaque année, elle a atteint en 1879 13,845 ; de même, si l'on compare la mortalité du 4e trimestre pendant ces mêmes années à celles du 4e trimestre de 1879, il y a un excès de 242 à l'actif de cette dernière année. Aussi, serait-il important de pouvoir connaître la relation qui peut exister entre un hiver excessif et les modifications de la santé publique, et de savoir si les maladies en général prennent un caractère particulièrement grave par suite de ces conditions exceptionnelles. Mais la solution de ces questions ne saurait guère être, aujourd'hui, que proposée à l'attention des observateurs.

Il est facile de voir qu'il ne s'établit pas constamment de rapport direct, entre les qualités de l'atmosphère appréciables par nos moyens physiques d'exploration, et le nombre ou la gravité des affections. Certes, il existe des constitutions saisonnières, mais celles-ci sont le résultat de conditions pathogéniques multiples ; ces conditions, il faut les rechercher dans les modifications diverses et multiples produites sur les individus, le sol, l'atmosphère, les aliments, etc. ; c'est de là que dérivent les formes symptomatiques : ainsi, les pneumonies par exemple et le rhumatisme articulaire sont plus fréquents et plus graves au printemps qu'en hiver : de même, la fièvre typhoïde ne paraît pas liée aux

modifications atmosphériques. Ainsi encore, le typhus, la peste, la variole, la diphtérie qui sont des maladies à maximum hivernal, sont influencés par l'agglomération des individus dans les maisons, les casernes, etc., bien plus que par le degré de la température; et, si les étés très chauds provoquent, dans certains cas, une épidémie typhoïde intense, cela vient de ce que la nappe d'eau souterraine est demeurée très basse.

Cependant, lorsque la température devient rapidement et d'une façon durable, excessive, elle manifeste son action d'une façon indubitable sur un ensemble d'individus non préparés à cette agression et elle apparaît en relation directe avec la misère physique et physiologique. Aussi, la mortalité des hôpitaux qui avait été en octobre et novembre inférieure à la moyenne des années précédentes, s'est-elle tout à coup élevée de 528 au-dessus de celle de novembre dans le cours du mois de décembre 1879. Au lieu de 87 pneumonies (chiffre de novembre) on en compte en décembre 205, dont 101 décès. On a pu observer, dans ce même mois un nombre tout à fait insolite d'engelures simples ou ulcérées avec toutes les complications auxquelles elles peuvent donner naissance; et, aussi, des congélations et des gelures en très grande quantité. Ce sont surtout les individus employés au déblaiement de la neige, vêtus et chaussés pour la plupart d'une façon insuffisante, qui ont présenté ces accidents.

La *phthisie pulmonaire* prélève ordinairement un tribut mensuel de 200 à 300 décès parmi la population des hôpitaux. Cependant, il existe ici encore des variations qui, quoique peu considérables, n'en sont pas moins nettes : ainsi, la courbe mortuaire tombe au minimum en été, elle s'élève pendant les deux trimestres d'hiver et atteint son maximum au printemps (2e trimestre).

En 1879, nous relevons 778 décès dans le premier trimestre, 880 dans le second, 744 dans le troisième et 750 dans le quatrième; ces chiffres montrent que la population indigente est frappée plus cruellement que la population aisée, car, on voit, en faisant le bilan mortuaire de la population générale de Paris et de celle des hôpitaux, que la population nosocomiale fournit 37 pour 100 de la mortalité par tuberculose pulmonaire (d'après le chiffre des sept dernières années). Ces chiffres, comme le fait ressortir M. Besnier, montrent bien la nécessité d'établir une organisation plus complète des soins à donner à ces malheureux; de faciliter le rapatriement pour ceux qui peuvent en profiter, et de songer à la création d'asiles maritimes, si recommandés et non sans raison par beaucoup de médecins.

En 1873, M. Besnier établissait que la mortalité brute de la *pleurésie* suivait, depuis 1867, une progression croissante, et malgré la coïncidence de cette aggravation avec la pratique de plus en plus répétée de la thoracentèse, il ne se ralliait pas à l'idée de ceux qui voulaient incriminer la nouvelle méthode de traitement des épanchements pleuraux. L'observation montrait à cette époque que les décès par pleurésie étaient deux fois plus nombreux en 1873 qu'en 1866. (Statistique de 1867 à 1873.) Par contre, la mortalité baissait en 1874 pour remonter de 1875 à 1879 et conserver à peu près le même taux que de 1868 à 1873. Si l'on prend la moyenne des six années, de 1866 à 1873, on trouve le chiffre de 12 pour 100 et celui de 11 pour 100 pour les six années écoulées depuis. Les choses ont donc en réalité peu varié depuis 1868; mais, ce qu'il faut noter, c'est que la pleurésie paraît plus grave, depuis une douzaine d'années, qu'elle ne l'était par exemple au temps de Louis, de Rostan, de Chomel. Cette gravité plus grande est attestée par les souvenirs de tous ceux qui ont pu recueillir directement l'impression de ces grands cliniciens et leur enseignement journalier.

L'atténuation estivale normale et prévue des *affections diphthéritiques* s'est produite : 468 décès dans le second trimestre et même 407 dans le troisième (au lieu de 529 dans le premier). Pour le croup, l'ascension de la courbe remonte, dès le mois, de décembre et s'accentue surtout dans le taux mortuaire (70 décès pour 100 au lieu de 59 pour 100 dans le trimestre précédent).

Les *fièvres éruptives* ont présenté une fréquence moyenne pendant les trois mois qui nous occupent, sauf la variole qui offre normalement une exacerbation hivernale. Il est néanmoins facile de constater que la *scarlatine*, tout en demeurant la plus rare des fièvres éruptives, a subi, une exacerbation notable; de même, les oreillons se sont présentés en plus grand nombre qu'à l'ordinaire dans les hôpitaux d'enfants.

La *variole* a suivi sa courbe normale d'évolution annuelle, c'est-à-dire qu'à l'abaissement ordinaire a succédé une ascension nouvelle qui continue actuellement et va encore continuer alternativement à se produire : 421 décès dans le 4e trimestre au lieu de 388 dans le troisième à Paris. — Depuis 1874, où la variole a fourni dans les hôpitaux 18 cas et un seul décès, cette maladie a toujours suivi dans le même milieu une progression croissante. Il y a eu, en 1879, 1579 cas de variole et 267 décès.

La *fièvre typhoïde* a donné à Paris un total de 319 décès dans le 4e trimestre. Les Xe et XVIIe arrondissements ont fourni le plus fort contingent dans les hôpitaux.

Les *affections puerpérales* sont bien étudiées dans une intéressante note adressée à M. Besnier par M. Siredey. L'état sanitaire, dit-il, a été aussi défectueux dans ce trimestre, pour les femmes en couches, que pendant le trimestre précédent, et cela jusqu'à l'apparition des froids exceptionnels de décembre. Il y a eu à Lariboisière 16 décès sur 340 accouchements, soit 5 pour 100 : en retranchant 6 cas qui ne sauraient être rangés parmi les accouchements simples il reste encore une mortalité de 3 pour 100 relative aux accouchements naturels. — Pour l'ensemble de l'année et pour cet hôpital, on trouve une mortalité brute de 4 pour 100 et de 2 pour 100 seulement pour les accouchements naturels. C'est au moment d'un encombrement relatif et accidentel que se sont produits les accidents puerpéraux. Une première femme est devenue le point de départ d'une épidémie qui, en quelques jours, a coûté la vie à quatre autres; d'autres, plus nombreuses, ont été atteintes, mais ont guéri. M. Siredey insiste en terminant sur la contagion qui résulte du personnel médical, et notamment du toucher pratiqué sur une femme saine, lorsqu'on vient de quitter une femme atteinte d'affection puerpérale.

En somme, on le voit, les résultats statistiques de ce trimestre sont relativement peu satisfaisants, et malheureusement, on doit s'attendre, d'après l'observation des années précédentes, à ce qu'ils le soient encore moins dans le 1er trimestre de 1880.

R. M. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

M. LABORDE signale une nouvelle application de l'appareil présenté récemment à la Société par MM. de Boyer et Trouvé. Cet appereil réalise, d'une manière parfaite, l'expérience primitive de Galvani sur les courants musculaires.

M. POUCHET fait observer que, dans l'appareil de M. de Boyer, le fil de cuivre étant plongé dans une cuvette de mercure, il peut se produire un courant surajouté au courant musculaire.

Sens de l'espace. M. MATHIAS DUVAL fait part à la Société d'un fait anatomique important, qu'il croit avoir découvert dans le cours de ses recherches sur les origines des nerfs crâniens. Il s'agit de l'origine du nerf auditif : d'après M. Duval, le nerf auditif aurait deux racines bien distinctes, l'une, postérieure, provenant du noyau décrit par tous les auteurs, l'autre, antérieure, provenant d'un noyau à fibres motrices. Quelques fibres de la racine antérieure vont se rendre au cervelet. Or, on sait que le cervelet est le centre coordinateur des mouvements.

En rapprochant ce fait anatomique des recherches physiologiques de M. de Cyon sur le sens de l'espace et de quelques faits pathologiques, tendant à prouver que le vertige a pour cause une lésion des canaux demi-circulaires, M. Duval conclut que la racine antérieure du nerf acoustique forme le nerf de l'espace, dont les canaux demi-circulaires sont les organes périphériques.

Taille du fœtus pendant la vie intra-utérine. — M. HAMY a essayé de faire disparaître la confusion qui règne parmi les auteurs, au sujet de la véritable taille du fœtus pendant les différentes périodes de la vie intra-utérine. La courbe dressée par M. Hamy, à l'aide de documents certains, est des plus intéressantes à connaitre. Ainsi, depuis le moment de la conception jusqu'à l'âge de deux mois et demi, l'évolution de la taille se fait avec régularité: c'est à deux mois et demi que l'embryon devient fœtus. A cet âge, la taille du fœtus commençant est de 22 millimètres.

De deux mois et demi à cinq mois la courbe, est plus ascendante ; de cinq à neuf mois, elle devient plus régulière. Voici les résultats des mensurations de M. Hamy :

Age.	Taille.
3 mois............	59 millimètres
3 mois 1/2........	95 —
4 —	138 —
5 —	256 —
6 —	314 —
7 —	380 —
8 —	416 —
9 —	485 —

M. Hamy a fait également des recherches sur les fœtus de race nègre. Ses observations à cet égard sont naturellement moins nombreuses. Néanmoins, il a pu constater que le fœtus de race nègre est, en tout temps, plus petit que le fœtus de race blanche. Voici les chiffres approximatifs pour les nègres :

Age.	Taille.
4 mois................	109 millimètres.
5 —	201 —
6 —	250 —
7 —	265 —
8 —	365 —
9 —	420 —

Tubercules dans les séreuses. — M. KIENER (du Val-de-Grâce) a fait des recherches expérimentales sur le siége, la structure et le développement des tubercules dans les séreuses. D'après l'auteur, le tubercule, dans sa première période de développement, ne serait autre chose qu'une tache laiteuse. A un degré plus avancé, le tubercule représente un amas de vaisseaux ayant subi une dégénération spéciale.

Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

Election d'un membre correspondant national (Section de chirurgie et d'accouchements). Sont présentés : *en première ligne*, M. Azam (de Bordeaux) ; *en deuxième ligne*, M. Védrène (de Vincennes); *en troisième ligne*, M. Hermann (de Mulhouse); *en quatrième ligne*, ex œquo, MM. Bourguet (d'Aix) ; Duboué (de Pau) ; Michel (de Nancy). Votants : 60. Majorité 31. Au *premier tour* de scrutin, M. Duboué obtient 25 suffrages, M. Azam, 23, M. Védrène 6, M. Hermann 5, M. Michel 1. Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un *deuxième tour* de scrutin. Votants : 59. Majorité 30. M. Duboué obtient 31 voix ; M. Azam 25 ; M. Michel 2 ; bulletin blanc 1. En conséquence, M. Duboué, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie.

Election d'un membre correspondant (Section de médecine vétérinaire). Sont présentés : en *première ligne*, M. Baillet (de Toulouse) ; en *deuxième ligne*, *ex œquo*, MM. Boutet, Mégnin et Saint-Cyr. Votants : 53, majorité : 27. Au *premier tour* de scrutin, M. Baillet obtient 44 voix, M. Mégnin, 5, M. Saint-Cyr, 1. En conséquence, M. Baillet est proclamé membre correspondant de l'académie.

M. LAGNEAU lit un rapport sur *l'organisation d'un service d'hygiène publique dans la ville du Havre.*

M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY, à propos du rapport de M. Lagneau, insiste sur la nécessité d'organiser à Paris un service d'hygiène publique, dont les bienfaits ne tarderaient pas à se montrer, ainsi que cela se pratique à Bruxelles. La motion de M. N. G. de Mussy est appuyée par MM. Larrey et Lagneau et adoptée sous la forme d'un vœu par l'académie.

M. PÉAN lit, à l'appui de sa candidature pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, une note sur les *grandes tumeurs kystiques et fibro-cystiques non cancéreuses de l'utérus*. Il les divise en trois variétés : 1° les tumeurs par rétention due à l'oblitération temporaire ou permanente, ou à des atrésies congénitales ou accidentelles du col de l'utérus. — Parmi ces dernières, il insiste surtout sur les tumeurs de la muqueuse, qui forment un bouchon au-dessus duquel les liquides normalement exhalés sont retenus. — A ce sujet, il rappelle l'observation de l'intéressante malade qu'il a présentée dernièrement à l'Académie, et dont il avait montré les pièces, le jour même de l'opération, trois années auparavant.

La seconde variété comprend les tumeurs utéro-cystiques. On sait que ce nom a été donné par l'auteur aux kystes développés dans l'épaisseur des fibres musculaires du col ou du corps de l'utérus, et qui sont susceptibles, comme les précédentes, en se développant du côté de l'abdomen, d'acquérir un assez grand volume pour compromettre l'existence. Il insiste sur la difficulté du diagnostic de ces sortes de tumeurs, sur l'utilité de les respecter tant qu'elles peuvent être aisément tolérées par l'organisme et sur les avantages que donne l'hystérectomie quand leur grand volume met la vie en danger.

La troisième variété comprend les tumeurs fibro-cystiques. Il a désigné autrefois, sous ce nom, les tumeurs à la fois fibreuses et kystiques qui se développent dans le corps et dans le col de l'utérus. Après avoir insisté sur leur diagnostic, il établit que, s'il convient de respecter ces tumeurs tant qu'elles sont peu volumineuses et qu'elles ne compromettent pas la vie, il ne faut pas hésiter, dans le cas contraire, à les combattre par un traitement chirurgical. Il propose, en conséquence, d'ouvrir ou même d'enlever, par la voie vaginale celles qu'il est possible d'atteindre de ce côté. Il note en passant, comme il l'a fait observer pour une malade présentée récemment à l'académie, que si ces tumeurs sont sessiles, larges, trop profondément situées pour être extraites, il ne faut pas, lors même que la partie kystique constitue la presque totalité de la tumeur, trop attendre du traitement par l'incision et par la suppuration. Lorsque la tumeur se développe du côté de l'abdomen et acquiert un assez grand volume pour compromettre l'existence, il démontre que l'hystérotomie seule peut donner des

chances sérieuses de guérison. Lorsque la portion liquide de la tumeur prédomine, une incision courte faite aux parois abdominales et la ponction des loges suffit pour l'extraire. Quand, au contraire, la partie solide est tellement volumineuse que, pour l'extraire, il faudrait prolonger l'incision jusqu'à l'épigastre, il a obtenu les meilleurs résultats de son procédé de morcellement, qui permet de diminuer le volume de la tumeur sans augmenter la durée de l'opération et en mettant à l'abri des hémorrhagies. C'est sans doute parce que les chirurgiens qui ont appliqué son procédé l'ont fait autrement que lui qu'ils en ont obtenu des résultats moins favorables. En terminant, M. Péan donne la statistique des 46 hystérotomies qu'il a pratiquées en vue d'enlever des tumeurs solides et liquides de l'utérus ; elles se répartissent ainsi : fibromes, 32 ; hypertrophie, 1 ; tumeurs fibro-cystiques, 8 ; tumeurs utéro-cystiques, 4 ; tumeur par rétention des liquides normalement ou exhalés du pus de la muqueuse formant bouchon, 1. Or, il résulte de sa pratique que, comme le faisait dernièrement remarquer M. Duplay, à l'Académie, les hystérotomies sont bien autrement favorables pour des tumeurs kystiques et fibro-cystiques que pour les tumeurs extrêmement solides. Tandis que les 33 hystérotomies pratiquées pour fibromes et hypertrophie ont donné 21 guérisons et 12 insuccès, sur 8 tumeurs fibro-cystiques, il y a eu 5 guérisons et 3 insuccès. Les 4 tumeurs utéro-cystiques lui ont donné 4 guérisons, et celle dans laquelle il y avait à la fois tumeur par rétention et kyste interstitiel de l'utérus a été également suivie de guérison. Cette proportion de 10 guérisons sur 13 opérés est, comme on le voit, bien autrement favorable que la statistique générale qui vient de l'étranger ; aussi l'auteur fait-il observer que ces résultats sont encourageants, puisqu'il considère comme bien plus rares les cas dans lesquels les fibromes nécessitent l'intervention chirurgicale, tandis que la marche des tumeurs fibro-cystiques est bien autrement menaçante.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 mai 1879. — Présidence de M. Charcot.

26. Rupture du cœur ; par G. Berne.

Le nommé Leroy, Pierre, âgé de 78 ans, homme de peine, entre le 20 mars 1879, salle Saint-Foy, nº 11. Il est impossible d'obtenir de ce malade le moindre renseignement sur ses antécédents. — Il est entré à l'infirmerie pour des épistaxis abondantes, ayant paru pour la première fois, il y a huit jours; il a vomi du sang il y a trois ou quatre jours.

Etat actuel. — L'extrême pâleur de ce malade frappe tout d'abord et fait songer à la possibilité d'une hémorrhagie interne. Nous examinons les fosses nasales, obstruées par de petits caillots ; la cavité buccale offre çà et là des stries sanguinolentes ; — le sang s'est concrété sur les gencives et les dents ; — le voile du palais est recouvert de quelques caillots en filets minces. — Rien sur la paroi postérieure du pharynx, pas de douleur sur le trajet du larynx et du pharynx.

Poumon. — A l'auscultation, quelques râles muqueux en arrière et à gauche. Nulle modification de la sonorité.

Cœur. — Les bruits cardiaques ne peuvent être perçus distinctement ; la matité précordiale paraît augmentée ; pouls irrégulier : cent pulsations.

Tube digestif. — Langue sèche, fendillée, recouverte d'un enduit rougeâtre de sang concrété. Le malade a rendu des aliments mêlés à du sang, le matin; toutefois, le malade assure n'avoir jamais rendu antérieurement du sang et des aliments mélangés. Au niveau de l'estomac, une douleur se réveille à la pression. Les selles n'offrent rien de particulier.

Foie. Matité normale. — *Rate.* Pas d'augmentation de la matité. — Langue, très-sèche. Température rectale : 38°, 5. Examen du sang. Amas de globulins, leucocytes en abondance.

24 mars. Prostration extrême, pouls insensible.

26. Mort à 1 heure du matin.

Autopsie. — Le péricarde est rempli d'une sérosité abondante qui s'écoule et découvre un caillot d'une grande étendue recouvrant la totalité du cœur et se prolongeant en haut jusqu'aux gros vaisseaux de la base, entre lesquels il pénètre ; il pèse 160 grammes. — Ayant soulevé ce caillot, nous constatons que le cœur offre une surcharge graisseuse notable. — Au niveau du bord gauche du cœur, apparaissent deux solutions de continuité au niveau desquelles les fibres superficielles du ventricule paraissent soulevées et forment une lamelle amincie et comme boursouflée, lorsqu'on applique chaque lamelle sur l'orifice qui lui correspond, elle fait encore une saillie notable. — Chaque orifice extérieur est comme déchiqueté, une mince languette sépare ces deux orifices.

A la surface interne du ventricule gauche apparaît un orifice unique très irrégulier, se rapprochant de la pointe du ventricule, et notablement plus que les orifices externes. — Le trajet de l'orifice est oblique en haut, il est aplati et se dilate au niveau de deux orifices externes. Pas d'altération des valvules. Les artères coronaires sont athéromateuses ; nous suivons le trajet de la branche coronaire qui se distribue au ventricule gauche, et, après avoir constaté la dilatation de cette artère, nous trouvons en incisant ses parois, à son origine, au niveau de parties athéromateuses, un caillot long de 6 millimètres environ obstruant la totalité du calibre de l'artère. — Suivant la division de l'artère coronaire jusqu'à sa terminaison, nous constatons la présence d'une plaque rougeâtre contenue dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire ; était-ce un point qui aurait pu ultérieurement donner naissance à une rupture ? Deux artérioles se rendent à ce point, elles paraissent dilatées. Nous suivons les ramuscules qui se distribuent à la partie du ventricule qui avoisine les orifices de rupture, elles sont absolument vides de sang; leurs parois sont friables ; à 2 ou 3 millimètres des orifices, nous ne pouvons plus distinguer ce qui appartient aux parois vasculaires. Le cœur pèse 280 grammes.

M. Charcot. Dans un cas tout à fait analogue de rupture du cœur chez une femme âgée, j'ai pu assister au début des accidents ; la malade tomba dans un état syncopal prolongé, et descendit à 35°, puis elle se releva et la mort ne survint que le lendemain.

27. Tuberculose pulmonaire, mort rapide par hématémèse. — Ulcération de l'estomac ; par M. Gille-Brèchemin, interne des hôpitaux.

Millet, âgé de 18 ans, imprimeur, entré le 19 avril, salle Saint-Henri, lit nº 11, dans le service de M. le Dr C. Paul.

Il présente tous les caractères de la constitution scrofuleuse ; dans son enfance il a eu des maux d'yeux rebelles, des éruptions tenaces à la face, et des abcès froids dans les régions sous-maxillaires et cervicales.

Ces abcès, d'origine ganglionnaire, ont laissé des cicatrices indélébiles et caractéristiques. Encore aujourd'hui, les ganglions du cou sont engorgés. Au commencement de l'hiver de cette année, c'est-à-dire il y a 4 à 5 mois, le malade s'est mis à tousser, il a perdu ses forces et ne peut plus travailler. Jusque là il s'était bien porté et n'avait pas eu de maladie grave. Dans sa famille il n'y a point de tuberculeux.

Etat actuel. — L'état général n'est pas trop mauvais. Le malade est un peu amaigri et affaibli, mais rien ne permet de penser à une mort prochaine.

Il a des sueurs nocturnes et de la fièvre hectique. L'appareil digestif fonctionne bien. L'appétit est bon ; les digestions régulières ; le malade n'a ni vomissements, ni diarrhée, il n'accuse pas de douleur à l'épigastre.

Les signes fournis par la percussion et l'auscultation des poumons établissent que ces organes sont le siége d'une infiltration tuberculeuse étendue aux 2/3 de leur hauteur.

Les lésions sont un peu plus avancées dans le poumon droit où il parait exister une petite caverne au sommet. Les choses étaient dans cet état, quand le malade fut brusquement pris d'hématémèse dans la journée du 30 avril.

Il rendit en très peu de temps deux à trois litres de sang rouge et mourut deux heures après.

Autopsie. — Infiltration tuberculeuse des deux poumons avec ramollissement dans les sommets, caverne peu volumineuse au sommet du poumon droit. Dans l'estomac, on trouve

une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes et reposant sur un fond induré. Les bords en sont saillants et forment un bourrelet circulaire à la surface de l'ulcération ; on remarque une masse blanchâtre, d'apparence caséeuse, qui est probablement constituée par un nodule tuberculeux ramolli. A ce niveau, le péritoine est épaissi et renforcé par des néo-membranes vasculaires. Le reste de l'estomac est sain ; on n'y rencontre ni tubercules, ni ulcérations ; non plus que dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin.

Tout l'appareil digestif est rempli de sang. L'examen microscopique, pratiqué par M. Sabourin, a montré que les bords et le fond de l'ulcération étaient remplis de granulations tuberculeuses serrées les unes contre les autres.

Quelques-unes, surtout au voisinage de l'ulcération, étaient en dégénération caséeuse. Ces granulations étaient surtout nombreuses dans la partie profonde du derme, au niveau des culs-de-sac glandulaires.

28. Syndactylie ; par le Dr Henriet.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un exemple de syndactylie congénitale. La pièce a été recueillie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sur le cadavre d'une femme de 54 ans. Voici la description de cette pièce :

Avant toute dissection, on constate que les doigts médius et annulaire sont unis dans toute leur longueur. La soudure, jusqu'au niveau des troisièmes phalanges, n'a intéressé que les parties molles en laissant les os indépendants et normaux. Au contraire, les troisièmes phalanges sont complétement confondues, de sorte qu'elles constituent une masse commune s'articulant avec les extrémités des deuxièmes phalanges. A cette phalange commune correspond un ongle commun, large comme deux ongles ordinaires, très bien conformé d'ailleurs, et présentant à peine, sur la ligne médiane, une légère dépression, trace de sa double origine. Les doigts ainsi soudés ont leur longueur normale : les articulations métacarpo-phalangienne et phalango-phalanginienne jouissent de tous leurs mouvements. La phalangette commune, épaisse à peu près comme deux phalangettes normales, est mobile sur les deux extrémités osseuses correspondantes. La direction est assez remarquable : au lieu d'être dans l'axe intermédiaire aux deux doigts médius et annulaire, elle est déviée en dedans, et légèrement infléchie en avant, ce qui s'explique facilement d'ailleurs par la différence de longueur qui existe normalement entre le médius et l'annulaire. Ajoutons enfin que les mouvements de la phalangette commune (mouvements de flexion) semblent plus marqués dans son articulation avec le médius que dans celle qu'elle contracte avec le 4e doigt ; et que ce dernier présente, dans son articulation phalango-phalanginienne, une mobilité exagérée dans le sens de la flexion en arrière.

La même disposition existe sur les deux mains. Aucune autre partie du corps ne présente de vice de conformation.

La dissection fait reconnaître un état absolument normal de toutes les parties molles sous-cutanées, vaisseaux et nerfs. De fines anastomoses vasculaires sillonnent le tissu cellulaire de la palmature interdigitale. Les nerfs médian et cubital ont leur distribution et leur disposition normales. Le système osseux mis à nu présente quelques anomalies assez intéressantes. Les phalanges et phalangines ont leur longueur normale, mais ces dernières sont atrophiées en épaisseur, et vont en s'effilant vers leur extrémité. Elles se terminent ainsi chacune par une sorte de pointe tronquée, revêtue d'une mince couche cartilagineuse, qui s'articule en arthrodie serrée avec deux facettes correspondantes de la phalangette commune. Ces deux articulations terminales sont distinctes, mais complétement juxtaposées. En outre, il existe sur les parties latérales de ces extrémités phalanginiennes deux petites facettes par lesquelles ces deux os se touchent et constituent, avec un ligament interosseux assez serré, une véritable petite amphiarthrose, douée de quelques légers mouvements de glissement. Cette dernière disposition existe du moins sur la main gauche. A la main droite, on trouve, en effet, une disposition encore plus curieuse : un petit os complémentaire, triangulaire, est interposé entre ces deux petites facettes latérales et s'articule avec chacune d'elles.

29. Abcès d'origine osseuse du dos de la main ; par Ch. Féré.

Cette pièce a été trouvée sur un cadavre de l'École pratique. La peau qui recouvrait la tumeur ne présentait aucune modification de coloration ni d'aspect ; elle était mobile. La tumeur elle-même constitue une masse bilobée : la portion principale s'étend depuis le tiers moyen de la première phalange de l'index, jusqu'au tiers postérieur du métacarpien correspondant ; latéralement, elle déborde ces os surtout en dedans, où elle se continue avec un second lobe plus petit, qui recouvre la moitié inférieure du troisième métacarpien. Les tendons extenseurs de l'index passent au-dessus de la tumeur, celui du médius est refoulé en dedans; ils sont tous bien libres. La partie supérieure seulement de la tumeur était fluctuante ; il en sort un liquide épais, presque caséeux, d'un blanc jaunâtre; on sentait la fluctuation d'un lobe à l'autre dans cette région. La partie inférieure présentait une consistance analogue à celle qui est fournie par les fongosités des synoviales. L'articulation ouverte du côté de la face palmaire montre des surfaces absolument saines. Après la dissection de la face profonde de la tumeur, on trouve la partie inférieure du métacarpien légèrement augmentée de volume, et présentant sur sa face dorsale, à 2 millimètres au-dessus de la surface articulaire, une excavation large comme une pièce de 20 centimes à peu près, et produite par une carie de l'os. La tumeur est formée par une cavité ou fracture, dont les parois présentent une épaisseur très considérable à la partie inférieure où elles ont un aspect lardacé à la coupe.

30. Cancer mélanique du foie.— Généralisation des tumeurs mélaniques ; par Henri Leroux, interne des hôpitaux.

Le nommé Veyrat, âgé de 46 ans, ébéniste, entre le 30 avril 1879, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Eloi, n° 23, dans le service de M. Fernet. Le malade raconte qu'au mois de novembre 1878, il a fait une chute sur le côté droit ; qu'au mois de janvier suivant, il a éprouvé quelques douleurs à la hanche et au genou droit, douleurs qui ont persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il y a environ douze jours seulement que les jambes ont commencé à enfler ; la gauche d'abord. En 5 à 6 heures, l'enflure se serait étendue des chevilles aux genoux ; depuis, elle aurait peu à peu gagné la racine des membres inférieurs. Le ventre et les bourses ne sont œdématiés que depuis 5 à 6 jours. La marche augmente beaucoup l'enflure des jambes.

Depuis 4 à 5 jours, la malade éprouve de plus une douleur au côté gauche de la poitrine, tousse un peu et crache blanc. Il n'a eu ni fièvre, ni frissons, ni battements de cœur. Avant l'apparition de l'œdème, le malade avait remarqué, depuis le commencement de mars, un amaigrissement notable. Il avait cependant continué son travail jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Au premier abord, on est frappé par le contraste qui existe entre le haut et le bas du corps. Tandis que la face est maigre, tirée, d'une teinte terreuse, d'un aspect cachectique, tandis que les bras sont très émaciés, et que les côtes forment des reliefs accusés, le ventre a pris un développement énorme, et les jambes sont très œdématiées. L'œdème occupe les membres inférieurs dans toute leur étendue, les bourses et la paroi abdominale sur les flancs et aux lombes ; œdème blanc, mou.

Le ventre, très distendu, est surtout ballonné ; il y a une sonorité très étendue, puis un son hydro-aérique sur les côtés, la matité et la fluctuation plus bas encore. En somme, le volume excessif du ventre semble dû bien plus aux gaz qu'aux liquides intra-abdominaux.

Par la percussion et la palpation, on reconnaît, d'une manière évidente, que le foie est gros, qu'il déborde le rebord costal d'au moins 3 travers de doigt ; sa surface, autant qu'on peut le sentir, en déprimant la paroi abdominale, paraît lisse.

La rate peut à peine être reconnue par la percussion. Le pouls est petit, régulier, un peu mou, 100 pulsations. Pas de fièvre. La langue, blanchâtre, tremblotte un peu ; l'appétit

est bon, la soif vive : pas d'envie de vomir, pas de coliques, selles régulières.

Toux rare, crachats blancs, mousseux. Douleur persistante sur la ligne axillaire ; tout le côté gauche, en avant, est manifestement affaissé, et, en arrière, on trouve une diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire. La pointe du cœur bat au 4e espace intercostal. Il y a un souffle systolique très net. Les urines très foncées sont d'un brun presque noir ; elles ne contiennent pas d'albumine ; il y a un disque d'acide urique. La déformation du thorax s'explique par l'existence d'une ancienne pleurésie (1872), qui a duré quatre mois. — Pas de rhumatisme, pas d'alcoolisme. — Notons de plus que le malade a un œil de moins ; l'œil gauche a été énucléé il y a quelques années, à la suite d'un traumatisme, s'il faut en croire le malade.

2 mai. Le malade accuse d'assez vives douleurs à la hanche et au genou droit, il a une douleur à la région précordiale que rien n'explique.

3 mai. Epistaxis peu abondante.

4 mai. Constipation depuis son entrée à l'hôpital. Eau-de-vie allemande 15 gr.

5 mai. 12 selles environ après la purgation ; le ventre plus distendu et la peau lisse; luisante, l'œdème des jambes n'est pas diminué.

7 mai. Depuis deux à trois jours les urines sont devenues encore plus foncées, absolument noires et peu abondantes, 7 à 800 grammes environ. On ne trouve que des traces de bile par le chloroforme et l'acide azotique.

8 mai. L'œdème des bourses et des jambes augmente; le malade maigrit sensiblement du haut du corps et perd l'appétit. Quatre à cinq selles diarrhéiques avec colique. Urines noires.

9 mai. Douleurs persistantes au côté gauche du thorax; rien de particulier dans le poumon, ni au cœur.

13 mai. Un demi-litre d'urine noire; pas de traces bien nettes de bile. L'œdème remonte jusqu'à l'aisselle. — Le ventre, très distendu, contient peu de liquide; on pratique sur les jambes des mouchetures.

15 mai. En déprimant la paroi abdominale à l'épigastre on tombe sur le foie; on sent quelques saillies marronnées séparées par des sillons.

16 mai. La cachexie fait des progrès de jour en jour; le malade expectore avec difficulté des crachats muco-purulents.

17 mai. Le bras droit est œdématié; le ventre semble moins tendu, la matité est toujours limitée aux flancs; le foie est senti un peu mieux avec quelques saillies à l'épigastre.

19 mai. Nouvelles mouchetures sur les jambes, qui donnent un suintement considérable. Les urines, toujours noires, donnent un dépôt briqueté de couleur rosée.

21 mai. Le malade, de plus en plus émacié, meurt dans la journée.

Autopsie. — La cavité abdominale contient huit à dix litres de liquide citrin. L'estomac et les intestins très distendus par les gaz sont sains. Le péritoine ne présente pas de traces d'inflammation.

L'hypochondre droit et l'épigastre sont remplis par le foie très volumineux; il est peu déformé, mais présente une coloration d'un brun noirâtre ; on voit à sa surface un nombre considérable de saillies mamelonnées, arrondies, molles, presque fluctuantes, de couleur noire, dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'une petite pomme ; dans les intestins il existe quelques petites tumeurs noires milliaires ou lenticulaires. — La plupart des grosses tumeurs occupent la face inférieure du foie.

A la coupe, on voit ce gros foie — il pèse plus de cinq kilogrammes — comme fourré de truffes ; au milieu du tissu normal qui est brunâtre et d'aspect granité blanc jaunâtre et brun, on voit saillir des tumeurs absolument noires ; ces tumeurs arrondies et de volume variable semblent entourées par une zone fibreuse qui les limite exactement, tandis que le tissu périphérique paraît sain ; ces tumeurs sont molles, presque diffluentes, et à la coupe il en sort un liquide de coloration noire, analogue à la teinte noire des urines. — Ces tumeurs sont des productions de cancer mélanique. La vésicule biliaire et la bile ne semblent pas altérées. Les reins sont graisseux, amincis et ne présentent pas de coloration noire. — La rate est petite, saine.

Les poumons portent au sommet un noyau de sclérose, gros comme une noix, où, sur un fond gris noirâtre, luisant, paraissent des concrétions miliaires ou lenticulaires, caséeuses ou crétacées. Il y a de plus quelques tubercules gris miliaires. Le reste du poumon est sain. A gauche, sur la ligne axillaire et à la base, il existe des adhérences intimes du poumon à la paroi thoracique et au diaphragme; la plaie est d'une dureté cartilagineuse et d'une épaisseur d'environ quinze millimètres.

Le cœur est petit, les muscles papillaires et les tendons sont raccourcis et portent les traces d'une ancienne endocardite, il y a, de plus, un épaississement du bord libre des valvules de l'orifice mitral.

Outre les nombreuses tumeurs mélaniques qui remplissent le foie, on trouve des tumeurs sur différents os. Sur la cinquième côte à gauche et la sixième à droite, on voit, à la face interne, des tumeurs noires de la grosseur d'une amande, molles, fluctuantes : l'os est altéré, il est le siége d'une fracture spontanée, avec formation d'esquilles multiples, une coupe du rachis, pratiquée au niveau de la région lombo-dorsale, permet de constater que plusieurs corps vertébraux sont de couleur noire, et ramollis au centre.

Les os crâniens, les méninges et le cerveau sont sains.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 11 juillet 1879. — Présidence de M. Hervieux.

Altération des os maxillaires chez les ataxiques. — M. Vallin a pu constater, dans le cours de l'ataxie locomotrice et chez plusieurs malades, une chute des dents qui se produit sans carie et sans douleur. Une raréfaction osseuse, par suite de laquelle la dent sort en quelque sorte spontanément de son alvéole, se produit au niveau du bord alvéolaire. Il y a là une altération trophique des maxillaires, non encore décrite, qui cependant mérite d'attirer l'attention, car elle peut être un phénomène assez précoce de la maladie. La communication de M. Vallin est confirmée par quelques faits que rapportent MM. Luys et Lereboullet.

Hystérie. Troubles vaso-moteurs. — M. Dujardin-Beaumetz présente à la Société une femme chez laquelle le moindre attouchement de la peau provoque rapidement l'apparition, de saillies analogues à celles de l'urticaire. Les caractères, les dessins que l'on trace avec le doigt sur la peau deviennent saillants, et leur saillie persiste pendant quatre ou cinq heures. La température est dans ces points plus élevée qu'au niveau des parties voisines. M. Vulpian a vu un fait analogue chez un homme non hystérique. M. Dujardin-Beaumetz a constaté la production de ces saillies cutanées aux points où un aimant était appliqué ou des piqûres pratiquées chez une autre hystérique. Au bout d'un certain temps, ces saillies s'élargissent et présentent alors nettement le caractère des plaques d'urticaire.

M. Strauss rappelle que, dans un travail allemand publié en 1878 dans le « Centralblatt » et intitulé « troubles vaso-moteurs de la peau », on trouve relatés un certain nombre de faits d'urticaire provoqués de la même manière.

M. Besnier fait remarquer que l'influence du frottement sur l'apparition de l'urticaire est facile à noter chez bon nombre de malades. Ce qui est particulier, chez la malade de M. Dujardin-Beaumetz, c'est la coïncidence de ce fait et de l'hystérie.

M. Constantin Paul a constaté, chez une malade, une sorte de balancement, d'alternance, entre des éruptions ortiées et des douleurs hépatiques fort intenses. On pourrait supposer qu'il se produisait vers le foie des troubles vaso-moteurs semblables à ceux du tégument externe.

Modification des couches épithéliales de la peau dans la variole hémorrhagique. — M. Cornil rappelle que, dans la pustule variolique normale, on trouve une altération spéciale des cellules épidermiques qui sont gonflées et creuses ; on voit parfois ces cellules ainsi altérées communiquer entre elles

et former ainsi une cavité, résultat de leur fusion qui produit des espaces circonscrits par l'enveloppe même des cellules; dans ces espaces, on constate la présence de leucocytes plus ou moins nombreux.

Dans la variole hémorrhagique, les cellules du corps muqueux de Malpighi présentent la même altération; en outre, elles sont remplies de globules rouges et de granulations; en même temps, on peut y voir la présence d'un réseau très fin formé par de la fibrine. Le sang s'épanche avec une très grande rapidité dans le corps muqueux de Malpighi.

Les vaisseaux situés au niveau d'une pustule hémorrhagique ne sont rompus en aucun point. Mais leurs cellules endothéliales, très gonflées, diminuent beaucoup leur lumière qui présente alors une forme étoilée et est remplie de globules sanguins. Ces altérations ne sauraient expliquer comment les globules rouges sortent du vaisseau et se rencontrent dans la pustule de variole hémorrhagique.

R. M. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

M. LEDENTU donne de plus amples renseignements sur les deux malades chez lesquels il a observé des *abcès consécutifs à une lymphangite chronique*, et montre qu'il ne pouvait s'agir que de cette affection peu ou pas décrite encore par les auteurs.

M. LANNELONGUE résume la discussion et répond à M. Desprès que le mot de *gomme tuberculeuse* paraît être dû, non à M. Bazin qui a décrit un « molluscum tuberculeux », mais à M. Vidal. Le mot est devenu classique à Saint-Louis; cependant, il manquait une description didactique: elle a été donnée dans un remarquable mémoire dû à MM. Edouard Brissaud et Josias; ils ont bien vu la nature de cette tuberculose locale et l'étude qu'ils ont faite est parfaite. Cependant, ils n'ont pas décrit toutes les variétés; ils se sont bornés aux tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané, tandis qu'il existe des formes profondes, sous-musculaires ou sous-aponévrotiques.

M. DESPRÈS. Peut-être, dans ses livres, M. Bazin n'a-t-il pas parlé, de « gommes tuberculeuses; » mais, en 1857, j'ai suivi ses cliniques et je me rappelle nombre de malades sur lesquels il nous montrait des gommes scrofuleuses, et, parmi nous, le terme en était depuis consacré.

M. PERRIER lit un rapport sur une observation de *calcul volumineux de la vessie*, enchatonné dans la paroi postérieure; une première opération fut faite en 1857, une taille latéralisée bientôt transformée en taille bilatérale. Mais une seule partie de la pierre, la partie libre put être extraite; l'autre moitié resta dans la paroi; au bout d'un an, et à propos d'un cystite grave, une autre opération fut pratiquée; taille rectale. La pierre fut enlevée, mais une fistule vésicorectale persista. Cette observation est due au professeur SIMONIN, de Nancy.

M. DUPLAY fait une très intéressante communication sur sa méthode de *traitement de l'épispadias*. Après avoir parlé des premiers essais, en somme peu heureux, de Nélaton et de Dolbeau; exposé le procédé de Thierchs (de Leipzig), un grand progrès sur les auteurs précédents, il expose sa propre méthode qui, tout en empruntant certaines pratiques à Thierchs, est plus simple et plus efficace. Dans un premier temps, M. Duplay redresse le corps caverneux: il fait sur la partie antéro-supérieure de l'épispadias quelques incisions transversales, grâce auxquelles il peut diriger en bas et maintenir accolée contre le scrotum la verge, dont la tendance est de se relever et de se ratatiner au devant du pubis. Lorsque la position de la verge est devenue meilleure, grâce à ces incisions maintenant cicatrisées, il pratique le deuxième temps.

Le deuxième temps consiste à aviver les bords latéraux ou mieux une partie de la muqueuse étalée de l'urèthre. En effet, au lieu d'essayer comme Nélaton, d'emprunter des lambeaux de peau au ventre ou au scrotum, lambeaux mous et sans résistance, M. Duplay refait la verge avec les tissus de la verge, et veut réunir, sur la ligne médiane, les corps caverneux, étalés grâce à la fissure supérieure. Il fait donc sur les parties latérales de la face supérieure un avivement de 6 millimètres environ de chaque côté; mais, si l'étendue de muqueuse n'était pas assez considérable sur la ligne médiane pour constituer le futur canal, il fait une incision antéro-postérieure assez profonde, et dans laquelle pénètre une partie de la sonde sur laquelle les bords avivés seront réunis et suturés. La suture se fait en un seul temps du gland au pubis; mais on n'oblitère pas l'orifice, et l'urine pourra s'écouler sans passer par la sonde contenue dans le nouveau canal. La suture est une suture enchevillée à un seul fil, sur laquelle insiste beaucoup M. Duplay, car elle ne provoque pas la striction des tissus. Cette longue suture peut, du premier coup, réussir dans toute son étendue; mais aussi quelques points, quelques fils peuvent manquer, qui nécessiteront une intervention nouvelle ultérieure.

Dans un troisième temps, M. Duplay abouche les deux canaux, le postérieur ancien et l'antérieur de nouvelle formation, ou pour mieux dire, il fait disparaître la fistule laissée au devant du pubis. Pour cela, point n'est besoin d'emprunter de lambeaux au ventre. M. Duplay se contente d'aviver, soit d'avant en arrière, soit transversalement et de suturer les lèvres de la plaie.

Enfin, dans un quatrième temps, M. Duplay fait une large boutonnière à la base du prépuce étalé, fait passer le gland au travers, dédouble ce prépuce, en emploie une partie à recouvrir le gland et l'autre partie à recouvrir le dos de sa nouvelle verge, dont l'aspect n'est pas encore parfaitement présentable. Cette peau du prépuce finit très bien l'opération au point de vue des formes.

M. Duplay termine sa remarquable communication par la présentation de deux malades sur lesquels l'opération, conduite de la manière précédente, a été pratiquée, et le succès, surtout dans un cas, est véritablement merveilleux. Forme tout à fait parfaite, longueur très suffisante, copulation très facile, incontinence d'urine supprimée; tels sont les avantages que le patient a retirés de l'intervention du chirurgien.

Paul RECLUS.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Contributions à l'étude sur la valeur nutrimentive des peptones.

Les peptones sont-elles un nutriment? équivalent-elles à la nourriture azotée qui leur a donné naissance?

Les physiologistes ont déjà abordé cette question; Plosz, le premier, nourrit un petit chien de dix semaines avec un lait artificiel composé de sucre de raisin, de graisse, de sels et de peptone « remplaçant la caséine ». En quinze jours, l'animal absorba 567 grammes de peptone, 422 de sucre, 309 de graisse; son poids augmenta de 501 grammes. Maly vint ensuite; il remplaça la plus grande partie de la graine destinée à un pigeon par son équivalent en peptone; le poids de l'animal resta sensiblement le même. M. A. Fauconnier nourrit un chien pendant plusieurs semaines avec un mélange uniforme de pommes de terre et de peptone de fibrine; en suivant ce régime, l'animal se porta bien et engraissa; en supprimant la *peptone* et maintenant la même ration de pommes de terre, l'animal subit en deux jours une déperdition énorme.

Dans ces derniers temps, M. Adamkiewicz (de Berlin) reprit ces expériences, et, voulant obtenir des résultats plus scientifiques et échapper à toutes critiques, il établit de remarquables expériences pour démontrer rigoureusement le pouvoir nutritif des *peptones*. Ses expériences sont fondées sur le dosage scrupuleux de l'azote ingéré, tantôt sous forme d'albumine, tantôt sous forme de peptone; il tient compte ensuite de l'azote excrété; la différence dans les résultats des deux analyses donne le poids de l'azote fixé dans les tissus; enfin, il tient compte aussi de la perte ou du gain en poids de l'animal. Il trouva que, dans l'alimentation avec les peptones exclusivement, 65 p. 100 d'azote en moyenne étaient restés dans l'économie et que, dans l'alimentation non peptonisée, 67 p. 100 d'azote étaient restés dans l'économie. M. Adamkiewicz conclut donc que l'alimentation peptonisée ou albuminoïde est suivie sensiblement du même résultat.

Dans quelle mesure ces faits peuvent-ils éclairer et guider le praticien ? Voilà la question.

Nous allons, pour notre part, apporter notre faible tribut d'expériences cliniques dans cette intéressante question. Nos observations semblent prouver, d'une part, que les peptones ingérées par l'estomac sont des nutriments équivalant aux aliments azotés qui leur ont donné naissance, et, d'autre part, que l'alimentation peut être assurée par le gros intestin.

Le sujet de notre première observation est un ancien élève de l'Ecole polytechnique, âgé de trente-huit ans. Dans sa famille, le rhumatisme est héréditaire ; lui-même en a ressenti les atteintes, et, pendant cinq mois, en 1871, il a souffert d'une hydarthrose au genou gauche. Sa santé s'était à peu près rétablie, lorsqu'en 1874, après un séjour de six mois au Sénégal, ses fonctions digestives se dérangèrent complétement et lui firent demander son rappel en France. Sous l'influence d'un système nerveux très impressionnable, son état empira, et bientôt il ne put plus supporter d'aliments solides.

Énumérer les traitements qui lui furent imposés tour à tour, les régimes les plus opposés auxquels il se soumit avec des alternatives d'améliorations et de rechutes plus profondes encore, serait long et fastidieux. Il en arriva, en dernier lieu, à ne manger que du sucre en solution dans l'eau ou le vin. Ce régime ne tarda pas à épuiser le peu de forces qui lui restaient ; c'est alors qu'il eut recours à nous. Tout aliment solide était infailliblement rejeté, le lait lui-même n'était pas toléré ; nous constatâmes la diathèse rhumatismale et diagnostiquâmes une dyspepsie par atonie et absence de suc gastrique. Après quelques tâtonnements, nous eûmes l'idée de le soumettre au régime exclusif des peptones. M. Defresne, bien connu par ses travaux sur la digestion, nous prêta son concours en cette occurrence. Le patient se mit à prendre tous les jours deux cent cinquante grammes de viande de bœuf hachée qu'il peptonisait lui-même, et onze cents grammes de bouillie de Liébig. Sous l'influence de ce régime, les forces et l'embonpoint lui revinrent. Il resta deux ans soumis à ce régime exclusif, et ce n'est qu'au bout de ce long espace de temps qu'il put enfin reprendre un régime normal, et confier à son estomac des aliments solides.

Une autre occasion, beaucoup plus récente, se présenta à nous pour confirmer l'opinion que nous avions conçue de la valeur des peptones comme nutriments. Nous fûmes appelé, il y a bientôt six mois, dans la maison des Sœurs aveugles de Saint-Paul, pour donner des soins à une pensionnaire aveugle atteinte d'un carcinome de l'estomac. Cette femme était âgée de cinquante-six ans, elle était d'ailleurs d'une constitution vigoureuse. Au début du traitement, l'alimentation était difficile ; elle ne tarda pas à devenir complétement impossible. On essaya les lavements de vin et de bouillon, mais la malade s'affaiblissait tous les jours ; nous eûmes alors l'idée de la nourrir avec des lavements de peptone, et j'eus encore recours à l'obligeance de M. Defresne. Depuis quatre mois l'estomac de cette femme ne peut rien supporter ; la viande hachée, le vin, le lait, la peptone elle-même, tout est rejeté ; et cependant, en dépit de ce jeûne rigoureux, depuis quatre mois je la nourris exclusivement avec deux lavements contenant chacun quarante-cinq grammes de peptone, représentant quatre-vingt-dix grammes de viande. La malade n'est pas trop maigre, et j'ai tout lieu de penser que l'expérience se continuera quelque temps encore.

Cette observation est doublement intéressante, car elle démontre d'abord le pouvoir nutrimentif des peptones et peut plaider fortement la cause de l'alimentation par le gros intestin.

VARIA

Etude sur les eaux de La Bourboule (1).

III. M. Fr. Morin n'a pas cru devoir se prononcer formellement sur la prépondérance à accorder, à l'un ou à l'autre de ses principaux éléments, dans le mode d'action de l'eau de La Bourboule. La plupart des médecins se sont montrés plus affirmatifs à cet égard, et ont considéré l'arsenic comme déterminant le caractère principal des effets thérapeutiques de cette eau minérale, tout en regardant son association avec le chlorure de sodium et le bicarbonate de soude, comme formant un tout indivisible, dont l'action bienfaisante pourrait, dans certains cas, disparaître, si l'un de ces éléments était enlevé.

Cette opinion a été émise notamment par les Drs Bazin, Desnos, Gubler, Guéneau de Mussy, Constantin James, Lebret, etc., en dehors des médecins consultants de La Bourboule. Ces derniers, d'ailleurs, sont à peu près unanimes sur ce point, comme on le constate dans les écrits publiés à diverses époques par MM. les Drs Peironnel, médecin inspecteur de la station depuis vingt-cinq ans, Pradier, Chateau, Clérault, Escot, Nicolas, Noir et Vérité. Le Dr Choussy, qu'un accident funeste vient d'enlever prématurément à la science et à sa nombreuse clientèle, et qui était propriétaire des sources de ce nom, faisait ressortir avec soin, dans les brochures-prospectus qu'il distribuait, la grande proportion d'arsenic constatée par les analyses ; et la dénomination d'*Eau arsenicale par excellence* qu'il appliquait à l'eau de La Bourboule, ne laisse aucun doute sur son opinion à cet égard. De même, la compagnie qui est aujourd'hui seule propriétaire des établissements balnéaires, et qui exploite seule toutes les sources de la station, ne manque jamais, en donnant leur composition chimique, de signaler tout spécialement la quantité d'arsenic constatée par les analyses, convaincue qu'elle affirme ainsi leur haute valeur aux yeux de la plupart des médecins.

Il n'est donc pas étonnant que certains auteurs aient voulu instituer une classe d'*Eaux arsenicales*, et mettre en tête l'eau minérale de La Bourboule. Nous savons bien, toutefois, qu'on leur a refusé cette qualification, et qu'un praticien éminent, M. le Dr Richelot, médecin inspecteur du Mont-Dore, opposant cette station à La Bourboule, a écrit : « L'eau du Mont-Dore représente la médication arsenicale. L'eau de la Bourboule représente la médication chlorurée-sodique. » Il n'entre pas dans notre cadre de discuter cette opinion ; MM. les Drs Chateau et Vérité ont assumé cette tâche, et tout le monde peut lire, dans les *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, les mémoires très intéressants et concluants à notre avis, produits par ces deux médecins en réponse aux assertions de M. Richelot. — Nous savons que la classification des eaux minérales est une affaire très délicate et qui n'a guère d'ailleurs qu'un intérêt théorique. Ce qui est beaucoup plus important que de la classer scientifiquement, lorsque l'on examine le mode d'action d'une eau minérale, c'est de constater les résultats de l'expérience clinique, et c'est par la comparaison de ces résultats à ceux que l'on obtient à l'aide des produits pharmaceutiques composés des mêmes éléments, qu'on arrive le plus naturellement à se former une idée sur la prépondérance d'action de tel ou tel principe qu'elle contient. L'avantage reste toujours à l'eau minérale, qui doit la combinaison de ses principes aux seuls efforts de la nature, et les présente sous une forme beaucoup plus assimilable pour nos organes que ne le sont les médicaments les plus habilement préparés.

On trouve cette idée très nettement exprimée par M. le Dr Gubler, qui explique l'action éminemment reconstituante des eaux de La Bourboule par l'analogie qui existe entre leur minéralisation et celle du plasma du sang, et qui les rend si facilement assimilables, comme étant une *véritable lymphe minérale du sang*. — Cette conception a été reprise et développée par M. le Dr Louis Choussy dans son ouvrage : *Etude médicale sur l'eau de La Bourboule. Paris*, 1873. Il a montré, chiffres en main, que la somme totale des éléments minéraux est d'environ 7 pour 1,000 dans l'eau de La Bourboule, comme dans le sang ; que l'élément sodique paraît être, dans l'eau de La Bourboule comme dans le sang, à l'état de chlorure, de sulfate, de carbonate, et de phosphate ; que, notamment, le chlorure de sodium ou sel marin entre environ pour moitié dans la masse totale des éléments minéralisateurs, d'un côté comme de l'autre ; qu'enfin, en dehors de l'arsenic, qui trouve dans l'eau de La Bourboule le véhicule le plus

(1) Voir les nos 7 et 8.

propre à le rendre assimilable, et y est contenu à dose vraiment médicamenteuse, l'analogie est complète pour tous les éléments essentiels ; d'où résulte cette conclusion théorique, absolument conforme à l'expérience clinique : *que l'eau de La Bourboule est un véritable aliment*; aliment incomplet, exclusivement minéral sans doute; mais aliment réparateur, ou tout au moins agent éminemment reconstituant.

Nous pourrions, du reste, produire en très grand nombre les citations d'auteurs qui affirment par expérience les propriétés réparatrices de l'eau de La Bourboule.

Le Dr Peironnel la regarde comme « un remède altérant, profondément reconstitutif de l'organisme languissant ou vicié. » Le Dr Pradier la qualifie de « résolutif des plus puissants », et lui reconnait « une action spécifique sur toutes les » maladies qui ont un lien de parenté avec le lymphatisme » ou la scrofule ». — Le Dr Nicolas s'exprime à peu près dans les mêmes termes.

MM. les Drs Chateau, Clérault, Escot, Noir, Vérité, considèrent l'eau de La Bourboule comme se prêtant tout spécialement à une thérapeutique tonique et reconstituante. C'est également l'avis de M. le Dr Danjoy.

Nous verrons d'ailleurs, en étudiant avec M. Morin l'application du traitement de La Bourboule à chacune des grandes diathèses, que c'est cette action hautement réparatrice, qui paraît devoir être considérée, le plus souvent, comme la véritable cause des guérisons complètes ou des améliorations considérables obtenues en un temps relativement très court. Mais, nous constaterons en même temps, qu'il est souvent impossible de méconnaître l'action prépondérante de l'arsenic, qui se signale par une médication vraiment spécifique. Aussi, bon nombre de malades, qui ont retrouvé la santé à La Bourboule, y avaient été envoyés par leur médecin, parce que celui-ci, comptant sur les bons effets de la médication arsenicale, avait d'abord fait des essais concluants au moyen de l'eau transportée. C'est évidemment par la même raison que l'on voit maintenant venir tant d'enfants à La Bourboule ; car, comme l'a reconnu le Dr Isnard, l'enfance tolère admirablement l'arsenic ; il n'est donc pas étonnant que l'usage de ces eaux si toniques et si arsenicales rende aux enfants malingres la force et la santé.

(*A suivre*).

Rapport et arrêté annexe relatifs à la formation d'une commission spéciale chargée de réviser le Codex.

La loi du 21 germinal an XI prescrit (article 38) la rédaction d'un *Codex* ou formulaire officiel des préparations médicinales et pharmaceutiques que les médecins doivent trouver, toujours identiques, dans toutes les pharmacies du territoire. Ce formulaire ne peut être publié qu'avec la sanction du Gouvernement et d'après ses ordres. Une publication de cette nature est essentiellement progressive ; l'étude incessante des propriétés thérapeutiques des diverses substances simples ou composées, les recherches des naturalistes et les travaux des chimistes fournissent tous les jours de nouveaux agents, ou permettent de perfectionner les préparations déjà connues : de là, la nécessité de réviser cet ouvrage à des époques déterminées.

La première édition du *Codex medicamentarius*, publié en exécution de la loi de germinal, remonte à 1818 ; la seconde ne parut qu'en 1837, la dernière date de 1867. Les intervalles trop considérables qui ont séparé ces publications ont eu des résultats fâcheux, bien qu'un décret du 3 mai 1850 ait autorisé les pharmaciens à vendre librement, en attendant que la recette en fût insérée dans une nouvelle édition du Codex, les médicaments nouveaux reconnus utiles par l'Académie de médecine et dont les formules auraient été publiées dans le Bulletin de cette société savante.

Aujourd'hui, la révision du Codex est réclamée avec instance par le corps médical. Depuis quelques années, en effet, la thérapeutique est étudiée avec une ardeur remarquable dans les services hospitaliers et dans les laboratoires. Ces travaux ont fourni à la pratique de précieux médicaments et de nouvelles préparations pharmaceutiques qui attendent une consécration légale.

En conséquence, nous vous proposons, monsieur le Président, de vouloir bien autoriser la formation d'une commission qui serait chargée de réviser la dernière édition du Codex. La loi de germinal an XI exige que cette commission soit composée de professeurs de la faculté de médecine et de professeurs de l'école de pharmacie ; mais, à la suite du rapport adressé au roi en 1836, il fut décidé que, pour augmenter les garanties de savoir et d'autorité, les professeurs appelés à faire partie de cette commission seraient choisis parmi les membres de l'Académie de médecine. Cette disposition particulière, adoptée et maintenue pour la commission de 1861, serait appliquée à la commission nouvelle. Mais nous avons pensé que cette disposition était trop restrictive et qu'en s'y conformant rigoureusement, on s'exposerait à se priver des lumières de savants d'une autorité considérable. Nous vous proposons, en conséquence, de ne pas limiter les choix des membres de la commission aux seuls professeurs appartenant à l'Académie de médecine. La commission de 1861 avait, en outre, été complétée par l'adjonction, avec voix consultative, d'un certain nombre de membres de la Société de pharmacie. Nous vous proposons également, monsieur le Président, de maintenir cette disposition particulière : le corps des pharmaciens de France recevra ainsi toutes les satisfactions désirables.

La publication du nouveau Codex n'entraînera aucune dépense imputable sur les fonds de l'Etat ; les frais divers de rédaction et d'édition sont mis à la charge de l'éditeur-adjudicataire.

Arrêté annexe. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, vu l'article 38 de la loi du 21 germinal an XI ; vu le rapport approuvé par le Président de la République, le 5 février 1880, arrête :

Art. 1er. — Une commission spéciale est formée près le ministère de l'instruction publique, à l'effet de procéder immédiatement à la révision du *Codex medicamentarius* ou *Pharmacopée française*, publié en 1867 par le Gouvernement, et pour préparer une nouvelle édition de cet ouvrage.

Art. 2. — Cette commission est composée ainsi qu'il suit : MM. Gavarret, inspecteur général pour l'ordre de la médecine, président ; Chatin, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, vice-président.

Délégués du ministre. — MM. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur ; de Beauchamp, chef du 1er bureau de la direction de l'enseignement supérieur, secrétaire.

Membres ordinaires. — MM. Baillon, Bouchardat, Hayem, Regnauld, Sée (Germain), Vulpian, Wurtz, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. — MM. Baudrimont, Bouis, Bourgoin, A. Milne-Edwards, Planchon, Riche, professeurs à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Membres adjoints avec voix consultative. — MM. Blondeau, Durozier, Jungfleisch, Marty, Schaeuffèle, Pierre Vigier, membres de la Société de pharmacie.

Acte de la Faculté de médecine.

Lundi 1er. — 2e *de Doctorat* (épreuve pratique) : MM. Verneuil, Guyon, Marchand. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan.

Mardi 2. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Lefort, Delens. — 2e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Lancereaux, Humbert. — 5e *de Doctorat*, 1re *série* : (Charité) : MM. Richet, Rigal, Charpentier ; — 2e *série* : MM. Gosselin, Pajot, Grancher.

Mercredi 3. — 1er *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Trélat, Guyon, Ch. Richet ; — 2e *série* : MM. Broca, Verneuil, Pozzi. — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Ollivier, Monod. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Strauss.

Jeudi 4. — Pas d'actes.

Vendredi 5. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Verneuil, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Trélat, Dieulafoy. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Gay. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Depaul, Fournier, Monod ; — 2e *série* : MM. Broca, G. Bergeron, Chantreuil.

Samedi 6. — 4e *de Doctorat* : MM. Lasègue, Laboulbène, Duguet.

Thèses. — *Lundi* 1 : 68. M. Marsala. — 69. M. Schwebich : De l'adhérence du voile du palais au pharynx. — *Mardi* 2 : 70. M. André (Jean) : Essai sur la fièvre typhoïde et son traitement. — 71. M. Georgeon : De l'œil et des organes génitaux, rapports pathologiques. — 72. M. Béringier : Etude sur quelques formes de paralysie dans la phthisie pulmonaire chronique. — 73. M. Lagrange : Anatomie pathologique et pathogénie des abcès osseux. — *Mercredi* 3 : 74. M. Lemoine. — 75. M. Vinaché. — *Samedi* 6 : 76. M. Danguillecourt : Fièvre typhoïde. — 77. M. Macqret.

Santé publique. — Les hôpitaux de Paris.

Dans notre dernier numéro, rendant compte de la situation des hôpitaux de Paris, nous avions indiqué le surcroît de dépenses occasionné par la situation exceptionnelle que nous traversons et nous disions qu'il fallait discuter d'urgence les moyens de pourvoir aux besoins qui se présentaient.

Un pas vient d'être fait dans cette voie au conseil municipal de Paris. Dans le courant de la discussion sur l'emploi des fonds disponibles à affecter aux travaux de voirie, M. Bourneville, en son nom et au nom de MM. Dubois et Sigismond Lacroix, a déposé la proposition suivante : 1° Mettre à la réserve la somme de 4,875,000 fr. réclamée pour les travaux de voirie ; 2° Inviter l'administration à présenter au conseil, dans le plus bref délai, les projets nécessaires pour parer aux besoins les plus urgents de l'Assistance publique. — Cette proposition a été renvoyée à la 4e commission.

Il est absolument nécessaire que le conseil municipal et l'administration se rendent un compte exact des besoins de l'assistance publique, et votent les crédits nécessaires pour faire cesser la triste situation dans laquelle se trouvent les hôpitaux de Paris. Nous attendons une prompte solution.

Ecole d'infirmières de la Salpêtrière.

L'administration de l'Assistance publique, s'inspirant d'un désir du Conseil municipal, vient de prendre une excellente mesure en autorisant les personnes du dehors à suivre *gratuitement* les *cours professionnels* de l'Ecole

des infirmières de la Salpêtrière. Deux cours se font actuellement : 1° le *cours des pansements*, par M. Poirier, le vendredi à 8 heures ; — 2° le *cours d'anatomie*, par M. P. Reclus, le dimanche à 11 heures. — Les personnes qui désirent suivre ces cours peuvent s'inscrire chez M. le directeur de la Salpêtrière, tous les jours, de 10 heures à midi.

La variole. — Mort de MM. Méjia et Decourt.

Nous avons encore le regret d'enregistrer les noms de deux nouvelles victimes de la variole. MM. Méjia, externe des hôpitaux de Paris, et Decourt, externe des hôpitaux de Lyon, ont succombé, il y a quelques jours, aux suites de cette maladie, contractée dans l'exercice de leurs fonctions.

Nous saisissons cette occasion pour réclamer des doyens des Facultés et Ecoles secondaires la mesure que nous demandons en vain et depuis si longtemps, savoir : l'obligation, pour les jeunes gens venant s'inscrire comme étudiants, de produire un certificat de *revaccination, de date récente*, et non plus un simple certificat de *vaccine*.

En ce qui concerne les administrations hospitalières, elles doivent exiger le même certificat des candidats à l'externat.

Nous ne reproduirons pas les arguments que nous développions il y a à peine quelques jours (1), lors de la mort de M. Vignes ; mais nous insistons, car il y a urgence. Il n'y a plus à hésiter : les administrations intéressées doivent adopter les réformes demandées sous peine de voir une lourde charge de responsabilité leur incomber dans les décès qui, à l'avenir, surviendraient dans de semblables conditions.

Banquet offert à M. Broca.

Jeudi, 19 février, les collègues, amis et anciens élèves de M. Broca étaient réunis à l'hôtel Continental. Ils avaient voulu, dans un banquet intime, offrir à l'éminent professeur un témoignage de sympathie, et sa récente nomination au siége de sénateur avait été l'occasion de cette réunion amicale.

Le Sénat, la Chambre des députés, l'Académie de Médecine, la Faculté, les sociétés savantes, le corps médico-chirurgical des hôpitaux, la presse médicale comptaient de nombreux représentants.

M. Henri Martin, président, a ouvert la série des toasts en énumérant les services que les sciences naturelles, dont M. Broca est un des plus illustres représentants, peuvent rendre à la société. Il a insisté ensuite sur le rôle éminemment utile que peut tenir, dans les conseils du pays, un esprit préparé par cette grande étude.

M. Broca, dans une chaleureuse allocution que nous aurions voulu pouvoir reproduire en entier, a remercié les convives du témoignage personnel d'estime et d'affection qu'ils venaient de lui donner. « En fêtant mon élection a-t-il dit, vous avez voulu surtout me donner un témoignage personnel, mais je pense que vous avez voulu aussi, abstraction faite de ma personne, applaudir à la nature du choix qui a été fait par le Sénat. Il est évident que ceux qui m'ont élu n'auraient jamais dû songer à moi, s'ils n'avaient su qu'ils pouvaient toujours compter sur mon entier dévouement aux institutions républicaines ; mais si, parmi tant d'hommes non moins sûrs, et bien plus autorisés que moi dans les sciences politiques, ils ont choisi un homme de science, c'est parce qu'ils tiennent la science en haute considération ; parce qu'ils estiment que servir la science, c'est aussi servir son pays. J'en suis pénétré de reconnaissance, et je suis sûr que vous partagez ce sentiment. »

MM. Béclard, Trélat, Verneuil, de Beauvais, Pozzi, Hugot (de Laon) ont pris successivement la parole. Interprètes des sentiments de toute l'assemblée, ils ont rendu hommage au savant et au penseur qui, par son travail infatigable, a su conquérir un des premiers rangs dans la science contemporaine.

Médecin et Concierge.

M. Izard est médecin de l'Assistance publique.

Il a loué à M. Grappin (quel joli nom de propriétaire) un appartement à l'entresol. Il est dit, dans le bail, que le concierge devra faire un choix parmi les personnes qui viendront consulter le docteur. Toutes celles qui seront « vêtues bourgeoisement » auront l'honneur de passer par le grand escalier aux marches de marbre recouvertes de tapis soyeux.

Mais le *vulgum pecus* ? — La vile multitude et la grande canaille doivent monter par l'escalier de service

..... Montant, tortueux, malaisé,
..... Aux odeurs de cuisine partout exposé.

Tel, dans la vallée de Josaphat, l'Eternel, de sa dextre puissante, sépara les justes des réprouvés. Telle, Mme Rigouard, concierge, ayant en main le balai, symbole de son autorité, sépare les « bons » d'avec les méchants.

Mais il paraît que Mme Rigouard ne s'acquitte pas de ces fonctions délicates avec tout le discernement et le tact nécessaires ; de là des reproches.

Mme Rigouard se venge en organisant contre le docteur cette persécution de tous les instants, qui est de tradition dans le monde des pipelets : à l'heure ordinaire où le docteur reçoit ses malades, on répond qu'il est sorti ; s'il descend le soir de chez lui, on éteint subitement le gaz et il risque de se casser le cou. Enfin, s'il rentre après minuit, il trouve la porte aussi fermée que la loi d'amnistie.

(1) Voir le nº 3.

Furieux de cet état de choses, M. Izard se plaignit à Mme Rigouard, qui répondit qu'on « lui passerait sur le ventre » plutôt que de l'empêcher de faire son service. M. Izard ne voulut pas se porter à de telles extrémités, il préféra formuler, devant la 5e Chambre du tribunal, contre M. Grappin, propriétaire, une demande tendant à l'expulsion de sa concierge récalcitrante et en 10,000 francs, de dommages-intérêts.

Mme Rigouard, se drapant dans sa dignité, répond que, représentant les droits sacrés de la propriété et de la morale, elle n'a pas à transiger avec son devoir.

Le tribunal dit que, dans la huitaine, M. Grappin sera tenu d'expulser la cerbère femelle, sous peine de 20 francs, par chaque jour de retard, et condamne Mme Rigouard à payer 1,500 francs de dommages-intérêts à M. le Dr Izard. « Dors-tu content, Cabrion ! ton hideux sourire voltige-t-il encore sur tes os décharnés ! » (*La Justice.*)

La population en Espagne.

Le *Bulletin mensuel* de la direction de la salubrité publique contient les renseignements statistiques suivants, relatifs à la population espagnole. Le total général de la population, en Espagne, à la fin de novembre dernier, était de 15,623,384. — La superficie du sol, en hectares, 48,881,410, ce qui donne par habitant un chiffre de 2 hectares 9 centiares.

Le total des naissances, durant le mois de novembre, a été de 52,148, soit 3,137 p. 1,000. La somme de décès a été de 44,277, ce qui donne une proportion de 2,663 par 1,000. Dans le chiffre des naissances, les garçons figurent pour un total de 25,810 et les filles sont au nombre de 23,701. Dans ces nombres, il y a 49,511 naissances légitimes et 2,637 illégitimes.

Parmi les décès, les chiffres se décomposent ainsi : De un an et au-dessous 11,962. De un an à cinq ans, 8,841. De cinq à dix ans, 1,668. De dix à vingt ans, 1,856. De vingt à quarante ans, 4,445. De quarante à soixante ans, 6,163 ; et de soixante à cent ans, 9,342. — En somme, la différence entre les naissances et les décès est en faveur des premières de 7,871, équivalant à une proportion de 4,74 p. 1,000.

Enseignement médical libre.

M. le Dr Aguilhon de Sarran vient de créer une clinique des maladies de la bouche, 13, rue Suger. Il y fera des cours libres sur la chirurgie dentaire et l'odontalgie les mardi et jeudi, de 9 h. à 11 h. du matin.

---

11. Purpura hémorrhagique traité avec succès par les astringents et la faradisation. Shand.

Le Dr Shand a traité dernièrement un cas de ce genre survenu chez une fille de huit ans. Les remèdes habituels : eau régale diluée, quinine, aloès, oranges, huile de foie de morue ayant échoué, il ordonna la potion suivante :

Extrait liquide d'ergot	3	grammes.
Acide tannique......	1	—
Glycérine..........	15	—
Sirop d'oranges.....	15	—
Eau...............	60	—

A prendre par cuillerées à bouche, toutes les heures, pendant toute la durée de l'hémorrhagie. — Un des poumons étant pris, on appliqua sur la région thoracique correspondante de l'huile camphrée qui détermina une large ecchymose ; on eut alors recours aux fomentations simples. Comme la malade allait de plus mal en plus mal et avait des évacuations sanglantes, on donna un suppositoire contenant 5 centigr. de morphine, et l'on appliqua le courant interrompu sur toute la surface du corps au moyen d'éponges. On répéta cette manœuvre toutes les deux heures jusqu'à cessation des évacuations.

Comme il survint alors des tranchées, on introduisit par l'anus un morceau de savon qui détermina deux selles : la première sanglante, la seconde normale. Le lendemain, la malade allait beaucoup mieux et l'hémorrhagie avait presque entièrement cessé. On prescrivit alors la potion suivante :

Acide sulfurique dilué..	15 gouttes.
Bisulfate de quinine....	0,40 centigr.
Sulfate de fer.........	0,60 —
Sirop d'oranges........	15 grammes.
Eau................	60 —

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

La malade guérit parfaitement et a toujours joui depuis d'une parfaite santé. (*The Lancet* et *Bull. de thérapeutique.*)

12. Potion antidiarrhéique. Dujardin-Beaumetz.

M. Dujardin-Beaumetz conseille dans ses leçons de clinique thérapeutique l'usage de la potion suivante, fort utile dans la diarrhée en général :

Laudanum de Sydenham....	10 gouttes
Sous-nitrate de Bismuth.....	10 grammes.
Eau de menthe............	10 —
Eau de laitue............	70 —
Sirop de ratanhia.........	30 —

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 13 au jeudi 19 février 1880, les naissances ont été de 1,163, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 433 ; illégitimes, 152. Total, 585. — *Sexe féminin* : légitimes, 424 ; illégitimes, 154. Total 578.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1.988.806 habitants y compris 18.380 militaires. Population probable de 1880 : 2.020.000 hab. — Du vendredi 13 au jeudi 19 février les décès ont été au nombre de 1,449, savoir : 756 hommes et 693 femmes. Ces décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : fièvre typhoïde : M. 47. F. 26. T. 73. — Variole : M. 39. F. 31. T. 70. — Rougeole : M. 2. F. 4. T. 6. — Scarlatine : M. 3. F. 1. T. 4. — Coqueluche : M. 3. F. 12. T. 15. — Diphtérie. Croup : M. 29. F. 20. T. 49. — Dysentérie : F. 1. — Erysipèle : M. 6. F. 6. T. 12. — Affections puerpérales : F. 8. — Autres affect. épidém. : ». ». — *Autres maladies* : Bronchite aiguë : M. 42. F. 45. T. 87. — Pneumonie : M. 82. F. 85. T. 167. — Phthisie pulmonaire : M. 124. F. 59. T. 183. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 24. F. 21. T. 45. — Autres causes : M. 355. F. 374. T. 729.

Morts nés et prétendus tels : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 9. Total 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 20 ; illégitimes, 11. Total, 31.

Session de Baccalauréat. — Une session extraordinaire de baccalauréat s'ouvrira le jeudi 15 avril 1880. Parmi ceux qui sont admis pour s'inscrire à cette session, se trouvent : Les officiers de santé et les étudiants en médecine, les pharmaciens de 2e classe et les étudiants en pharmacie en cours régulier d'études avant le 1er novembre 1879. — Les aspirants au baccalauréat ès-sciences complet ou restreint devront produire le relevé de leurs inscriptions près d'une faculté de médecine ou près d'une école de médecine et de pharmacie. Les officiers de santé et les pharmaciens de 2e classe produiront leur diplôme.

Médecins militaires. — Par décret en date du 11 février 1880, ont été promus dans le corps de santé militaire : *Au grade de médecin-major de 2e classe* : MM. Klein, Gigon, Autellet et Barthé.

Hospice du Saint-Gothard. — L'hospice du Saint-Gothard a hébergé 11,101 voyageurs, du 1er octobre 1878 au 31 septembre 1879, et il leur a distribué 45,966 rations. Bon nombre de voyageurs ont reçu des chaussures, du linge et des vêtements. Enfin, 132 personnes malades ou ayant les membres gelés, ont été soignées à l'hospice. Les dépenses de cet établissement ont été de 13,298 fr. Les recettes, de 12,658 fr.

Nécrologie. — M. le Dr Lhuillier, conseiller municipal de Damville, vient d'être enlevé en quelques jours par une pneumonie. Il exerçait depuis de longues années la médecine dans le canton de Damville où il laisse d'unanimes regrets. — Le bulletin de la *Société Médicale de la Suisse Romande* annonce la mort de MM. les Drs Mellet à Mondon ; Dubouse, à Cully ; Schaller et Turler, à Fribourg ; et Schneider, à Berne. — On annonce également la mort de : E. de Lamardelle, de Saint Christophe (Indre). — Bintot, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles. — Doyère, de Bonnecosq (Calvados), décédé à 68 ans. C'était un savant de premier ordre et un praticien distingué. — Engel père, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy. On lui doit la découverte du ferment et de la gomme. Il avait particulièrement étudié les *infusions* et les *ferments*. — Jeullien, de Fismes. — Belhomme, décédé à Neuilly à 84 ans. Il s'était surtout fait connaître par ses travaux sur l'*anatomie du cerveau* et la *pathologie mentale*. — Favre, (P.-A.), doyen de la Faculté des sciences de Marseille, ancien professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Morel (C.). — Le Cerveau, sa topographie anatomique, vol. in-4°, cartonné, de 50 pages et 17 planches. Prix, 7 fr. 50. Paris, 1880.

Librairie V. A. DELAHAYE et Cie, pl. de l'École-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Les numéros de *janvier* viennent de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Bourgeois (A.). — Essai sur l'hygiène intérieure des appartements, 1 vol. in-8° de 66 pages avec figures dans le texte. Prix 1 fr. 50. Paris, 1879.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *janvier* est paru : Un an : Paris, 18 fr. Départements, 20 fr.

Jacques LECHEVALIER, libraire, 23, rue Racine.

Garrigou (F.). — Histoire de la découverte du mercure, in-8° de 24 pages. Prix, 75 centimes. Paris, 1880.

Thévenot (A). — Note sur le diagnostic et le traitement des kystes du corps thyroïde, brochure in-8° de 16 pages, prix 1 fr. Paris, 1880.

Librairie G. MASSON, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Fournier (A.). — Syphilis et mariage, leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, vol. in-8° de 288 pages. Prix, 5 francs.

A. PARENT, imprimeur, 29-31, rue Monsieur-le-Prince.

Robert Saint-Cyr (V.). — De quelques modifications dans l'opération du bec de lièvre, chez les enfants à la mamelle, brochure in-8° de 32 pages. Paris, 1879.

Victor ROZIER, éditeur, 26, rue Saint-Guillaume, Paris.

Notice sur M. l'inspecteur L. Laveran, ex-directeur du Val-de-Grâce, brochure in-8° de 16 pages. Paris, 1879.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain.

Gariel. — Cours de physique médicale professé à la Faculté de médecine de Paris, vol. in-4° de 64 pages, avec figures, prix 2 fr. 25. Paris, 1879.

Librairie de Ferdinand ENKE, Stuttgart.

Vajda (L.-V.). — Ueber den Einfluss des Quecksilbers, auf den Syphilisprofess, vol. in-8° de 312 pages. Wien 1880.

Mahly. — Beiträge zur anatomie, physiologie und pathologie der chilien, brochure in-8° de 46 pages avec planches lithographiéés. Prix 2 mark.

Ewald (C.-A.). — Die Lehre von der Verdauung Einleitung in die Klinik der Verdauungskrankheiten, vol. in-8° de 130 pages, Berlin 1879.

Waldenburg (L.). — Die Messung des Pulses und des Blutdrucks am Menschen, vol. in-8° de 258 pages, Berlin, 1880. Verlag von August Hirschwald, N. W. 68 unter den Linden, à Berlin.

Reginald. E. Thompson. — The causer and résults of Pulmonary, hœmorrhag, vol. in-8° cartonné de 134 pages avec 4 planches. Elder et Cie, 15, Waterloo place Smith, à Londres.

La Dispersione dei Malati E. Feriti in Guerra ed J. Treni-Ospedali del Dott Raffaello di Fede, vol. in-8° de 138 pages avec figures.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Tenon. — *Médecine.* — Service de M. H. Rendu : visite à 8 h. 30. Consultation le samedi. Salle Sainte-Marguerite (F.) : 10, insuffisance tricuspide ; 19, atrophie musculaire progressive. — 1re salle à gauche (H.) : 4, sclérose en plaques ; 2, hystérie ; 16, rétrécissement de l'œsophage ; 20, cirrhose hypertrophique. Salle Gérando (H.) : tuberculose rénale ; 20, maladie bleue. — Salle Tenon (H.) : varioleux.

Service de M. Gérin-Roze : Salle Lelong : 5, insuffisance mitrale ; 9, pleuro-pneumonie ; 11, hémiplégie, albuminurie ; 23, cirrhose hypertrophique, xanthelasma ; 25, gangrène pulmonaire. — Salle Sainte-Honorine (F.) : 2, cancer de l'estomac ; 24, occlusion intestinale. — Salle Sainte-Marie : 2, purpura ; 21, varioloïde.

Service de M. Dieulafoy. Visite à 9 h. Consultations le lundi : spéculum le jeudi à 10 h. Salle Magendie : 1, rétrécissement mitral, embolie, monoplégie ; 2, contracture hystérique ; 6, maladie d'Addison ; 10, fièvre typhoïde. — Salle Laënnec : 1, rétrécissement mitral et insuffisance aortique ; 10, leucocythémie splénique ; 12, hémianesthésie droite ; 13, ictère gauche ; 6 et 16, fièvre typhoïde ; 24, pleurésie aiguë. — Salle Saint-Vincent de Paul : 6, gomme cérébrale ; 13, maladie de Bright. — Salle 1re, extrême gauche : 1, emphysème, asystolie ; 3, rhumatisme chronique ; 13, insuffisance mitrale, asystolie.

Service de M. Grancher. Visite à 9 h. Consultation le mercredi : speculum le samedi. Salle Andral (H.). 1, mal de Bright ; 6, péricardite rhumatismale ; 13 et 18, pleurésie tuberculeuse. — Salle Sainte-Thérèse (F.). 9, lésion mitrale ; 17, atrophie musculaire avec contracture ; 19, lithiase biliaire. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 3, contracture hystérique ; 17, mal de Bright. — 1re à droite : 13, cancer du foie ; 1 et 17, ataxie locomotrice progressive.

Service de M. Strauss, visite à 9 h. Consultations le jeudi ; Spéculum le mardi. Salle Saint-Augustin ; 6, typhlite ; 22, bronchite capillaire. — Salle deuxième, extrême gauche : 1, mal de Bright ; 7, pleurésie purulente ; emphysème ; 29, insuffisance mitrale. — Salle Tenon (F.) variole. — Salle Colin ; 2, ataxie locomotrice ; 3, pelvi-péritonite ; 10, syphilis ; 17, phlegmon du ligament large ; 18, crampe des écrivains.

Service de M. Hallopeau, visite à 9 heures. Salle Bichat : néphrite parenchymateuse aiguë, guérie par la fuschine ; n° 5, rétrécissement mitral.

— Salle 2e droite ; n° 2, cirrhose hypertrophique ; n° 5, arthropathie aiguë (toutes les jointures du côté droit sauf la hanche posthémiplégique). — Salle Couverchel, n° 9, myélite antéro-latérale chronique. N° 6, affection mitrale (attaques épileptiformes consécutives).

Chirurgie. Service de M. Théophile ANGER. Clinique le jeudi et le samedi 10 h. 1/2. Visite à 9 h. 1/2. Consultations, lundi, mercredi, vendredi. — Salle Dupuytren : 1, corps étranger péri-articulaire du genou droit ; 5, fracture de côte ; pneumonie traumatique. — Salle Seymour : 4, infiltration d'urine et abcès urineux. — Salle Monthyon : 1, cancer du maxillaire supérieur ; 3, fractures du péroné ; 14, phlegmon de la main et de l'avant-bras.

Service de M. DELENS, suppléé par M. MARCHAND. — Salle Richard Wallace ; 3, coxalgie ; 15, lipome de l'épaule ; 10, kyste de l'ovaire. — Salle Saint-Michel : 4, lymphangite suppurée ; 11, arthrite blennorrhagique ; 1?, fracture de la rotule ; 20, ostéite de l'extrémité inférieure du fémur ; épanchement articulaire. — Salle Velpeau : 8, coxalgie, nécrose de l'ischion ; 11, ganglion du creux poplité. — Salle Saint-Ferdinand : 7, épithélioma de l'arrière-gorge avec engorgement ganglionnaire cervical secondaire ; 6, hématome suppuré de la bourse synoviale prérotulienne ; 22, rupture traumatique de l'urèthre ; uréthrotomie externe ; fracture de jambe ; accidents d'alcoolisme.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.





8e ANNÉE. — N° 10. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 6 MARS 1880.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Note sur l'état des nerfs périphériques dans l'empoisonnement lent par le plomb chez le cochon d'Inde ;

Par le Dr GOMBAULT.

Je résume, ici, le résultat d'expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Charcot, à la Faculté ; les faits à l'appui des conclusions qui vont suivre seront exposés dans un mémoire qui paraîtra prochainement dans les *Archives de Neurologie*.

La névrite saturnine, chez le cochon d'Inde, est une névrite parenchymateuse. Chaque tube nerveux paraît être atteint isolément et d'une façon tout à fait indépendante des tubes nerveux voisins. Dans un même nerf, on trouve réunies deux catégories d'altérations. Les unes sont semblables à celles qu'on observe dans le bout inférieur des nerfs sectionnés, et comportent le double phénomène de la dégénération wallérienne et de la régénération consécutive ; les autres, et ce sont les plus fréquemment observées, ont la plus grande analogie avec celles que M. Ranvier a décrites dans le bout supérieur des mêmes nerfs (1).

Pour ce qui est de la dégénération wallérienne, je n'ai pas à insister sur ses caractères anatomiques, l'important est de faire remarquer qu'elle ne s'étend pas, nécessairement, à toute la longueur de la fibre intéressée, car on observe, assez souvent, dans la continuité du nerf une fibre saine à laquelle fait suite immédiatement une portion dégénérée. La régénération, telle qu'elle se produit à la suite de la section des nerfs, se produit également ici : on peut voir une fibre à myéline large se terminer brusquement et donner naissance à deux fibres minces contenues dans la même gaîne de Schwann.

Les modifications de la seconde catégorie présentent ce trait commun, au point de vue de leur mode de distribution, qu'elles n'intéressent le tube nerveux que sur une portion encore plus limitée de son étendue, et, qu'au-dessus comme au-dessous du point modifié, la fibre reprend tous les caractères de l'état normal. Du reste, tout porte à croire que, dans la continuité d'une même fibre, la même lésion circonscrite peut se développer sur plusieurs points à la fois, mais en laissant, entre chacun de ces points, des intervalles au niveau desquels le tube a conservé sa structure. Le fait de deux segments altérés, intercalés sur une même fibre entre trois tronçons de structure normale, peut être directement observé. De même que pour la première catégorie d'altérations, il y a lieu de distinguer ici deux ordres de faits : dans l'un, la fibre est encore en voie de dégénération ; dans l'autre, elle paraît restaurée ou en voie de restauration.

La dégénération est caractérisée par l'état granuleux de la myéline ou sa disparition plus ou moins complète, le gonflement du protoplasma, la multiplication des noyaux dans l'intérieur de la gaîne de Schwann. Mais, ici, et c'est le fait important, le cylindre-axe, modifié ou non dans son aspect, est conservé.

La restauration se traduit par la présence d'une série de segments interannulaires minces, courts, pourvus d'une gaîne de myéline très ténue mais très régulière, gaîne déprimée tantôt par un noyau unique, tantôt par plusieurs noyaux isolés les uns des autres. Au centre de la gaîne de myéline est un cylindre-axe relativement volumineux.

Dans l'un et l'autre cas, qu'il y ait dégénération ou restauration, la portion modifiée se continue à ses deux extrémités avec une portion de fibre saine.

Si l'on cherche à interpréter les faits qui viennent d'être mentionnés, on voit tout d'abord qu'il est difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de rattacher la totalité des altérations observées dans les nerfs périphériques, aux lésions qui, dans l'empoisonnement saturnin, frappent la substance grise de la moelle épinière, lésions qui ont été décrites par M. le professeur Vulpian, et qui étaient manifestes dans un des cas que j'ai observés. On est bien plutôt porté à admettre que le plomb a pu agir localement sur le nerf, en même temps et au même titre qu'il agissait sur le centre spinal, et à penser qu'il existe, chez le cochon d'Inde, une névrite saturnine primitive, évoluant pour son propre compte. Dans cette hypothèse, la névrite serait sous la dépendance de l'irritation produite sur le tube nerveux, en un point *limité* de son trajet, par les liquides nourriciers chargés de plomb. Cette irritation pourrait varier, du reste, dans son intensité comme dans sa durée, la richesse en plomb de la lymphe étant sans doute soumise aux variations des circulations locales.

Il ne faudrait pas, toutefois, se hâter de conclure dans ce sens, car, dans un cas de sclérose latérale amyotrophique, j'ai pu constater, au niveau des racines spinales antérieures, que fréquemment un tronçon altéré se rencontre sur le trajet d'une fibre saine en apparence. La lésion des nerfs périphériques paraissant bien manifestement ici sous la dépendance de la myélite antérieure, il y a lieu de faire, à propos de la cause prochaine de la névrite saturnine, les réserves les plus expresses. Mais, quelle que soit cette cause, qu'elle agisse sur le nerf de dehors en dedans ou que propagée par le cylindre axe son action s'exerce à l'intérieur même de la fibre, le fait important à relever est le développement, en un point limité de la longueur de cette fibre, de lésions irritatives.

On peut supposer, pour relier entre elles les différentes altérations qui ont été mentionnées plus haut, que cette lésion locale, une fois installée, pourra dans son évolution présenter deux degrés, sans que toutefois le passage du premier au second soit chose fatale et nécessaire. Au premier degré, qui correspondrait à une irritation moins intense ou moins prolongée, la névrite, qu'on pourrait alors appeler *névrite parenchymateuse superficielle ou periaxile*, se traduirait essentiellement par des modifications irritatives du protoplasma et la destruction de la gaîne de myéline. Le cylindre axe étant conservé, la partie du tube située au-dessous du point malade ne subirait, de ce chef, aucune modification de structure. Le processus s'arrêtant à ce premier degré, il surviendrait à la suite une *restauration* pure et simple de la fibre nerveuse, par la formation de segments interannulaires jeunes autour du cylindre axe ininterrompu dans sa continuité. On peut supposer que si la cause qui préside au développement de la lésion locale agit d'une façon plus intense ou pendant un temps plus long, la végétation du protoplasma sera plus active dans l'intérieur de la gaîne de Schwann, et on observera le second degré de la lésion (*névrite parenchymateuse profonde ou sectionnante*). Ici, soit que le bourgeonnement du protoplasma détermine l'interruption du cylindre axe, soit que ce dernier subisse des modifications propres qui amènent sa destruction, et, en effet, dans certaines fibres, le cylindre axe est manifestement altéré, la partie périphérique du tube se trouvera définitivement séparée des centres et subira la dégénération wallérienne. Plus tard, la portion supérieure du tube ainsi coupé pourra devenir le point de départ d'une régénération véritable de tubes nerveux.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, il résulte des

(1) Voir Ranvier. — *Leçons sur l'histologie du système nerveux*. T. II. *fig.* 7. pl. 1. et *fig.* 4. pl. 2.

faits exposés ici, que sous l'influence des irritations lentes, les nerfs périphériques subissent des modifications différentes de celles que détermine chez eux une simple section. C'est pourquoi cette forme de *névrite parenchymateuse circonscrite multiloculaire*, différant des formes de névrite de cause interne jusqu'ici admises, m'a paru présenter un certain intérêt, et mériter, à ce titre, d'être signalée d'une façon spéciale.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HILLAIRET.

Diagnostic et traitement de la couperose;

Leçon recueillie par M. BRAUD, interne du service (1).

DEUXIÈME LEÇON.

Messieurs,

Reconnaître la couperose est chose facile. Ce que je vous en ai dit précédemment suffit pour établir qu'elle constitue une affection bien distincte. Néanmoins, il est des cas où l'on peut hésiter : surtout au début de certaines affections, telles que le lupus. Et, cependant, il est important à cette époque de porter un diagnostic exact.

Le lupus peut, en effet, dans certaines circonstances, affecter une apparence couperosique et même acnéique, tel le lupus acnéique (herpès crétacé de Devergie). On le reconnaîtra, dans la très grande majorité des cas, à ce qu'il présente une coloration légèrement violâtre et non rouge comme dans la couperose, et, encore, à ce fait plus important que la plaque rouge sera marquée, de place en place, de petites taches blanches qui ne sont autres que des cicatrices anciennes; en outre, le lupus siége beaucoup plus fréquemment à la racine du nez que la couperose.

Il sera nécessaire de rechercher, avec attention, la présence de ces cicatrices et de la desquamation spéciale qui se fait sur les plaques lupiques, car certains auteurs (Bazin) admettent que, dans certains cas, le diagnostic est presque impossible à certain moment de l'évolution de l'une ou de l'autre des maladies, et que la couperose peut très bien se transformer en lupus (2).

Quant aux autres affections pouvant simuler la couperose, je ne ferai que vous les signaler. Elles ont beaucoup moins de valeur que la précédente et sont faciles à reconnaître.

L'érythème pernio du nez est une affection aiguë, douloureuse, s'accompagnant du gonflement des parties. Les affections syphilitiques de la région présentent une coloration, une disposition particulière sur lesquelles il est, je crois, inutile d'insister.

Quant au siége de la couperose, il faudra toujours songer à la possibilité de l'affection aux régions thoracique antérieure, pubienne et inguino-crurale et ne pas la confondre soit avec un pityriasis simple ou pilearis, soit avec un sycosis simple ou parasitaire. Nous voici arrivés à la question la plus intéressante touchant la couperose : celle du traitement.

En nous reportant à la description symptomatique de l'affection, nous devons d'abord établir, s'il est nécessaire ou non, d'instituer un traitement général de l'affection. Pour ma part, je ne le crois pas. Il n'existe pas de traitement général de la couperose.

On peut, néanmoins, lorsque les sujets porteurs de couperose sont soit goutteux, soit rhumatisants, soit scrofuleux, prescrire les médicaments reconnus actifs contre ces états constitutionnels. On peut aussi combattre la dyspepsie, la constipation, les affections utérines, mais toujours pour améliorer l'état général, et en faisant de grandes réserves au point de vue de l'efficacité de ces traitements sur la couperose.

Le seul traitement est le traitement local. Pendant longtemps, on a essayé alternativement et d'une façon toute empirique d'ailleurs les émollients, les irritants et les emplâtres de toute espèce. Depuis 25 ans, seulement, on a cherché à instituer un traitement plus méthodique. Avant d'arriver au traitement à employer, un mot sur la pratique des dermatologistes de l'époque actuelle. Hébra préconise les lotions savonneuses ; quelquefois les préparations astringentes; dans d'autres circonstances, les préparations à base de sublimé ou à base de foie de soufre.

En France, M. Rochard avait conseillé la pommade suivante : 0,20 à 0,75 centigr. de sel de Boutigny pour 30 grammes d'axonge.

Bazin employait surtout l'huile de cade et l'huile de noix d'acajou. Il persévérait dans ce traitement avec obstination, et l'on a peine à comprendre qu'il conseillât un traitement dont l'effet le plus constant, quand il est prolongé, est de déterminer des éruptions acnéiques artificielles; il croyait aussi à l'efficacité des cathérétiques, et des astringents ; le perchlorure de fer, les sels de cuivre et de zinc, l'eau blanche étaient, parmi les agents de cette espèce, ceux qu'il recommandait de préférence.

Tous ces traitements ne donnent, à vrai dire, que des résultats bien imparfaits; je les ai employés tour à tour, sans parti pris, et aucun n'a justifié l'emploi qu'on en avait fait pendant si longtemps.

La teinture d'iode et le chlorure de zinc faible sont peut-être, de tous les médicaments employés, ceux qui ont semblé donner le plus de succès, mais aucun n'a présenté les avantages de la médication que j'ai déjà instituée dans ce service, depuis plusieurs années.

C'est en m'appuyant sur une idée théorique, sur une hypothèse que l'on peut d'ailleurs discuter, car, je ne puis donner une preuve directe, que je suis arrivé à ce résultat.

J'ai pensé, qu'après une première poussée inflammatoire, les capillaires de la face devaient se trouver dans un état de dilatation passive, de congestion analogue à celle qui résulte de la section du ganglion cervical, comme dans les expériences de Claude Bernard.

Aussi, au lieu d'employer soit la médication substitutive, soit la médication astringente, j'ai essayé de combattre la stase capillaire et l'inertie de la peau par un traitement excitant.

Sous l'influence des préparations que j'emploie, la circulation s'active, les fonctions de la peau se relèvent et la congestion chronique disparaît progressivement. Pour déterminer, au début du traitement, l'excitation de la peau, on peut employer soit les douches de vapeur, soit préférablement et d'une manière continue, les lotions sur la figure avec de l'eau très-chaude. Le lavage à l'eau chaude est suivi immédiatement d'une onction avec la pommade suivante, qui est maintenue en place pendant une demi-heure seulement :

Axonge................	30	grammes.
Oxyde de zinc..........	2 à 3	—

Cette pommade n'a pas d'effet au point de vue du traitement de la couperose ; elle a seulement pour but d'empêcher, chez les personnes à peau fine, des gerçures qui résulteraient de l'emploi de la lotion suivante.

Le soir, en se couchant, on humecte légèrement d'abord les joues, sans frotter, avec cette lotion excitante :

Eau distillée......................	250	grammes.
Soufre sublimé non lavé............	30	—
Alcool camphré..................	8 à 15	—

On peut, dans cette formule, remplacer l'alcool camphré, qui irrite quelquefois beaucoup, par l'éther sulfurique camphré dans les mêmes proportions, mais il est bon de savoir qu'on n'obtient pas, avec l'éther sulfurique, de mélange bien homogène, le soufre s'agglutine en gouttelettes et il est difficile de le maintenir en suspension.

(1) Voir le n° 6.

(2) Depuis l'époque où cette conférence a été recueillie, il est entré, salle Henri, n° 8, une femme atteinte de lupus acnéique des joues et du nez chez laquelle le diagnostic a été un instant douteux.

Au début, ce traitement produit quelquefois une assez forte irritation accompagnée de cuisson, mais, généralement, ces inconvénients disparaissent le troisième jour.

Quelques précautions sont aussi à prendre : par exemple, au moment de faire la lotion sulfuro-camphrée, recommander aux malades de fermer les yeux, afin d'éviter l'irritation qui résulterait de l'évaporation soit de l'éther, soit de l'alcool camphré. Le soufre se dépose sur la peau en fine poussière, mélangée à de petits cristaux de camphre, et il reste en place jusqu'au lendemain.

Les jours suivants, même traitement : lotions chaudes le matin, pommade à l'oxyde de zinc immédiatement après ; lotions soufrées le soir.

L'efficacité de ce traitement se fait rapidement sentir, dès le 3e ou le 4e jour, on voit les papules s'affaisser, les pustules se résoudre et la peau pâlir. — Dès le 6e jour, il est possible de constater des espaces de peau complétement sains, c'est-à-dire dont la coloration est normale.

Au bout de six jours consécutifs de traitement, il est préférable de suspendre pendant deux jours, puis de reprendre.

Pour donner des résultats à peu près définitifs, ce traitement doit être continué pendant plusieurs semaines, environ deux mois à deux mois et demi. Et même dans le cas où toute lésion appréciable à la vue aurait complétement disparu après ce laps de temps, il faut prendre certaines précautions, sous peine de voir revenir les accidents antérieurs et à bref délai.

D'ailleurs, le traitement qu'il faut continuer est des plus simples : il consiste en ablutions chaudes le matin sur le visage et en lotions le soir avec de l'eau tiède dans laquelle on aura mis la proportion d'une cuillerée à une cuillerée et demie d'éther sulfurique par verre.

Malgré tout, il y a des insuccès : parfois, on rencontre des cas complétement rebelles. C'est alors que vous devrez examiner attentivement vos malades, surveiller leur genre de vie et surtout l'alimentation : proscrire les aliments fortement épicés, la viande de porc, les boissons fermentées et alcooliques sous toutes leurs formes ; souvent, en effet, la persistance des accidents ou leur reproduction est due à une négligence dans le traitement ou à sa cessation complète.

Vous devrez aussi conseiller à vos malades d'éviter le séjour prolongé en plein air, et sur les bords de la mer, de même aussi que l'habitation d'appartements très chauds et le passage brusque à l'air sans précaution.

Telle est la médication à laquelle je me suis définitivement arrêté, comme je vous l'ai dit, après bien des essais ; il n'existe pas, d'ailleurs, d'autres traitements médicaux que ceux que je vous ai indiqués précédemment et qui sont tous renfermés dans les médications substitutives et astringentes. Mais il existe aussi un traitement que l'on peut appeler, à la rigueur, chirurgical, et qui a surtout été préconisé en Allemagne. Ce traitement donne aussi d'assez bons résultats ; mais, je crois qu'il est indiqué d'en bien spécifier l'application, et de ne l'employer que dans des cas bien déterminés à l'avance. En Allemagne, où il est maintenant très fréquemment employé, on en a fait une méthode générale de traitement en laissant de côté presque tous les traitements dits médicaux.

Je crois que ce traitement chirurgical doit être réservé pour les cas où le développement vasculaire devient considérable. Voici en quoi il consiste : avec une aiguille en forme de fer de lance (aiguille d'Hébra) on ponctionne les vaisseaux dans leur longueur. Sous l'influence de ce traumatisme, il se produit une inflammation des parois du vaisseau qui doit en amener, à la suite, l'oblitération, et, indirectement, faire disparaître la congestion des tissus. Bien employé, ce traitement est, dans quelques circonstances, préférable à celui que je vous ai indiqué, mais seulement dans ces circonstances.

Lorsque le réseau vasculaire est très développé, il est rare, en effet, de voir la médication excitante réussir.

Il est inutile d'insister sur un pareil sujet, vous reconnaîtrez facilement les indications de l'une ou de l'autre de ces deux méthodes.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Recherches sur la vascularisation du foie et des viscères abdominaux, au point de vue de la production du diabète par influence nerveuse ;

Par M. **LAFFONT**.

Cl. Bernard a démontré, il y a longtemps (*leç. sur le syst. nerv.* T. I, p. 444), que la section de la moelle, entre la 7e vertèbre cervicale et la 1re vertèbre dorsale, arrête les effets de la piqûre du 4e ventricule, et, non-seulement empêche la glycosurie, mais encore fait disparaître le sucre du sang.

Le célèbre physiologiste en a conclu (*leç. sur le diabète*, p. 543), que l'excitation efficace se transmet par la moelle jusqu'à la hauteur de la 1re paire de nerfs dorsaux, et, à partir de ce point, suit la seule route qui conduise au foie, le grand et le petit splanchnique, branches du sympathique. Cl. Bernard a encore dit (*leç. sur le diabète*, p. 396), que la non-persistance du diabète après la lésion du plancher du 4e ventricule, doit faire repousser l'idée que le diabète artificiel est dû à une paralysie vaso-motrice. Cette paralysie, en effet, devrait durer aussi longtemps que la lésion. — Le diabète artificiel est produit par une excitation et non par une paralysie.

Ainsi (*loc. cit.* p. 398), le nerf dilatateur du foie aurait son point de départ, son origine, dans le plancher du 4e ventricule, il continuerait son trajet dans l'épaisseur de la moelle jusqu'au niveau de la 1re vertèbre dorsale, d'où il émergerait pour aller rejoindre le foie.

C'est en partant de ces faits que j'ai voulu voir quels seraient les effets de l'excitation de la 1re paire dorsale, par courant faradique sur la circulation du foie.

Dans une 1re *série d'expériences*, j'ai opéré sur de jeunes chiens de 4 à 8 jours. J'ai ouvert le canal rachidien, sectionné la moelle en deux endroits, de façon à avoir un tronçon isolable contenant la 1re et la 2e paire dorsale. Ouvrant, dans un deuxième temps de l'opération, l'abdomen sur la ligne blanche, j'ai mis à nu le foie qui présente, chez le jeune chien, une coloration jaune rougeâtre. Irritant alors le tronçon de moelle que j'ai isolé, j'ai vu le foie s'injecter par ilots, les vaisseaux de l'intestin et de l'estomac se congestionner, la rate devenir turgide.

D'autre part, Cl. Bernard a établi, depuis longtemps, que l'excitation électrique des bouts centraux des vagues (*leç. de phys. exp.* T. I, p. 333) amène une augmentation dans la production du sucre.

Bezold a constaté, d'un autre côté, sur des animaux curarisés, que l'électrisation du bout central des vagues, fait baisser la pression sanguine intra-artérielle. Ludwig et Thiry reconnurent que ces résultats étaient dus, non pas à une action sur le cœur, mais bien sur tous les vaisseaux du corps, sur ceux de l'abdomen en particulier.

M. Vulpian (*leç. sur l'app. vas. mot.* T. I, p. 360) en a conclu, puisque, chez le chien, le nerf dépresseur n'est pas distinct du nerf vague, que l'électrisation du bout central des vagues produit un abaissement de la pression artérielle, uniquement parce que cette excitation revient à une excitation du bout central des nerfs dépresseurs.

J'ai été ainsi amené à rechercher si l'excitation du bout central des nerfs dépresseurs provoquait la glycosurie.

Dans une 2e *série d'expériences*, j'ai donc pu constater que l'excitation des bouts centraux des nerfs dépresseurs (pendant une heure, toutes les 2 minutes, excitant 30 secondes), faisait apparaître dans des urines où le sucre n'existait pas avant l'opération, une véritable glycosurie variant de 25 à 49 gr. de glycose par litre.

Je dois ajouter, qu'en faisant la bibliographie de la glycosurie, j'ai vu que M. W. Filehne avait constaté la même chose à Erlangen (*Centralblatt*, 4 mai 1878). Mais cet auteur ne tire de ce fait d'autre conséquence que celle-ci. Il faut abandonner la théorie émise par Cl. Bernard, en 1854, (*C'est du poumon que partent constamment les incitations qui, cheminant à travers les vagues, vont provo-*

quer dans le foie la formation du sucre), et ne voir là que l'effet d'une dilatation vasculaire ; or, nous savons que Bernard avait lui-même abandonné cette hypothèse, et, d'autre part, lorsque Filehne dit que l'électrisation des bouts centraux des vagues n'a jamais provoqué la glycosurie chez le lapin, il avance un fait qui n'est pas exact, à mon avis.

En effet, dans une 3e *série d'expériences*, j'ai pu voir que toujours, chez l'animal non curarisé, l'électrisation des bouts centraux des vagues provoquait une glycosurie, à la vérité moins considérable, mais cependant très nette, et variant de 8 à 17 grammes de sucre par litre. Cette glycosurie, au reste, ne serait autre qu'une glycosurie asphyxique, par arrêt de la respiration. L'électrisation était faite par le même procédé que ci-dessus.

Dans une 4e *série d'expériences*, j'ai constaté que des excitations douloureuses, fréquemment répétées (suivant le mode que j'ai adopté), d'un nerf mixte quelconque provoquaient aussi, au bout d'un certain temps, une glycosurie variant, chez les différents animaux, de 4 à 9 grammes de sucre par litre. Ces expériences nous fournissent l'explication des cas de glycosurie que l'on rencontre au cours de différentes maladies aiguës ou chroniques.

C'est ainsi que, recherchant la présence du sucre dans les urines de différents malades du service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu, j'ai trouvé chez des pleurétiques, des pneumoniques (mais seulement après saignée), chez des malades atteints de lésions cardiaques diverses telles que insuffisance mitrale, aortique, endocardite, chez des rhumatisants et dans les fièvres typhoïdes, des quantités de sucre variant entre 6 et 8 grammes par litre. Les urines étaient préalablement traitées par le sulfate de soude, pour les débarrasser de l'albumine et des urates réducteurs.

Dans ces divers cas, l'excitation, partie soit de la périphérie, soit de la surface de l'endocarde, irait au bulbe rachidien, et, de là, l'impression serait transmise aux fibres nerveuses vaso-dilatatrices contenues dans le grand splanchnique, comme l'a déjà dit M. Vulpian (*leç. sur l'app. vas. mot.* T. I, p. 368). Quant aux maladies viscérales telles que la fièvre typhoïde, la fièvre paludéenne, la glycosurie serait le résultat même de la vascularisation exagérée des viscères abdominaux.

Dans une 5e *série d'expériences*, partant de ce fait que, seules, les sections de la moelle faites entre la 1re vertèbre dorsale et la 7e vertèbre cervicale, ou au-dessus, supprimeraient l'action de la piqûre du 4e ventricule, j'ai recherché :

1° Quels sont les effets de l'arrachement des 2 ou 3 premières paires dorsales, sur la glycosurie, chez des lapins rendus diabétiques par la piqûre du 4e ventricule ; 2° quels sont les effets de l'arrachement des mêmes paires rachidiennes sur les phénomènes vasculaires déterminés par l'excitation faradique des bouts centraux des nerfs vagues et des nerfs dépresseurs ; 3° quels sont les effets de l'excitation des bouts périphériques de la 1re partie rachidienne sur la pression artérielle des organes abdominaux.

a) Chez des lapins, ayant ouvert le canal rachidien, je passe des fils sous chacune des 3 premières paires dorsales. Ceci fait, je pique le 4e ventricule selon la méthode de Cl. Bernard. Dans plusieurs expériences, j'ai vu que le seul fait du traumatisme pouvait produire une légère glycosurie, de 3 à 7 gr. de sucre par litre. 1 heure et demie après la piqûre, glycosurie intense, variant, chez divers lapins, de 21 gr. 33 à 44 gr. 5 de sucre par litre.

On arrache les paires rachidiennes en retirant les fils. 1 heure après, les urines ne contiennent plus que 7 gr. 221 à 12 gr. de sucre.

Ainsi, le seul fait de l'arrachement des 2 ou 3 premières paires dorsales, sans lésion de la moelle, a suffi pour diminuer d'une quantité aussi considérable le sucre des urines.

b) Sur des chiens et des lapins, j'ouvre le canal vertébral et prépare de la même façon que ci-dessus les 2 ou 3 premières paires dorsales, car je n'ai pas observé de différence notable en préparant seulement les 2 premières paires dorsales. J'isole ensuite les nerfs vagues chez le chien, les nerfs dépresseurs chez le lapin, et les sectionne entre 2 ligatures pour en prendre les bouts centraux. J'introduis une canule, indifféremment dans l'artère carotide ou l'artère crurale, car le résultat a toujours été le même. Si on opère sur le chien, *l'excitation des bouts centraux des 2 vagues, avec un courant fort, produit toujours une élévation énorme de la pression*, en même temps que l'animal s'agite, s'il n'est point curarisé. Au contraire, *la faradisation avec courant très faible provoque toujours une baisse considérable de la pression.* Je laisse reposer l'animal et, arrachant alors les paires dorsales préparées, la même excitation, avec courant très faible, provoque, au lieu de la baisse déjà observée, *une élévation plus ou moins considérable de la pression.*

Le résultat a été le même pour les lapins, avec cette seule différence qu'une excitation forte des nerfs dépresseurs bien isolés, ne provoque jamais d'augmentation de pression.

c) Ainsi, l'arrachement des 2 premières paires dorsales, principalement, anéantit les effets sur la circulation de l'excitation des bouts centraux des nerfs vagues chez le chien, des nerfs dépresseurs chez le lapin.

J'ai été ainsi amené à rechercher les effets de l'excitation des bouts périphériques des premières paires dorsales sur la circulation des organes abdominaux. Dans l'impossibilité de pouvoir exciter à la fois toutes les paires, je n'ai excité que la première sur des animaux curarisés. La baisse de la pression a été, par conséquent, moins considérable, d'abord, parce que, chez l'animal curarisé, il y a déjà une vascularisation exagérée des organes abdominaux, ensuite parce que nous n'excitions probablement qu'une partie des filets vaso-dilateurs des organes abdominaux. La pression a été prise tantôt dans l'artère splénique, au moyen d'un ajutage en T, tantôt dans un des rameaux de l'artère mésentérique supérieure, avec une simple canule, à cause des nombreuses anastomoses des différents rameaux de cette artère. J'ai ainsi constaté que l'excitation, par courant faradique très faible, du bout périphérique des racines de la première paire dorsale, provoque toujours un abaissement de la pression artérielle des organes abdominaux, *si la racine est très bien isolée*, car le moindre courant dérivé sur la moelle provoque, au contraire, une augmentation de pression, ainsi que le démontrent mes tracés.

Conclusions. — Mes expériences, faites sur des chiens et des lapins, démontrent donc :

1° Que la glycosurie, résultant de l'hyperglycémie, ainsi que j'ai pu le vérifier par des dosages du sucre du sang, et provoquée par l'excitation faradique des bouts centraux des nerfs vagues chez le chien, des nerfs dépresseurs chez le lapin, et des nerfs sensibles en général, est le résultat d'une impression apportée par ces différents nerfs, au centre vaso-dilatateur intra-bulbaire, d'où partent des filets centrifuges cheminant dans la moelle jusqu'à la hauteur de la première paire de nerfs dorsaux, à partir de laquelle, jusqu'à la troisième paire, peut-être, ils sortent de la moelle pour gagner la chaîne sympathique, et de là, le nerf grand splanchique.

Mes recherches donnent l'explication des cas de glycosurie que l'on rencontre dans certaines maladies (lésions cardiaques, rhumatisme, pleurésie, fièvre typhoïde, fièvre paludéenne, hémorrhagie cérébrale).

2° L'arrachement des 2 ou 3 premières paires dorsales supprime l'effet, sur la circulation, des excitations des bouts centraux des non vagues et des non dépresseurs. Cet arrachement supprime aussi l'effet de la piqûre du 4e ventricule.

3° L'excitation des bouts périphériques des racines de la 1re paire dorsale, de chaque côté, produit un abaissement de la pression artérielle des organes abdominaux et démontre, par conséquent, l'existence de nerfs vaso-dilatateurs cheminant par ces racines.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le transport des malades dans les hôpitaux.

Depuis près de cinq mois, l'épidémie de variole qui, malheureusement, n'est point encore entrée dans une période décroissante, fait de nombreuses victimes dans la population de Paris. En face du nombre toujours grandissant de malades, l'Administration de l'Assistance publique a vu ses charges et ses devoirs s'augmenter, et, avec une activité que nous nous plaisons à reconnaître, elle a créé des lits supplémentaires dans les hôpitaux, aménagé les bâtiments qui se trouvaient libres, construit des baraques, etc., de manière à faire face aux besoins qui se présentaient plus grands de jour en jour. A cet égard, l'Administration a fait son devoir tout entier.

En a-t-il été de même au point de vue de la prophylaxie, et, étant admis ce fait que « la variole n'est jamais spontanée et ne se contracte que par contagion », les mesures d'isolement, de désinfection, ont-elles été prises en temps voulu, et ont-elles été appliquées avec la rigueur que l'on était en droit de demander ? Nous n'hésitons pas à répondre non.

Certaines de ces mesures, pourrait-on objecter, ne peuvent s'appliquer qu'avec le secours de la loi ; nous les laisserons momentanément de côté et nous ne passerons en revue que celles qui étaient d'une application facile, compatible avec les règlements actuels et avec les moyens que l'administration avait à sa disposition. Une des premières questions qui auraient dû attirer l'attention des administrateurs est la suivante : transport des malades dans les hôpitaux. C'est elle que nous étudierons rapidement aujourd'hui.

Etant donné un malade se trouvant dans l'impossibilité de se faire traiter à domicile, deux moyens de transport se trouvent à sa disposition pour gagner les hôpitaux : 1° les voitures ; 2° les brancards. De voitures spéciales, appartenant à l'Assistance, aucune n'existant, il aura recours à une voiture de place, qu'il prendra à ses frais et occupera pendant un temps plus ou moins long, suivant l'hôpital sur lequel le Bureau central le dirigera. Cette voiture, quittée par le malade, rentrera de suite dans la circulation générale, sans avoir subi aucune mesure de désinfection. Supposons, et cela arrive tous les jours, que le malade soit varioleux, voilà de suite une voie de propagation, et non des moins actives, ouverte à la contagion. Il nous semble que, dans les circonstances que nous traversons, l'Administration devait se préoccuper de ces dangers de contagion qui lui ont été maintes fois signalés, et sa conduite était toute tracée : faire construire de suite des voitures spéciales pour le transport des malades contagieux, ainsi que cela existe depuis longtemps à Londres et depuis quelques jours à Bruxelles ; en attendant leur construction, louer des tapissières qui, aménagées *ad hoc*, auraient fait provisoirement le service. En même temps, elle devait provoquer, de la part de la Préfecture de police, un arrêté interdisant, sous des peines sévères, aux Compagnies des voitures publiques et aux cochers, le transport des varioleux.

Si le malade choisit le second moyen de transport, il pourra s'adresser ou aux commissariats de police, en envoyant réclamer le brancard par deux commissionnaires médaillés qu'il prendra à ses frais, ou bien, s'il est indigent, aux maisons de secours du bureau de bienfaisance, qui, sur certificat du médecin, lui délivreront un brancard et des porteurs. S'il s'adresse au commissariat de police, il aura des chances d'éviter la contagion, car, depuis quelque temps, et cela grâce au Conseil d'hygiène et de salubrité publique, il y a dans les commissariats (1) deux brancards, dont l'un est destiné spécialement aux malades contagieux ; de plus, certaines mesures de désinfection ont été prescrites.

Mais, si le malade est dans la triste situation de s'adresser aux maisons de secours, il aura toutes les chances d'être contagionné. Ce que nous avançons est prouvé, du reste, par les résultats de l'enquête que nous venons de faire dans le 5e arrondissement, celui qui, à l'heure actuelle, paie le plus fort tribut à l'épidémie. Dans cet arrondissement, il existe quatre maisons de secours, et elles n'ont ensemble que *trois brancards* à mettre à la disposition des nombreux malades. Un pour la maison de la rue Boutebrie (Sorbonne) ; un pour la maison de la rue Saint-Jacques (Val-de-Grâce) ; *un* pour les maisons de la rue Thouin et de la rue de l'Epée-de-Bois (Saint-Victor et Jardin des Plantes). Ces brancards, des plus primitifs, n'ont pas été renouvelés depuis de longues années ; ils servent *indistinctement* à tous les malades, contagieux ou non ; aucune mesure de désinfection n'est prise, il n'en a point été prescrit ; elles seraient, d'ailleurs, impossibles à prendre car les malades font queue (2) et les brancards sont toujours en service.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur les dangers et les inconvénients multiples du mode actuel de transport des malades, et nous espérons que l'Administration de l'Assistance publique s'empressera de mettre un terme à une pratique aussi défectueuse.

La variole dans les hôpitaux militaires.

Renseignements pris, le nombre des varioleux dans les hôpitaux militaires de Paris est insignifiant ; il ne dépasse pas 20 et, dans ce nombre, la majorité des cas n'offre pas de gravité : il s'agit de varioloïdes légères. Enfin, il n'y aurait pas de mortalité.

Cette situation exceptionnellement favorable est due aux mesures qui ont été prises depuis quelque temps. Chaque année, il est procédé aux revaccinations *dès l'arrivée du contingent*. L'an dernier, on a fait une revaccination générale de la garnison, et, cette année, on a revacciné un grand nombre d'hommes sur lesquels la revaccination n'avait pas réussi en 1879.

Les revaccinations sont opérées par les soins et sous la responsabilité des médecins en chef des hôpitaux militaires, chargés de la récolte et de la conservation du vaccin. *Toutes les revaccinations* — le règlement est formel — *doivent se faire de bras à bras avec des enfants, lesquels reçoivent* QUINZE FRANCS *par séance*.

La pratique des hôpitaux militaires est excellente et ne mérite que des éloges. Grâce à elle, la variole a presque entièrement disparu de ces établissements. Les cas qui sur-

---

(1) Les postes de police sont tous pourvus d'un brancard, mais celui-ci est réservé aux personnes qui viennent d'être blessées accidentellement ou qui sont trouvées malades sur la voie publique.

(2) C'est l'expression de la sœur qui nous a fourni des renseignements pour une des maisons de secours.

gissent encore se rencontrent surtout chez des *officiers* ou chez des hommes qui, entêtés ou timides à l'excès, se dissimulent le jour de la revaccination.

De tels résultats montrent, une fois de plus, la nécessité de laisser aux médecins militaires la direction de l'hygiène sanitaire de l'armée. Ce que le Conseil de santé a fait pour la variole peut et doit être fait pour la fièvre typhoïde; qu'on donne aux médecins le pouvoir de régler le logement, d'exprimer leur opinion sur la propreté des casernes, qui laisse si énormément à désirer; que le Génie daigne accepter les observations des médecins et la fièvre typhoïde diminuera dans une proportion considérable. Une telle tâche ne découragera pas les médecins de l'armée et ils se feront un honneur de l'accomplir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 *février* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Nouvelles lettres de M. Javal. — M. PONCET, dit que les nouvelles lettres de M. Javal sont d'autant plus utiles pour l'évaluation de l'acuité visuelle que les anciennes échelles de Snellen, Giraud-Teulon paraissent reposer sur un principe aujourd'hui attaqué de plusieurs côtés. C'est ainsi que des Nubiens ont donné aux expériences de Cohn une acuité bien supérieure à 1. Chez certains de ces Nubiens S était égale à 2 et même à 1 1/4.

Il est permis de penser que le principe même, qui a présidé à la formation des lettres, doit être corrigé. On admet que, pour avoir la sensation, par exemple, des deux jambages de l'*n*, il faut que trois bâtonnets soient impressionnés : deux par l'absence de lumière, et celui du milieu par l'éclairage. C'est là une hypothèse, et rien ne prouve que les sensations seront confuses si deux bâtonnets successifs sont seulement impressionnés par cette figure *n*.

L'éclairage, le contraste jouent aussi le plus grand rôle, c'est donc avec raison que M. Javal présente des types d'éclat différent, dont les dimensions devront, suivant moi, être calculées à nouveau. C. A.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 *mai* 1879.— PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

31. Laryngite nécrosique avec perforation étendue du cartilage thyroïde, chez un tuberculeux ; par le D[r] SCHMIT, aide-major à l'hôpital de Versailles.

Archambaud, artificier au 11e régiment d'artillerie, 41 ans, 23 ans de service, mort le 4 mai 1879 à l'hôpital de Versailles. Les poumons étaient farcis de tubercules ; vastes cavernes à gauche ; granulations tuberculeuses dans les méninges et le péritoine. Pas d'antécédents syphilitiques.

Ce qui fait l'intérêt de l'observation, ce sont les lésions du larynx. On trouve en effet, à la hauteur du cartilage thyroïde entre les muscles sterno-thyroïdiens, une petite poche purulente de la grosseur d'une noix, assez bien circonscrite non entourée d'emphysème, communiquant par un trajet à travers le cartilage thyroïde avec la cavité du larynx. Vue de l'intérieur, la fistule a la forme d'une fente verticale commençant au niveau des cordes vocales inférieures, pour remonter à deux centimètres plus haut. Cet orifice est obstrué par des grumeaux purulents et de petits grains durs, d'aspect osseux, qu'on reconnaît pour être des séquestres. Le reste de la muqueuse a la rougeur de la laryngite, mais, en aucun point, on ne peut distinguer la moindre trace d'ulcération, la plus petite saillie tuberculeuse. Les cordes vocales sont indemnes. Débarrassé du pus et des séquestres, l'orifice fistuleux interne a une forme ovale de 2 centimètres et demi de haut sur 1 et demi de large, l'orifice externe est beaucoup plus allongé et atteint le bord supérieur du cartilage.

Rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner ces lésions. L'examen laryngoscopique n'avait permis de rien découvrir : quant à la voix, elle n'était pas, à la vérité, normale, mais elle ne différait pas de celle d'une laryngite ordinaire, et par moment, dans ses accès de délire que causaient les tubercules méningés, le malade incommodait ses voisins par des chants religieux et notamment le *Te Deum*.

32. Tubercule dans le plancher du quatrième ventricule au niveau du noyau de la sixième paire du côté droit.— Paralysie du droit externe de l'œil droit, avec inertie du droit interne de l'œil gauche dans les mouvements associés des deux yeux. — Paralysie des membres du côté gauche ; par A. POULIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Cathelin Olivier, âgé de 37 ans, est entré, le 28 septembre 1878, dans le service de M. le professeur LABOULBÈNE à la Charité.

C... est entré à l'hôpital pour une pleurésie du côté droit qui a été ponctionnée. Depuis 3 mois, il s'était aperçu qu'il ne pouvait plus porter son œil droit en dehors, en même temps qu'il devenait plus faible du côté gauche. Il n'y a jamais eu de perte de connaissances, ni de convulsions.

Janvier 1879. Nous examinons le malade à cette époque seulement, et le trouvons dans l'état suivant : c'est un homme maigre, affaibli. Quelques craquements sous la clavicule droite, respiration rude avec expiration prolongée et soufflante au sommet gauche.

Les membres, du côté gauche, sont notablement affaiblis, le malade ne peut serrer que faiblement avec la main gauche. — Atrophie assez prononcée des muscles de la cuisse gauche. Pas de contracture, pas de troubles de la sensibilité.

On constate de plus, en examinant la face, que le muscle droit externe de l'œil droit est paralysé ; il est impossible au malade de déplacer le globe de l'œil en dehors. — En même temps, dans la vision binoculaire, il est facile de s'assurer, en faisant suivre son doigt et en le portant à droite, que le droit interne de l'œil gauche n'agit pas. — Vient-on au contraire à fermer l'œil droit, les mouvements de l'œil gauche s'effectuent normalement. Celui-ci peut se déplacer en dehors, en haut, en bas et en dedans. — La paralysie du droit interne qui existait dans la vision binoculaire n'existe donc plus si l'on vient à supprimer l'œil droit.

Le 15 *janvier* et les jours suivants, C... a eu la fièvre, et présente une stupeur marquée, sans qu'on puisse découvrir par l'auscultation d'autres signes que ceux qui existaient précédemment. — Le malade succombe le 21 janvier.

AUTOPSIE le 22 janvier 1879. — *Thorax*. Les deux poumons sont remplis de granulations miliaires. Quelques tubercules caséeux seulement aux sommets. Surcharge graisseuse du cœur. *Cavité crânienne*. — Méningite tuberculeuse, fortement prononcée au niveau de la base de l'encéphale; exsudats purulents et granulations dans la scissure de Sylvius. A la coupe du cerveau, tubercule pistaché ramolli, de la grosseur d'une bille, dans le lobe occipital du côté gauche dans l'écorce. On trouve un autre gros tubercule dans le cervelet, du côté droit, situé également immédiatement sous l'écorce grise.

En examinant le bulbe, on remarque une saillie notable sur le plancher du 4e ventricule, du côté droit, au niveau de la partie moyenne, et près de la ligne médiane.

Une incision transversale pratiquée en ce point permet de voir un gros tubercule pistaché de la dimension d'une bille empiétant légèrement sur la ligne médiane.

La tumeur siége précisément au niveau de l'*eminentia teres*, au niveau du noyau de la sixième paire.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est absolument analogue à celles qui ont été publiées dans la thèse récente de notre collègue, M. Graux (*De la paralysie du moteur oculaire externe, avec déviation conjuguée ;* par G. Graux. Thèse de Paris, 1878).

Les faits pathologiques rapportés par M. Graux, joints à des recherches expérimentales, ont démontré l'existence de filets nerveux qui agiraient seulement dans la vision binoculaire.

Des filets nerveux émanant de la sixième paire vont se porter au droit interne du côté opposé. Le cas très net que nous avons pu observer est un exemple de plus à l'appui de cette opinion généralement admise aujourd'hui.

33. Cancer de l'estomac; par ARNOZAN, interne.

Marie N..., âgée de 64 ans, est morte à l'hôpital de la Charité (service de M. SEVESTRE), le 17 mai 1879. Elle y était entrée quinze jours auparavant présentant la teinte jaune-paille, la maigreur excessive et la débilité qui caractérisent la cachexie cancéreuse. Au voisinage de l'ombilic, elle porte à ce moment une tumeur dure, indolore, mobile dans tous les sens, tantôt assez superficielle pour faire une saillie appréciable à la simple inspection, tantôt cachée pour ainsi dire dans l'abdomen où il faut la chercher par une palpation profonde, et occupant, suivant le moment de l'exploration, le côté droit ou le côté gauche de l'ombilic. Outre cette tumeur, on constate les signes d'une dilatation notable de l'estomac : sonorité exagérée dans toute la partie supérieure de l'abdomen, bruit de glouglou déterminé par la succussion. Malgré l'importance des lésions gastriques, la malade présente peu de troubles des fonctions digestives ; si elle est assez fortement constipée, si elle témoigne de l'aversion pour la viande, elle n'a point perdu l'appétit et demande à plusieurs reprises du vin et des aliments légers ; elle ne vomit point et n'a jamais eu d'hématémèse. L'anémie profonde dont elle est atteinte à son entrée progresse rapidement et s'accompagne bientôt d'un affaiblissement intellectuel de plus en plus prononcé. La malade s'éteint doucement, sans souffrir et sans présenter les complications ultimes habituelles du cancer, telles que la *phlegmatia alba dolens*.

A L'AUTOPSIE, faite 24 heures après la mort, on trouve un rétrécissement du pylore constitué par un véritable étui cancéreux qui s'arrête nettement, d'une part, à l'origine du duodénum, d'autre part, à 8 cent. de ce point, formant dans la cavité stomacale un bourrelet saillant bien accusé. La capacité de l'estomac dépasse à peine, contrairement à ce qui était prévu, les dimensions normales. Extérieurement, la tumeur ne présente aucune adhérence, elle flotte librement dans l'abdomen, elle présente des bosselures en petit nombre, dont l'incision laisse écouler de la matière colloïde tandis que la plus grande partie de la tumeur, notamment les points voisins du pylore qui sont ulcérés du côté de la cavité gastrique, est constituée par du tissu squirreux.

Tous les autres organes, moins la colonne vertébrale, ont été examinés ; il n'y avait nulle part de production cancéreuse secondaire.

Séance du 30 *mai* 1879 — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

34. Hernie inguinale gauche étranglée.— Taxis.— Persistance des accidents. — Kélotomie. — Mort. — Perforation du sac et du péritoine pariétal; par J. GIROU, interne des hôpitaux.

L... Adolphe, 57 ans, est atteint depuis 18 ans environ d'une double hernie inguinale, une droite peu volumineuse, une gauche atteignant au contraire d'habitude le volume d'une petite orange. Du reste, ces deux hernies n'ont été jamais le siége de douleurs vives; elles rentrent facilement dans l'abdomen et elles sont toujours maintenues réduites par un bandage double.

Le 20 mai, le malade, en se levant, oublie de mettre son bandage. Les hernies ne tardent pas à sortir, surtout la gauche, et, toute la journée, il souffre dans la région scrotale du même côté. Il a moins d'appétit que d'ordinaire. — A huit heures du soir seulement il souffre de douleurs très aiguës, et il ne peut réduire sa hernie du côté gauche. Aussi rapporte-t-il à ce moment le début des accidents, quoique, à cause des symptômes qu'il a présentés la veille, l'étranglement soit probablement plus ancien. — Il essaie d'aller à la selle, mais la constipation est absolue.

Vers 11 heures du soir, premiers efforts de vomissements. — A minuit, vomissements glaireux se répétant plusieurs fois. Pas de selle malgré ses efforts. — A dix heures du matin, les symptômes continuant sans amendement, le malade entre à l'hôpital. Alors, à la quatorzième heure de l'étranglement au dire du malade, à la vingt-sixième heure probablement, on essaie de faire rentrer la hernie par le taxis simple.

Ne pouvant réduire la hernie par ce moyen, on a recours à un taxis forcé sous l'influence du chloroforme pendant un quart d'heure. Au bout d'un quart d'heure environ, cette hernie volumineuse comme une petite orange et d'une dureté considérable se réduit presque complétement. Pendant la journée, les symptômes fonctionnels continuent, les douleurs abdominales augmentent, les vomissements deviennent plus fréquents ; vers 8 heures du soir, ils commencent à être fécaloïdes. Le ventre se tympanise. On donne au malade de l'opium à haute dose, et on applique de la glace sur le ventre.

Minuit. Les symptômes persistent malgré l'opium et la glace (coliques vives et vomissements fécaloïdes). Il n'y a pas de signes locaux du côté du scrotum et du trajet ancien de la hernie. — Pas de rougeurs, pas d'emphysème, rien qui puisse faire soupçonner une perforation de l'anse intestinal. Le malade indique comme siége des douleurs les plus vives, un point situé au-dessus de l'arcade fémorale à 4 ou 5 centimètres en dehors de la ligne médiane.

22 mai, 9 heures du matin. — Les symptômes persistent. M. Anger se décide à faire la kélotomie. On entre dans un sac vide descendant jusqu'au niveau du testicule et s'adossant à la tunique vaginale. Un prolongement de l'incision vers la partie supérieure permet seul d'arriver jusqu'à la partie supérieure du sac. Le doigt sent alors très profondément une petite tumeur demi-molle, arrondie, entourée d'un collet assez difficile à sentir. Des incisions sur ce collet ou ces brides sont tentées ; M. Anger ne croit pas pouvoir obtenir un débridement. Un pansement simple est fait dans la plaie.

Dans la journée, les symptômes continuent sans rémission. A 5 heures, légère hémorrhagie par les artères tégumentaires s'arrêtant par une compression légère. Mort à 11 heures du soir.

AUTOPSIE le 24 mai, à 9 heures du matin. — Quand on pénètre dans l'abdomen, on trouve une anse de l'intestin grêle non recouverte par l'épiploon libre et relevée vers la partie supérieure, adhérente à la paroi abdominale, un peu au-dessus de l'arcade fémorale gauche. Au-dessous de cette anse et faisant également saillie dans la cavité abdominale est une petite tumeur noirâtre, arrondie, molle, appliquée contre la paroi par une bride fibreuse, et se continuant avec les deux bouts de l'anse. Une pression légère, dirigée en bas et en dedans, fait sortir de l'abdomen cette tumeur, et alors la dissection de la région montre les faits suivants :

Le sac herniaire, long de 10 à 12 centimètres, étendu de la tunique vaginale au canal inguinal, se termine au niveau de l'orifice interne de ce canal par un collet très serré ; c'est la bride qui appliquait la petite tumeur et l'anse intestinale contre la paroi.

A travers ce collet, qui n'est pas déplacé, passe une hernie constituée par les organes suivants : 1° Une anse simple d'intestin grêle : cet intestin est couleur feuille morte, déprimé, complétement vide de gaz et de matière et présente à son sommet une petite perforation ; 2° une petite masse graisseuse du volume d'une noisette, dépendant probablement du péritoine. Le sac est vide de matières fécales. Il ne présente pas de traces de contusion ou d'inflammation. Seulement, à sa partie supérieure, on trouve, au niveau du collet, à sa partie externe, une déchirure du sac longue de 5 à 6 centimètres. Une déchirure semblable, également fort irrégulière, se présente sur le péritoine pariétal en dehors de l'orifice interne du canal inguinal. C'est par ces deux orifices traumatiques et produits vraisemblablement pendant le taxis, que la hernie s'est réduite dans l'abdomen en conservant son étranglement au niveau du collet, et en formant une courbe autour de la demi-circonférence externe du collet. C'est par là qu'elle faisait encore saillie dans l'abdomen au début de l'autopsie et qu'on l'a fait sortir pour lui faire occuper sa place primitive dans le sac. La perforation de l'anse étranglée a dû être postérieure au taxis ; autrementon, aurait trouvé des gaz ou des matières dans le sac, soit au moment de l'opération le 22, soit au moment de l'autopsie. C'est ce qui n'a pas eu lieu.

Cette observation est intéressante à divers points de vue,

*

elle met sur la voie d'un des dangers du taxis forcé qui a été mal connu jusqu'à maintenant. La rupture du sac pendant le taxis n'est indiquée que dans deux autres observations: 1° une de Laugier, dans laquelle le collet avait été détaché circulairement du péritoine adjacent, et la hernie avait été ainsi réduite profondément dans l'abdomen avec son collet ; 2° une de M. Benjamin Anger, rapportée par M. le Dr Osario (*De la réduction en masse de la hernie étranglée.* — Thèse de Paris, 1879), dans laquelle il s'agit également d'une hernie inguinale gauche. Mais l'ouverture se fit à la partie interne du sac au lieu de se faire à la partie externe.

Il est donc très difficile de faire le taxis dans la direction exacte du sac, puisque deux cas, terminés de la même façon, et observés par le même chirurgien témoignent de manœuvres dirigées trop obliquement, dans les sens inverses, les deux fois.

Dans le premier cas, observé par M. Anger, la mort avait été trop brusque pour qu'on eût le temps de tenter une kélotomie qui, du reste, n'a pas réussi dans le second cas. Enfin, cette terminaison funeste était d'autant plus difficile à prévoir que, dans les deux cas, le taxis avait été fait dans les conditions de pression ne dépassant pas celle que l'on emploie d'habitude pour cette opération, et qu'il s'agissait de hernies étranglées depuis peu de temps (24 heures dans un cas, 26 dans l'autre), et par conséquent peu susceptibles de présenter déjà les altérations pathologiques du sac.

35. Cirrhose et cancer primitif disséminé du foie; par M. Louis DUBAR, interne des hôpitaux.

Lenig (Louis), âgé de soixante-deux ans, entre le 5 mai 1879, salle Saint-Lazare, 26 (service de M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ).

Pas d'antécédents héréditaires. Lenig a perdu son père et sa mère à un âge très avancé (90 et 82 ans), frères et sœurs très bien portants. Ne s'est jamais reposé un seul jour pour cause de maladie jusqu'à la fin de 1878. Le seul fait à relever avant cette époque, c'est qu'il a eu en 1868 des revers de fortune et des chagrins de famille qui l'ont beaucoup affecté. Pas d'alcoolisme; à la fin de décembre 1878, il est pris, pendant quinze à dix-huit jours, de diarrhée; il prétend qu'il y avait des matières noires dans ses garde-robes. La diarrhée disparaît, et, pendant quinze jours tout va bien. Il commence alors à vomir. Ces vomissements sont alimentaires, plus souvent formés par une sorte de bouillie noirâtre ressemblant à du marc de café. Ils se répètent plusieurs fois par jour. Le malade maigrit rapidement et perd ses forces, d'autant plus que l'appétit est presque supprimé. Ces phénomènes durent un peu plus d'un mois.

Pendant une partie de mars, les vomissements disparaissent. Mais de nouveaux phénomènes entrent en scène : le ventre commence à enfler, c'est par le bas-ventre que le gonflement débute ; bientôt il s'étend à toute la cavité abdominale. Enfin, ce n'est que trois semaines avant son entrée à l'hôpital que l'œdème envahit les extrémités inférieures. En avril, les vomissements reparaissent avec les mêmes caractères, c'est-à-dire alimentaires et sanguins. Les vomissements cessent encore pour ne plus revenir à partir du 20 avril.

Etat actuel. — Le malade est très amaigri. Il présente une teinte pâle avec léger reflet jaunâtre. En le découvrant, on est frappé du grand développement de la cavité abdominale. Gonflement général, épigastre et flancs très distendus. A la surface de l'abdomen, quelques veines dilatées. Réseau veineux en voie de développement au niveau de l'hypocondre droit et de l'épigastre ; autre, à mailles plus serrées, au niveau de l'hypocondre gauche. Vers les parties inférieures de l'abdomen, il n'y en a pas trace.

Ascite considérable. Sensation de flot très nette. La distension des parois abdominales empêche l'exploration des viscères. Pas de douleur.

Membres inférieurs et bourses œdématiés, conservant l'impression des doigts. — Rien pour le cœur et les vaisseaux. Poumons sains. Intelligence intacte. — Urines jaune sale. Pas d'albumine.

Diagnostic difficile. Deux opinions sont en présence : d'un côté, les chagrins, l'âge, les vomissements noirs et le mélæna l'amaigrissement rapide, la teinte jaune pâle tendent à faire admettre un cancer stomacal qui se serait propagé au hile du foie ou au foie. L'ascite et l'œdème dépendraient d'une compression veineuse par la néoplasie. D'un autre côté, l'ascite considérable, les réseaux veineux font songer à une cirrhose possible du foie. Dans cette hypothèse, les hématémèses et le mélæna sont symptomatiques d'un obstacle à la circulation de la veine-porte intra-hépatique.

M. Dujardin-Beaumetz pratique, le 8 mai, une ponction abdominale avec un gros trocart, sept litres d'un liquide citrin albumineux s'écoulent. Lorsque les parois abdominales sont affaissées, on sent facilement, dans la région épigastrique, le lobe gauche du foie dur et légèrement bosselé. Le foie paraît petit. L'exploration attentive de l'estomac ne fait découvrir aucune induration. M. Beaumetz, tout en faisant quelques réserves à cause de l'âge, de la coloration et surtout de la marche rapide des accidents, conclut à une cirrhose.

Les jours suivants, le liquide se reproduit rapidement. Le 15 mai, l'abdomen est aussi distendu qu'avant. Le malade boit beaucoup de lait et ne vomit pas. Il tousse un peu depuis deux ou trois jours. L'examen de la poitrine révèle l'existence, aux deux bases, d'un hydrothorax, dans l'étendue de quatre travers de doigt. Du 15 au 19 mai, l'affaiblissement fait de rapides progrès. Le malade ne peut plus rien prendre. Meurt le 20, à quatre heures du soir.

AUTOPSIE. — Les organes thoraciques sont sains. Pas de lésion valvulaire. Un peu d'épanchement séreux dans les plèvres.

L'estomac et l'intestin sont ouverts dans toute leur étendue. La muqueuse stomacale n'offre que deux îlots rougeâtres, ecchymotiques. D'ailleurs, aucune trace de cancer. Le pylore est épais. Mais cet épaississement est constitué par des fibres musculaires un peu hypertrophiées.

Dans le reste de l'intestin, pas trace d'altération. La rate est petite et a sa consistance normale. Les reins sont un peu congestionnés. — Les organes du petit bassin, vessie, rectum, prostate sont parfaitement sains. — Le foie présente des altérations très remarquables sur lesquelles nous allons insister.

Les ganglions du hile du foie sont ordinaires et n'exercent aucune compression sur les divisions de la veine-porte. Foie petit, dur, légèrement bosselé à la surface. Ces bosselures ou granulations sont très appréciables au niveau du lobe gauche et sur toute la face inférieure du foie. On fait deux coupes antéro-postérieures, une sur le lobe gauche, l'autre sur le droit Tissu dur, crie sous le scalpel. La coupe du gauche nous découvre des noyaux d'aspect cancéreux, jaune brunâtre, isolés dans certains points et comme agminés dans d'autres. La coupe portant sur le droit traverse un énorme noyau, gros comme un œuf de poule, brun, demi-mou, ce qui diffère de la consistance dure, fibreuse des régions voisines. Près de ce gros noyau sont des amas cancéreux plus petits. Par des coupes pratiquées dans diverses directions, on constate des masses cancéreuses, de grosseur très diverse dans tout le foie. Le tissu du foie, autour de tous ces noyaux, est résistant et ne se laisse pas déchirer par l'ongle. Il est lobulé, et on constate, entre les lobules, des lignes nettement dessinées de tissu conjonctif.

L'examen microscopique, qui vient révéler la coexistence dans le foie de deux lésions bien distinctes, la cirrhose et le cancer, est complétement confirmé par l'étude histologique que M. le docteur Cornil a bien voulu nous transmettre :

L'étude a porté sur deux points. Là où les îlots cancéreux n'existent pas, le tissu du foie présente les lésions bien connues de la cirrhose : l'hypertrophie du tissu conjonctif avec état normal des cellules hépatiques. Un caractère important, puisqu'on le rencontre toujours dans la cirrhose, se retrouve également ici, nous voulons parler de l'hypertrophie des vaisseaux biliaires, des vaisseaux extrêmement élargis, présentent des dilatations ampulliformes. Ils ne peuvent être confondus avec des vaisseaux sanguins, car, à leur intérieur, on trouve une série de cellules épithéliales constituant dans leur ensemble une membrane, qui s'est détachée de la paroi, parce que le réactif employé pour la préparation a amené une rétraction du tissu conjonctif.

Dans les points en voie de transformation squirreuse, nous trouvons les lobules hépatiques qui, au premier abord, ne semblent pas altérés et qui sont entourés par du tissu fibreux très dense. Le tissu conjonctif qui entre dans la constitution normale du lobule présente également la même disposition que dans un lobule sain. Mais en examinant la préparation à un fort grossissement, des altérations apparaissent, aussi bien dans le tissu conjonctif du lobule que dans les cellules hépatiques. On sait que dans le tissu conjonctif normal, on trouve des fibres séparées par des cellules plates. Ici, nous avons ces deux éléments; mais, de plus, nous rencontrons au milieu des fibres, de véritables nids de grosses cellules cancéreuses. Sur les parois de ces nids, on aperçoit les cellules plates normales. Les cellules hépatiques sont plus grosses que d'ordinaire. Elles sont formées de protoplasma sans bile ni graisse et contiennent à leur intérieur des masses cancéreuses.

Lorsqu'on jette un coup d'œil d'ensemble sur la préparation, on est frappé de trouver côte à côte des lobules complètement sains, des lobules cancéreux et des lobules cirrhotiques.

L'étude anatomique du foie de notre malade est donc venue démontrer la coexistence de deux affections, qui évoluent rarement ensemble : le cancer et la cirrhose. Elle confirme les deux diagnostics qui ont été portés pendant la vie, et met d'accord deux opinions qui, au premier abord, paraissaient complètement opposées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 25 juillet 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Vers intestinaux. — M. BESNIER attire l'attention sur la fréquence, peut-être trop méconnue, des vers intestinaux. Le tœnia inerme dont les cucurbitains sortent dans l'intervalle des garde-robes est facile à diagnostiquer; mais il n'en est déjà plus de même du tœnia solium qui n'apparaît que dans les selles, et quant au botriocéphale il est souvent méconnu, à cause de la variabilité des symptômes qu'il provoque. — Il est utile, lorsqu'un malade a de la diarrhée ou des symptômes intestinaux, de songer à la possibilité des vers intestinaux qui ne sont pas aussi rares qu'on le pense. C'est ainsi qu'une dame, atteinte d'entérite chronique avec amaigrissement très marqué qui faisait songer au cancer, a rendu un botriocéphale à la suite de l'expulsion duquel tous les phénomènes se sont amendés. La teinture de camala est le remède qu'emploie dans ce cas M. Besnier.

M. CONSTANTIN PAUL regarde la fougère mâle (pilules de Peschier) comme le meilleur anthelmintique.

M. LABOULBÈNE a vu un malade qui n'a rendu son botriocéphale qu'après l'administration de la teinture de camala.

M. LEREBOULLET a guéri une jeune fille par l'administration répétée d'écorce de grenadier. En Hollande, où le botriocéphale est, paraît-il, commun, on emploie habituellement la fougère mâle.

M. DAMASCHINO a réussi également avec l'écorce de grenadier.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ donne en ce moment, à une malade du service de M. Mesnet, atteinte de botriocéphale, le tannate de peltiérine (alcaloïde du grenadier).

Pleurésie gangréneuse. — M. RENDU rapporte l'observation d'une malade chez laquelle la gangrène de la plèvre a été primitive : La malade en question commençait à tousser vers la fin de mai. Bientôt après, fièvre, pleurodynie, oppression, insomnie. A l'entrée à l'hôpital (trois semaines après le début) pas de voussures thoraciques; vibrations thoraciques à peu près normales, un peu de submatité à gauche; à cette même base, respiration affaiblie, rude et soufflante au sommet. Il s'agissait d'une pleurésie ou d'une congestion pulmonaire symptomatique d'une tuberculose. Cette dernière opinion fut acceptée. Un matin, on la trouve très abattue; et, en auscultant, on constate un pneumothorax; au moment où elle s'assied, vomique fétide, d'odeur et d'aspect gangréneux. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, on trouvait à la base de la plèvre gauche, au voisinage du diaphragme, une cavité remplie d'un liquide analogue à celui de la vomique. Des fausses membranes épaisses tapissaient cette cavité dont la paroi était noirâtre et exulcérée sur une certaine étendue. Au niveau, le poumon était perforé, mais autour de la perforation on ne trouvait pas la zone inflammatoire qui entoure les foyers de sphacèle pulmonaire; le parenchyme, en ces points, était ardoisé, exsangue, atélectasié.

M. DEBOVE a observé l'année dernière un fait analogue : un garçon de 15 ans entre à l'Hôtel-Dieu avec une pleurésie peu abondante; l'épanchement augmente et devient abondant; on finit par penser à une pleurésie purulente. La thoracentèse fut pratiquée; il s'écoula un liquide horriblement fétide, de couleur jus de tabac. La mort survint quelque temps après. A l'autopsie, outre les altérations d'une pleurésie purulente, on trouvait plusieurs corps d'une fétidité horrible rappelant par leur forme et leur volume les matières du gros intestin. Au microscope, il fut constaté qu'ils étaient formés par des cristaux d'acides gras enchevêtrés en tous sens.

M. LABOULBÈNE indique que, dans une thèse récente, M. Hermil rapporte un certain nombre de faits semblables, concernant surtout les pleurésies de la base.

Gliome de la base du cerveau. — M. DESNOS présente le cerveau d'un malade qui offrit comme phénomènes : du tremblement des mains, de l'ataxie des membres inférieurs, un affaiblissement marqué de l'ouïe et de la vue; et une constipation opiniâtre; ni paralysie, ni attaque épileptiforme, mais de nombreuses attaques comateuses dans l'une desquelles il a succombé. A l'autopsie, on trouve une congestion encéphalique intense et un gliome du volume d'une orange occupant l'espace inter-pédonculaire, le troisième ventricule et les ventricules latéraux.

Anatomie pathologique de l'urticaire. — M. VIDAL présente une préparation histologique d'un fragment de peau atteinte d'urticaire recueillie sur le vivant. Au pourtour des coupes horizontales, on trouve les vaisseaux gorgés de sang et congestionnés. Au centre, on aperçoit des globules blancs disséminés en grand nombre entre les éléments du derme, dans les papilles, et même dans la couche la plus profonde de l'épithélium. Ces lésions sont celles d'un œdème aigu assez analogue à l'œdème artificiel que produit l'injection d'eau dans le derme.

M. DUMONTPALLIER rapporte à la Société quelques exemples d'*amyosthénie* consécutive à l'emploi de la métallothérapie chez des hystériques guéries pas l'usage d'un métal intra et extra.

Séance du 8 août 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Vers intestinaux. — M. BESNIER a administré lui-même le remède de Peschier après l'avoir fait venir de Genève. Il a obtenu un succès complet et montre à la Société un botriocéphale expulsé en totalité. Il ajoute quelques remarques sur l'origine, la symptomatologie, la prophylaxie et le traitement du botriocéphale. D'après M. Revilliod (de Genève), la femme, généralement accusée de donner le botryocéphale à l'homme aurait le sien propre.

M. CONSTANTIN PAUL fait remarquer que l'on obtient, par l'extrait éthéré de fougère mâle préparé avec des rhizomes récents, des effets aussi bons qu'avec le remède de Peschier.

M. LABOULBÈNE attribue la rareté du botriocéphale à l'usage des fontaines filtrantes. Il a apporté lui-même quelques modifications à l'emploi de la racine de grenadier. Il l'administre après l'avoir pulvérisée comme du café, et, dans ces conditions on peut, en général, ne pas donner de purgatif huileux au moment des premières coliques.

Traitement de l'œdème. — M. LABOULBENE, pour éviter l'érythème, l'érysipèle ou la gangrène locale, emploie souvent, dans le cas d'œdème considérable des membres inférieurs, l'ignipuncture avec de petites aiguilles rougies.

Hypertrophie de la rate et du foie. — M. LABBÉE présente un jeune homme chez lequel cette double hypertrophie s'est developpée lentement et sans cause saisissable. De l'ascite survient à certains moments et disparaît après administration de 25 gr. d'eau-de-vie allemande et 30 gr. de sirop de nerprun, mais revient tous les dix ou douze jours. Le gonflement du foie a déjà notablement diminué, mais la rate

conserve son volume. M. Labbée demande l'avis de ses collègues sur le diagnostic et le traitement. Il pense être en présence d'une tumeur solide de la rate : la ponction n'a donné que quelques gouttes de sang, le pronostic paraît fatal. Pourrait-on songer à la splénotomie ?

M. Blachez a vu quelque chose de semblable chez une femme de 40 ans. Les douches et l'iodure de potassium ont diminué le volume du foie, mais celui de la rate n'a pas été modifié. L'examen du sang n'a rien montré de particulier.

R. M. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1880. — Présidence de M. Tillaux

M. Théophile Anger, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la communication de M. S. Duplay.

En 1874, il a opéré un *hypospadias* avec courbure de la verge, chez un enfant de 5 ans. Quatre années ont été nécessaires, mais le succès a été complet. De même, l'année dernière, il a opéré un épispadias compliqué d'exstrophie de la vessie. Tout d'abord il s'est occupé de la lésion vésicale. Après avoir taillé un lambeau abdominal, dans le but de créer à la vessie une paroi antérieure, il a taillé un second lambeau scrotal destiné à s'aboucher avec le premier. Le lambeau inférieur devait avoir, pour résultat principal, de combattre la rétractilité en sens inverse du lambeau supérieur, et, de fait, le but a été atteint. Mais cette manière de procéder a eu un second avantage; le lambeau périnéal se rétractant, a fait disparaître la courbure de la verge, et, évité, par cela même, les sections transversales que l'on fait en pareil cas. — Malheureusement, le malade mourait de la variole au moment où M. Th. Anger allait s'occuper de la restauration de l'urèthre.

M. A. Desprès fait un rapport sur une observation de M. Pereira y Guimaraez (de Rio-Janeiro). Il s'agit d'un fait d'*anévrysme artérioso-veineux* du pli du coude, à la suite d'une saignée, et guéri par la compression digitale. M. Desprès conclut à une phlébartérie. — En même temps que l'anévrysme, s'était montrée une contracture du membre supérieur, due certainement à la lésion d'une branche nerveuse.

M. Nicaise présente un malade des plus intéressants, atteint d'*hypertrophie unilatérale partielle* du membre supérieur gauche. L'hypertrophie est manifeste et porte surtout sur l'avant-bras et sur la main.

Le cubitus est principalement atteint ; il est plus long de quatre centimètres, tandis que le radius a subi une augmentation d'un centimètre seulement. La main gauche et les doigts correspondants sont beaucoup plus gros et plus longs que ceux du côté opposé. En revanche, l'humérus gauche est moins long d'un centimètre, mais, s'il a diminué de longueur, il est certainement plus large.

Les parties molles du membre supérieur paraissent également hypertrophiées ; le diamètre du membre est agrandi ; mais, c'est là une pseudo-hypertrophie, un résultat de l'œdème, et le dynamomètre prouve, en effet, une diminution de la force musculaire, l'atrophie des muscles.

Ce malade est âgé de 28 ans ; il affirme que l'hypertrophie date de quatre mois seulement, et qu'elle s'est très-rapidement développée, à la suite d'un traumatisme du coude. Il y a 4 mois, en effet, le malade est tombé sur le coude, très déformé aujourd'hui. Celui-ci est très-augmenté dans ses diamètres. En avant et en arrière de l'épitrochlée, le doigt sent une saillie considérable, de même au-dessus du tendon du triceps. Des productions osseuses mobiles, indépendantes de l'articulation, entourent le coude. Les mouvements sont relativement faciles, la flexion seule est gênée d'une manière notable. Mais, chose remaquable, tandis que la sensibilité est conservée sur le territoire du brachial cutané interne, du cubital, elle est abolie, au contraire, sur le trajet du radial et du médian. M. Nicaise insiste sur ce fait, que toutes ces lésions sont récentes, et qu'elles existaient déjà telles quelles, deux mois et demi après le traumatisme.

M. Marc Sée. — Il a déjà été parlé de ces pseudo-hypertrophies déterminées par le traumatisme ; il est convaincu que, dans le cas de M. Nicaise, c'est du coude que vient tout le mal. C'est le traumatisme qui, déterminant soit de l'irritation soit de l'inflammation, a occasionné l'hypertrophie du membre en même temps que des troubles de la sensibilité ; et, pour sa part, il a été témoin d'un cas à peu près semblable. Un malade lui est amené, avec la soudure de deux doigts ; une opération est pratiquée, elle réussit à merveille ; mais, voilà, que le médius, l'un des deux doigts soudés, s'hypertrophie d'une façon telle, et devient si gênant, que le malade ne peut s'empêcher de regretter sa difformité première.

M. Verneuil. — La question actuellement soumise à la Société de chirurgie me paraît une question grave. Il s'agit, en effet, de savoir si un individu, âgé déjà de 28 ans, peut, en deux mois et demi, faire une telle hypertrophie d'un membre ; si, chez un individu de cet âge, et en deux mois et demi, un cubitus peut s'allonger de 4 centimètres.

Il y a déjà plus de vingt ans, M. Broca disait, ici-même, que les os d'un adulte ne s'allongeaient pas. Pour ma part, m'appuyant sur les faits invoqués par Broca et sur d'autres faits recueillis dans les Archives de Langenbeck, je crois qu'il s'agit ici d'une hypertrophie congénitale, d'abord peu appréciable, qui avait échappé au malade, et à laquelle un traumatisme récent avait donné un coup de fouet. En dehors de cette hypothèse, un tel allongement du cubitus, en si peu de temps, et sur un sujet de 28 ans, me paraîtrait chose des plus bizarres.

M. Th. Anger explique les lésions du coude, chez le malade de M. Nicaise, par une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus et une subluxation de la tête du radius ; quant à l'hypertrophie du membre, il la trouve difficile à expliquer.

M. A. Desprès se rallie à l'opinion émise par M. Théophile Anger. — Il y a eu, chez ce malade, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus et peut-être de l'olécrâne, il y a actuellement de l'arthrite sèche de l'articulation ; d'hypertrophie du membre, point ; rien que de l'œdème, de cet œdème qui persiste parfois si longtemps à la suite des fractures et des fractures articulaires surtout. Quant aux troubles de la sensibilité, le même œdème suffirait à les expliquer. Il affirme la fracture, parce qu'il sent un cal à l'extrémité inférieure de l'humérus ; la gouttière olécrânienne est libre, le radius est poussé en dehors ; la fracture probable de l'olécrâne explique l'allongement considérable du cubitus. L'arthrite sèche est indéniable : gonflement de l'articulation, productions marginales, ostéophytes, craquements, rien n'y manque.

Malgré un pareil traumatisme du coude, fait observer M. Desprès, le malade ne s'est confié à un chirurgien que la consolidation obtenue, et bien lui en a pris. Traité et immobilisé par un chirurgien, il était fatalement condamné à l'ankylose : abandonné à lui-même, il a la presque entière liberté de l'articulation, aussi M. Desprès, conformément à l'opinion de Giraldès, n'immobilise-t-il pas les fractures du coude.

M. Verneuil. — Evidemment, ce malade a eu un traumatisme du coude, évidemment aussi, il a une arthrite sèche de cette articulation. Mais on ne peut pas nier davantage l'hypertrophie du membre : n'est-il point vrai que les métacarpiens et les doigts sont notablement augmentés dans toutes leurs dimensions, et viendra-t-on me dire encore que c'est là de l'œdème ? Cette hypertrophie étant admise, une fois pour toutes, supposons qu'il y ait eu fracture du coude, compliquée ou non de luxation? Cette fracture, cette luxation peuvent-elles, à elles seules, expliquer l'allongement considérable du cubitus, l'allongement de la main et des doigts ? Nullement. Il faut de toute nécessité admettre deux choses : 1° Un état antérieur; une hypertrophie commençante, une prédisposition à l'hypertrophie ; 2° Un état actuel, l'hypertrophie confirmée de l'avant-bras et de la main, sous l'influence d'un traumatisme du coude.

M. Maurice-Perrin et M. Nicaise acceptent l'opinion de M. Verneuil.

P. Méricamp.

Collège de France. — M. Alphonse Destrem, licencié ès-sciences physiques, est nommé préparateur de la chaire de chimie minérale, en remplacement de M. Montgolfier, appelé à d'autres fonctions.

CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

La chirurgie au Congrès de Bade. (52e session).

(*Centralblatt für Chirurgie, Wiener medizinische Presse, Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, de septembre, octobre, novembre 1879.)

Le 52e Congrès des naturalistes et des médecins allemands a eu lieu cette année, à Baden-Baden, du 18 au 24 septembre dernier. Mille savants environ s'étaient donné rendez-vous dans cette charmante ville, qui ne semblait guère destinée à être choisie comme lieu de réunion d'un Congrès qui a une si grande importance dans la vie scientifique de l'Allemagne. Les différentes branches des sciences médicales, gynécologie, chirurgie, médecine, anatomie pathologique, psychiatrie, etc., étaient brillamment représentées. Il y avait là la plupart des chirurgiens et presque tous les gynécologistes un peu connus d'Allemagne; parmi les étrangers citons Spencer Wells, douze Autrichiens, notre compatriote le Dr Paquelin.

Les trois séances générales ont été consacrées à des lectures et à des discours parmi lesquels nous signalerons comme les plus importants : l'éloge de Stilling par Kussmaul (de Strasbourg), l'éloge d'Oken par Ecker (de Fribourg), un discours d'Hermann (de Zürich) sur le développement de la physiologie dans les quarante dernières années, un travail de Schiff sur la métallothérapie, un mémoire de l'explorateur africain Nachtigal sur les moyens d'utiliser le Sahara. A l'une de ces séances générales on décida que le Congrès de 1880 aurait lieu à Dantzig.

Nous n'avons pas l'intention d'énumérer ici les nombreux travaux présentés dans les différentes sections; nous ne nous occuperons que de la section chirurgicale.

Berlin (de Stuttgart) fait une communication sur les *fractures des parois du canal optique* que l'on observe si souvent dans les fractures de la base du crâne. Il s'appuie sur les observations anatomo-pathologiques de Holder, qui, dans l'espace de 33 ans, a observé 54 cas de fracture du canal optique; les lésions trouvées du côté du nerf optique ont été variables, tantôt ce nerf était arraché ou déchiré, d'autres fois tiraillé et diminué de calibre, 42 fois il y avait un épanchement sanguin dans sa gaîne. Berlin pense que l'on peut expliquer par ces lésions les troubles fonctionnels qui surviennent parfois dans les fractures du crâne; les fragments du canal optique, en blessant et en déchirant le nerf, peuvent produire une cécité subite et incurable; dans les formes curables il s'agirait plutôt d'hémorrhagies de la cavité crânienne ou de la gaîne du nerf optique. Berlin ne donne d'ailleurs aucun fait clinique à l'appui de cette hypothèse parfaitement vraisemblable; il ne prétend pas non plus qu'il survienne des troubles visuels dans tous les cas de fracture du canal optique.

Sonnenburg (de Strasbourg) a observé depuis un an trois cas de *mort par le chloroforme*, et, dans deux de ces cas, l'autopsie faite par Recklinghausen a montré qu'il y avait dans le sang des grosses veines et du cœur des gaz libres dont il était impossible d'expliquer l'existence par la putréfaction. Lücke fait remarquer que, dans ces deux cas, les malades étaient alcooliques, et que l'alcoolisme joue un grand rôle dans ces morts subites; il a l'habitude, chez les alcooliques de remplacer le chloroforme par l'éther administré après une injection de morphine. — Langenbeck a constaté aussi autrefois l'existence d'une grande quantité de gaz libres dans le sang dans un cas de mort par le chloroforme chez un alcoolique; il a vu également deux fois la mort subite survenir chez des buveurs à la suite de l'ingestion d'une très forte dose d'alcool, et il croit se souvenir que, dans ces cas, on constata aussi la présence de gaz dans le sang. — Socin a vu deux cas de mort subite par le chloroforme due à l'entrée, dans la trachée, du contenu de l'estomac; Langenbeck a vu deux fois le même fait.

Bruns (de Tubingue) admet que l'*intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles* peut avoir lieu dans deux circonstances différentes : 1° s'il s'agit de luxations irréductibles datant de quelques semaines seulement, on est autorisé à faire une incision pour savoir exactement quel est l'obstacle à la réduction, et au besoin pour le lever; si l'on n'y réussit pas, on résèque la tête articulaire; 2° s'il s'agit de vieilles luxations existant depuis plusieurs mois ou plusieurs années, on n'a plus aucune chance de réduire même après incision, et les seules indications qui se posent alors sont d'améliorer la position défectueuse du membre, de ramener le plus de mouvements possible, de faire, en un mot, d'un membre gênant un membre utile.

Bruns cite à ce propos un cas fort intéressant qu'il a observé et traité avec succès. Il s'agit d'une double luxation pathologique de la cuisse en avant et en bas. Voici le résumé de l'observation : enfant de 8 ans, qui fut pris à l'âge de 2 ans d'un rhumatisme aigu généralisé; les différentes articulations guérirent assez rapidement, sauf les genoux qui restèrent douloureux et tuméfiés, et les articulations coxo-fémorales au niveau desquelles se formèrent des abcès profonds qui, dilatant et perforant la capsule articulaire, furent bientôt suivis d'une luxation spontanée des fémurs. Actuellement, les deux cuisses portées dans l'abduction et la rotation en dehors forment un angle droit avec le tronc et sont fixées dans cette position : si l'on abaisse l'une, l'autre s'élève comme le fléau d'une balance. On sent les deux têtes fémorales au niveau ou un peu en avant du trou obturateur. Non-seulement la marche, mais aussi la station debout est impossible; le malade ne peut progresser qu'en rampant à quatre pattes comme une grenouille.

On ne pouvait songer ici à réduire, car il y avait ankylose complète; on ne pouvait pas songer davantage à fracturer le col de chaque fémur, car il y aurait eu de nouveau ankylose complète à la suite de la consolidation osseuse. Bruns agit différemment des deux côtés. Du côté gauche il réséqua la tête fémorale, ce qu'il ne put faire qu'en enlevant cette tête fragment par fragment, tant les adhérences avec l'os coxal étaient intimes; pansement antiseptique, guérison. Cinq mois après, il fit à droite l'ostéotomie sous-trochantérienne de Volkman; un mois après, il y eut consolidation osseuse et cicatrisation des plaies. Lors du Congrès, trois mois après cette dernière opération, les résultats sont très satisfaisants; les deux membres sont étendus, il y a ankylose complète de la hanche droite; la cuisse gauche a conservé des mouvements assez étendus, elle est raccourcie de 5 centimètres, ce que l'on corrige avec une semelle élevée; le malade peut marcher avec un bâton, il va sans dire que les mouvements ne sont possibles que grâce à la rotation du bassin.

Scriba a observé, chez un garçon de 13 ans, une *nouvelle variété de luxation de la hanche* qui diffère notablement des luxations sus-pubiennes ordinaires, et qu'il propose de nommer *luxation intra-pelvienne*. Ce jeune garçon avait reçu, en avant de la poitrine, un choc violent, alors qu'il avait les jambes écartées, la gauche un peu tournée en dehors. Deux heures après, on constata un gonflement considérable de la jambe gauche, avec flexion, adduction et rotation en dedans; le ligament de Poupart est déchiré, et l'on sent dans la fosse iliaque la tête fémorale formant la partie culminante d'une tumeur grosse comme le poing; le grand trochanter repose sur la branche horizontale du pubis. Scriba essaie de réduire en tirant sur le membre porté dans l'extension exagérée et dans la rotation, mais on ne réussit ainsi qu'à changer brusquement la position du membre qui se place dans l'abduction et la rotation en dehors. La réduction ne peut être obtenue qu'après avoir retiré du bassin la tête fémorale en appliquant la main directement sur elle, et en imprimant alors au membre un mouvement de flexion et de rotation en dedans, puis d'extension. Guérison complète.

Depuis que Simon (de Heidelberg) a publié la première observation d'*extirpation du rein*, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années, on a, de temps en temps, répété avec succès cette opération que l'on peut regarder aujourd'hui comme définitivement entrée dans le domaine chirurgical. La question qui se pose désormais est celle-ci : Quelle voie est-il préférable de suivre, la voie extra-péritonéale par la région lombaire, ou la voie intra-péritonéale par la ligne blanche ?

Czerny (de Heidelberg) a pu, dans deux *néphrotomies* qu'il vient de pratiquer, mettre à l'essai les deux procédés. Dans un cas, il s'agit d'un homme de 50 ans chez lequel s'était développée, depuis deux ans, une énorme tumeur qui remplissait

la moitié gauche du ventre. Czerny diagnostiqua une tumeur du rein, et, le malade réclamant à grands cris l'opération, il fit la laparotomie le 19 janvier 1879; mais il tomba sur une masse molle envahissant plusieurs organes, et qui, dès qu'il y toucha, donna lieu à une hémorrhagie profuse qui nécessita la ligature de l'aorte. On n'acheva pas l'opération. Mort dix heures après.

Dans l'autre cas, il s'agit d'une femme de 32 ans, qui présentait depuis quatre ans des troubles de la fonction urinaire, et chez laquelle il se forma, en avril dernier, au-dessous de la onzième côte, un abcès, puis une fistule.

Czerny diagnostiqua une pyonéphrose à droite avec abcès périnéphrétique, et, le 22 mai 1879, il procéda à l'opération. Après avoir dilaté la fistule, il introduisit le doigt dans la plaie, et sentit au fond un corps mou, lobulé, ressemblant à du tissu placentaire. Il fit alors la résection sous-périostée de la onzième côte sur une longueur de 9 centimètres, et il put apercevoir le rein triplé de volume et entouré de caillots anciens et nombreux. Il introduisit alors la main, détacha complétement le rein, posa une ligature de soie et une ligature élastique sur le pédicule qu'il coupa, et fit dans la plaie une injection avec une solution de chlorure de zinc à 5 p. 100. La malade n'eut pas de fièvre; les ligatures du pédicule tombèrent le 14 juin. En septembre, lors du Congrès; il n'y a plus qu'une petite plaie superficielle, et l'état général est excellent.

Czerny pense que ces deux méthodes doivent rester dans la pratique, mais que chacune d'elles a des indications différentes. Si le rein est fixe et s'il n'est pas trop volumineux, on doit préférer la néphrotomie lombaire; on aura recours au contraire à la laparotomie, si la tumeur est mobile. L'avenir seul pourra décider quels services la laparotomie est destinée à rendre dans les cas de tumeurs rénales trop volumineuses pour être enlevées par la voie lombaire. Czerny a beaucoup élargi le champ de l'opération par la voie lombaire, en faisant l'incision un peu plus en avant que Simon, c'est-à-dire sur le bord antérieur du carré des lombes, et en pratiquant une résection sous-périostée partielle de la 11e côte.

LOSSEN (de Heidelberg) a également pratiqué l'*extirpation d'une tumeur du rein par la voie péritonéale* sur une femme de 37 ans, enceinte de 2 à 3 mois, chez laquelle il avait diagnostiqué une tumeur colloïde de l'ovaire droit. Opération le 11 août 1879. Méthode antiseptique. Mais lorsqu'on eut fait l'incision de la paroi abdominale, on reconnut que la tumeur était sous-péritonéale et qu'elle s'était développée dans le rein. Ligature de l'uretère. Lossen voulait lier séparément chaque vaisseau et réduire le pédicule, mais ce pédicule ayant glissé et donné lieu à une hémorrhagie considérable, on dut le serrer avec un clamp et le maintenir dans la plaie abdominale. La nuit suivante, la malade avorta. Chute du clamp 13 jours après. Guérison. G. M.

(*A suivre.*)

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. **Fragments d'ophthalmologie** (Clinique de l'Hospice des Quinze-Vingts); par le Dr FIEUZAL, médecin en chef. Paris, A. Delahaye, 1879 (379 pages avec figures dans le texte).

II. **Des amblyopies et des amauroses toxiques**; par le Dr GALEZOWSKI. Paris, Asselin, 1879, in-8°, 176 pages.

III. **Traité élémentaire d'ophthalmologie**; par le Dr A. SICHEL fils. Tome I : *Maladies du globe oculaire*, avec 3 planches et 104 figures dans le texte, 970 pages. G. Masson, éditeur. Paris 1879.

IV. **Traité pratique et clinique des blessures du globe de l'œil**; par le docteur A. YVERT, avec introduction par le docteur Galezowski. Paris 1880. Germer-Baillière (In-8°, 753 pages).

I. « L'expérience que donne à tout homme de bon sens et d'étude, l'observation d'un nombre très considérable de malades, ne doit pas être perdue, et elle le serait jusqu'à un certain point s'il n'en faisait profiter que ses malades. » Cette phrase que nous détachons de la préface même de ce livre, en indique l'esprit et le but. M. Fieuzal, au lieu de se borner à publier chaque année une statistique de ses opérations, a réuni les matériaux de trois ans, fournis par près de dix mille malades, et en a tiré des règles pratiques que recueilleront avec profit tous les médecins spécialistes ou autres, appelés à soigner des affections oculaires. N'appartenant à aucune école, libre de toutes attaches antérieures ou officielles, n'ayant à ménager que la vérité, praticien habile et prudent, ayant surtout pour but de guérir ses malades, M. Fieuzal expose ce qu'il a fait, ce qu'il a vu, ses succès, ses revers, en motivant toujours sa conduite chirurgicale sur l'expérience et la logique.

Tant pis s'il n'est pas d'accord avec les maîtres de la science : les résultats prouveront qui a raison. Cette liberté d'allure est assez rare dans la littérature médicale actuelle pour qu'elle mérite attention et applaudissements : dût-elle même entraîner l'auteur à des digressions curieuses, comme celles que nous rencontrons dans ce petit volume, sur l'état politique des médecins, ou sur le roman à la mode de Zola!

M. Fieuzal a divisé son livre en deux parties : la première relative à la pathologie, la seconde à la médecine opératoire : Maladies des voies lacrymales, des paupières, de la conjonctive, de la cornée, de l'iris, du cristallin, de la rétine et du nerf optique, des nerfs et muscles de l'œil, de la sclérotique, de l'orbite, vices de réfraction : tel est le cadre des onze premiers chapitres.

Les opérations de cataracte, d'iridectomie, de strabisme sont exposées dans les cent dernières pages.

Il nous serait bien difficile de donner une analyse, même rapide, de toutes les questions abordées par le médecin en chef des Quinze-Vingts, encore moins de pouvoir les discuter : il faudrait revoir le cadre entier de la pathologie. Cependant, nous relèverons quelques-uns des points les mieux étudiés par M. Fieuzal.

Pour les maladies des voies lacrymales, l'auteur, partisan du débridement et de la dilatation par les sondes, fait remarquer avec raison que la dacryo-cystite ne guérit pas quand on incise le conduit lacrymal par le point inférieur. C'est donc surtout la section du tendon réfléchi qui arrête le larmoiement. Le couteau de Weber est trop fragile pour pénétrer dans le sac, et il ne doit que tracer la voie à la lame de Stilling. Aux affections des paupières nous retrouvons plusieurs observations remarquables accompagnées de planches démonstratives, sur l'ectropion cicatriciel. Ces faits cliniques, présentés à la Société de Chirurgie ont donné lieu à une discussion intéressante avec le professeur Verneuil sur la valeur de la tarsoraphie.

Nous n'avons à signaler aux affections conjonctivales que l'intervention de l'acide phénique au 1/500 dans la conjonctivite purulente : l'auteur ne dit rien du traitement par l'alcool, préconisé par Gosselin. Pour les granulations chroniques, il donne la préférence à l'acétate de plomb.

Pour les taies de la cornée, M. Fieuzal est partisan du tatouage, qui lui a donné cependant des douleurs orbitaires persistantes.

Dans le glaucome, dans tous les cas, quelle que soit du reste la forme de l'affection, il propose une double iridectomie l'une curative et l'autre préventive : il n'a jamais eu qu'à se louer de cette pratique, bien qu'elle ait paru un peu hardie au congrès de Genève en 1877.

Sur 275 malades de l'hospice, il n'existe que 2 cas de rétinite pigmentaire, dont un avec consanguinité. C'est surtout pour les affections cérébrales avec retentissement sur le nerf optique que l'hospice, dont M. Fieuzal est médecin en chef, présente de précieuses observations. Il a rencontré 35 fois l'atrophie blanche et 81 fois l'atrophie grise : aussi attendons-nous avec impatience les recherches d'anatomie pathologique annoncées dans cet ouvrage : nul ne possède matériaux plus complets et mieux choisis pour élucider cette question si difficile des lésions du nerf optique dans les affections cérébrales concomitantes. Pour le moment, nous n'avons rien de particulier à noter dans ce chapitre non plus que dans celui des amblyopies au nombre de 87, et ainsi décomposées : nicotique et alcoolique 23, nicotique 11, alcoolique 9, congénitale 3, de cause centrale 20, avec nystagmus 5, avec hémiopie 8, gastro-intestinale 3, par suppression menstruelle 3, par chloro-anémie 2, hystérique 2.

Au chapitre des opérations, nous relevons 225 cataractes dont 210 opérées avec résultats suivants : en éliminant les cas compliqués de lésions nerveuses, M. Fieuzal obtient 85 0/0 de succès complets ; 8 0/0 de demi-succès et 7 0/0 d'insuccès. Il pratique son incision à la limite de la cornée, mais dans la cornée il coupe peu d'iris. Il reconnait que si le corps vitré sort moins souvent, l'iritis-traumatique est plus fréquente, et le nettoyage plus difficile dans les cataractes avec larmoiement. L'opération de la dacryo-cystite précède l'extraction ; il lui est arrivé plusieurs fois d'attaquer le sac immédiatement avant le cristallin et de pratiquer alors le cathétérisme du canal lacrymal, le lendemain même et les jours suivants. C'est une méthode qui nous parait précipitée, car il est bien certain que le catéthérisme, même le plus simple, peut amener au lendemain d'une extraction tels mouvements du globe qui nuiront à la réunion des lambeaux, d'où contact de la plaie avec le mucus du sac et danger de suppuration.

L'auteur n'emploie pas pour l'iridectomie la pince-ciseaux de Wecker, mais bien son instrument nommé ciseau-bistouri. Cette opération lui a toujours fourni d'excellents résultats. Il rejette aussi le drainage, abandonné, du reste, par Wecker lui-même.

Le lecteur jugera par cet énoncé rapide que l'Hospice des Quinze-Vingts est un centre d'observation des plus importants.

Le praticien consciencieux et éclairé qui dirige cette clinique, possède en particulier, le plus beau service de lésions cérébrales ayant amené la cécité. M. Fieuzal nous a promis des recherches nouvelles sur ce point, et nous les attendons avec confiance.

II. Cette monographie est la réunion de différents articles publiés par l'auteur dans le journal qu'il dirige, articles dont quelques-uns ont déjà quelques années d'existence. Ces études seront relues avec profit, car elles conduisent à la véritable thérapeutique dans un grand nombre d'affections oculaires, absolument inexplicables sans le secours de la pathologie générale. Nous ne signalerons pas un fait nouveau en ajoutant que la clinique libre de M. Galezowski s'est, depuis longtemps, fait remarquer par sa tendance spéciale à ne pas séparer l'ophthalmologie de la pathologie interne : c'est le cachet particulier de ce centre d'enseignement qui possède, ne l'oublions pas, droit d'aînesse sur les cours officiels. Nul n'ignore non plus que la cérébroscopie, née de la tuberculose oculaire avec Manz, est sortie, il y a bientôt 20 ans, de la clinique de la rue Dauphine.

Après avoir rendu justice à ces travaux antérieurs, nous pouvons dire que, pour conserver une haute réputation acquise, ce livre des amblyopies et des amauroses toxiques devrait être annoté, refondu et considérablement augmenté. La science marche plus vite que les tirages à part, et quand on veut réunir ces individualités pour en faire un tout, on s'aperçoit qu'elles sont caduques.

L'auteur s'occupe de l'alcool, du tabac, de l'opium, de la belladone, du sulfure de carbone, de la houille et de ses dérivés, du plomb, du sulfate de quinine, du curare, de la strychnine et de la santonine. Il n'a pas voulu aborder d'autres agents morbides, non chimiques, mais tout aussi puissants comme l'impaludisme, l'anémie pernicieuse, la leucocythémie, etc.

Voici comment il étudie l'alcoolisme : Décrivant d'abord les hallucinations et les illusions, il arrive à la véritable amblyopie alcoolique: début rapide, affaiblissement de l'acuité, brouillards gris, blancs, violets, dyschromatopsie, contraste morbide et successif, diplopie, polyopie, vacillement des objets, dilatation inégale des pupilles. Pas de lésion ophthalmoscopique au début, ce qui n'empêche pas de trouver plus tard une atrophie papillaire. Cette description était complète il y a 3 ans. Mais l'auteur connait mieux que nous les travaux récents sur le périmètre des couleurs dans ces amblyopies, la distinction des scotomes alcooliques et nicotiniques, leurs caractères différentiels de forme et d'agrandissement.

Le lecteur pourra, du reste, compléter cette monographie par les 2 derniers ouvrages de M. Galezowski, son remarquable atlas, et surtout par la dernière édition de son traité clinique.

III. Depuis trois ou quatre ans, c'est le cinquième ou sixième traité français d'ophthalmologie que nous analysons dans ces colonnes : tous ces livres, néanmoins, sont loin de se ressembler ; au contraire, ils ont tous un cachet particulier. L'un résume, sous forme de leçons, les notions les plus modernes et les meilleurs extraits de la science ophthalmologique : c'est peut-être la forme la mieux acceptée dans notre pays, où l'enseignement exige surtout la clarté et la concision. Celui-là dérive en ligne droite de l'analyse raisonnée des archives étrangères dont il nous donne la quintessence. Le troisième est l'interprétation française de l'encyclopédie allemande. Quelle est donc l'origine du dernier-né dont nous nous occupons ici ? La préface de l'auteur nous met immédiatement sur la voie : Sichel père, après avoir publié sa magnifique iconographie, trop oubliée de nos jours, voulait, vers 1860, faire paraître un manuel mis au courant des découvertes récentes de l'ophthalmoscopie. La maladie et la mort de l'illustre élève de Grœfe firent évanouir cette résolution, reprise cependant par M. Sichel fils, qui attendit jusqu'en 1879 pour composer non plus un manuel (ils abondent et sont d'une utilité contestable) mais bien un véritable traité.

En le lisant attentivement, il est aisé de sentir qu'une longue expérience a mûri les préceptes qu'il contient : ce ne sont pas seulement les acquisitions faites par M. Sichel fils, étudiant l'ophthalmologie depuis 20 ans, nous y retrouvons aussi des reflets de l'ancienne pratique de Sichel le père, et cet héritage n'est pas la partie la moins précieuse de l'œuvre. Si nous ajoutons que M. Sichel, comme son père, a longtemps étudié près de Grœfe ; si le lecteur veut bien se rappeler les différences très appréciables qui séparaient l'école de Berlin et celle de Vienne, il sera facile de pressentir l'influence d'une telle éducation sur le livre même que nous analysons. C'est un écho de l'ancienne clinique de Berlin, modifié tout d'abord par la haute expérience de M. Sichel père, puis rajeuni, grâce aux études modernes et à l'érudition de l'auteur.

Ce traité comprend les maladies des membranes et des milieux de l'œil. Quatre-vingts pages consacrées aux prolégomènes contiennent des notions élémentaires et un peu concises de l'optique usuelle, avec l'exposé des divers modes d'exploration de l'œil et de ses annexes. Ce chapitre ne contient que la description des ophthalmoscopes et l'examen du champ de la vision en largeur. Les questions d'amétropie ont été réservées pour le tome deuxième, qui doit paraître au moment où nous écrivons.

L'étude de chaque membrane est précédée d'un résumé d'anatomie micrographique. Nous ne pouvons analyser chaque chapitre en particulier : il nous suffit d'avoir fait connaître l'esprit général de l'ouvrage. Cependant, nous désirons relever quelques particularités : aux maladies de la conjonctive, aux granulations, l'auteur a bien essayé d'élucider les différences admises entre l'hypertrophie papillaire et la granulation trachomateuse vraie, mais nous avouons ne pas saisir ce qu'il veut nommer : engorgement des cellules lymphoïdes. C'est, selon lui, l'hypertrophie des leucocytes, leur prolifération ; mais, cet état des éléments lymphoïdes existe aussi dans l'hypertrophie des papilles; il s'appelle prolifération, en histologie et non engorgement qui implique l'idée d'un arrêt de circulation. Nous aurions mieux compris l'expression engorgement *par* les cellules lymphoïdes, qui eût été beaucoup plus conforme à l'état histologique. Comment, en outre, M. Sichel admet-il encore l'état vésiculeux des granulations quand il est bien démontré, aujourd'hui, que l'état dit *frai de grenouille* n'est qu'un amas de leucocytes dégénérés.

Dans les kératites, M. Sichel établit deux grandes classes : les primitives et les secondaires. Elles sont superficielles, ou profondes : il en reconnait ainsi onze variétés : l'ulcérante simple, la traumatique, la vasculaire, la vésiculeuse, diffuse et ponctuée. Parmi les secondaires : les panneuse, phlycténulaire, suppurative, nécrotique, nécro-paralytique. C'est avec plaisir que nous avons vu figurer l'*inoculation* parmi les

moyens les plus efficaces de guérison du pannus. Notre expérience personnelle corrobore, de la façon la plus positive, les observations de Brière, de Warlomont et celles de M. Sichel, contrairement aux conseils formulés par de Wecker, si hardi cependant dans sa thérapeutique.

Les staphylomes antérieurs, les ulcères de la cornée ont été bien décrits par l'auteur qui en donne d'excellentes figures originales. A propos des ulcères serpigineux, il récuse l'opération de Sœmisch incisant la cornée à travers l'ulcère. L'expérience lui a démontré que, souvent, l'iris venait s'enclaver dans la section, et l'iridotomie paraît préférable. M. Sichel est partisan du tatouage de Wecker.

Nous n'avons rien à dire des maladies de l'iris, décrites avec beaucoup de soins et de détails : les remarques pratiques, celles qui font le bonheur du vrai médecin placé en face du malade, s'y rencontrent à chaque ligne : l'auteur a passé par toutes ces difficultés et donne le moyen de s'en tirer. Le chapitre de l'iridectomie est bien rédigé comme médecine opératoire et indications ; mais celui de l'*iridotomie* contient une omission assurément étrange chez un spécialiste de Paris. Nul n'ignore que l'instrumentation nouvelle de cette dernière opération, que son mode opératoire, que ses indications ont été décrites tout récemment à Paris même. Or, le nom de cet auteur ne se trouve même pas mentionné dans ce chapitre principal (p. 417). C'est à peine si, à la fin du livre, aux complications de la cataracte, nous rencontrons une note aggravante, accusant ce procédé d'issue facile du corps vitré. L'expérience, aujourd'hui bien faite, de l'iridotomie, avec les ciseaux de Wecker, ne confirme pas les craintes de Sichel.

Aussi, disons-le en terminant, ce traité d'ophthalmologie révélant chez celui qui l'a écrit la connaissance la plus parfaite de la littérature étrangère, contient des omissions singulières dans la littérature française. Il est permis, dans un manuel, de ne pas citer les noms des auteurs dont les travaux sont mis à profit; mais ce mode de rédaction n'est pas usuel dans les traités magistraux, fussent-ils plus élémentaires que celui-ci. Ces lacunes, assurément involontaires, donnent à ce livre un aspect qui étonnera les lecteurs au courant de la bibliographie ophthalmologique. Aux débutants, il présente un cadre complet, pratique et l'exposé tout moderne d'une science si fertile en travaux.

IV. Après la publication des ouvrages de Cooper et de Lawson en Angleterre, de Zander et Geissler en Allemagne, précisément sur les blessures de l'œil, après surtout l'excellent petit volume de Arlt dont nous avons rendu compte, il y a quelques mois à peine, il semble étrange qu'un sujet aussi connu ait été abordé en France pour un début dans la littérature ophthalmologique. Nous avouerons même qu'à la lecture des articles publiés, il y a déjà quelques années, isolément, dans le *Recueil d'ophthalmologie*, par M. Yvert, nous n'avions pas cru à la possibilité de reconstituer, par un tirage spécial, un livre contenant plus de notions nouvelles que les ouvrages anglais ou allemands dont nous avons cité les noms. Nous revenons avec plaisir sur ce jugement porté avant de connaître les nombreuses additions faites par M. Yvert à sa publication primitive dans le journal de M. Galezowski ; son nouveau traité des blessures de l'œil est de beaucoup l'œuvre la plus complète que nous possédions sur la matière.

Il est écrit avec une méthode si rigoureuse qu'aucun fait n'a pu lui échapper, et sa classification, comme toutes celles qui sont vraies, laisse même place aux observations futures, à quelque particularité qu'elles se rapportent. Toutes les théories nouvelles des lésions oculaires profondes, tous les procédés opératoires les plus récents y sont exposés. Enfin, ce qui nous a le plus frappé dans la rédaction de ce livre, due à la plume d'un de nos jeunes collègues de l'armée, c'est la sagesse et la prudence de la discussion, la maturité des conseils donnés pour les cas difficiles : il est vrai que M. Yvert a contracté depuis longtemps, soit à l'école du Val-de-Grâce à laquelle il appartient, soit à la clinique du docteur Galezowski l'habitude des observations soigneusement conduites, mais, en ophthalmologie comme ailleurs, le style, c'est l'homme, et nous pensons que l'auteur du nouveau traité des blessures de l'œil a fait preuve d'érudition, et du sens chirurgical le plus pratique : ce qui n'exclut pas la hardiesse des décisions quand elles ont pour elles la logique des circonstances.

L'auteur a divisé son livre en douze chapitres principaux : il étudie successivement les lésions de la cornée, de l'iris, du cristallin, de la conjonctive, de la sclérotique, de la choroïde, de la rétine, du nerf optique et du corps vitré. Les cent dernières pages sont consacrées à l'étude des accidents sympathiques. Le cadre suivi pour chaque membrane ne pouvant pas être le même, les blessures de la cornée par exemple n'étant pas assimilables à celles du cristallin, il nous est impossible d'analyser chacun des chapitres énumérés ; nous nous bornerons à signaler les points les plus intéressants.

A propos des blessures de la cornée, après avoir indiqué leur énorme fréquence, près de 10 0[0 sur toutes les maladies de l'œil, l'auteur étudie les contusions, les brûlures, celles par la chaux contre lesquelles Gosselin a heureusement proposé l'eau sucrée formant un saccharate de chaux ; il indique les précautions à prendre pour l'examen de l'œil dans les cas de section de la cornée, et admet pour les hernies de l'iris, suivant les circonstances, la méthode expectante, avec compression (Galezowski) ou l'excision du prolapsus avec Wecker. Il est certain, en effet, que cette petite opération, si simple quelquefois, peut donner au contraire lieu, suivant les malades, à des accidents profonds les plus graves.

L'étude des corps étrangers est longuement exposée : nature, mode de pénétration, mode d'extraction, tout est bien décrit.

Pour l'iris, M. Yvert a suivi les divisions suivantes : Contusions de l'iris ; iritis traumatique ; irido-choroïdite traumatique ; hyphéma ; décollement ; déchirure ; tremblement ; piqûres ; sections ; corps étrangers.

Le chapitre IV s'occupe des lésions du cristallin, des luxations de la lentille dans la chambre antérieure, la chambre postérieure, le corps vitré, sous la conjonctive, enfin hors de l'œil. Avec Galezowski et Gosselin, M. Yvert se prononce formellement pour l'extraction dès que les douleurs paraissent tendre à la complication sympathique.

Signalons, pour la conjonctive, une excellente étude des ecchymoses sous-conjonctivales et des corps étrangers du cul-de-sac. Rejetant avec raison la théorie de Zander et Geissler qui croyaient à la pression directe du rebord orbitaire ; et expliquaient ainsi la fréquence des ruptures près de la cornée, l'auteur, faisant la part des recherches de Manz, établit que la sclérotique se déchire en avant parce que là est son point de minime résistance. Il pose avec précision les indications de la suture, procédé vanté avec raison par Lawson, remarquable par son innocuité primitive, et les succès définitifs qu'il a donnés.

Nous ne pouvons que citer les chapitres nouveaux relatifs aux lésions fonctionnelles de la choroïde dans les traumatismes, de même l'étude de la commotion et de la dyschromatopsie rétinienne traumatique.

Il y a quelques jours à peine, M. Galezowski attirait l'attention de la Société de Biologie sur les atrophies simples traumatiques de la papille. Ce chapitre du livre de M. Yvert élucide bien la question, encore obscure malgré l'ophtholmoscope, des amauroses *sine materia*, qu'une observation prolongée ramène toujours à l'atrophie.

Comme conclusion des traumatismes oculaires, il fallait nécessairement examiner l'ophthalmie sympathique. La description classique de cette affection étant faite chaque jour, il a paru préférable de s'attacher aux troubles moins connus de sécrétion, des mouvements d'accommodation, de perceptions nervosiques, névralgiques, photopsiques, etc.

Inutile de dire que l'énucléation paraît la méthode la plus sûre : l'opération préventive n'est même contr'indiquée que si le moignon est indolore à la pression, ou s'il a conservé une sensation lumineuse. La section du nerf optique et des ciliaires, remise en honneur par Boucheron, n'a pas fait encore suffisamment ses preuves cliniques : c'est à l'expérience à juger définitivement une opération approuvée par la physiologie.

Bon livre, dirons-nous en terminant. utile surtout aux

praticiens éloignés des centres scientifiques auxquels M. Yvert voulait, trop modestement, donner un guide dans les cas urgents : cet ouvrage résume, critique avec une grande justesse, les travaux antérieurs ; il n'est étranger ni à l'anatomie pathologique, ni à la physiologie la plus récente et occupera une place distinguée dans la bibliothèque de tous les spécialistes. F. PONCET (de Cluny).

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Dilatateur laryngien, de J. MOURE.

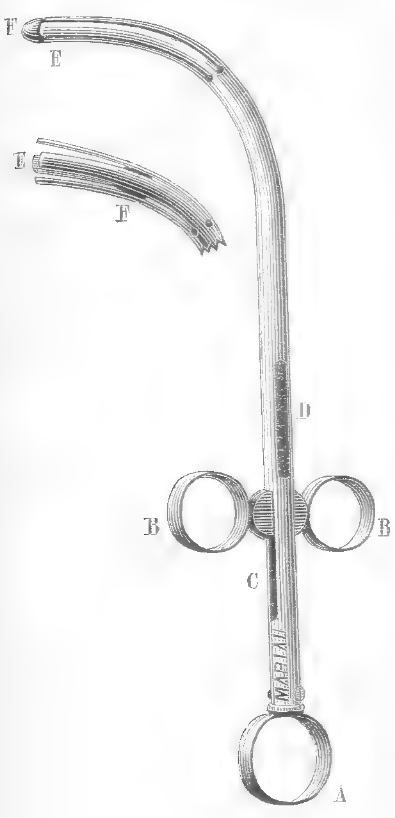


Fig. 24.

Il vient d'être présenté à l'Académie, au nom de M. le Dr E.-J. MOURE (de Bordeaux), un nouveau *dilatateur laryngien*, fabriqué par M. Mariaud (*Fig. 24*). — Cet instrument se compose : 1° D'un tube d'acier cylindrique ayant la courbure laryngienne *C*, portant à son extrémité supérieure un anneau *A* qui sert à l'introduction du pouce auquel il offre un point d'appui, et dont l'extrémité inférieure est divisée en quatre branches *E* qui peuvent s'écarter à volonté l'une de l'autre, de manière à obtenir une dilatation de 4 centimètres de circonférence ; 2° dans l'intérieur du tube *C* glisse à frottement doux, au moyen des deux anneaux *BB*, un mandrin muni à sa partie inférieure d'une olive destinée à produire l'écartement des branches; 3° dans l'intervalle du tube compris entre l'anneau *A* et les deux autres anneaux *BB*, se trouve un ressort à boudin qui facilite le retour du mandrin, et, par conséquent, de l'olive *F* à son point de départ; 4° enfin l'instrument porte à sa partie supérieure une fenêtre *D* qui permet à l'opérateur de voir sur cette partie graduée du mandrin, à quel point est arrivée la dilatation.

VARIA

Un Vote malheureux.

L'Académie de médecine s'est laissée entraîner la semaine dernière (24 février) à un acte irréfléchi. Sur la proposition de M. Raynaud, elle a voté des remerciements à M. Charles Roussel, pour l'éloquence et l'énergie avec lesquelles il a défendu, devant le Sénat, la cause des intérêts et de la dignité de l'Académie, en soutenant l'amendement Wallon. Cet amendement proposait d'adjoindre au Conseil supérieur un membre de l'Académie de médecine. Le Sénat n'avait donc qu'à se demander si cette adjonction serait profitable au Conseil; il n'avait point à considérer l'intérêt ni à se préoccuper de la dignité de l'Académie. Intérêt et dignité académiques étaient absolument étrangers au débat, et, en fait, personne ne les a attaqués. La proposition devait donc être autrement motivée. C'est ce qu'a fait observer M. Broca, sans s'opposer autrement au vote des remerciements à M. Roussel.

M. Broca ne pouvait guère aller plus loin sans s'exposer au soupçon de combattre à l'Académie un adversaire politique. Il est regrettable qu'à son défaut, personne ne se soit levé pour montrer les inconvénients de la proposition de M. Raynaud et pour en demander le rejet. Après l'observation de M. Broca, le vote de l'Académie n'avait plus qu'une signification : l'Académie prenait parti pour l'amendement Wallon et approuvait la conduite politique de M. Roussel.

Même pour une Société indépendante comme, par exemple, la Société de biologie ou la Société de chirurgie, il serait exorbitant de prétendre juger les discours et les votes de ceux de ses membres qui appartiennent à des corps politiques, de distribuer l'éloge et le blâme, d'applaudir les uns et de censurer les autres.

Où s'arrêterait-on dans cette voie? Imposerait-on aux sociétaires, députés ou sénateurs, le devoir de parler et de voter dans le sens de la majorité de la Société? Les mettrait-on en demeure d'obéir à ce mandat impératif ou de sortir de la Société? Sans doute, si l'honneur de la Société était outragé, elle serait bien venue à remercier qui le vengerait, quand même ce défenseur serait étranger à la Société, à plus forte raison si c'était un de ses membres. Mais ce n'était pas le cas, et M. Broca l'avait dit. Quant aux intérêts, il n'est pas démontré que même un sénateur soit obligé de défendre, contre l'intérêt général, celui de la corporation dont il fait partie. Et s'il arrivait jamais à M. Roussel de sacrifier les intérêts de l'Académie à des intérêts que sa conscience croirait supérieurs, accepterait-il une remontrance de l'Académie?

Pas plus qu'une Société indépendante, l'Académie ne peut sans entrer dans une voie pleine de surprises et de mécomptes, aboutissant à des conflits inévitables, contrôler les actes politiques de ses membres. Mais au moins une Société indépendante a-t elle le droit, dont elle usera bien ou mal, de prendre vis-à-vis du gouvernement une attitude opposante. A l'Académie, corps officiel, relevant du Gouvernement, ce droit n'appartient pas. En condamnant indirectement, en fait sinon d'intention, une loi acceptée par les pouvoirs publics, échappant d'ailleurs à sa compétence, elle s'est exposée, de gaieté de cœur, à se voir désagréablement rappeler par le ministre que son rôle n'a rien de commun avec celui d'une troisième Chambre.

A dire vrai, nous croyons qu'en votant des remerciements à M. Roussel, la presque totalité des académiciens ont voulu faire acte de courtoisie envers un collègue, bien plutôt que d'opposition à la loi sur le Conseil supérieur.

Mais, sous notre plume, cette assertion est dépourvue d'autorité ; pour changer le sens fâcheux imprimé à son vote par les circonstances où il a été émis, ce ne serait pas trop d'une affirmation nette et formelle venant de l'Académie elle-même.

Académie royale de médecine de Belgique.

Programme des Concours. — 1879-1880-1881. — Elucider l'histoire des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie. Prix : 5,000 *francs. Clôture du concours* : 1er *avril* 1880. — Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. Prix : *Une médaille de* 1,000 *francs. Clôture du concours* : 15 *juillet* 1880. — Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement — chez les animaux domestiques, et joindre, autant que possible, à la réponse, des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies (question reprise du précédent programme). Prix : *Une médaille de* 800 *francs. Clôture du concours* : 1er *mai* 1881.

1879-1882. — Déterminer la nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus. Prix : *Une médaille de* 1,000 *francs. Clôture du concours* : 1er *janvier* 1882.

1880-1882-1883. — Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal (question reprise du programme de 1877-1879). Prix : *Une médaille de* 600 *francs. Clôture du concours* : 1er *février* 1882. — Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles. Prix : *Une médaille de* 2,000 *francs. Clôture du concours* : 1er *janvier* 1883.

Conditions des concours. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Seront exclus du concours : 1° Les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées ; 2° Ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement ; 3° Ceux qui auront été publiés, en tout ou partie, ou présentés à un autre corps savant ; 4° Ceux qui parviendront au secrétariat de la compagnie après l'époque fixée. — L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, les concurrents sont tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront. Les mémoires doivent être revêtus d'une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat. Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur, faite dans le délai d'un an. Ce délai étant expiré, la récompense ne sera plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois, l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, en faire prendre copie à ses frais, en fournissant au secrétaire de la compagnie la preuve que le mémoire est son œuvre. L'Académie accorde gratuitement, aux auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires de ces travaux tirés à part, et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais. — *N. B.* Les membres titulaires et honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part au concours.

Prix de 300 francs. — L'Académie se réserve de décerner chaque année, en dehors de ses concours, deux prix de 300 francs chacun aux auteurs des meilleurs mémoires, concernant les sciences médicales, qui lui auront été soumis à l'état de manuscrits. Tous les travaux présentés pendant l'année seront renvoyés, dans ce but, à l'appréciation d'une commission spéciale. — *N. B.* Les Belges de naissance ou par naturalisation peuvent seuls participer à cette faveur, dont sont naturellement exclus les membres titulaires et honoraires de la compagnie.

Médecins militaires.

Par décret en date du 21 février 1880, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus : *Au grade de médecin principal de 1re classe :* M. Boulogne (Eloi-Alfred), médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Vincennes, en remplacement de M. Bintot, décédé; M. Michel (Charles-Hector), médecin principal de 2e classe à l'hôpital des Colonnettes, à Lyon, en remplacement de M. Champouillon, retraité. — *Au grade de médecin principal de 2e classe :* M. Poncet (François), médecin-major de 1re classe à l'hôpital Saint-Martin, à Paris, en remplacement de M. Sarazin (C.-A.-M.), mis en non-activité pour infirmités temporaires; M. Chartier (Charles-Edouard), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Valenciennes, en remplacement de M. Boulongne, promu; M. Girard (Jean-André-Théophile), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bayonne, en remplacement de M. Michel, promu. — *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (Ancienneté) M. Gaumé (Louis-Marie-Jean-Dominique), médecin-major de 2e classe au 102e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Poncet, promu; (choix) M. Bertrand (Louis-Honoré-Léon), médecin-major de 2e classe à l'école de gymnastique, en remplacement de M. Chartier, promu; (ancienneté) M. Louis (Joseph-Alfred), médecin-major de 2e classe au 109e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Girard, promu.

Concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur général réservé aux docteurs-médecins dans les services du Ministère de l'Intérieur. — Commission d'examen.

Par arrêté en date du 20 février 1880, le Ministre de l'Intérieur et des cultes a nommé membres de la Commission chargée d'examiner les titres et de dresser le tableau de classement des candidats à un emploi d'inspecteur général, à titre de docteur-médecin, des services administratifs du Ministère de l'Intérieur :

MM. les Drs Robin, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine et professeur d'histologie à la Faculté de Paris, président; Lasègue, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris; Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris; Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générale à la Faculté de Paris.

MM. Bucquet, inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur, président de la section des établissements de bienfaisance; de Harambure, inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur, président de la section des établissements pénitentiaires; Carron, chef du 4e bureau du secrétariat au Ministère de l'Intérieur. — M. de Lacroix, sous-chef de bureau à l'Administration centrale, remplira les fonctions de secrétaire.

Actes de la faculté de médecine.

LUNDI 8. — 3e *de doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Dieulafoy. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Broca, Ollivier, Chantreuil. — 2e *série* (Charité) : MM. Potain, Guyon, Pinard.

MARDI 9.— 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. G. Sée, Panas, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Pajot, Rigal, Humbert.

MERCREDI 10. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Guyon, Terrillon. — 3e *de doctorat* : MM. Baillon, G. Bouchardat, Gay.

JEUDI 11. — 1er *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Sappey, B. Anger. — 2e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Jaccoud, Lancereaux, Delens ; — 2e *série* : MM. Laboulbène, Fernet, Berger. — 4e *de doctorat* : MM. Lasègue, Bouchard, Grancher.

VENDREDI 12. — 1er *de doctorat.* 1re *série* : MM. Béclard, Guyon, Ch. Richet ; — 2e *série* : MM. Verneuil, Hayem, Cadiat. — 2e *Officier de santé* (Charité) : MM. Potain, G. Bergeron, Monod.

SAMEDI 13. — 1er *de doctorat* : MM. Sappey, Robin, Berger. — 2e *de doctorat* : MM. Ball, Laboulbène, B. Anger. — 4e *de Doctorat*, MM. Jaccoud, Bouchard, Hallopeau. — 5e *de Doctorat*, 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Brouardel, Richelot ;— 2e *série* (Hôtel-Dieu), MM. G. Seé, Panas, Charpentier.

THÈSES. — *Lundi* 8 : 78. M. Boussi : Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines. — 79. M. Sauce : Essai sur la pluralité des néoplasmes. —*Mercredi* 10 : 80. M. Lejeune : De la tumeur blanche de l'articulation radio-cubitale inférieure. — 81. M. Renard : Des variations ethniques du maxillaire inférieur. — 82. M. Barth. — 83. M. Paris : De l'hystérie chez les petites filles, considérée dans ses causes, son caractère, son traitement. — *Jeudi* 11 : 84. M. Decourtieux : De l'uréthrite chez la femme.— 85. M. Selim-Fahmy : Considérations cliniques sur la paralysie infantile.— 86. M. Cherrière : De quelques fibro-myomes interstitiels du col de l'utérus, leur traitement. — 87. M. Verrier : Du procédé Mirault (d'Angers), dans le traitement du bec de lièvre unilatéral simple. — *Vendredi* 12 : 88. M. Raimbault : Contribution à l'étude des gelures. — 89. M. Riol : Etude critique et clinique de la délivrance.

Faculté de médecine.

Exercices pratiques de médecine opératoire. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 16 mars 1880. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique (ancien collège Rollin) *tous les jours*, de 1 heure à 4 heures. Ces exercices *sont obligatoires* pour les étudiants de 4e année; ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont 16 inscriptions. — Les élèves de 4e année seront admis en présentant : 1° la carte de travaux pratiques qui leur a été délivrée lors de la prise de l'inscription de janvier 1880; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits. — Les élèves, justifiant de 16 inscriptions et qui désireraient prendre part aux exercices de médecine opératoire, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions qu'ils auront à remplir. — Les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (rue Vauquelin), du 1er au 14 mars. Ils seront mis en série, dans l'ordre de leur inscription à l'Ecole pratique, par les soins de M. le chef des travaux anatomiques.

Concours d'Agrégation. — Les candidats admissibles doivent déposer leurs thèses le 12 mars, à midi. La prochaine séance aura lieu le mardi 16, à 5 heures. — Les argumentations seront faites dans l'ordre suivant : 1, Quinquaud, argumenté par Landouzy et Perret; — 2. Vinay, arg. par Joffroy et Mossé ; — 3. Troisier, arg. par Bouveret et Hutinel ; — 4. Moriez, arg. par Rondot et Regimbaud ; — 5. Hanot, arg. par Arnozan et Moriez; — 6. Robin, arg. par Raymond et Chauvet; — 7. Arnozan, arg. par Troisier et Joffroy ; — 8. Hutinel, arg. par Perret et Vinay ; — 9. Rondot, arg. par Robin et Bouveret ; — 10. Regimbaud, arg. par Quinquaud et Hanot ; — 11. Raymond, arg. par Hutinel et Arnozan ; — 12. Mossé, arg. par Chauvet et Rondot; — 13. Perret, arg. par Regimbaud et Raymond; — 14. Landouzy, arg. par Moriez et Troisier; — 15. Joffroy, arg. par Hanot et Robin ; — 16. Chauvet, arg. par Vinay et Landouzy ; — 17. Bouveret, arg. par Mossé et Quinquaud.

Enseignement médical libre.

Pathologie interne. — Le Dr DANLOS reprendra, le vendredi 12 mars à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, son cours de pathologie interne. Ce cours, qui comprendra environ 12 leçons, aura pour objet l'étude des maladies du cœur.

FORMULES

13. Traitement de l'urticaire par le sulfate d'atropine.
SCHWIMMER.

On sait aujourd'hui, à n'en plus douter, qu'il y a certaines formes d'urticaire à ne guérir que par l'administration de fortes doses de sulfate de quinine. Par leurs accès fébriles périodiques, elles se rapprochent des fièvres intermittentes, et la quinine est le seul agent qui réussisse ; cette forme n'est pas rare dans les contrées paludéennes.

Mais il est certaines formes idiopathiques, qui persistent pendant des semaines et même des mois, avec des exacerbations violentes le soir et dans lesquelles les médications les plus variées n'ont produit aucun résultat. Pour ces formes, M. le Dr Schwimmer a eu recours à un moyen nouveau, l'atropine, déjà indiqué par Frantz dans les *Annales de la Charité*, en 1876. Il vient de publier trois observations qui témoigneraient en faveur de l'efficacité de ce moyen nouveau. Son mode de prescription de l'atropine est le suivant :

Sulfate d'atropine	1 centigr.
Eau distillée	2 grammes.
Glycérine	2 —
Poudre de gomme adragante....	Q. S.

Pour dix pilules. En prendre deux par jour, une matin et soir. (*Bulletin de thérapeutique.*)

14. Traitement de la névralgie lombo-abdominale chez les malades atteintes d'affections utérines. J. CHÉRON.

La névralgie lombo-abdominale est la caractéristique de la souffrance de la moelle épinière sous l'influence de l'affection de l'un quelconque des organes de l'appareil utéro-ovarien. Elle se révèle, le plus souvent, par une douleur spontanée ; quelquefois, au contraire, la pression exercée sur les points d'émergence en révèle, pour la première fois, l'existence à la malade.

A la pression, la douleur n'existe pas toujours. On ne la provoque, ou mieux on ne l'exaspère, dans quelques cas, qu'au moment des crises, souvent qu'au moment des règles. Chez d'autres malades, la pression exaspère la douleur à n'importe quel moment. Il est supposable que, dans le premier cas, il y a simplement névralgie ; que dans le second il existe de la névrite. Cette manière de voir, justifiée par le traitement, est indispensable à accepter pour instituer ce dernier d'une façon logique et profitable. En effet, l'expérience démontre que les applications sédatives combinées avec le traitement local de l'affection utérine viennent à bout de la névralgie, et que, dans la névrite, au contraire, ce moyen est tout à fait insuffisant. Il faut avoir recours aux révulsions énergiques (vésicatoires, cautères, pointes de feu).

Les applications sédatives auxquelles nous donnons la préférence sont les suivantes, classées d'après leur ordre d'énergie :

Chloroforme	10 grammes.	
Ether sulfurique	15	—
Alcool camphré	90	—

Frictions douces, matin et soir, sur la région lombaire.

Chloroforme	10 grammes.	
Ether sulfurique	15	—
Laudanum de Sydenham	6	—
Glycérine	90	—

Frictions douces, matin et soir, sur la région des reins. Laisser en place, pendant une demi-heure, une compresse de flanelle imbibée du mélange. (*Rev. méd. chir. des mal. des femmes.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 20 au jeudi 26 février 1880, les naissances ont été au nombre de 1,198, se décomposant ainsi : *Sexe masculin*: légitimes, 438 ; illégitimes, 166. Total, 604. — *Sexe féminin* : légitimes, 439; illégitimes, 155. Total 594.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 20 au jeudi 26 février les décès ont été au nombre de 1.246, savoir : 685 hommes et 561 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : fièvre typhoïde : M. 45. F. 22. T. 67. — Variole : M. 42. F. 36. T. 78. — Rougeole : M. 5. F. 2. T. 7. — Scarlatine : M. 2. F. 5. T. 7. — Coqueluche : M. 1. F. 3. T. 4. — Diphtérie. Croup : M. 33. F. 13. T. 46. — Dysentérie : M. 2. — Erysipèle : M. 5. F. 4. T. 9. — Affections puerpérales : F. 8. — Autres affect. épidém. : ». ». — *Autres maladies* : Bronchite aiguë : M. 35. F. 34. T. 69. — Pneumonie : M. 51. F. 62. T. 113. — Phthisie pulmonaire : M. 115. F. 66. T. 181. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 34. F. 17. T. 51. — Autres causes : M. 315. F. 289. T. 604. *Morts nés et prétendus tels* : 95, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 17. Total 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 33; illégitimes, 10. Total, 43.

Hopitaux de paris. *Concours pour trois places de médecin au Bureau central.* — *Jury* : Le concours ouvrira le 17 mars. Le jury est composé de MM. Bouchut, Delpech, Hillairet, Raynaud, Mesnet, Damaschino, Marrotte, Fauvel, Désormeaux.

Candidats. — Les candidats inscrits sont au nombre de 35. Ce sont : MM. Renault, Cuffer, Bourceret, Chouppe, R. Moutard-Martin, Jean, Dreyfous, Letulle, Oulmont, Robin, Hanot, Schweich, Hirtz (Edg.), Dreyfus, Hirtz (Hippol.), du Castel, Martin, Moizard, de Beurmann, Lucas-Championnière (Paul), Gingeot, Barié, Museliez, Roques, Balzer, Danlos, Homole, de Boyer, Carrière, Déjerine, Tapret, Sanné, Frémy, Remy (Charles).

Médecins des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le Ministre de l'Intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XVIIIe arrondissement que le dimanche 21 mars 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Société de médecine légale. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le lundi 8 mars 1880, à 3 heures précises, au Palais de Justice (Salle d'audience de la 5e chambre du Tribunal civil) — Ordre du jour : 1° Analyse par M. Lunier, du Code médical des Pays-Bas, de M. le Dr G.-W. Bruinsma ; — 2° Sur un cas d'empoisonnement accidentel par le sublimé. (Observation de M. Barthélemy, interne des hôpitaux) ; — 3° Suite de la discussion sur le vol aux étalages et dans les grands magasins : M. Lasègue ; M. Legrand du Saulle ; M. Lunier ; — 4° Sur l'influence de la diathèse hémorrhagique dans certains cas de médecine légale, par le Dr Liegey.

Société médicale des Bureaux de Bienfaisance. — Cette Société tiendra sa prochaine séance mercredi 10 mars, à 8 heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique. Ordre du jour : 1° Election de cinq membres titulaires et d'un associé libre national ; 2° M. Grellety : Des inoculations chancreuses et d'un nouveau traitement du phagédénisme ; 3° M. Mallez : La policlinique par les bureaux de bienfaisance ; 4° Rapport de la commission chargée d'étudier le meilleur mode de secours aux indigents traités à domicile.

Hospices civils de Saint-Etienne. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) rappelle que le, *lundi 12 avril 1880*, un concours public pour une place de médecin sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical ; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. — Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en exercice le 1er juin 1880. Son traitement sera de 1,500 fr. par an. — S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, n° 40.

Nécrologie. — Le Dr Trémant, médecin en chef de l'asile des aliénés et de l'hospice des vieillards de Vannes, vient de mourir à l'âge de 39 ans. — M. le Dr Romain Legoff est mort, il y a quelques jours, des suites d'une transfusion du sang, opérée dans des conditions qui font le plus grand honneur à celui qui s'est ainsi dévoué en donnant généreusement son sang à un ancien blessé de la bataille de Champigny, sur le point de mourir. Les conséquences en furent malheureusement terribles pour notre confrère chez qui se produisit bientôt une pleurésie purulente, à laquelle il vient de succomber à Alger, au moment d'être nommé maître des conférences à l'Ecole de médecine de cette ville. Le Dr Legoff, qui s'était adonné spécialement aux études histologiques, a publié de nombreux articles dans diverses revues.

BLANCHARD (R.). — A propos de trois cas de molluscum observés chez des lézards ocellés. Communication faite à la Société zoologique de France le 11 novembre, et à la Société de biologie le 6 décembre 1879.

CECCHERELLI (A.). — I Restringimenti del Retto, vol. in-8° de 189 pages. Firenze 1880. — Tipographie Adrian Salani via S. Niccolc, 103, à Firenze.

GAMGEE (S.). — On absorbent and antiseptic surgical dressings ; A clinical lecture ; brochure in-8° de 18 pages. London 1880. — I. And. A. Churchill. new Burlington street. London.

BARNES (J.-K.). — The medical and surgical History of the war of the Rebellion, part II, volume I : medical History ; fort volume in-4° relié de 870 pages avec planches photographiées intercalées dans le texte. — Washington. Gouvernement printing office.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Necker. — *Chirurgie.* — Service de M. BROCA. — Salle Sainte-Marie : 1, corps fibreux de l'utérus chez une vierge ; 2, végétations de la vulve ; 6, hémorrhoïdes traitées par la méthode d'English ; 16, imperforation du vagin (restaurée). — Salle Saint-Pierre : 20, hydrocèle double avec cryptorchidie ; 55, ostéosarcome du fémur.

Service de M. GUYON. — Salle Saint-André : 18, hydrocèle ; 23, abcès tuberculeux de la région lombaire ; 24, fracture du tibia. — Salle Sainte-Cécile : 1, kyste dermoïde de l'ovaire opéré, guéri ; 3, phlegmon du ligament large ; 6, cancer du sein ; 14, arthrite blennorrhagique ; 16, arthrite blennorrhagique ; 20, ulcère de jambe (greffe).

Médecine. — Service de M. BLACHEZ. — Salle Sainte-Thérèse : 3, néphrite albumineuse aiguë ; 9, cancer de l'estomac ; 22, toux, hystérie ; 24, fièvre typhoïde à forme larvée ; 25, tubercules du cerveau ; 28, rétrécissement mitral ; 29, embarras gastrique ; 31, rhumatisme, pleurésie purulente, insuffisance aortique. — Salle Saint-Louis : 7, lésion tuberculeuse des côtes, pleurésie symptomatique ; 11, rhumatisme polyarthritique chronique ; 25, mal de Bright ; 27, insuffisance aortique ; 32, sclérose en plaques.

Service de M. DELPECH. — Salle Sainte-Anne : 4, fièvre typhoïde ; 22, broncho-pneumonie post-rubéolique ; 23, inversion de l'utérus ; 3', pigritia senilis ; 34, empoisonnement par le sulfure de carbone. — Salle Saint-Ferdinand : 6, sciatique traumatique droite ; 19, tœnia solium ; 26, hydarthrose double, lésion mitrale.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. MESNET. — Salle Saint-Hilaire : 1, tremblement mercuriel ; 7, ulcère simple de l'estomac ; 13, insuffisance mitrale ; 20, pneumonie double ; 27, myélite chronique ; 33, cirrhose atrophique ; 40, insuffisance mitrale, embolie cérébrale. — Salle Sainte-Cécile : 3, pneumonie ; 7, fièvre typhoïde ; 9, pleurésie ; 14, goître exophtalmique ; 17, septicémie puerpérale ; 24, cancer du pylore.

Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — Salle Saint-Lazare : 8, endo-péricardite ; 9, néphrite parenchymateuse ; 11, vertige de Ménière ; 16, pleuro-pneumonie ; 22, angine de poitrine ; 32, rhumatisme blennorrhagique, endocardite. — Salle Sainte-Marie : 2, ectopie rénale. — Salle Sainte-Agathe : 11, 13, 20, hystérie, catalepsie ; 2, hystérie, aphasie ; 5, arthrite blennorrhagique ; 6, paralysie générale.

Service de M. CORNIL. — Salle Saint-Antoine : 5, coliques hépatiques : 11, gastrite chronique ; 18, rétrécissement aortique ; 27, pachyméningite ; 35, rétrécissement et insuffisance aortiques ; 33, phtisie syphilitique ; 35, ataxie locomotrice progressive. — Salle Sainte-Adélaïde : 1, mal de Brigth, 3, otite double suite de fièvre typhoïde ; 8, cancer de l'estomac ; 10, 20, phlegmatia alba dolens, suite de fièvre typhoïde ; 16, pelvi-péritonite.

Service de M. HAYEM. — Salle Saint-Louis : 2, pleurésie avec épanchement très abondant ; 5 *bis*, caverne pulmonaire ; 6, bronchite chronique, emphysème ; 8, 9 *bis*, 10 *bis*, 23, fièvre typhoïde ; 21, pleurésie sèche, endocardite ; 41, néphrite parenchymateuse, pleurésie ; 34, alcoolisme, tuberculose. — Salle Sainte-Thérèse : 1, dyspepsie, anémie ; 5, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ; 6, entérite tuberculeuse ; 9, phlegmatia alba dolens, périmétrite ; 11, 23, fièvre typhoïde avec rechutes ; 16, chlorose ; 18, rhumatisme articulaire subaigu.

Service de M. DUGUET. — Salle Saint-Augustin : 4, rétrécissement mitral ; 7, 15, 17, fièvre typhoïde ; 18, 27, kyste hydatique suppuré ; 19, broncho-pleuro-pneumonie ; 30, pleurésie purulente. — Salle Sainte-Geneviève. 1, pyo-pneumo-thorax ; 2, contracture hystérique ; 12, affection mitrale ; 13, corps fibreux de l'utérus ; 14, pleurésie avec épanchement ; 17, fièvre typhoïde adynamique.

Service de M. D'HEILLY. — Pavillons des varioleux (H. et F.)

Service de M. B. ANGER. — Salle Saint-Barnabé : 1, infiltration d'urine ; 4, fracture double du maxillaire ; 6, gangrène de la jambe, amputation ; 8, amputation de Lisfranc ; 12, hernie inguinale étranglée ouverte dans la tunique vaginale ; 14, anthrax du dos ; 15, 16, 26, 19, fractures ; 25, tumeur blanche du pied ; 37, phlegmatia alba dolens ; 38, gangrène des bourses ; 47, hydarthrose double ; 51, abcès de la fesse ; 54, cancer du nez ; 60, nécrose du tibia. — Salle Sainte-Marthe : 1, phlegmon de la jambe ; 2, étranglement herniaire ; 3 bis, périostite scrofuleuse ; 4, fracture bi-malléolaire ; 5, hygroma ; 8, ulcérations tuberculeuses de la jambe ; 10, abcès des lombes ; 11, hernie inguinale interstitielle ; 13, abcès fosse iliaque ; 14, kyste de l'ovaire ; 18, écrasement du pied, lésions articulaires.

Service de M. PÉRIER. — Salle Saint-Christophe : 10, arthrite déformante purulente ouverte ; 15, tétanos ; 16, plaie de l'avant-bras, ligature de l'humérale ; 17, cancer du rectum ; 21, onyxis ; 22, rétrécissement de l'œsophage ; 23, plegmon périnéphrétique ; 27, fractue double verticale du bassin ; 34, phlegmon du bras ; 35, ostéite épiphysaire ; 37, sarcome du cordon ; 39, luxation de la hanche fracture du sourcil cotyloïdien ; 40, hygroma du genou ouvert. — Salle Sainte-Marguerite : 1, abcès par congestion ; 3, avortement ; 4, rétrécissement syphilitique du rectum, 9, anthrax du dos ; 10, cystite ; 11, fracture du cubitus ; 15, inversion utérine, ligature élastique ; 17, fracture de jambe compliquée.

Hôpital Saint-Louis. — *Chirurgie.* — Service de M. PÉAN. — Consultations lundi, mercredi, vendredi ; clinique chirurgicale samedi ; examen au spéculum mardi. — Salle Saint-Augustin (H.) : 1, phlegmon de la main, lymphangite ; 9, panaris profond, nécrose des phalanges ; 10, nécrose du fémur ; 71, tumeur blanche scapulo-humérale, résection de l'épaule ; 78, rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne ; 4, hygroma suppuré du coude.

Salle Sainte-Marthe (H.) : 19, phlegmon iliaque ; 20, orchite tuberculeuse ; 28, exstrophie de la vessie ; 34, paraphimosis ; 6, épithélioma de la lèvre ; 9, fr. de la rotule ; 10, anévrysme de la fémorale ; 13, épithélioma auriculo-temporal ; 15, fr. de la jambe. — Salle Sainte-Marhe (F.) : 38, kyste purulent de l'ovaire ; 39, fistule vésico-vaginale ; 40, polype utérin ; 45, fistule vésico-vaginale ; 47, épithélioma du rectum ; 52, fistule vésico-vaginale ; 54, tumeur blanche du coude, résection ; 58, arthrite du poignet.

Service de M. LE DENTU. — Consultations mardi, jeudi, samedi. — Salle Saint-Augustin (H.) : 19, lymphadénome du cou ; 36, rétrécissement de l'urèthre ; 41, rétrécissement du larynx, complication de la variole ; 48, fracture de jambe compliquée ; 32, fracture comminutive de l'humérus ; 35, phlegmon de la main ; 37, cataracte ; 29, abcès ostéoplastique de l'omoplate, exostoses. — Salle Saint-Marthe (femmes) : 56, kyste de l'ovaire ; 60, fracture de jambe ; 65, abcès de la grande lèvre ; 67, cancer du sein ; 70, ostéo-myélite de la cuisse ; 73, blépharospasme ; 74, goître.

Médecine. — Service de M. BESNIER. — Consultation le lundi à 9 h. — Salle Saint-Léon (H.) : 2, eczéma récidivant de la lèvre supérieure ; 9, teigne faveuse ; 5, urticaire tenace ; 22, psoriasis guttata ; 68, xanthélasma généralisé ; 23, éléphantiasis ; 28, syphilome nasal ; 27, syphilide psoriasiforme. — Salle Saint-Thomas (F.) : 47, syphilis maligne ; 59, eczéma généralisé ; 73, psoriasis inveterata ; 70, lupus tuberculeux.

Service de M. HILLAIRET. — Consultation le mardi à 9 h. — 1, cancroïde au nez ; 3, psoriasis lingual ; 75, psoriasis généralisé ; 73, blennorrhagie, rhumatisme blennorrhagique, syphilis, plaques muqueuses, iritis. — Salle Henri IV (femmes) : 3, lupus vorax ; 4, gommes non ulcérées ; 6, lupus tuberculeux ; 16, eczéma de la face ; 22, vitiligo ; 24, plaques muqueuses ; 39, lupus vorax.

Service de M. LAILLER. — Consultation le mercredi à 9 heures. — Salle Saint-Mathieu : 25, syphilide ulcéreuse de la face ; 31, mal perforant ; 33, psoriasis ; 35, syphilide papulo-squameuse, iritis ; 38, sycosis arthritique ; 42, favus ; 43, lupus de l'avant-bras. — Salle Sainte-Foy : 1, syphilide papuleuse ; 3, nécrose syphilitique des os du nez ; 4, ecthyma infantile térébrant ; 6, eczéma aigu, albuminurie ; 12, gommes ulcérées de la cuisse ; 15, favus du bras, lymphangite ; 22, chancre induré de la lèvre supérieure ; 26, lupus.

Service de M. VIDAL. — Consultation le jeudi. — Salle Saint-Jean (hommes) : 24, lichen agrius ; 34, lupus tuberculeux ; 35, onychomycosis ; 39, eczéma nummulaire. — (Femmes) : 5, psoriasis inveterata ; 13, psoriasis guttata ; 17, lupus persistant ; 69, eczéma.

Service de M. GUIBOUT. — Consultation le vendredi, examen au spéculum le lundi. — Salle Saint-Charles (hommes) : 2, balano-postite ; 18, eczéma de la face ; 35, psoriasis généralisé ; 34, psoriasis guttata ; 32, icthyose ; 3, lichen agrius ; 21, eczéma de la face. — Salle Henri IV (femmes) : 44, eczéma généralisé ; 45, lupus tuberculeux ; 61, lupus vorax ; 70, eczéma de la face ; 53, eczéma de la tête ; 62, chancre phagédénique de la vulve ; 78, plaques muqueuses.

Service de M. FOURNIER. — Consultation le samedi. — Salle Saint-Louis (hommes) : 28, aphasie syphilitique ; 32, syphilide tuberculo-crustacée ; 35, glossite tertiaire, hémianesthésie droite ; 36, teigne faveuse ; 42, psoriasis invtereata ; 95, épilepsie spécifique. — Salle Saint-Thomas (femmes) : 7, syphilis cérébrale ; 16, paraplégie syphilitique ; 17, lupus érodens ; 28, hépatite syphilitique ; 34, syphilide ulcéreuse ; 42, asthénie généralisée, cachexie syphilitique.

Hôpital de Lourcine. — Clinique gynécologique du mercredi, 9 h. — Service de M. MARTINEAU. — Salle Saint-Alexis : 8, métrite, vaginite consécutive, adénolymphite, syphilides papuleuses et papulo-hypertroph. de la vulve, syphilide ulcéro-membraneuse de la bouche ; 9, chancre infectant du col utérin, syphilides vulvaires, abcès fistuleux de la petite lèvre gauche ; 12, métrite chronique, adénophlegmon du ligament large droit, adénolym-

phite gauche, saphisme ; 28, chancre de la face interne du capuchon clitoridien, syphilides vulvaires, vaginite chronique, métrite et adénolymphite; 29, syphilis ancienne, vaginisme spasmodique, masturbation; 37, vulvite traumatique par défloration, métrite et adénolymphite; 39, syphilis, angioleucite de la grande lèvre droite et bubon. — Clinique syphiligraphique du samedi, 9 heures. — Salle Saint-Louis : 17, chancre infectant de l'anus, pédérastie; 27, métrite chronique et adénolymphite droite, latéroversion droite; 31, métrite chronique, adénolymphite droite avec périadénite, vulvite traumatique; 36, vulvite eczémateuse, vaginisme, métrite et antéversion, adénolymphite droite.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

A VENDRE aux enchères, par le ministère de Mᵉ Yvonnet, commissaire-priseur à Saint-Diziers (Haute-Marne), le jeudi 11 mars 1880, à deux heures du soir, les appareils à bain d'air comprimé et les spiromètre et pneumatomètre dépendant de la succession de M. Maigrot de Saint-Diziers, en son vivant docteur en médecine et directeur d'un établissement hydrothérapique et aérothérapique. — Au comptant 10 0/0 en sus.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par BOURNEVILLE. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 3 fr.

8e ANNÉE. — No 11. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 13 MARS 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. PARROT.

Du coup de froid ;

Leçon recueillie par M. le Dr H. MARTIN.

Messieurs,

La température rigoureuse à laquelle est exposée depuis plusieurs mois la population de Paris m'engage à vous entretenir quelques instants de son influence nocive. D'ailleurs, je n'envisagerai cette question étiologique qu'à un point de vue restreint, n'ayant à m'occuper ici, que des sujets du premier âge. Permettez-moi pourtant d'ajouter : que d'autres pourraient, en plus d'une circonstance, tirer quelque profit des conseils que je formulerai pour ces enfants.

Lorsqu'après l'examen attentif du malade auprès duquel vous aurez été appelé, vous déclarerez que son affection résulte d'un *coup de froid* ou, ce qui est peut-être plus exact, d'un *refroidissement*; cette étiologie ne sera pas toujours acceptée sans discussion. — Comment, dira la mère, voulez-vous que mon enfant se soit refroidi? Avant de le faire sortir, je l'ai chaudement couvert; et, lorsqu'il est monté en voiture, toutes les glaces ont été fermées. — D'autres fois, l'on affirmera, ce qui est parfaitement vrai, que l'enfant n'a pas quitté la maison, depuis plusieurs jours et même qu'il est resté dans une chambre bien chauffée.

Ne vous laissez jamais troubler par de semblables arguments : et rappelez-vous ce que je vais vous dire.

Un enfant qui n'a pas atteint six ou sept ans ne peut supporter sans dommage, une promenade trop prolongée, par une température basse ; il se fatigue vite et devient alors très impressionnable à l'action du froid qui le frappe au moindre arrêt, ou lorsqu'il passe brusquement d'un endroit abrité dans une rue balayée par un courant d'air.

Dans l'intérieur de l'appartement, les causes de refroidissement sont encore plus difficiles à éviter, et les accidents qui en résultent plus fréquents.

Le jeune enfant a la peau peu sensible, incomplétement éduquée, et, partant, peu vigilante. Elle ne l'avertit que tardivement, et d'une manière incomplète, des dangers qui le menacent. Or, dans les pièces les mieux closes, il se produit inévitablement des courants d'air, et d'autant plus intenses qu'il s'y trouve des foyers plus ardents. Explorez avec soin, une chambre où l'on fait du feu surtout, lorsqu'elle est seule chauffée ; vous trouverez qu'elle est traversée par un certain nombre de lames d'air froid qui, des divers orifices, convergent vers la cheminée. Les directions de ces courants d'air sont très variables. Le plus souvent, ils se produisent dans les régions inférieures, ayant leur cause dans les jours qui existent entre les portes et le parquet. Ce sont les plus redoutables pour les petits enfants, qui passent volontiers une partie de leur journée à jouer par terre.

Si le refroidissement est à craindre dans la maison, lorsque l'enfant ne la quitte pas, il l'est bien davantage, lorsqu'il rentre après une promenade durant laquelle il a joué, couru, et s'est surexcité de mille manières. A peine entré, on s'empresse de le dépouiller des vêtements chauds dont on l'avait couvert pour sortir, et sous lesquels il est bien souvent entré dans un certain état de moiteur. S'il séjourne alors dans une pièce très chaude où il a toute facilité pour se mouvoir, s'agiter, cela est sans inconvénient ; mais, le plus souvent, c'est dans une pièce peu chauffée qu'il passe le reste de la journée, immobilisé par la fatigue ou par le travail qu'on lui impose. Sa température s'abaisse nécessairement d'une manière rapide ; et voilà la porte ouverte au mal.

Les choses se passent ainsi non seulement pour les enfants qui marchent, et jusqu'à l'âge de 8 à 10 ans, mais aussi pour ceux qui sont encore au sein. Avant de les porter dehors, on entasse sur eux, les robes, les guêtres, les voiles ; et, finalement, on les enveloppe d'une pelisse qui, à elle seule, suffirait à les préserver du froid le plus rigoureux. Ils restent ainsi deux ou trois heures dans les bras de leur nourrice, qui, par surcroît, les couve de toute sa chaleur personnelle. Aussi, presque toujours, leur face est-elle rouge, et, souvent, ils sont baignés d'une véritable moiteur. Or, dès qu'ils sont rentrés dans leur chambre, on les étend tout endormis sur leur berceau, non sans les avoir préalablement dépouillés de leurs vêtements de sortie. Il en résulte un abaissement de température notable et rapide, dont les effets se manifestent parfois très promptement.

Telles sont les principales circonstances dans lesquelles les enfants sont exposés à subir un coup de froid. Recherchons, maintenant, comment se révèle l'influence fâcheuse que cette cause exerce sur leur organisme et énumérons les principales affections engendrées de la sorte.

Tantôt le mal débute très peu de temps après son action et presque toujours, alors, il a, du moins en apparence, une grande intensité ; tantôt, au contraire, il se montre plus tardivement et avec beaucoup moins de fracas. Examinons successivement ces deux sortes de cas.

Un enfant entre deux et six ans, qui est sorti dans la journée, qui ensuite a goûté, dîné et s'est endormi, sans que le moindre indice ait pu faire prévoir qu'il s'est refroidi durant sa promenade, se réveille brusquement vers les 11 heures du soir, en proie à une grande agitation mêlée d'anxiété ; il tousse bruyamment et comme s'il avait le croup, il a la figure animée, le cou gonflé, la peau chaude et couverte de sueurs, le pouls fréquent. En un mot, il présente les troubles dont l'ensemble caractérise la laryngite striduleuse. Il a subi dans la journée un coup de froid, cela est indubitable.

Un autre, plus jeune, encore à la mamelle, dans la soirée qui a suivi la sortie, après s'être endormi paisiblement se réveille dans un état de malaise, dont témoigne sa face altérée ; il est pâle, ses yeux sont excavés, on croirait qu'il va tomber dans un état syncopal, sa bouche s'ouvre à chaque instant comme dans la nausée ; toute attitude lui est intolérable et il ne cesse de gémir. Enfin il vomit abondamment, semble soulagé, se rendort, et, souvent, tout se termine par quelques selles diarrhéiques; mais, d'autres fois, la face rougit, la peau devient très chaude, le pouls bat avec fréquence, de la toux se manifeste; et, au bout d'un temps variable, on constate tous les signes d'une affection broncho-pulmonaire.

Ici, encore, l'intervention d'un coup de froid ne saurait être mise en doute.

Chez d'autres sujets, comme je vous le disais tout à l'heure, les choses se passent plus lentement et d'une manière moins bruyante. C'est seulement le lendemain que les premiers symptômes apparaissent. Ils sont variables ; la fièvre est le plus constant; d'autres fois, c'est un défaut d'appétit, ou bien de la toux, qui éveillent l'attention. Assez vite, la situation s'accentue et la localisation du mal devient apparente. Chez les uns, c'est une angine herpétique ou pultacée ; chez d'autres, l'écoulement nasal, la rougeur des yeux, les éternuments, une toux fréquente, ne laissent aucun doute sur l'existence d'un rhume. Souvent alors, la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne s'enflamment et il peut s'en suivre un abcès douloureux de cette dernière région. Enfin, chez certains sujets, c'est l'intestin

qui est frappé; comme il est aisé de le voir par les coliques et la diarrhée.

Ce ne sont pas les seules conséquences pathologiques du coup de froid, tant s'en faut; mais il n'en est pas de plus fréquentes. Elles peuvent se montrer isolément ou associées, dans des proportions diverses; et, comme dans la pathologie courante de l'enfance, elles tiennent une part considérable, on doit toujours songer à elles et ne jamais négliger les procédés d'exploration qui peuvent mettre sur la voie de leur découverte. Par exemple, après s'être préalablement enquis de l'emploi du temps du petit malade, durant les 48 heures qui ont précédé le début du mal, il ne faut jamais négliger de l'ausculter, et surtout, je ne saurais trop y insister: d'examiner sa gorge, alors même, que par ses réponses ou celles des parents, l'on serait détourné de cette exploration. — Que de fois on trouva là le mot de l'énigme.

Après vous avoir fait connaître le coup de froid, par les dangers qu'il peut faire courir, il me reste à vous indiquer les moyens les plus efficaces d'en éviter les atteintes.

Si les enfants habitent une pièce close, il faut les empêcher de séjourner et surtout de s'accroupir, près des portes et des fenêtres, ou de la cheminée. On doit leur assigner pour se livrer au jeu ou à la lecture, la partie de la chambre la plus éloignée du foyer, pourvu qu'elle ne corresponde à aucune ouverture. Mais il est préférable, toutes les fois que la chose est possible, de mettre cette pièce en large communication avec celle du voisinage, dont on laissera le libre accès aux enfants. Ils sont exposés, il est vrai, à des changements de température, mais si souvent, d'une manière si insensible, qu'il n'en pourra résulter aucun dommage; et, même, ils s'accoutumeront ainsi à supporter les transitions thermiques plus considérables et plus brusques, auxquelles ils pourront être exposés en d'autres circonstances.

Relativement aux sorties, tous les sujets ne sauraient être soumis aux mêmes règles. Ici, l'âge doit être pris en grande considération.

Quelle que soit la température, lorsque ni la pluie, ni la neige, ni la boue, ni le vent ne mettent obstacle à la marche, l'on peut et l'on doit faire sortir chaque jour les enfants. Mais la durée de la promenade sera en raison inverse de leur âge et de l'intensité du froid.

Plus la colonne thermométrique sera basse, plus le sujet sera jeune, moins il devra rester exposé à l'action de l'air extérieur.

Lorsqu'il y a 3 ou 4 degrés au-dessous de 0, l'enfant qui n'a pas dépassé 5 ans, ne devra rester dehors que 20 minutes ou une demi-heure, celui qui en a 7 ou 8, pourra être laissé près d'une heure, mais on exigera qu'il marche constamment. Au-dessus de 3 mois, les enfants à la mamelle peuvent être portés dehors, même par des temps rigoureux, mais on aura grand soin de couvrir leur face et d'abréger la promenade.

Vous ne sauriez trop insister sur cette pratique de la sortie journalière. Un léger rhume ne saurait mettre obstacle. Il est, en effet, très fâcheux que les enfants restent plusieurs jours de suite sans subir l'action de l'atmosphère extérieure; et, c'est bien souvent à la suite d'une première sortie, succédant à une réclusion intempestive, que l'on constate les effets du refroidissement.

Au retour de la promenade, des précautions d'un autre ordre et non moins essentielles, doivent être prises.

Rien n'est plus imprudent que de dévêtir, comme on a l'habitude de le faire, un enfant qui rentre à la maison, après s'être promené un certain temps; et, cela, même lorsque la température de l'appartement est de beaucoup supérieure à celle du dehors. Il est bien rare, en effet, qu'il ne soit pas dans un certain état de moiteur, et, qu'un peu fatigué par la marche, il ne reste souvent dans une immobilité relative; or, ce défaut d'action, après une marche animée, ne saurait être toujours compensé par la chaleur d'une cheminée ou d'un calorifère.

Recommandez donc que l'on ne dépouille les enfants des vêtements dont on les avait couverts pour la sortie, que peu à peu; et, d'autant plus lentement, que la différence entre la température extérieure et celle de la pièce où ils se trouvent, est moins considérable et qu'ils restent dans un état de repos plus complet.

On doit également prendre ce moment du retour, pour faire goûter les enfants; il est d'une bonne hygiène, à la fin de ce petit repas, de leur donner à boire un vin généreux, même lorsqu'ils sont très jeunes. — Au printemps et dans l'été, s'il fait beaucoup plus chaud dehors qu'à l'intérieur des appartements, il ne faut pas hésiter à couvrir les enfants au moment où ils rentrent de la promenade.

Que doit-on faire, dans les cas très rares, il est vrai, où l'on est promptement averti, qu'un enfant vient de subir un coup de froid? Il ne saurait être question, bien entendu, que des soins généraux, de ceux qui visent le refroidissement, considéré en dehors de toute localisation. — On le couchera dans une chambre dont la température ne dépassera pas 16° ou 17°. On enveloppera les membres inférieurs de linges chauds où l'on y appliquera des sinapismes. On fera boire une infusion aromatique chaude, après y avoir ajouté un peu de cognac ou de rhum; et il ne faudra pas craindre, même lorsque l'enfant n'a pas plus de 5 à 6 mois, de donner, dans l'espace d'une ou deux heures par exemple, une ou deux cuillerées à café d'eau-de-vie.

Aux sujets plus âgés, surtout lorsqu'ils auront dépassé deux ans, on administrera d'heure en heure, une cuillerée à entremets d'un julep contenant de 2 à 3 grammes d'acétate d'ammoniaque; enfin, s'il se manifestait d'une manière hâtive des nausées ou de l'oppression, n'hésitez pas à donner un vomitif. Il provoquera une diaphorèse toujours salutaire et un sommeil calme, dont l'enfant ne sortira qu'à l'heure habituelle de son réveil; il est désormais à l'abri de tout danger.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. CHARCOT.**

XII[e] LEÇON. — **Des réflexes tendineux dans les dégénérations secondaires de cause cérébrale. — Influence de la noix vomique sur la production de la contracture;**

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

I. Je vous disais, en terminant la dernière leçon, que dans l'hémiplégie permanente de cause cérébrale, la période des contractures tardives est précédée d'une période prodromique pendant laquelle s'observent certains phénomènes, qui, s'ils ne permettent pas toujours d'affirmer l'existence de la dégénération, la rendent cependant fort vraisemblable.

Ces phénomènes, ajoutais-je, ne se présentent pas d'eux-mêmes. Leur apparition doit être provoquée par l'observateur. Ce sont, en d'autres termes, des signes qu'il faut mettre en évidence à l'aide de certaines pratiques, d'ailleurs fort simples.

En dehors du cas que nous considérons actuellement, dans le cours de nos études sur les affections organiques cérébrales et spinales, nous retrouverons maintes fois ces mêmes phénomènes avec tous les caractères que je cherche à mettre en relief, mais, à la vérité, presque toujours au milieu de circonstances relativement beaucoup plus complexes. C'est pourquoi il faut saisir l'occasion qui, aujourd'hui, se présente à nous, d'observer ces phénomènes dans les conditions les plus favorables à l'analyse physiologique.

Je vous ai déjà entretenus de l'un d'eux, le plus anciennement introduit dans la sémiotique neuro-pathologique. Il

(1) Voir les n[os] 14, 19, 20, 31, 39, 42, 44, 48, 51 de 1879; 7 et 8 de 1880.

est actuellement, vous le savez, désigné en France sous les noms de *trépidation provoquée*, d'*épilepsie spinale provoquée*, et en Allemagne, sous le nom de *phénomène du pied, clonus du pied.* Dans le domaine pathologique, ce n'est pas, tant s'en faut, un phénomène banal.

Il est de règle qu'il fait absolument défaut ou s'atténue dans certaines affections spinales, l'ataxie locomotrice par exemple, les polyomyélites antérieures aiguës ou chroniques (paralysie infantile, atrophie musculaire progressive spinale protopathique, et toutes autres affections de la même catégorie), tandis que, dans d'autres, il est habituellement présent. C'est, en somme, un des caractères du groupe clinique des paralysies spasmodiques, et les hémiplégies cérébrales avec dégénération des faisceaux pyramidaux appartiennent à ce groupe.

Une fois la contracture tardive établie, la trépidation spinale est, à moins de circonstances exceptionnelles, un symptôme constant, et même il la précède toujours de plusieurs semaines.

Ainsi, chez une malade couchée actuellement dans l'infirmerie de la Salpêtrière, et frappée il y a quelques mois d'hémiplégie, la trépidation provoquée s'est manifestée huit jours après l'attaque, et c'est seulement quinze jours après, c'est-à-dire au bout de trois semaines environ, que la contracture a commencé à paraître.

Chez une autre malade, le phénomène du pied n'est devenu appréciable qu'un mois après l'attaque, et la contracture ne s'est établie que vers la fin du deuxième mois.

En outre, M. Déjerine, ainsi que je vous l'ai déjà dit, a fait récemment la remarque intéressante et très-exacte que le membre inférieur, du côté non paralysé, devient quelquefois le siége de la trépidation provoquée. Il n'est pas rare même, en pareil cas, que la contracture permanente s'empare de ce membre, de telle sorte que l'hémiplégie se complique en quelque sorte d'une paraplégie avec rigidité, qui met ainsi un obstacle presque invincible à la station et à la marche, par suite de quoi le malade reste confiné au lit pour la fin de ses jours.

Enfin, chez les hémiplégiques qui jouissent encore de quelques mouvements, cette même trépidation du pied, qui, quelquefois, s'étend à toutes les parties du membre, peut se manifester à l'occasion d'un mouvement volontaire.

Provoquée ou spontanée, la trépidation en question est un phénomène d'ordre réflexe, j'aurai à le démontrer. Qu'il me suffise de faire remarquer, pour le moment, que son intensité s'accroît sous l'influence de la strychnine, qu'elle s'atténue au contraire par l'emploi du bromure de potassium à haute dose, et de l'opium même, selon M. Berger, fait qui me semble beaucoup moins bien établi que les précédents.

II. Le clonus du pied et celui de la main appartiennent, ainsi qu'il nous sera facile de le montrer, à la même catégorie que ceux dont il va être maintenant question et qui ont été récemment introduits dans la sémiotique des affections cérébro-spinales par M. Westphal d'abord, puis par M. Erb (1). Ces phénomènes nouveaux sont collectivement désignés sous le terme générique de réflexes tendineux. De tous, le mieux étudié, le plus facile à provoquer, celui qui, en même temps, offre le plus d'intérêt pratique, est connu sous le nom de *réflexe patellaire*, *réflexe du tendon rotulien*, *phénomène du genou*, *clonus du genou*, etc. Voici comment on le met en évidence.

Le membre qu'on veut explorer est soutenu, comme dans le cas précédent, par la main gauche de l'observateur placée sous le jarret.

On frappe, à l'aide du bord cubital de la main droite, un petit coup sur le milieu du tendon rotulien (il est plus sûr encore de se servir du marteau à percussion de Skoda). Une simple chiquenaude appliquée sur le point indiqué, donnerait au besoin le même résultat, du moins dans certaines circonstances pathologiques. Presque immédiatement après le choc, la jambe du malade se redresse, s'élève plus ou moins brusquement, décrivant une trajectoire plus ou moins étendue selon les cas, puis retombe aussitôt après. Quelquefois, cependant, un seul choc est suivi de deux ou trois oscillations successives ; le phénomène a acquis alors son plus haut degré d'intensité.

(1) *Arch. f. Psych.*, t. V, 1875.

Il importe de relever, Messieurs, que, contrairement à ce qui a lieu pour la trépidation provoquée du pied, le phénomène du genou appartient à l'état normal. Chez tout sujet sain, à bien peu d'exceptions près, il existe à un certain degré ; ainsi, dans cette statistique de M. Berger que j'invoquais dans la leçon précédente (1), le réflexe rotulien n'a manqué qu'une fois sur cent. M. Eulenburg (2) a fait la remarque très intéressante qu'il est très accentué chez le nouveau-né dès le premier jour, et qu'il s'atténue en général au bout de quelques semaines.

Ce dernier fait, s'il se confirme, peut avoir une grande portée, puisqu'il semble, par lui-même, signaler déjà le phénomène comme un réflexe spinal. Nous n'avons pas oublié, en effet, que chez le nouveau-né les faisceaux pyramidaux ne sont pas encore complétement développés et que, par conséquent, l'influence modératrice qu'on prête au cerveau proprement dit sur les actes réflexes spinaux ne peut encore, à cette époque de la vie, s'exercer par cette voie.

Quoi qu'il en soit, il ressort clairement de ce qui précède, que le phénomène du genou n'acquiert une signification pathologique que dans les circonstances suivantes : 1° ou bien il fait complétement défaut, ainsi que cela a lieu habituellement dans l'ataxie locomotrice, par exemple, ou dans les polyomyélites antérieures ; 2° ou bien il s'exagère notablement comme dans les paralysies spasmodiques. Chez les hémiplégiques menacés de contracture, il précède même assez généralement l'apparition du phénomène du pied ; et s'il arrive qu'il soit peu prononcé, sa présence n'est pas sans signification, eu égard à l'intensité encore moindre du même symptôme du côté non paralysé.

III. Comme son nom l'indique, le phénomène du genou est certainement d'ordre réflexe ; c'est un réflexe spinal, et déjà quelques observations cliniques permettraient de le prévoir. Ainsi, M. Erb a fait remarquer (3) qu'en percutant le tendon rotulien de manière à provoquer le phénomène du genou, il se produit quelquefois simultanément un mouvement d'adduction de la cuisse opposée. Dans un cas de paraplégie par compression spinale — et ceci est encore une observation de M. Erb — le signe du genou avait fait défaut tant qu'avait duré la paralysie. Il reparut lorsque le malade put recouvrer l'usage de ses membres. Ceci tend à démontrer que l'existence du phénomène est subordonnée à l'intégrité de certaines régions médullaires.

Il faut ajouter encore que, d'après les observations de M. Nothnagel, confirmées par celles de M. Erb (4), l'excitation vive de certaines parties plus ou moins éloignées du lieu où se produit le phénomène du genou suffit quelquefois pour en empêcher la production. Ainsi, un pincement de la peau du ventre ou la faradisation intense du membre du côté opposé suffisent pour mettre obstacle à la contraction du triceps crural. Vous voyez qu'il s'agit ici d'un phénomène d'arrêt, analogue à ceux qu'on détermine quelquefois chez les animaux sur lesquels on étudie les diverses conditions de l'activité réflexe spinale.

Mais la nature réflexe du *signe du tendon*, s'il pouvait subsister quelque doute à cet égard, est aujourd'hui mise en évidence par l'expérimentation. Déjà MM. Fürbinger, et, Schultze (5) avaient reconnu que les réflexes tendineux et en particulier, celui du genou existent chez les animaux, chez le lapin par exemple, à l'état normal, tout aussi

(1) *Centralblatt f. d. Nervenkr.* 1879.
(2) *Ibid.* 1878.
(3) *Ziemssen's Handb.*
(4) *Arch. f. Psych.* VI, 1876.
(5) *Centralbl. f. d. Newenkrankh.* 1875.

bien que chez l'homme, et qu'ils cessent de se produire lorsque la moelle épinière est détruite. Tout récemment M. Tschirjew a repris ces expériences et est parvenu à déterminer, avec une grande précision, les conditions de ce phénomène (1).

La région de la moelle dont l'intégrité est nécessaire pour que le phénomène du genou se produise chez le lapin, est exactement comprise entre la cinquième et la sixième vertèbres lombaires. Quand cette région de la moelle est détruite, le phénomène ne se produit plus. Au contraire, les sections qui portent au-dessous ou au-dessus de ce niveau n'ont pas cet effet.

Or, c'est dans la région indiquée que prennent origine les racines de la 6e paire lombaire qui fournissent, ainsi que Krause l'indique dans son traité de l'anatomie du lapin, à la plus grande partie du nerf crural. Si donc vous coupez les racines postérieures ou les racines antérieures de la sixième paire, le réflexe cesse d'exister des deux côtés. Il manque d'un seul côté, si l'on sectionne la racine antérieure ou la racine postérieure de ce côté. Ainsi, voilà la nature réflexe du phénomène bien établie, et il s'agit là assurément d'un réflexe spinal. Ajoutons que les recherches de Sachs ont montré qu'il existe des nerfs qui ne peuvent être que des nerfs centripètes, dans l'épaisseur du tendon du triceps et particulièrement à la limite des parties tendineuses et des parties charnues. Ce sont ces nerfs qui, distendus au moment où le tendon rotulien est percuté, transmettraient l'excitation à la moelle lombaire. Cette excitation, portée jusqu'à la substance grise par la voie des racines sensitives de la 6e paire, se réfléchit sur le muscle triceps par la voie de la racine motrice correspondante qui n'est autre qu'une des principales origines du nerf crural. J'ajouterai que, d'après les observations de M. Berger, l'emploi de la strychnine qui met en évidence, dans les cas pathologiques le phénomène du pied, accroît dans les mêmes circonstances l'intensité du phénomène du genou.

Il existe d'autres réflexes tendineux, en tout comparables à celui qui vient d'être décrit sur les diverses parties du membre supérieur. Seulement, autant que j'en puis juger par les quelques observations que j'ai faites, ils sont très peu accentués à l'état normal. Au contraire, chez les hémiplégiques, dans les conditions spéciales que nous étudions, ils deviennent très manifestes et acquièrent en conséquence un intérêt réel. Ainsi, dans ces conditions-là, c'est-à-dire lorsqu'il existe une certaine tendance à la contracture dans le membre supérieur, ou lorsque cette contracture s'est déjà établie, la percussion du tendon du biceps détermine une brusque flexion de l'avant-bras sur le bras ; la percussion du tendon du triceps provoque un mouvement inverse ; et, de même, on arrive aisément à produire des mouvements de flexion des doigts, de flexion et de pronation de la main, en percutant à l'extrémité inférieure de l'avant-bras les tendons des divers muscles qui accomplissent ces mouvements.

IV. J'en aurais fini, Messieurs, avec l'étude de ces symptômes, si je ne tenais à vous signaler les indications précieuses que peut fournir, au point de vue même de l'interprétation clinique, l'analyse graphique de ces contractions musculaires réflexes, qui, dans l'état pathologique, subissent des modifications si importantes. Déjà M. Tschirjew avait appliqué la méthode graphique à l'étude des phénomènes que je vous signale, et déterminé la durée du temps de ce réflexe chez les sujets sains. Récemment, M. Brissaud a repris ces expériences dans mon service, avec le concours de M. François Franck, et les résultats qu'il a obtenus, particulièrement chez les hémiplégiques, méritent d'être mentionnés ici tout spécialement, en raison des enseignements que nous en pouvons tirer. D'ailleurs, il suffit de jeter les yeux sur ces deux tracés (*Fig.* 25 *et* 26), pour constater du premier coup la différence qui existe entre la contraction réflexe du triceps crural du côté de l'hémiplégie, et celle du muscle correspondant du côté sain (1).

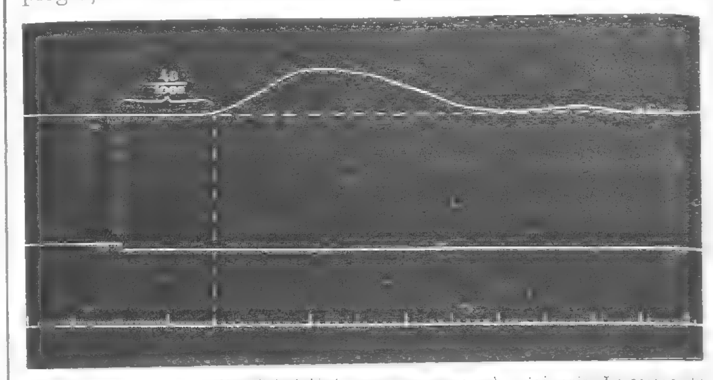


Fig. 25. — Réflexe rotulien (hémiplégie avec contracture), côté sain. Le temps du réflexe est de 40 millièmes de seconde. La courbe de contraction a la forme normale.

Tous les caractères de ces tracés concourent à démontrer l'exagération du pouvoir réflexe du centre spinal dans la moitié de la moelle qui correspond aux membres paralysés. En effet, tandis que du côté demeuré sain, l'acte réflexe a lieu après un laps de temps qui équivaut à 40 millièmes de seconde, il se produit dans le triceps du côté paralysé au bout de 36 millièmes de seconde seulement. En outre, l'amplitude de la contraction est de beaucoup supérieure, du côté malade, à ce qu'elle est du côté sain ; c'est-à-dire que, d'une part le raccourcissement du triceps est plus

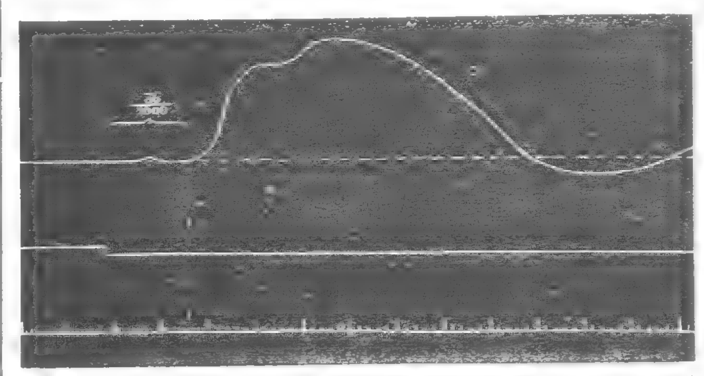


Fig. 26. — Réflexe rotulien. Côté contracté. Le temps perdu du réflexe est de 36 millièmes de seconde. La courbe musculaire est beaucoup plus élevée ; la contraction est plus brusque, et de forme différente. (Dicrotisme).

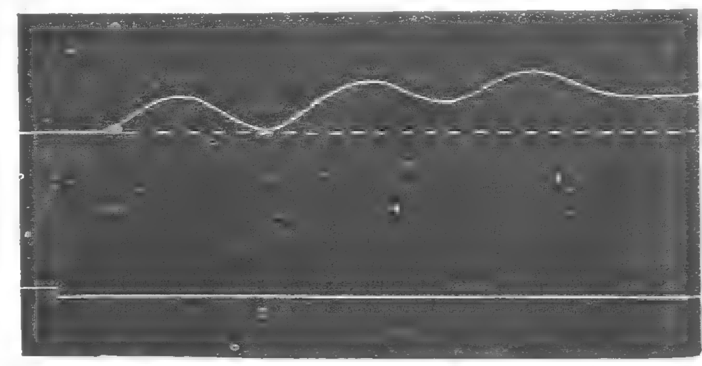


Fig. 27. — Exagération de la contracture du triceps crural à la suite de la percussion du tendon rotulien.

(1) *Arch. f. Psych.* VIII, 1878.

(1) Sur ces tracés la première ligne représente les variations du raccourcissement du muscle pendant la contraction. La seconde ligne, coudée vers la gauche, indique le moment précis où le marteau frappe le tendon rotulien. La troisième ligne, graduée, indique la durée du temps du réflexe, en cinq centièmes de seconde. Une correction est nécessaire pour défalquer du temps du réflexe le temps perdu, correspondant à la transmission de la déformation du muscle jusqu'au cylindre enregistreur, dans les tubes de caoutchouc de l'appareil. En tenant compte de cette correction, le temps du réflexe n'est plus que de 36 millièmes de seconde du côté sain et de 32 millièmes du côté contracturé.

considérable, et que d'autre part, il dure plus longtemps. Enfin, la forme de la contraction du muscle en question est notablement différente, en ce sens qu'elle paraît se faire presque toujours en plusieurs temps (dicrotisme ou polycrotisme). Quelquefois même, à la suite d'une série d'oscillations de plus en plus élevées, le muscle, au lieu de revenir à son état primitif, reste pendant quelque temps plus raccourci (*Fig. 27*) qu'il ne l'était au moment de la percussion rotulienne ; si bien que l'on a alors, en quelque sorte, sous les yeux, une ébauche de contracture.

V. Tels sont, Messieurs, les phénomènes qu'il importait surtout de relever dans la phase prémonitoire de la période des contractures tardives chez les hémiplégiques. Nous les retrouverons, je le répète, avec tous leurs caractères, dans un grand nombre d'affections organiques cérébro-spinales autres que celle qui nous occupe spécialement aujourd'hui. J'ai seulement voulu vous les faire connaître une fois pour toutes dans leurs principaux détails, puisque l'occasion s'en présentait.

Actuellement, j'en reviens encore à la période prémonitoire de la contracture. Cette période peut être marquée par quelques autres signes, plus rares que les précédents, d'une moindre importance pratique, mais qu'il convient cependant de signaler à votre attention, parce qu'ils sont de nature à jeter une certaine lumière sur la question de théorie, encore fort controversée.

A. Je parlerai, en premier lieu, des phénomènes connus sous le nom de *mouvements associés, syncinésies*, comme les nomme M. Vulpian.

Dès 1834, Marshall Hall avait relevé un certain nombre de faits de ce genre parmi lesquels, d'ailleurs, plusieurs avaient été constatés avant lui. On sait que, sous l'influence d'un bâillement, d'un éternuement, il se produit parfois chez les hémiplégiques un mouvement automatique dans le membre supérieur, alors même que ce membre est complétement paralysé et que le malade est dans l'impossibilité absolue de le mouvoir volontairement. Mais, pour la première fois, en 1872 M. Onimus fit remarquer que dans des circonstances analogues à celles que nous envisageons, l'occlusion de la main du côté non paralysé, le mouvement individuel de l'un quelconque des doigts entraînent la production de mouvements semblables dans la main ou les doigts du côté paralysé. Ces mouvements provoqués *par association* sont, je le répète, tout à fait involontaires ; et, même en général, c'est seulement au prix d'un grand effort de volonté, que les malades peuvent les empêcher de se produire. M. Westphal a également signalé quelques faits curieux qu'il avait remarqués, de son côté, chez plusieurs sujets atteints d'hémiplégie infantile. Mais, je ne puis qu'indiquer ces faits en passant, car ils ne sont pas d'une observation très vulgaire, et ils n'offrent d'intérêt qu'au point de vue de la théorie.

B. Egalement très curieux à ce même point de vue, mais très importants en outre à considérer pour le côté pratique, sont les effets produits sur les membres paralysés des hémiplégiques frappés de contracture, par l'usage de certains médicaments, et, en particulier, de la noix vomique ou de la strychnine. Déjà, nous avons vu l'emploi de cet agent thérapeutique mettre en relief, en les exagérant ou en les produisant de toutes pièces, les réflexes tendineux. Nous allons le voir, maintenant, précipiter en quelque sorte les événements et déterminer l'apparition du phénomène de la contracture.

Vous n'êtes pas assurément sans avoir entendu parler des travaux de Fouquier, professeur de cette Faculté, sur l'*usage de la noix vomique dans le traitement de la paralysie*. C'est ainsi qu'est intitulé le second mémoire publié sur ce sujet par notre auteur, vers 1820. Le premier datait de 1811 (1). Ce travail est très intéressant à consulter. On y trouve l'origine de toutes les connaissances acquises aujourd'hui sur le sujet qui nous occupe. Il comprend quinze ou seize observations relatives : les unes à la paraplégie par compression ou par myélite, les autres à l'hémiplégie vulgaire de cause cérébrale.

Eclairé par les expériences de Magendie, Fouquier s'était proposé pour but de produire chez ces paralytiques, un *tétanos* artificiel, et il pensait trouver là un moyen curatif. Parmi les remarques que fait l'auteur à la suite des observations qu'il relate, je relèverai la suivante :

« Fait remarquable, dit Fouquier, la noix vomique peut déterminer la contraction des muscles paralysés, sans atteindre les parties saines. Prise à dose convenable, elle n'agit que sur les parties malades. Il semble que celles-ci ressentent d'autant plus vivement l'effet du médicament, qu'elles sont plus complétement privées de mouvement.... Voilà, ajoute-t-il, des faits qu'il nous serait impossible de rapporter aux lois de la physiologie. »

Sans doute, à l'époque où ce travail était publié, ces faits méritaient bien d'être jugés incompatibles avec toutes les données de la physiologie pathologique. Mais, aujourd'hui que l'action de la strychnine sur les centres nerveux a été étudiée par la méthode expérimentale, l'interprétation du phénomène en question est devenue très simple.

Une autre remarque de Fouquier est que, dans ces contractions provoquées dans les membres paralysés par l'emploi de la noix vomique, les membres thoraciques se placent dans la flexion, et les membres abdominaux dans l'extension. Nous verrons bientôt l'intérêt de cette remarque.

Mais, voici le dernier point, sur lequel je veux surtout appeler votre attention.

« Les paralytiques, dit Fouquier, — et il s'agit ici de l'hémiplégie aussi bien que de la paraplégie, — conservent souvent, après l'administration de la noix vomique, une raideur considérable des membres, bien que l'usage du médicament soit depuis longtemps suspendu ». Ainsi, vous le voyez, voilà une contracture durable déterminée par la strychnine, ce même médicament qui mettait en relief tout à l'heure les réflexes tendineux. C'est là une circonstance déjà propre à montrer que les réflexes tendineux et la contracture sont des phénomènes connexes. J'aurai l'occasion de revenir très prochainement sur ce point.

(1) Ce deuxième travail est inséré dans le tome V des *Mémoires* de l'ancienne *Société de la Faculté de médecine*; il a été réimprimé dans le tome II de la *Bibl. de thérap.* publié par Bayle, en 1830. Page 141.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE

Instruction sur les précautions à prendre concernant la variole.

Mesures de désinfection. — Après évacuation de la chambre contaminée par la maladie, on placera aux quatre coins quatre terrines contenant chacune un kilog. de chlorure de chaux et, dans ce chlorure, il sera versé environ 25 grammes d'acide chlorhydrique étendu d'un décilitre d'eau. La chambre restera fermée 48 heures. Elle sera, immédiatement après, lavée à l'eau phéniquée. Tous les linges qui auront servi au malade, les matelas (enveloppe et laine), etc., seront immergés dans de l'eau phéniquée au centième. Les meubles resteront exposés aux vapeurs de chlore qui se dégageront du chlorure de chaux pendant les 48 heures. Les habits, robes, etc. seront suspendus dans la chambre pendant le même laps de temps. Les balayures et les papiers de tenture arrachés seront détruits par le feu et non jetés aux ordures.

Transport des malades à l'hôpital. — Pour le transport d'un malade à l'hôpital, on emploiera de préférence le brancard, et surtout le brancard à roulettes, s'il en existe un au Commissariat ou dans un poste de police voisin. Ce brancard sera ensuite désinfecté avec soin. Si ce transport ne peut avoir lieu que dans une voiture de place, le cocher recevra l'ordre de battre et de brosser les coussins et les parois de sa voiture, avant de prendre d'autres voyageurs.

Mesures prophylactiques. — Les habitants de la maison contaminée par la variole et, autant que possible, même les habitants voisins, seront invités à se faire vacciner ou revacciner, s'il y a plus de dix ans qu'ils n'ont été soumis à la vaccination. On insistera sur ce point, en leur rappelant que cette opération ne présente aucun danger pour la santé, même en temps d'épidémie, et l'on facilitera les moyens de vaccination par une entente préalable avec la Mairie de l'arrondissement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Conseils de l'Instruction publique (1)

M. Laboulaye admet que, si l'Etat avait seul le droit d'enseigner, le Gouvernement pourrait composer à sa guise le conseil sans porter atteinte à la liberté. Mais il s'agit précisément de savoir si la liberté d'enseignement est une liberté d'ordre supérieur ou une tolérance de l'Etat. La question n'est pas nouvelle. La Déclaration des droits ne parle pas de la liberté d'enseignement, parce qu'on la considérait comme une conséquence de la liberté religieuse ou de la liberté d'opinion. Talleyrand à la Constituante, Condorcet à la Législative, Daunou à la Convention demandaient la pleine émancipation de l'enseignement. La Constitution de l'an III décida qu'il n'y aurait pas de hiérarchie entre les établissements d'instruction publique. Robespierre, au contraire, voulait substituer l'Etat au père de famille, et Napoléon, en fondant l'Université, établit avec la centralisation un monopole absolu. En 1850, une brèche fut faite à ce monopole, aujourd'hui on veut revenir en arrière. M. Laboulaye estime que le vote du budget n'implique nullement le consentement au monopole de l'Etat, et que les principes de 89 sont contraires à la concentration de l'enseignement. Tous les pays libres et tous les économistes ont conclu en pratique et en théorie contre la juridiction de l'Etat sur les établissements privés. Il reproche au projet de détruire l'égalité, en annulant les citoyens. Il nie d'ailleurs que le nouveau Conseil ait une compétence particulière en pédagogie, parce qu'il renfermera des représentants des trois degrés d'enseignement. Pour lui ces trois compétences particulières feront une incompétence générale ; le Conseil ne saura pas pourvoir aux besoins nouveaux de la société transformée. La question principale est d'ailleurs celle de la juridiction. Or, le Conseil n'est pas un jury, puisqu'il n'y a pas de droit de récusation, et les membres n'en étant pas choisis dans des conditions d'impartialité absolue, il ne sera qu'un tribunal d'exception. L'ancien Conseil, au contraire, était un jury admirable, protégeant ceux-là même qui, par défiance, ne recouraient pas à sa justice ; l'Institut doit être représenté au Conseil, parce qu'il est en quelque sorte le président de l'enseignement national, et que le progrès vient d'en haut. L'Université doit être maitresse chez elle et l'enseignement libre soumis aux lois du pays. Le mieux est de copier la loi belge.

M. de Lur-Saluces prononce un discours humoristique qui en appelle un autre tout différent de M. Fresneau. Tous deux nous paraissent, chacun en son genre, s'écarter beaucoup de la question.

Le Sénat passe ensuite à la discussion des articles, mais la discussion reprend aussitôt un caractère général. M. Delsol vient soutenir un amendement à l'article premier, amendement rétablissant en partie l'ancien système. En raison des attributions judiciaires du Conseil, M. Delsol pense qu'il faut y faire entrer des éléments extra-universitaires; c'était, en 1873, l'opinion des partisans du projet actuel. Au point de vue de la compétence spéciale, le nouveau Conseil est défectueux et insuffisant. Il ne s'y trouve personne ayant la connaissance pratique de la jurisprudence administrative en matière contentieuse scolaire, l'habitude de rédiger des règlements en accord avec les lois ou d'autres règlements ; de là, nécessité d'y introduire des membres du Conseil d'Etat. Les ministres des cultes doivent y avoir place, parce que le Conseil ne peut représenter fidèlement l'enseignement général s'il ne contient des représentants de l'enseignement libre laïque et ecclésiastique; en outre, la présence seule des évêques peut garantir sérieusement la liberté de conscience et le droit des pères de famille. Les aumôniers n'ont pas qualité pour interdire un livre blessant la foi des enfants ; il faut donc, au Conseil, des prêtres capables de juger ces livres. En dehors du contentieux, le Conseil a dans ses attributions les affaires disciplinaires, très graves, très délicates, intéressant l'honneur, la carrière et même l'existence des personnes en cause. Il faut donc des juges habitués aux enquêtes, aux interrogatoires, c'est-à-dire des magistrats. Les deux professeurs des facultés de droit sont étrangers à la pratique et n'auraient pas le temps d'étudier les dossiers ; il convient donc de leur adjoindre des membres de la Cour de Cassation. Quant aux membres de l'Institut, ils sont les représentants les plus élevés de la science, des lettres et des arts, les plus capables de tenir les méthodes et les programmes au courant des découvertes faites en général par eux.

M. Barthélemy Saint-Hilaire répond que les additions proposées sont contraires au principe de la loi, et qu'il est impossible de composer le Conseil d'après deux systèmes opposés. Jusqu'en 1850, il n'a jamais été question de faire entrer les ministres des cultes au Conseil supérieur, et si on les exclut aujourd'hui, c'est pour des raisons qui ne leur sont pas particulières. Les conseillers d'Etat, les membres de la Cour de cassation, sont habiles à rédiger des sentences, à formuler des jugements; mais, seront-ils plus aptes à connaître le fond des cas disciplinaires ou des faits purement scolaires et pédagogiques, que des professeurs ayant servi dans l'instruction publique depuis trente ou quarante ans? Avant 1850, d'ailleurs, qui donc formulait et rédigeait les jugements et les règlements? On a accusé l'Université d'être capable de pervertir l'âme des enfants ; on en a conclu qu'il fallait la surveiller : la surveillance des pouvoirs publics est suffisante. On objecte que le Conseil sera juge et partie, composé de personnages sans indépendance. Mais jamais dans le passé, au temps du monopole, on n'a contesté l'impartialité de l'Université, et l'indépendance morale de ses membres est assez attestée par leur conduite lors du coup d'Etat de 1852. On n'en saurait dire autant des membres du Conseil de 1850. En outre, le ministre ne nommera que vingt membres du nouveau Conseil, environ le tiers. Quant à la liberté d'enseignement qui ne remonte pas, telle qu'on l'entend depuis 1850, aussi loin que l'a dit M. Laboulaye, elle n'a rien à craindre de la nouvelle composition du Conseil.

M. Bocher maintient que les lois de 1850 et de 1873 sont nées de la liberté d'enseignement et non d'une pensée de réaction. Les projets de 1836, 1844, 1847, formaient bien le Conseil d'éléments exclusivement universitaires ; mais ils réservaient aux tribunaux ordinaires l'autorité disciplinaire ; et le Conseil proposé par M. de Salvandy était composé comme celui de 1850 et celui de 1873. La Constituante, en 1849, obéit aux mêmes idées. La Législative, en 1850,

(1) Voir le n° 8.

appliqua les mêmes principes, mais la loi édictée par elle ne dura que quelques semaines ; il ne faut pas la confondre avec la loi de 1852. M. Bocher rappelle que sous Louis XV, quand il fallut réorganiser les études et réaliser des réformes, on n'appela pas un seul professeur, on s'adressa au clergé et aux Parlements. En l'an X, on fit appel à l'Institut ; en 1808, l'empereur fit entrer au Conseil quatorze membres sur trente, étrangers à l'Université, appartenant au clergé, à la magistrature, à l'Institut (M. Barthélemy Saint-Hilaire fait observer que l'empereur a pris les seuls éléments alors disponibles et que la situation n'est pas la même aujourd'hui). Jusqu'en 1845, on rechercha pour le Conseil les illustrations et non pas des professeurs. M. Bocher proteste contre ce qu'on dit de l'usurpation sur les droits de l'Etat ; en 1850 et en 1873, l'Etat, comprenant autrement ses devoirs, a fait à la liberté des concessions librement accordées par des Assemblées souveraines. Si le Conseil devait être purement pédagogique, il serait inutile, car il existe déjà auprès du ministre de l'instruction publique un comité consultatif composé des mêmes éléments que ce Conseil. Mais, il n'est pas seulement pédagogique et doit par conséquent être ouvert à ceux qui ont la même compétence, les mêmes aptitudes générales que son président, lequel n'appartient pas à l'enseignement. Et même s'il n'était que pédagogique, on ne devrait pas en écarter les directeurs et les patrons des écoles qui instruisent la moitié de la jeunesse française. Ce n'est pas assez qu'ils y soient représentés par quatre instituteurs libres choisis par le ministre. Les représentants de l'Université au Conseil seront incompétents sur les hautes questions de l'enseignement, ils ne seront pas indépendants en présence du ministre ; enfin les élections se feront difficilement, ou, plutôt, seront en définitive faites par le ministre ou par le hasard.

M. le ministre de l'instruction publique examine à son tour l'historique de la question. Il reconnaît qu'au XVIIIe siècle, ce sont les Parlements qui créèrent l'enseignement destiné à remplacer celui des jésuites ; mais les Parlements étaient de grands corps administratifs et des assemblées politiques aussi bien que des assemblées de judicature. Nos tribunaux ne leur ressemblent pas. Pour 1808, M. Barthélemy-Saint-Hilaire a répondu. Le conseil royal se composait d'illustrations, il est vrai, mais elles étaient d'origine universitaire. Il n'est donc pas possible de dire que le gouvernement de l'Université ait jamais appartenu à d'autres qu'à des universitaires; au contraire, tous ceux qui ont provoqué des réformes étaient des universitaires. Quant au Conseil de 1850, dont on voudrait attribuer la paternité à la commission de la Constituante de 1848, le rapporteur de cette commission, M. J. Simon, l'a condamné formellement et durement désavoué dans un article dont M. J. Ferry donne lecture. M. J. Ferry accorde que, si le Conseil était investi des mêmes attributions vis-à-vis de l'enseignement privé que vis-à-vis de l'enseignement public, certains arguments auraient une grande valeur. Mais il n'en est rien; le Conseil n'a sur l'enseignement privé qu'une autorité presque nominale. Il ne peut lui imposer de doctrines ni de méthodes ; sa surveillance est limitée au bon ordre, à l'hygiène, à la morale publique. Son pouvoir n'est qu'un pouvoir de police et la distinction entre les deux modes d'action et les deux domaines du Conseil a été nettement établie par l'évêque de Langres. Dans une instruction à ses curés, M. Parisis admettait l'inspection de l'Etat pour la moralité, l'hygiène et la légalité, mais il la repoussait pour ce qui tenait aux méthodes et aux doctrines; il recommandait à ses prêtres de ne pas laisser les inspecteurs de l'Etat interroger les élèves de leurs écoles, même pour vérifier si l'enseignement était conforme à la Constitution ou aux lois. Et les circulaires ministérielles étaient rédigées dans le même sens. Si bien, qu'aujourd'hui, M. Ferry se déclare absolument désarmé devant des doctrines périlleuses et menaçantes pour notre société civile. Aucun établissement secondaire ni supérieur ne peut être fermé qu'après avoir subi une condamnation prononcée par les tribunaux ordinaires, et le Conseil juge très peu de causes; la liberté est donc garantie. Il y a bien dans la loi de 1875 un article 22 qui ouvre la porte à l'arbitraire; mais, de cet article, œuvre de la droite de l'Assemblée nationale, un projet de loi sur l'enseignement supérieur propose l'abrogation; il n'y aura qu'à voter ce projet. — M. Bocher a fait ressortir l'incompétence pédagogique du ministre de l'instruction publique. — M. J. Ferry pense que cette incompétence est une raison de plus pour que le ministre ait autour de lui des collaborateurs spécialement compétents. Le comité consultatif ne lui suffit pas, parce que, ne pouvant résister, ce comité est un point d'appui trop faible pour entreprendre des réformes profondes. Il a d'ailleurs assez à faire à s'occuper de toutes les questions d'administration intérieure de l'Université. On dit que les supériorités sont bannies du conseil. M. J. Ferry répond que le Collège de France, le Muséum, les grandes Ecoles, les Facultés ont le moyen d'y faire entrer par élection les supériorités les plus illustres. L'Institut n'y envoie personne directement, mais pour choisir les membres dont il a la nomination, le ministre sera dans l'impossibilité de ne point prendre des membres de l'Institut. M. J. Ferry n'était pas d'abord favorable à l'introduction de délégués des collèges communaux, parce qu'il voit des difficultés à l'élection, mais, il est persuadé qu'avec le temps, ces difficultés disparaîtront et aujourd'hui ce serait faire injure aux professeurs des collèges communaux que de revenir sur cette disposition.

Quant à la compétence spéciale des évêques, M. J. Ferry la nie ; les établissements libres sont bien ouverts et fonctionnent sous la protection, sous l'autorité et par les soins des évêques ; mais, à part quelques-uns, ceux-ci n'enseignent point. Et pour le Conseil, les directeurs des petits séminaires leur seraient préférables. Les évêques ne sont, d'autre part, pas entrés au conseil pour représenter la liberté d'enseignement, mais pour garder la doctrine, c'est-à-dire pour surveiller l'enseignement universitaire. Aujourd'hui, avec les doctrines professées par la plupart des évêques, ils ne peuvent plus être au Conseil qu'un élément de lutte, mauvais pour l'enseignement public. La suppression du banc des évêques au Conseil supérieur est la conséquence de sa suppression dans les Chambres hautes, de la séparation du domaine spirituel et du domaine temporel.

M. J. Simon regarde comme incompatible les trois ordres d'attributions du Conseil, à la fois conseil d'administration, conseil de perfectionnement et conseil disciplinaire.

Au premier point de vue, le Conseil doit être exclusivement composé d'universitaires, c'est ce qu'eut tort d'oublier la loi de 1850. Mais, pour le perfectionnement il serait bon de n'avoir pas que des spécialistes, devenant volontiers routiniers ; il faut, à côté d'eux, des esprits largement ouverts, des hommes ayant beaucoup vu, beaucoup vécu. On ne peut constituer une section de perfectionnement si l'on n'y appelle toutes les capacités, toutes les supériorités, toutes les forces intellectuelles et morales de la société. Pour les programmes seulement, il est bon que le Conseil sache ce qui se fait ailleurs, qu'il soit au courant des besoins nouveaux de l'industrie, du commerce, etc. ; les professeurs ne lui apporteront pas sous ce rapport de grands renseignements. Au point de vue disciplinaire, M. J. Simon fait remarquer que si le Conseil juge peu de causes, c'est qu'il est juge d'appel ; il ne peut fermer une école qu'après jugement des tribunaux, mais il peut interdire l'enseignement au maître ; les pouvoirs disciplinaires du conseil ne sont donc pas insignifiants et c'est pour cela que ce n'est pas assez de quatre membres de l'enseignement privé, nommés par le ministre, pour mettre le Conseil à l'abri du soupçon de partialité.

Après ces discours, la discussion s'est engagée plus spécialement sur les points particuliers, et les divers orateurs n'ont guère fait que répéter des arguments déjà donnés. Nous nous abstiendrons donc de les analyser.

L'ensemble du projet a d'ailleurs été voté sans autre modification que l'adjonction au Conseil de cinq délégués de l'Institut, obtenue par M. de Rozière. L'honorable sénateur a démontré que cette adjonction était conforme au principe de la loi, l'Institut ayant, par son droit de présentation aux chaires ou aux places vacantes, une action considérable sur les facultés de l'Université et sur certains établissements d'enseignement supérieur qui ne se rattachent pas directement à l'Université. E. T.

Des revaccinations dans les hôpitaux. — De la récolte et du renouvellement du vaccin.

Nos lecteurs ont vu, dans le dernier numéro du *Progrès médical*, quelles étaient les minutieuses précautions prises dans l'armée pour s'opposer à l'apparition de la variole chez les soldats et grâce auxquelles les cas de variole sont très rares dans les hôpitaux militaires.

Pour arriver à d'aussi bons résultats, l'Administration de l'assistance publique doit, suivant nous, introduire dans les hôpitaux et hospices civils des pratiques semblables à celles qui existent dans les hôpitaux militaires.

Tous les convalescents devraient être revaccinés et la revaccination devrait être faite sous la direction des chefs de service. Il est certain que, si tous intervenaient personnellement, le nombre des récalcitrants serait extrêmement restreint et que le public, sachant que les médecins des hôpitaux s'efforcent de prévenir le développement de la variole, le corps médical des hôpitaux grandirait en considération.

Dans la plupart des hôpitaux, on procède aux revaccinations à l'aide du vaccin artificiel de la génisse. Ce mode, peut-être acceptable pour les hôpitaux où il n'y a pas de service d'accouchements, ne l'est plus dans les hôpitaux pourvus d'un service de ce genre. En effet, si les médecins chargés des salles d'accouchements veillent à ce que tous les enfants nouveau-nés soient vaccinés et le vaccin recueilli, il ne sera plus besoin de recourir à la génisse. Dans ces conditions aussi, il serait très aisé de revacciner les adultes de *bras à bras* comme on le fait dans les hôpitaux militaires.

La récolte du vaccin doit être vivement encouragée; les médecins ont le devoir de la surveiller rigoureusement et l'Administration doit récompenser les personnes qui par leur zèle, par leur travail, parviennent, comme la sœur Ursule à la Pitié à fournir aux médecins, en moins d'une année *cinq mille tubes de vaccin* et à revacciner des centaines de personnes. — Aux mairies, on donne 3 fr. aux mères de famille qui consentent à laisser prendre du vaccin sur leurs enfants; c'est trop peu et il est absolument nécessaire que cette allocation soit élevée : nous proposerions volontiers 10 francs, somme encore inférieure de 5 fr. à celle qui est donnée dans les hôpitaux militaires.

De plus, afin de renouveler le vaccin, il serait urgent d'inviter les médecins qui exercent à la campagne à s'enquérir des cas de *cow-pox* qui apparaissent dans les fermes et à recueillir le liquide des pustules. Pour arriver à ce but, il conviendrait, pensons-nous, de récompenser ou de rétribuer les propriétaires des vaches ou des génisses atteintes de cow-pox et les médecins qui, en recueillant le cow-pox, renouvelleraient le vaccin.

Un fait que nous venons d'observer nous encourage à insister sur la revaccination en toute circonstance. Dans une famille composée du père, de la mère, d'un fils, d'une fille, et qui a plusieurs domestiques à son service, la variole apparaît chez le fils, âgé d'une trentaine d'années. Le médecin consulté au sujet de la revaccination, estime qu'elle n'aurait probablement pas d'utilité ; un médecin, ami de la famille, la déclare absolument superflue.

Or, au bout de quelque temps, une domestique, âgée de 18 ans, est prise de la variole et *six jours plus tard* le maître de la maison tombe malade, et succombe au troisième jour de l'éruption. Ce développement successif de deux cas de variole, à six jours de distance, montre que la contagion a agi plus vite chez la jeune fille que chez le maître de la maison, âgé d'une cinquantaine d'années ; il est fort probable que si l'on avait procédé dès la constatation du premier cas à la revaccination, ce dernier aurait été sauvé. On aurait tout au moins procuré à ce malheureux, qui redoutait au plus haut point la variole, une sorte de confiance qui aurait relevé sa situation morale, et lui aurait peut-être permis de mieux résister. En effet, à peine a-t-il eu reconnu l'affection dont il était atteint, qu'il s'est considéré comme perdu et a été pris d'accidents cérébraux qui l'ont emporté en quelques heures. Nous concluons donc à l'obligation pour le médecin d'insister sur l'utilité de la revaccination de toutes les personnes qui entourent un malade qu'il soigne de la variole. B.

Médecins des Bureaux de Bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le Ministre de l'Intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du 5e arrondissement, que le dimanche 14 mars 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. A. MOREAU.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre titulaire. M. MÉGNIN, le vétérinaire bien connu, présenté en première ligne par la commission, obtient l'unanimité des suffrages, 28 voix sur 28 votants.

Formation des tubercules. — M. MALASSEZ présente quelques observations à propos de la dernière communication de M. Kiener sur le développement des tubercules dans les séreuses. D'après M. Malassez, toutes les cellules géantes ne sont pas, comme l'a dit M. Kiener, le résultat de la transformation des vaisseaux capillaires; il en est qui sont dues à la dégénérescence des cellules naso-formatives.

Echelle pour mesurer l'acuité visuelle.—M. JAVAL expose que certains individus, examinés par les moyens ordinairement en usage, paraissent avoir une bonne acuité visuelle, alors qu'en réalité ils sont incapables de se conduire dans la rue. Cela tient, d'après M. Javal, à ce que les échelles actuelles ne permettent pas de tenir compte de la perception des rapports d'intensité entre deux surfaces. Pour remédier à cet inconvénient, M. Javal a construit une échelle particulière dont il a recommandé l'emploi aux ophthalmologistes. — M. PONCET (de Cluny) a fait ensuite la communication que nous avons insérée dans notre dernier numéro.

Mécanismes de la mort dans les explosions de grisou. — M. REGNARD a étudié, par une série d'expériences faites au laboratoire de la Sorbonne, les divers mécanismes de la mort dans les explosions de grisou. Il résulte de ses recherches que, dans une explosion de grisou, les mineurs peuvent être frappés de trois manières différentes. Les uns sont précipités et broyés contre les parois de la mine; la mort est alors le résultat du traumatisme. D'autres sont frappés de mort subitement et restent immobiles dans la position qu'ils occupaient au moment de l'explosion. D'autres, enfin, sortent vivants de la mine, se plaignent seulement d'une sensation de brûlure à la gorge et meurent le soir ou le lendemain.

Selon M. Regnard, les hommes qui meurent sur place succombent probablement à une rupture du poumon produite par l'entrée du mélange détonnant dans les bronches, à l'arrêt du cœur et à l'asphyxie.

Ceux qui ne meurent que le soir ou le lendemain ont, selon l'expression très juste des ouvriers eux-mêmes, avalé le feu. Ils succombent à une brûlure du larynx et à une pneunomie aiguë consécutive. Les expériences faites sur les chiens ont montré la parfaite exactitude de ces deux derniers mécanismes.

Séance du 6 mars 1880. — PRÉSIDENCE DE M. A. MOREAU.

Albuminurie expérimentale. — M. RABUTEAU expose quelques idées générales au sujet de l'albuminurie. Ces données résultent d'un ensemble de recherches expérimentales que M. Rabuteau a entreprises autrefois. L'auteur admet trois types principaux d'albuminurie. Dans le premier type l'albumine se trouve éliminée par suite d'une lésion topique des reins; les tubuli sont desquamés. On observe cette forme d'albuminurie dans l'empoisonnement par le colchique ou la colchicine, et, aussi, après l'administration de certains iodates tels que l'iodate d'ammonium, l'iodate de magnésium, mais non les iodiates de sodium et de potassium. Cela vient, dit M. Rabuteau, de ce que l'iodate d'ammonium dans l'économie se transforme partiellement en iodure, et que le mélange d'iodate et d'iodure amène la desquamation des tubuli rénaux.

La seconde forme d'albuminurie correspond à l'intoxication par les alcools amylique et propylique. Les urines sont rouges, mais elles ne contiennent pas de globules sanguins. M. Rabuteau pense que c'est la matière albuminoïde des globules qui passe dans l'urine. Aussi propose-t-il de désigner sous le nom de *globulinurie* cette forme particulière d'albuminurie.

L'albuminurie du troisième type est due à des troubles de nutrition générale. Elle existe chez les animaux intoxiqués par différents sels minéraux, les sels de cadmium, de mercure, d'or, de platine, de zinc, de palladium, etc. L'albumine ne passe dans les urines que lorsque les reins sont garnis de granulations graisseuses. Ce n'est donc pas par l'élimination de la substance toxique que l'albuminurie se produit.

Mouvements dans le pédicule des échinocoques. — M. MALASSEZ signale un fait curieux que les naturalistes n'ont pas encore noté. En examinant au microscope du liquide extrait par la ponction d'une tumeur abdominale, M. Malassez a trouvé des échinocoques dont le pédicule était retenu à la membrane fertile. Or, dans chacun de ces pédicules, des filaments s'agitaient par des mouvements très rapides. Sous l'influence de ces mouvements les grains calcaires étaient déplacés depuis la membrane fertile jusqu'au corps de l'animal.

Spermatogénèse chez les batraciens. — M. MATHIAS DUVAL communique la suite de ses recherches sur la formation des spermatozoïdes. Il s'agit cette fois, non plus des escargots, mais des batraciens. On sait que les grenouilles n'ont qu'un accouplement par an, vers le commencement du mois de mars : les mâles vident à cette époque tout le sperme qu'ils possèdent. D'après M. Duval, le processus cellulaire qui doit donner naissance aux spermatozoïdes de l'année suivante commence aussitôt après le désaccouplement, et il est terminé vers la fin d'octobre. Des cellules apparaissent d'abord dans l'ampoule testiculaire ; puis elles se gonflent et se chargent de noyaux à la périphérie. Ces noyaux deviennent peu à peu des spermatozoïdes, par suite des différentes transformations : ces bêtes restent accolées aux parois de l'ampoule, tandis que les queues se dirigent vers le centre. A un moment donné, le kyste se rompt et les spermatozoïdes de la grenouille se disposent en entonnoir.

Chez le triton, qui fait aussi partie des batraciens, le testicule se présente sous la forme de plusieurs lobes appendus les uns au-dessus des autres. L'un de ces lobes, le plus volumineux, contient les spermatozoïdes destinés à la fécondation de l'année courante : ces spermatozoïdes sont développés comme ceux de la grenouille. Les autres lobes représentent des spermatozoïdes en voie de formation.

Présentation. — M. CORNIL présente des dessins qui reproduisent des spécimens de cylindres hyalins recueillis dans les urines et traités par l'acide osmique. M. Cornil fait ensuite une communication d'histologie laquelle a pour but de montrer que la néphrite interstitielle s'accompagne constammen des lésions de la néphrite parenchymateuse, et, réciproquement, que la néphrite parenchymateuse n'existe pas sans néphrite interstitielle.

CH. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

Election d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.— Sont présentés : en première ligne, M. Constantin Paul ; en deuxième ligne, M. Dujardin-Beaumetz ; en troisième ligne, M. Ferréol ; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Desnos et Vidal ; en cinquième ligne, M. Dumontpallier. Sur la proposition de plusieurs membres de l'Académie, M. Ferrand est adjoint à la liste de la commission Votants : 75. Majorité : 38. Au premier tour de scrutin, M. Constantin Paul obtient 47 voix ; M. Dujardin-Beaumetz, 13 ; M. Vidal, 8 ; M. Ferréol, 2 ; M. Dumontpallier, 2 ; M. Ferrand, 1 ; M. Boinet, 1 ; bulletin blanc, 1. En conséquence, M. CONSTANTIN PAUL, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente deux femmes qui ont subi avec succès l'*opération de Porro*, c'est-à-dire l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. M. L. Championnière a pratiqué cette opération quatre fois à l'hôpital, avec deux succès pour la mère et quatre enfants venus vivants. Un enfant a succombé à une sorte d'accident, enfin un enfant n'a vécu que quatre jours, sans avoir jamais eu beaucoup de vitalité. Toutes ces femmes présentaient des

bassins rachitiques avec diamètre conjugué d'environ 6 centimètres ou au-dessous. La premiere, Elisa A., âgée de 26 ans, primipare, entrée à la Maternité le 27 octobre 1879, présente un type de rachitisme ; sa taille est de 1 mètre 25. En mesurant son bassin une première fois, on avait constaté un diamètre sacro sous-pubien de 0,078 millimètres ; mais la femme se débattait, et depuis, lorsqu'il fut mesuré pendant la chloroformisation, on a trouvé 0,073 millimètres. Le 19 novembre au matin, début du travail sans rupture de la poche des eaux. Un peu d'écoulement sanguinolent ; effacement du col. L'opération fut décidée pour le soir : grande incision sur la ligne médiane de 15 à 16 centimètres, dépassant un peu l'ombilic en haut ; on arrive rapidement sur l'utérus. Aussitôt celui-ci incisé, un flot de sang des plus effrayants monte.

La section étant rapidement achevée, M. L. Championnière enleva par les pieds un fille vivante, du poids de 2,700 grammes, puis le placenta ; et, avec deux pinces à kyste, appliquées au préalable sur les bords de la section, a attiré l'utérus au dehors.

Il passe alors deux broches dans le segment inférieur de l'utérus ; au-dessous, un fil de fer ; entre les deux, un second fil de fer, qui sont serrés avec le ligateur Cintrat.

Résection de l'utérus, des deux ovaires et des trompes. Suture de la paroi abdominale, six profondes et une superficielle ; perchlorure de fer sur le moignon et pansement de Lister parfait. Opération de trois quarts d'heure. Les suites de l'opération ont été simples ; la plus haute température a été de 38° 9, le 21 au soir. Enlèvement successif des sutures jusqu'au 28, puis des broches ; chute du pédicule le treizième jour. Cicatrisation complète le 20 décembre. Six semaines après, la malade se levait, complètement guérie. Aujourd'hui, le toucher constate un col mobile et gros ; l'opérée a même eu déjà, sans accident, des rapports sexuels vers le 10 février. L'enfant de cette femme est mort des suites d'un refroidissement.

La deuxième malade, Adèle L..., est entrée à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Potain, le 30 décembre. Elle a vingt-trois ans, est rachitique et a une taille de 1 mètre 30 ; diamètre sacro sous-pubien 0,067 millimètres, c'est-à-dire 5 centimètres de diamètre sacro-pubien. En travail depuis trente-six heures, a perdu les eaux depuis vingt-quatre heures. Elle est opérée le 30 décembre, à neuf heures du soir, et placée sous l'influence du chloroforme. Cette fois-ci, la malade est en plein travail, avec une dilatation, de l'étendue de la paume de la main. Incision de la paroi abdominale, de 16 centimètres, commencée franchement bien au-dessus de l'ombilic et descendant moins bas que pour la précédente ; ouverture de l'utérus avec hémorrhagie assez importante, arrivée sur l'enfant dont on déplace une épaule et qui est extrait par les pieds. Il respire bien et pèse plus de 3,000 grammes. Broches et deux fils de fer, sutures profondes ; pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, beaucoup plus élevé que chez la précédente. Pansement de Lister. L'opérée n'a jamais éprouvé aucun accident, sauf une accélération extraordinaire de la respiration au bout de vingt-quatre heures ; 55 respirations. La température n'a jamais atteint 38°.

L'opérée ne fut pansée que le cinquième, puis le neuvième jour ; à ce dernier pansement, le pédicule était tombé ; au neuvième pansement, il ne restait plus qu'une ulcération très superficielle. Aujourd'hui, elle est en parfaite santé ; quant à l'enfant, confié à une nourrice du service de M. Lucas-Championnière, il est bien vivant.

La troisième femme a été opérée à la Maternité, le 3 décembre ; elle est morte le 5 décembre, c'est-à-dire trente-six heures après l'opération. L'enfant vit. La dernière a été opérée à l'hôpital Cochin, le 17 janvier 1880 : diamètre sacro-pubien, 49 millimètres. Morte vingt-trois heures après. L'enfant a vécu trois jours. M. Lucas-Championnière fait remarquer que tous ces cas de bassin, avec diamètre sacro-pubien de six centimètres ou au dessous, ne comprennent que des femmes exposées à une mortalité énorme par la céphalotripsie, cas qu'il ne faut pas confondre avec ceux où le diamètre antéro-postérieur se rapproche de sept centimètres. M. L.-Championnière tient à mettre les morts en regard des succès, car il ne considère pas encore l'opération de Porro, comme devant remplacer, dans tous les cas, l'opération césarienne. La cause de la mort, comme dans l'hystérotomie, est inhérente à la résection de l'utérus et à sa constriction, et les accidents que l'on observe sont probablement d'ordre réflexe, dus à l'ébranlement des plexus nerveux du ligament large. Par conséquent, à moins de modifications grandes du procédé, l'opération reste d'une gravité menaçante.

D'après M. Lucas-Championnière, il convient de faire porter l'incision sur la paroi abdominale beaucoup plus haut qu'on ne l'a fait jusqu'ici ; on est bien plus assuré de pouvoir faire jusqu'au bout le pansement antiseptique, en s'éloignant du pubis.

L'utérus est toujours incisé trop bas. Il serait très probablement moins grave de n'en exciser qu'une portion de médiocre étendue. Les précautions antiseptiques les plus parfaites doivent être prises. Il vaut mieux, pour la femme, intervenir avant le travail. Il faut à l'opérée de l'isolement, de la chaleur, du repos, des soins, des précautions antiseptiques incessantes et les réconfortants suffisants.

M. Dumontpallier fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Etude expérimentale sur le refroidissement du corps humain au moyen de l'appareil réfrigérateur de MM. Dumontpallier et Galante.* Ce travail se réume dans les conclusions suivantes :

1° La réfrigération périphérique limitée au cuir chevelu, à la région occipito-rachidienne, aux membres supérieurs ou inférieurs, aux régions abdominales antérieure ou hépatique, a une action nulle ou peu importante sur la température générale ; 2° la réfrigération de toute la surface du corps (le tronc et les membres étant enveloppés dans la couverture réfrigérante) permet, en un court espace de temps, une heure, une heure et demie, d'abaisser la température centrale de 1° à 2° centigrades ; 3° mais la réfrigération des surfaces thoraco-abdominales, au moyen de la ceinture tubulaire, suffit, dans un même espace de temps, pour obtenir un abaissement de 1° à 2° de la température générale du corps humain.

M. Edouard Fournié lit un mémoire sur l'anatomie et la physiologie de la *trompe d'Eustache*.

A quatre heures et demie, l'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport de M. Panas*, sur les titres des candidats à la place, déclarée vacante, dans la section de pathologie chirurgicale. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 mai 1879. — Présidence de M. Charcot.

36. Recherches anatomiques sur la synoviale du genou et son cul-de-sac sous-tricipital; par le Dr Ed. Schwartz.

(Mémoire pour le titre de membre titulaire.)

En lisant les descriptions que nos auteurs classiques nous font de la synoviale du genou, je fus frappé des divergences d'opinions qui existaient sur la communication plus ou moins fréquente de la poche sous-tricipitale avec la synoviale articulaire. Je résolus donc de faire des recherches sur ce point controversé et de m'occuper en même temps de la manière dont se fait la communication, du mode de développement du cul-de-sac sous-tricipital, non-seulement chez l'enfant, mais encore chez l'adulte. J'ai, à cet effet, examiné 210 genoux d'enfants les uns encore à l'état de fœtus, les autres de 1 mois à 5 ans ; et 50 genoux d'adultes, hommes et femmes, en proportion que j'établirai plus tard.

Voici comment je procédai à l'examen des articulations : j'ouvris l'article au-dessous de la rotule, puis, relevant cet os, je regardai directement si, oui ou non, il y avait un cul-de-sac, sinon une bourse séreuse distincte ou du tissu simplement séreux, puis je disséquai le triceps au-dessous de la rotule et j'examinai directement par en haut ce que j'avais déjà constaté par en bas, en m'aidant de l'insufflateur et de la sonde cannelée.

J'exposerai successivement les résultats auxquels m'ont conduit mes dissections : 1° au point de vue de l'indépendance

oui ou non du cul-de-sac sous-tricipital; 2° de son mode de communication, du mode de formation de l'orifice, et 3° de son développement.

1° *Communication et indépendance de la séreuse sous-tricipitale.* — Tandis que les professeurs Sappey et Richet mettent en doute dans leurs ouvrages l'existence d'une séreuse isolée au-dessous du tendon rotulien du triceps, Cruveilhier et avec lui Bouchard et Beauvais, et notre maître M. le docteur Tillaux, admettent, d'après leurs recherches, qu'il existe relativement assez souvent, surtout chez les enfants, une bourse ne communiquant pas avec la synoviale articulaire.

Sur 15 genoux, nous dit M. Tillaux, mon élève le docteur Bouquet a trouvé une fois l'indépendance absolue, et sur la moitié des genoux, l'orifice de communication était assez nettement marqué pour montrer qu'il y avait eu primitivement une cloison de séparation. Beauvais et Bouchard regardent l'indépendance comme se faisant très souvent, surtout chez les enfants, et nous signalent l'existence d'un repli concave en dehors, vestige de la séparation primitive quand il y a large communication.

Voici ce que nous a montré l'ouverture de 210 articulations chez les enfants et de 50 chez les adultes.

Sur 210 articulations d'enfants :

30 indépendances, bourse à l'état celluleux;
35 indépendances, bourse bien formée;
145 communications, dont 125 larges, 20 étroites.

Sur 50 genoux d'adultes :

39 communications;
11 indépendances.

D'après les chiffres que nous venons de mentionner, l'on voit que, chez les enfants, l'indépendance, soit à l'état de sac bien formé et uniloculaire, soit à l'état de poche multiloculaire ou rudimentaire, existe dans un peu plus du tiers des cas; si on ne tient pas compte de la période de formation, elle n'existe que dans le cinquième des cas. Chez l'adulte, nous trouvons absolument le même chiffre.

Etudions maintenant l'influence de l'âge et du sexe.

Influence de l'âge. — Je dois dire qu'à cet égard j'ai été étonné du peu de constance des résultats. Tandis que j'ai trouvé sur des genoux de nouveau-nés et même de fœtus morts avant terme, des culs-de-sac communiquant déjà largement avec l'articulation, j'ai trouvé sur des enfants de 5 à 6 mois, et même une fois de 3 ans, des séreuses encore mal formées et à l'état de bourses cloisonnées. Il n'y a pas à cet égard de règle bien nette.

Le sexe chez l'enfant n'a pas non plus grande importance, et j'ai constaté les mêmes faits chez les filles et les garçons.

Chez l'adulte, il en est pour ce dernier point tout autrement, tandis que l'âge ne semble pas non plus avoir grande influence sur la fréquence de l'indépendance ou de la communication. Les 50 genoux d'adultes examinés provenaient de 17 hommes et de 8 femmes, dont 34 genoux d'hommes et 16 genoux de femmes.

Sur les 11 séreuses absolument indépendantes, 5 furent trouvées sur les femmes et 6 sur les hommes.

Il semble donc que, d'après ces chiffres, la non communication existe deux fois plus souvent chez la femme que chez l'homme. La différence du genre de vie et d'occupation entrerait-elle là en ligne de compte?

Occupons-nous maintenant de la symétrie de la disposition. Sous ce rapport, nous devons dire qu'elle existe dans la généralité des cas; s'il y a non communication à droite, il y a aussi non communication à gauche, ou réciproquement. Néanmoins, surtout chez les enfants, 30 fois sur 210, nous avons trouvé une asymétrie; nous ne l'avons vue que 3 fois chez l'adulte.

La communication, quand elle existe d'un côté seulement ne m'a pas paru affecter de préférence le droit ou le gauche

Je passe au deuxième point qui doit nous occuper : *Le mode de communication ou d'indépendance.*

1° Large communication.

C'est le cas que l'on rencontre le plus souvent soit chez l'enfant, soit chez l'adulte.

Il n'y a, pour ainsi dire, aucune délimitation entre la cavité articulaire et le cul-de-sac sous-tricipital.

Quand on ouvre l'articulation, on contourne très-facilemen le condyle externe et l'on tombe sans résistance dans le cul-de-sac, mais quand on contourne le condyle interne, on est arrêté un peu au-dessus de lui par un repli en forme de croissant à concavité regardant en dehors et en haut, et que l'on voit bien quand on soulève la rotule. Il se détache alors, pour ainsi dire, et forme comme une cloison très-incomplète en dedans. Il est plus ou moins accentué suivant les sujets, et on le retrouve à un degré bien plus parfait chez l'enfant que chez l'adulte. Néanmoins, il ne disparaît jamais, quelque large que soit la communication. Il est formé par deux feuillets adossés, entre lesquels s'infiltre de la graisse chez l'adulte, surtout à la base du repli, là où il s'insère sur l'épiphyse fémorale. Chez l'enfant, il est absolument transparent. Ce mode de communication a été trouvé 125 fois chez l'enfant et 37 fois chez l'adulte.

Au lieu de cette disposition, peut exister un orifice plus ou moins étroit, ordinairement elliptiquecomme forme, à grand axe dirigé transversalement; cet orifice, rejeté vers le côté externe de la cloison qui sépare alors la bourse sus-rotulienne de la cavité articulaire propre, est à bords tranchants. Il est formé par le repli interne que nous avons décrit précédemment, et par un repli externe juxtaposé par sa concavité à la concavité de l'interne; il y a continuité entre les deux croissants, qui se regardent par leur concavité.

La communication par un orifice étroit a été vue 20 fois chez l'enfant et 2 fois seulement chez l'adulte.

J'arrive enfin à la dernière question, le *mode de développement de la bourse* et celui de son orifice, soit étroit, soit large.

La bourse séreuse sous-tricipitale semble se développer à une époque indéterminée et variable aux dépens du tissu cellulaire sous-tricipital entre l'os et le muscle. D'abord multiloculaire, comme nous l'avons vue sur 30 genoux, elle devient ensuite simple, cloisonnée, enfin uniloculaire. Adossée au cul-de-sac de la synoviale articulaire, elle reste, dans certaines proportions que nous avons déterminées, complétement indépendante, et peut alors devenir le siége de collections soit séreuses soit purulentes qui resteront limitées par elle, ou s'ouvriront dans la synoviale articulaire à cause de la minceur de la cloison, pour peu que la tension soit un peu forte. Dans le plus grand nombre des cas, elle se met en communication avec la synoviale, et il semble que ce soit par une espèce d'absorption au niveau de la partie inféro-externe de la cloison de séparation. Trois fois nous avons nettement vu sur cette mince cloison, complète encore, un amincissement arrondi bien limité qui était certainement la marque du travail aboutissant à la formation d'un orifice de communication.

L'orifice étroit peut persister, mais, la plupart du temps, toute la partie externe de la cloison se résorbe, et la partie interne seule reste à l'état de repli plus ou moins considérable, suivant les sujets. Telle semble être la filiation des phénomènes qui se produisent.

En résumé, les conclusions auxquelles nous arrivons sont les suivantes :

1° La séreuse sous-tricipitale reconnue unique avec l'articulation du genou dans le tiers des cas chez l'enfant, dans le cinquième des cas chez l'adulte;

2° Chez l'homme, la communication paraît être plus fréquente que chez la femme;

3° Elle se fait soit largement, soit par un orifice plus ou moins étroit;

4° Elle se développe à une époque variable de la façon indiquée ci-dessus.

37. Endocardite ulcéreuse puerpérale. — Infarctus rénal;
par Mayor, interne.

J..., blanchisseuse, 32 ans, atteinte d'une affection cardiaque, entre le 18 avril 1879 dans le service de M. Siredey. Comme cause de son affection actuelle, nous ne trouvons dans les antécédents que la puerpéralité. Elle a eu en effet 3 grossesses. La première remonte à 1870. La seconde a été marquée par quelques attaques probablement éclamptiques. La dernière s'est terminée par avortement à 2 mois et demi

ou 3 mois. A ce moment, cette malade qui était sujette à une bronchite chronique datant de sa première grossesse, à de la dyspnée et des palpitations, a eu une hémoptysie.

Depuis ce temps, elle a de temps en temps présenté des crachats sanguinolents. Actuellement, elle est enceinte de 7 mois et demi environ. Elle entre parce que sa bronchite a redoublé, s'accompagnant d'une dyspnée intense, qui produit l'insomnie. On constate l'existence de râles de bronchite dans les deux poumons et de congestion à leurs bases. La dyspnée est intense. Cependant on entend facilement un bruit de souffle, offrant le timbre d'un piaulement, au premier temps et à la pointe. Souffle au premier temps et à la base, beaucoup plus faible, et qui n'est peut-être que le retentissement de celui de la pointe. Grossesse évidente. Utérus au-dessus de l'ombilic. Battements du cœur du fœtus facilement perceptibles. Œdème léger des pieds. Urines foncées albuminuriques. Cependant on ordonne un peu de digitale qui réussit bien.

1er *mai*. La bronchite a disparu. Le souffle cardiaque persiste avec les mêmes caractères. La dyspnée persiste aussi et nous engage à garder la malade jusqu'à son accouchement.

25 *mai*. A mesure que l'utérus augmente, la dyspnée s'accroît. Les battements du cœur s'affaiblissent. La bronchite et la congestion pulmonaire ont reparu. Albuminurie.

27 *mai*. Vu l'état asystolique, on se voit obligé de saigner légèrement la malade, qui s'en trouve du reste admirablement.

30 *mai*. Le travail commence; par le palper, la position est occipito-iliaque gauche antérieure.

2 *juin*. Accouchement normal en position physiologique (occipito-iliaque gauche antérieure). Enfant cyanosé (fille). Délivrance normale, pas de perte.

3 *juin*. La mère est en mauvais état, la dyspnée n'a pas cessé, le pouls ne se relève pas; il est petit, irrégulier, inégal; les battements du cœur sont confus.

4 *juin*. Cette nuit, délire; cependant pas d'élévation de température; pâleur et légère cyanose. Impossible d'obtenir un renseignement de la malade, qui respire difficilement et semble étrangère à ce qui l'entoure. Quand on la sort de sa torpeur, elle divague. *Soir*. Peau un peu chaude.

5 *juin*. Ballonnement du ventre qui ne paraît pas douloureux : mais la malade est dans le demi-coma. Respiration très difficile. Subdélirium par instants.

Morte le 5 juin, soir.

Autopsie faite le 7 juin. — Du côté des organes encéphaliques, rien d'anormal. Quant à la cavité-thoracique nous avons, pour ce qui est des poumons, trouvé ces organes extrêmement congestionnés ; à tel point que vers sa partie centrale, et un peu au-dessus de sa base, le poumon droit présentait une zone absolument apoplectique, dont les fragments, mis dans un vase, tombèrent au fond de l'eau. Pour ce qui est du cœur, en ouvrant le péricarde, nous y avons trouvé une certaine quantité de liquide sans flocons, sans traces d'inflammation de la membrane qu'il baignait.

Le cœur lui-même n'était pas très volumineux. Il était un peu flasque. Les limites présentaient quelques caillots cruoriques. Mais ce qui est plus intéressant est ce qui touche les valvules. Après ouverture du cœur, nous constatons que les sigmoïdes pulmonaires et aortiques sont absolument suffisantes. En regardant l'orifice mitral par l'oreillette, nous le voyons oblitéré en partie par la valvule mitrale relevée et rigide. Nous essayons d'introduire le doigt dans l'orifice auriculo-ventriculaire, et nous ne pouvons, grâce à l'obturation valvulaire, faire pénétrer que la pulpe de l'index. Il n'en est pas de même à droite où l'orifice de communication de l'oreillette avec le ventricule est normal.

Le cœur ouvert, nous voyons, sur les valvules sigmoïdes pulmonaires, quelques petites végétations du volume d'une graine de pavot, et situées au lieu d'élection. La valvule tricuspide est un peu épaissie, mais souple. Au-dessus d'elle, à la base de la cloison interauriculaire s'insert une sorte de polype mou, assez semblable à certains molluscum, très pédiculé, offrant la couleur du reste de la paroi cardiaque. Sa surface est lisse, comme recouverte de l'endocarde, et son volume égale celui d'un pois.

Dans le cœur gauche, les valvules sigmoïdes, un peu rétractées, sont rigides à leur base sans être calcaires. Entre elles, à leurs angles de réunion, d'anciennes végétations ont dessiné, avec le bord de la valvule, de petites figures triangulaires, limitant une logette concave de 1 millimètre de profondeur environ. Enfin la valvule mitrale très épaissie et rétractée, est devenue presque horizontale. De plus, ses cordages très rétractés ont presque disparu par places, et ne lui permettent plus de se relever. Enfin sa rétraction l'empêche d'oblitérer complétement l'orifice pendant la systole ventriculaire. Sur la face supérieure de cette valvule, au niveau du bord de la grande valve, se voit une petite ulcération à fond rouge tranchant sur la couleur presque noire de la valvule. Ce fond est inégal, quelques petites granulations fibrineuses s'y sont déposées. Les bords de l'ulcération sont taillés à pic. Elle atteint le bord de la valvule, et présente un diamètre de 5 à 7 millimètres sur une profondeur de 1 millimètre. Il s'agit là évidemment, d'après la couleur du fond, l'aspect irrégulier érodé des bords de cette ulcération, d'un travail de date récente. Pour ce qui est du myocarde il paraît sain, sauf quelques stries adipeuses sous l'endocarde, au niveau du ventricule gauche.

L'aorte n'est pas très athéromateuse. Dans la cavité abdominale, nous n'avons à noter d'intéressant que l'état du foie, celui des reins, celui de l'utérus et de ses annexes. Le foie n'offre pas l'aspect du foie muscade; mais en l'examinant avec soin, on voit qu'en réalité les veines centrales du lobule sont bien dilatées, que les contours de la plupart des lobules sont marqués par une tache sanguine brunâtre, mais que la périphérie du lobule n'est point chargée de graisse, et que par conséquent la tache brune veineuse se détache sur un fond rougeâtre. De là l'absence de cet aspect finement marbré, alternativement jaune et brun, qui caractérise le foie muscade.

Pour ce qui est des reins, on les trouve volumineux, un peu congestionnés, mais avec des taches blanchâtres à leur surface. A la coupe, même état de congestion, mais en outre, au niveau de la réunion des pyramides et de la substance corticale se voient des zones irrégulières blanchâtres, offrant à tel point cette couleur, qu'elles semblent purulentes. En effet, on fait sourdre de ces zones, qui se prolongent du reste par stries dans les pyramides, un liquide blanc puriforme. En outre, dans le rein gauche, sur la face postérieure d'une pyramide, se trouve un foyer assez étendu de haut en bas, sorte de foyer de ramollissement, décollant la substance corticale de la médullaire sur une surface d'environ 3 centimètres. Il y a là un véritable ramollissement du tissu rénal qui forme une bouillie brunâtre traversée par quelques débris celluleux. Les parois du foyer sont friables ; cependant, à la surface même du rein, il n'y a rien de bien apparent en ce point. Ailleurs, on voit quelques traces de petits infarctus très anciens. M. le professeur Vulpian que nous avons consulté sur la nature de cette lésion rénale, la considère comme un infarctus récent, de nature septique probablement, ou bien comme un infarctus évoluant sur un mauvais terrain. La vessie était saine.

Quant à l'utérus, il offre encore un volume assez considérable. Cependant, au premier abord, il paraît sain ainsi que ses annexes. La surface d'insertion placentaire se trouve vers le haut. Incisée par tranches peu épaisses, elle nous semble normale ; aucune trace de suppuration. Les vaisseaux, sauf les superficiels, ne renferment pas de coagulations notables. Mais sur les bords de l'utérus, on trouve quelques petites collections purulentes. Elles ne sont que des dépendances de lymphatiques enflammés, et remplis de pus que l'on retrouve et reconnaît facilement dans le ligament large. Les lymphatiques enflammés sont nombreux. Il nous a été impossible de déterminer leurs relations avec la surface d'insertion placentaire. Il ne semble pas y avoir de péritonite. Les ovaires et les trompes n'offrent rien à noter, sauf pour ces dernières, une augmentation de volume considérable.

L'examen histologique du rein a été pratiqué dans le laboratoire de M. Vulpian. A l'état frais, nous avons déterminé d'abord la nature du liquide puriforme qui s'écoule des zones blanchâtres. C'est une véritable émulsion graisseuse : ce li-

quide contient en effet de nombreuses gouttelettes de finesse extrême, avec des débris de cellules, renfermant elles-mêmes de nombreuses granulations grasses. Une coupe faite au couteau à double lame nous a montré, dans les pyramides, des tubes excréteurs remplis de ces granulations. Le raclage des portions sécrétoires nous a montré beaucoup de cellules épithéliales pleines de granulations graisseuses, reconnaissables à leurs réactions caractéristiques. Enfin, l'examen du liquide du foyer de ramollissement nous a montré, à côté de globules du sang plus ou moins conservés, des débris de cellules en voie de dégénérescence granulo-graisseuse et même de véritables corps granuleux, formés de l'accumulation des gouttelettes graisseuses extrêmement fines dans les quelques corps cellulaires.

Réflexions. — Nous nous bornerons à faire remarquer que nous n'avons trouvé dans les antécédents de cette malade aucune des manifestations du rhumatisme. Et, cependant, l'endocardite ancienne dont les valvules sigmoïdes et mitrales portaient les traces, n'offrait guère les caractères qui ont été attribués à l'endocardite d'origine puerpérale. Sur la valvule, déjà atteinte autrefois, a évolué, probablement dans les derniers temps de la grossesse, une endocardite, de nature ulcéreuse cette fois, qui a donné lieu à l'infarctus rénal récent.

38. Atrophie jaune aiguë du foie et ictère grave chez un homme atteint d'affection cardiaque; par Ch. Talamon, interne des hôpitaux.

T..., employé, âgé de 31 ans, entré le 2 février 1879, à la Maison de santé, service de M. Lecorché. Cet homme n'a eu d'autre maladie qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu avec lésion cardiaque, en 1873. Bien qu'il ait fait un séjour de plusieurs années en Cochinchine, il n'a eu à cette époque ni diarrhée, ni fièvre, ni jaunisse. Il y a deux mois, il a été soigné à l'Hôtel-Dieu pour une bronchite aiguë ; au bout d'un mois, se sentant mieux, il a voulu reprendre son travail. Mais il y a huit jours, il a eu de nouveau de la fièvre, un point de côté à gauche, il a perdu l'appétit ; toux fréquente avec expectoration visqueuse. Il y a trois jours, mal à la gorge, douleurs dans le poignet gauche et l'épaule droite, qui le décidèrent à entrer à la Maison de santé.

C'est un homme de force et de constitution moyennes, au visage un peu amaigri et souffrant. Il se plaint de la gorge et accuse un peu d'oppression. Douleurs dans l'épaule droite et le poignet gauche, sans gonflement. Toux fréquente quinteuse ; crachats abondants, visqueux, mousseux. Sonorité du thorax normale. Râles ronflants, sibilants et muqueux généralisés. Respiration gênée quand le malade tousse et quand il marche un peu vite. Cet essoufflement facile date d'ailleurs de sa première atteinte de rhumatisme en 1873. La matité du cœur paraît normale. Souffle systolique prolongé à la pointe, s'entendant nettement vers l'aisselle ; rien à la base. L'isthme du gosier est d'un rouge vif qui tranche sur la pâleur rosée du voile du palais ; amygdales un peu tuméfiées. Langue nette, pas d'appétit ; constipation. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. La rate est normale. Urines peu abondantes, foncées ; ni sucre ni albumine. La fièvre est à peine marquée, s'élève légèrement dans la matinée. Salicylate de soude, 6 grammes.

6 *février*. La rougeur de la gorge a disparu ; les râles ronflants et muqueux sont moins abondants, mais l'oppression persiste ; les mouvements des deux jointures atteintes sont toujours très douloureux ; on supprime le salicylate ; digitale.

11 *février*. Les jointures sont libres, mais violent lumbago.

12 *février*. Vers une heure de l'après-midi, douleurs subites dans la partie postérieure de la cuisse et dans la fesse gauches. Le malade ne peut appuyer le pied par terre, sans une sorte d'irradiation douloureuse tout le long du membre inférieur. Douleur vive à la pression des points sciatiques jusqu'au creux poplité, ainsi qu'à la pression des 3e, 4e et 5e apophyses épineuses lombaires.

13 *février*. La douleur sciatique persiste très vive jusque vers le creux poplité. Injection sous-cutanée de morphine.

14 *février*. Douleur un peu moindre le long du sciatique, mais réapparition de la douleur de l'épaule droite.

15 *février*. Le matin, le malade s'est réveillé avec plus d'oppression que d'habitude. Il ne peut soulever le bras droit et accuse une douleur nouvelle dans l'épaule gauche. Les signes de bronchite et de congestion pulmonaire n'ont guère varié. On ne constate au cœur que le bruit systolique des premiers jours. Le soir, la dyspnée est plus forte. Douleur excessive à la moindre pression du point costo-xiphoïdien du phrénique et tout le long du rebord des fausses côtes gauches. Pas de douleur au cou. Rien d'analogue à droite. Léger bruit de frottement sous le sternum au niveau du troisième espace intercostal. Six ventouses scarifiées.

16 *février*. Insomnie. Dyspnée très marquée. Douleurs dans les deux épaules. Sueurs abondantes. Battements du cœur fort précipités ; bruit de frottement sec vers la base : le souffle de la pointe n'a pas changé de caractère. Expectoration toujours visqueuse et abondante ; râles sous-crépitants dans les deux bases. 8 grammes de salicylate de soude.

18 *février*. Les douleurs articulaires ont disparu. On n'entend plus de bruit de frottement. Mais la matité transversale du cœur est notablement augmentée et déborde le sternum à droite et les mamelons à gauche.

20 *février*. Œdème des pieds et des malléoles. Le foie déborde les fausses côtes ; légère teinte jaunâtre de la face. Infusion de digitale.

28 *février*. Urines abondantes, 2 litres. L'œdème, qui avait remonté jusqu'au haut des cuisses, se limite autour des chevilles.

5 *mars*. Le malade garde une teinte jaunâtre de la face et des conjonctives. Il continue à tousser ; râles sous-crépitants abondants dans les deux bases. Le cœur bat d'une manière irrégulière ; œdème des membres inférieurs jusqu'à mi-jambe.

7 *mars*. Ce matin, violent point de côté sous le sein gauche.

12 *mars*. Accès d'étouffement ce soir. Suffocation extrême ; agitation ; facies grippé, contracté ; extrémités froides ; pouls petit, à peine perceptible. Battements du cœur irréguliers, intermittents, tumultueux. Cette crise dure deux heures environ, et cède à l'application de ventouses scarifiées sur la région précordiale.

13 *mars*. La dyspnée est moindre, mais la sensation d'angoisse précordiale persiste. La pression du phrénique gauche est très douloureuse ; le maximum de la douleur est à la base du thorax tout le long du rebord costal. Dès qu'on appuie sur la paroi thoracique à ce niveau, sans même la refouler, on provoque une angoisse et une accélération extrême des mouvements respiratoires. Battements du cœur sourds, irréguliers ; arhythmie complète. La matité, augmentée transversalement dépasse en bas, de deux travers de doigt, le mamelon.

17 *mars*. Même dyspnée. La matité cardiaque dessine une sorte de triangle à base inférieure qui descend de trois travers de doigt au-dessous du mamelon. Pression excessivement douloureuse tout le long du phrénique et au niveau du rebord costal gauche. Les battements du cœur ne forment plus qu'une sorte de roulement sourd, le souffle de la pointe ne s'entend plus. On perçoit par moment à la base, sous le sternum, un bruit de frottement peu prononcé. La teinte jaunâtre de la figure s'accentue et prend une couleur franchement ictérique. Le foie déborde les fausses côtes, très douloureux à la pression. L'urine rare, foncée, donne par l'acide nitrique une légère nuance verte. Pas d'albumine.

21 *mars*. L'ictère a notablement augmenté. La figure est d'un jaune safran foncé ; conjonctives ictériques. Le reste du corps est d'un jaune soufre pâle. Urines de plus en plus rares, couleur madère ; teinte vert-bouteille par l'acide nitrique. Le malade est depuis hier dans un état de torpeur somnolente ; il ne se rend plus compte de ce qui se passe autour de lui, ne se plaint plus, ne répond plus quand on lui parle. — T. M. : 38°. T. S. : 38°,2.

23 *mars*. Même état demi-comateux. Le malade est couché sur le dos, la tête renversée en arrière, les yeux demi-clos, la bouche entr'ouverte ; il ne paraît plus éprouver l'angoisse des jours précédents. La respiration est lente, suspirieuse par instants. Pouls faible, à peine appréciable,

Battements du cœur sourds, violents, très étendus : bruit de souffle intense à la pointe. Soulèvement des artères du cou. Diarrhée abondante, jaunâtre. Le foie a diminué de volume ; il ne déborde plus les fausses côtes. Urines rares, ictériques ; pas d'albumine. — T. M. : 38°,2. T. S. : 38°,2.

27 *mars*. Ictère intense généralisé. Lèvres et langue sèches, fuligineuses, encroûtées de sang concrété. Le malade est toujours dans une sorte de coma vigil. Décubitus dorsal, respiration lente, yeux demi-clos, vagues, pupilles dilatées ; il divague et marmotte des mots sans suite. La nuit, agitation et subdelirium. Le foie mesure à peine 9 cent. sur la ligne mamelonnaire. Diarrhée jaunâtre continuelle. Commencement d'eschare au sacrum. Urines très rares, noirâtres, 200 gr. dans les vingt-quatre heures ; pas d'albumine ; au microscope nombreux cristaux de leucine et de tyrosine. — La température oscille entre 38° et 38°,5.

Mort le 28, sans nouvel incident.

Autopsie faite trente heures après la mort. — Rien à noter du côté de l'encéphale. Adhérences généralisées, résistantes des deux poumons. Les lobes inférieurs sont durs, carnifiés, de coloration rouge-brunâtre ; le tissu plonge au fond de l'eau. Bronches remplies de mucosités ; muqueuse d'un rouge-violacé. En enlevant le sternum, on aperçoit entre les deux poumons une masse volumineuse de forme triangulaire, formée par le sac péricardique ; cette masse adhère à la face interne des poumons. La cavité du péricarde n'existe plus ; les deux feuillets adhèrent intimement l'un à l'autre dans presque toute leur étendue. Dans les points où l'on arrive à les séparer, ils sont réunis par de petits tractus conjonctifs. Dilatation de toutes les cavités cardiaques qui sont remplies de gros caillots cruoriques. Le tissu musculaire est ramolli et un peu friable. L'endocarde, aussi bien pariétal que valvulaire, la membrane interne de l'aorte présentent une coloration jaune ictérique. L'orifice aortique est normal, les valvules sigmoïdes saines. La valvule mitrale est légèrement épaissie sur son bord libre, l'orifice est largement dilaté.

Abdomen. — Deux à trois litres de liquide ascitique de couleur jaune-verdâtre.

Le foie est atrophié, rétracté sous les fausses côtes. Le diamètre transversal mesure 22 centimètres, l'antéro-postérieur 16, le vertical dans sa plus grande épaisseur, 5 centimètres et demi. Le poids n'est plus que de 950 grammes. La capsule est légèrement ridée et épaissie par places, sous forme de lignes blanchâtres. La surface du foie est jaunâtre avec un semis de petits points rouges ; elle est légèrement granuleuse. Le tissu est ferme en général ; dans certains points, il offre un notable degré de friabilité. La surface des coupes faites dans l'épaisseur de l'organe, est d'un jaune ocreux diffus, pointillé de petites taches rouges. Par places, et ces places correspondent aux points friables, le pointillé rouge disparaît ; on ne voit plus qu'une surface uniformément jaune. La vésicule biliaire est remplie d'une bile brunâtre, très épaisse. Les canaux biliaires sont comme à l'état normal. L'embouchure du cholédoque est libre.

Rate petite, un peu molle. — *L'intestin* ne présente qu'un pointillé ecchymotique dans les dernières parties de l'iléon. La muqueuse est saine. — *Les reins* ont un volume normal. La capsule s'enlève facilement. Ils sont congestionnés et de couleur rouge-violacé. La surface est lisse ; peu de kystes. Les bassinets, la vessie ne présentent aucune altération.

Examen microscopique. — A l'état frais, après dissociation, on voit dans le champ de la préparation : 1° de la graisse libre sous forme de globules ou de granulations ; 2° de nombreux globules de sang ; 3° des cellules hépatiques, la plupart déformées, ratatinées ou allongées, quelques-unes de forme normale ; toutes sont remplies de granulations graisseuses de petits globules de graisse ; le noyau existe dans les unes, n'est pas visible dans les autres. La plupart présentent une teinte d'un jaune d'or, tantôt diffuse, tantôt sous forme de petites granulations. Plusieurs renferment des petites masses jaunes irrégulières. On trouve de ces masses pigmentaires libres dans la préparation, quelques-unes arrondies, d'autres allongées, d'autres ayant à peu près la forme d'un Y, elles sont colorées en jaune clair ou en jaune brunâtre, jaune verdâtre.

Sur des coupes du *foie* faites après durcissement par le procédé ordinaire, et colorées par le picro-carminate d'ammoniaque, on constate, à un faible grossissement d'une manière générale, des parties claires peu colorées et des parties plus foncées. Les parties claires entourent la veine centrale et occupent en moyenne, les deux tiers des lobules : parfois plus, parfois moins. Les parties foncées font comme un bourrelet plus saillant et limitant la périphérie de l'îlot formant une bordure autour des espaces portes. Ceux-ci sont partout élargis, et le tissu conjonctif qui enveloppe la veine porte et les canaux biliaires très notablement épaissi.

Un plus fort grossissement fait voir les détails suivants :

1° La *veine centrale* est dilatée, mais, en général, légèrement le plus souvent, elle est remplie de globules sanguins : tout autour existe une petite zone colorée en rose, plus ou moins épaisse, parfois à peine marquée ; 2° les *cellules hépatiques* au voisinage de la veine ont disparu et sont remplacées par des globules de graisse. Dans les points où la lésion est très avancée, cette destruction des cellules s'observe dans les deux tiers des lobules, correspondant aux parties claires dont nous avons parlé ; on n'y voit plus trace de la structure de l'îlot, mais seulement des granulations jaunes, des noyaux rouges disséminés et de grosses gouttelettes de graisse. Tous les lobules ne sont toutefois pas atteints à ce degré ; certains présentent encore au milieu des parties détruites des groupes de cellules granuleuses, mais ayant conservé leur forme et leur disposition ; dans ce cas, les parties atrophiées sont distribuées irrégulièrement dans le lobule, mais toujours dans les zones moyenne et centrale ; 3° la *zone périphérique* de l'îlot hépatique est formée de cellules rangées en séries normales, ayant leur forme habituelle ; elles paraissent seulement tuméfiées et sont plus saillantes que les parties centrales atrophiées, qui sont comme déprimées ; 4° les *capillaires* sanguins du lobule ne semblent pas dilatés ; 5° les *espaces portes* sont très élargis ; ils forment des îlots arrondis ou ovalaires de sclérose déjà avancée ; le tissu conjonctif est, en effet, du tissu adulte formé de fibrilles avec des cellules arrondies ou allongées ; on n'y trouve que quelques rares cellules embryonnaires. Ce tissu conjonctif entoure la veine porte, les canaux biliaires et l'artériole hépatique ; mais, parfois, des espaces portes partent des traînées de tissu fibrillaire qui s'enfoncent entre les lobules, paraissant esquisser un commencement de cirrhose annulaire mais sans jamais envelopper plus d'un cinquième de la circonférence de l'îlot ; 6° la *veine porte* est normale et contient des globules de sang ; 7° les *canalicules biliaires* sont manifestement dilatés ; ils sont beaucoup plus apparents et plus volumineux qu'à l'état normal ; dans la plupart des espaces portes élargis, on les voit formant des canaux allongés avec leurs divisions dichotomiques ; on en voit aussi dans les traînées conjonctives interlobulaires ; ils sont remplis de cellules épithéliales fortement colorées par le carmin.

Bien que les *reins* parussent sains à l'œil nu, l'examen microscopique a montré quelques lésions qui méritent d'être relevées. Les glomérules sont pour la plupart remplis de cellules embryonnaires fortement colorées en rouge. Ils sont entourés d'une zone de tissu conjonctif adulte, coloré en rose par le picro-carmin. Mais c'est autour des vaisseaux que l'hyperplasie du tissu conjonctif est surtout marquée. La coupe des vaisseaux interlobulaires est enveloppée par ce tissu fibrillaire où l'on voit de nombreuses cellules rondes et allongées. La lumière du vaisseau est remplie de globules sanguins. De ces centres de formation-conjonctive partent de minces tractus qui séparent les tubes les plus voisins de l'artère ou du glomérule ; on voit entre ces tubes, çà et là, quelques cellules fusiformes ou arrondies par place, la prolifération cellulaire est plus jeune, et l'on constate alors entre les canalicules une véritable infiltration de cellules embryonnaires. Mais, en général, ces canalicules sont, au contact les uns des autres, sans interposition de tissu conjonctif appréciable. Ils paraissent, d'ailleurs, sains ; ils ne sont pas dilatés, leur épithélium est en place ; on n'y voit ni cylindres, ni granulations graisseuses. On trouve seulement des globules de sang dans un assez grand nombre de tubes droits.

En résumé, il s'agit là d'un ictère grave se produisant à la période d'asystolie chez un homme atteint d'une affection cardiaque. La teinte jaune habituelle aux malades de ce genre a fait place progressivement à une coloration subictérique, puis ictérique, de plus en plus foncée, avec pigment biliaire dans l'urine ; puis, ont apparu les phénomènes de l'ictère grave, somnolence, aspect typhoïde, subdélirium, coma, présence de la leucine et de la tyrosine dans l'urine. Le foie, d'abord gros et douloureux s'est rétracté en même temps, disparaissant sous les fausses côtes. L'autopsie a montré l'aspect classique de l'atrophie jaune aiguë du foie, et le microscope a fait constater la destruction de la plus grande partie des cellules hépatiques. Ni dans l'étiologie de l'atrophie aiguë du foie, ni dans les modes de terminaison des affections du cœur on ne trouve signalé l'ictère grave comme conséquence des lésions cardiaques. Notre observation mérite donc d'être relevée, au moins pour sa rareté.

Au point de vue histologique, nous signalerons la répartition de l'atrophie des cellules hépatiques qui occupait exclusivement les parties centrales et moyennes du lobule, les parties périphériques étant saines. Ce fait est en rapport avec le mode d'évolution probable de la lésion, si l'on admet que l'atrophie des cellules a été la conséquence ultime, le dernier terme des altérations produites par la congestion passive d'origine cardiaque. Il faut indiquer encore la dilatation des canalicules biliaires remplis de cellules épithéliales. Ce catarrhe des radicules biliaires a été vu par M. Cornil dans un cas d'atrophie jaune aiguë du foie, à un degré bien plus avancé, puisqu'on voyait le réseau des canalicules pénétrant dans le tiers et même dans la moitié externe du lobule hépatique. Dans notre cas, l'altération ne paraissait porter que sur les canaux interlobulaires. Quant à l'épaississement du tissu conjonctif des espaces triangulaires il ne doit pas être rapporté à l'hépatite aiguë ; en raison de l'apparence adulte du tissu conjonctif, il est plus vraisemblable de considérer cette hyperplasie interstitielle comme de date plus ancienne et comme une des conséquences de la congestion chronique du foie ; on sait que cette sclérose interlobulaire a été indiquée comme à peu près constante par Wickham Legg dans son travail sur l'histologie du foie muscade (1875). En somme, il y aurait deux ordres de lésions dans le foie de notre malade : 1° des lésions de date relativement ancienne et appartenant au foie cardiaque, la dilatation légère de la veine centrale avec épaississement conjonctif périphérique et la sclérose interlobulaire ; 2° des lésions récentes appartenant à l'atrophie jaune aiguë : la destruction des cellules hépatiques et le catarrhe des canalicules biliaires.

Quant à cette localisation prédominante et tout à fait anormale des conséquences de l'asystolie sur le tissu hépatique, peut-être faut-il en rechercher la cause dans le séjour de plusieurs années qu'a fait ce malade en Cochinchine.

Nous rapprocherons enfin de la sclérose interlobulaire hépatique les altérations du tissu conjonctif péri-vasculaire observées dans le rein et qui reconnaissent sans doute la même cause, la congestion chronique de l'organe. On remarquera que cette ébauche de néphrite interstitielle existait sans lésion des canalicules sécréteurs et qu'on n'avait pas constaté d'albuminurie pendant la vie.

Séance du 6 juin 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TERRILLON.

1. Croup. — Trachéotomie sans amendement dans les symptômes. — Mort. — Thrombose du cœur droit ; par ED. JUHEL-RENOY, interne des hôpitaux.

Eugénie J..., âgée de trois ans, entre le 31 mai 1879, salle Sainte-Catherine, lit n° 2, service du docteur BOUCHUT. Malade depuis deux jours, d'après les renseignements recueillis auprès des parents, elle est en proie à une gêne respiratoire assez grande pour qu'elle ait été admise d'urgence. L'enfant, toujours d'après les renseignements, s'est plainte de céphalie ; a perdu sa gaieté, a refusé des aliments depuis deux jours. Concurremment à ces symptômes, les parents se sont aperçus que, dans la journée d'hier, la voix était un peu enrouée ; lui ayant examiné la gorge, ils y ont vu « du blanc. » Il y a donc eu angine diphthérique d'une façon certaine. Au reste, l'état actuel confirme ces vues. Les deux amygdales sont recouvertes de fausses membranes, blanc jaunâtre, d'aspect « parchemin mouillé » ; il en existe également sur la paroi postérieure du pharynx. Les piliers et la luette sont rouges, un peu tuméfiés, mais libres d'exsudat. La toux et la voix sont basses, sensiblement éteintes ; rentrant dans le larynx, suivant l'expression consacrée, les phénomènes de croup sont certains. L'auscultation du larynx fait entendre un bruit strident, aigu, les poumons respirent bien. T. 38°,2 ; P. 112. Albumine dans les urines. Anorexie profonde. Gonflement ganglionnaire de moyenne intensité.

Traitement. — Tartre stibié 0,025 milligr., potion avec cognac, 20 gr., salycilate de soude, 3 gr. Injection toutes les heures avec coaltar et eau, parties égales.

Le soir, après trois accès de suffocation violente, la trachéotomie est pratiquée. L'enfant, fortement anesthésiée, ne bouge pour ainsi dire pas.

Mais, chose assez remarquable, elle est fort peu soulagée et conserve son teint plombé. Cependant, l'auscultation des poumons fait constater leur intégrité, car l'air y pénètre bien. L'examen du cœur, assez difficile à cause du bruit trachéal, permet cependant de se rendre compte des bruits qui sont sourds, mal frappés, quoique très-fréquents. Le pouls est à 160. T. A. 39°,4.

La journée du 2 juin se passa de la même façon, la teinte cyanique de la peau s'accusait de plus en plus, et malgré l'expulsion de quelques fausses membranes, il ne se produisit aucun soulagement.

Le 3 au matin, l'enfant se mourait au moment de la visite. Les doigts étaient violacés, bleuâtres, livides ainsi que les lèvres et la muqueuse buccale ; l'auscultation du cœur ne donnait lieu qu'à un bruit sourd et confus, quelques minutes après elle succombait, absolument de la même manière que si elle avait été asphyxiée par un obstacle des voies aériennes.

L'AUTOPSIE, pratiquée 24 heures après, donna facilement la raison de cette asphyxie. Les *poumons*, congestionnés à la base, étaient sains. Le *cœur*, petit, laissait sentir à travers ses parois de nombreux caillots. Mais, tandis que dans le ventricule gauche on ne rencontrait que des caillots, mous, noirs, ressemblant à du raisiné, ayant, en un mot, les caractères des caillots agoniques, on voyait dans le ventricule droit un caillot unique, distendant tout le cœur droit, oreillette et ventricule, et se prolongeant jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire.

Ce caillot, de couleur blanc jaunâtre, était fixé aux parois du ventricule droit par des sortes de racines, enchevêtrées dans les piliers et dans les cordages, d'une façon telle, qu'elles se rompaient ; enfin, comme nous l'avons dit, le caillot envoyait un prolongement de même aspect jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire. La tricuspide ne présentait aucune altération, ni saillies, ni coloration anormale. Il n'en était pas de même de la mitrale, qui était le siége d'une coloration rosée, très-manifeste, sur son bord libre, et présentait de petites saillies fort apparentes au niveau de l'insertion des cordages sur le bord de la valvule. Lavée pendant quelques minutes, cette coloration n'a point disparu ; le lavage, au contraire, faisait apparaître plus évidemment ces petites saillies.

Quant aux autres viscères, ils étaient sains. Le sang luimême n'était pas poisseux, comme il arrive si souvent dans la diphthérie.

RÉFLEXIONS. — L'observation rapportée plus haut tire son intérêt de la question, toujours controversée, de la thrombrose cardiaque dans le cours de la diphthérie. Admise par Winkler, Richardson, et décrite à nouveau dans ces derniers temps par Robinson Severley, elle est repoussée par bon nombre d'auteurs. Nous nous sommes contentés de rapporter le résultat de la nécropsie, qui nous semble plaider en faveur de l'opinion des premiers auteurs.

L'auscultation du cœur pendant la vie avait fait soupçonner la présence du caillot trouvé à l'autopsie, lequel, on s'en souvient, était intriqué fortement dans le tissu cardiaque. Or, il semble difficile d'admettre qu'une telle adhérence puisse se faire dans les derniers moments de la vie, surtout quand il

n'existe pas d'agonie, ainsi que nous l'avons observé souvent.

Enfin, nous dirons, en terminant, que la coloration de la mitrale, la présence de ces saillies rougeâtres sur le bord libre des valvules ne tient pas à l'imbibition, comme le veulent certains auteurs, car elle persiste longtemps, malgré de fréquents lavages, si prolongés qu'ils soient. Pour un certain nombre de médecins, c'est l'état normal chez l'enfant; or, sur un assez grand nombre d'autopsies, nous avons pu voir des valvules mitrales absolument dépourvues de toute rougeur et de dépôts fibrineux. S'il est vrai que cette altération n'a pas la valeur qu'on a voulu lui attribuer, et pour la diphthérie en particulier, dont on a voulu en faire la caractéristique, il nous semble que ce n'est point la règle. En effet, chez tous les enfants qui succombent avec de la fièvre on trouve cette altération; mais, chez ceux qui meurent subitement, on ne rencontre rien qui s'en rapproche. Au reste, nous nous proposons de mettre sous les yeux de la société un certain nombre de cœurs d'enfants recueillis indistinctement, afin de trancher, s'il est possible, ainsi que le demandait M. le docteur Debove, la question controversée si vivement de l'endocardite aiguë dans la diphthérie.

M. LETULLE. La valvule mitrale n'offre pas trace de lésions endocarditiques. Les saillies qu'on aperçoit se peuvent constater sur tous les cœurs d'enfants. Il ne s'agit donc pas dans le cas actuel d'une endocardite diphthérique. Sans mettre en doute l'existence de l'endocardite dans la diphthérie, je crois qu'elle est des plus rares. Ici même nous avons bien rarement l'occasion de la voir.

M. H. C. DE BOYER. On doit accepter, en effet, l'existence de l'endocardite diphthérique. Je pense, pour ma part, en avoir rencontré un certain nombre d'exemples indiscutables.

M. BARIÉ. Je ne veux pas nier l'endocardite dans la diphthérie; mais je l'ai vainement cherchée pendant une année entière aux Enfants-Assistés, où la diphthérie faisait de nombreuses victimes. Nous rencontrions fréquemment, par contre, les hémato-nodules de M. Parrot.

M. DEBOVE rappelle tout l'intérêt qu'offre cette question que l'on a bien souvent discutée ici même en passant. Il serait à désirer qu'on pût apporter des pièces fraîches vraiment confirmatives.

2. Note sur un cerveau d'amputé au point de vue des localisations cérébrales; par HENRI DE VARIGNY, externe des hôpitaux.

Le nommé C.... (François), âgé de 26 ans, cordonnier, entre le 23 mai 1879 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. MILLARD, à la suite d'hémoptysies répétées et abondantes, ayant débuté quatre jours auparavant. Ce malade présente tous les signes d'une congestion pulmonaire intense. Malgré une médication énergique instituée aussitôt, aucune amélioration ne se produit. En examinant le malade, on s'aperçoit qu'il a subi l'amputation de la jambe pratiquée au niveau du tiers moyen de la cuisse. C'est à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cusco, que cette opération a été faite, il y a quatre ans, à la suite d'un traumatisme. Le 26 mai, au matin, vers huit heures, et avant la visite, le malade succombe après huit jours de maladie.

L'AUTOPSIE est pratiquée 24 heures après, dans le but d'examiner l'état du cerveau. Rien d'anormal dans le crâne, ni à la surface du cerveau; les membranes ont leur aspect accoutumé et se détachent facilement. L'attention se porte tout naturellement sur l'état des circonvolutions et sur celles de la région dite motrice en particulier.

La partie dans laquelle Ferrier localise les centres moteurs du membre inférieur est la région correspondante à la convergence de la pariétale ascendante, du lobule pariétal supérieur et du lobule paracentral. En examinant attentivement cette région l'on remarque une certaine différence entre les extrémités supérieures des deux circonvolutions post et prorolandiques droites et gauches. A gauche, la partie qui correspond à la face supérieure du lobule paracentral est moins étendue dans le sens antéro-postérieur : à droite, elle mesure 57 mm.; à gauche, 52 mm. Il y a donc une différence de 5 mm. dans le diamètre antéro-postérieur, due surtout à ce que la scissure qui sépare cette partie en arrière du lobule pariétal supérieur aboutit à gauche à la scissure médiane sur un plan antérieur à celui où elle aboutit à droite. En avant, le plan qui la limite est sensiblement le même des deux côtés. Le diamètre transversal de cette région est le même des deux côtés; il est malaisé de pouvoir affirmer une différence, vu la difficulté que l'on éprouve à trouver des points de repère fixes.

Malgré cela, il y a évidemment moins de substance cérébrale dans cette région, à droite qu'à gauche; ceci est surtout remarquable dans l'extrémité supérieure des deux pariétales ascendantes, car l'extrémité supérieure de la frontale ascendante est plus volumineuse à gauche; tandis que celle de la pariétale ascendante l'emporte au contraire à droite.

L'extrémité supérieure de la pariétale ascendante gauche nous semble donc atrophiée.

En présence de ce fait, l'on peut se demander s'il ne faut y voir qu'un exemple de plus de l'asymétrie normale des hémisphères, qui peut, dans un cerveau absolument sain, atteindre des proportions notables; ou bien s'il y a là réellement atrophie de la région où Ferrier localise les centres moteurs du membre inférieur. En outre, au cas où nous serions bien en présence d'une atrophie consécutive à l'amputation, nous nous demandons quelle peut être en général l'influence exercée sur la production de l'atrophie par l'âge, c'est-à-dire la période de développement atteint par le sujet à l'époque de l'opération.

M. LANDOUZY croit que c'est à l'examen du bulbe et de la moelle qu'on devra s'en rapporter pour juger la question de l'atrophie cérébrale consécutive aux amputations des membres. Le cas actuel ne lui paraît nullement probant.

3. Tumeur de la parotide; par LEVRAT, interne des hôpitaux.

X.., 58 ans, s'aperçoit depuis 10 ans d'une tumeur dans la région parotidienne; n'y a d'abord prêté aucune attention.

Depuis quelques mois la tumeur, déjà grosse comme une tête de fœtus, a pris un accroissement plus rapide, et le malade s'est décidé à venir à Paris.

C'est un homme bien portant, d'apparence vigoureuse, et qui ne souffre aucunement, si ce n'est de la gêne occasionnée par le poids et le volume de cette tumeur. Cette tumeur s'étend depuis l'apophyse zygomatique jusqu'à la clavicule ou tout au moins à 2 travers de doigts au-dessus. Elle est relativement mobile, c'est-à-dire qu'elle est immobilisée en partie par un prolongement dans la loge parotidienne, que l'on peut sentir en explorant le pharynx, mais sur lequel la paroi pharyngienne glisse facilement.

La tumeur mesure à son point d'implantation 52 centimètres de circonférence. Son demi-méridien maximum est de 39 centimètres. Lorsqu'on voit le malade à distance, on dirait qu'il porte un fardeau sur son épaule.

Il y a de ce côté une paralysie faciale très nette. M. Duplay pensait qu'elle était due uniquement à la compression, les filets du facial, en effet, purent être vus dans la dissection de la tumeur, et ne parurent nullement atteints par la dégénérescence.

L'opération eut lieu le jeudi 5 juin, elle fut pratiquée avec le thermo-cautère. La tumeur s'énucléa facilement, y compris le prolongement pharyngien. Aucun gros vaisseau n'était atteint; au fond de la plaie, on distinguait nettement, entre les muscles styliens, les battements de la carotide externe entourée de tissu sain.

Le poids de la tumeur complète était de deux kilogrammes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Erythème papuleux et noueux. Rhumatisme subaigu. — M. GOUGUENHEIM résume l'observation suivante. Femme de 38 ans, couchée au n° 8, de la salle Saint-Landry. Il y a 6 ans, ictère avec douleurs vives dans l'hypochondre droit. A cette époque, un peu d'œdème malléolaire. Il y a trois semaines,

mouvement fébrile, douleurs à la jambe droite et au coude du même côté. A la face dorsale des mains, érythème papuleux marginé et circiné; mêmes manifestations au tronc et à la face; 3 semaines après, érythème papuleux aux jambes; une semaine plus tard, rougeur de la conjonctive, puis papules à son niveau; iris intact. Après cessation de cet érythème non fébrile, il revient des douleurs dans les articulations; rien au cœur.

Ce cas est intéressant par l'apparition simultanée des accidents articulaires et de manifestations oculaires dues à la diathèse rhumatismale. Il paraît très démonstratif de la coïncidence des lésions cutanées et muqueuses avec des lésions articulaires rhumatismales. Cette complication rare de conjonctivite papuleuse rend cette observation intéressante.

M. Empis a vu un grand nombre d'érythèmes noueux sans rencontrer cette conjonctivite papuleuse. Au sujet de la coïncidence, de la relation de cette éruption papulo-érythémateuse avec la rhumatismale, il a rarement constaté des antécédents rhumatismaux, et rarement il a constaté l'apparition de manifestations rhumatismales à la suite de cet érythème; et il considère l'érythème noueux comme une fièvre éruptive se déterminant souvent vers les articulations comme la scarlatine. Il pense que, à tort, on le considère comme une manifestation rhumatismale, et se fonde sur ce fait que des manifestations sont rares soit avant, soit après l'apparition de l'érythème. Les mêmes remarques au sujet des manifestations articulaires coïncidant avec une affection non rhumatismale se rencontrent dans la chorée, les affections puerpérales, le rhumatisme. Toutefois, M. Empis a souvent trouvé chez les malades atteints d'érythème noueux de l'endocardite, de la péricardite, de l'albuminurie. Ces malades le plus souvent n'étaient pas, ne sont et ne deviennent pas des rhumatisants.

M. Gouguenheim. Chacun a pu constater la coïncidence entre l'érythème noueux et les attaques de rhumatisme. Est-ce à dire que tous ces érythèmes soient des arthritides; il n'oserait pas l'affirmer. Cependant, il lui paraît naturel de qualifier de rhumatismales ces manifestations cutanées comme on appelle rhumatismales les pleurésies et les pneumonies qui se développent dans le cours des attaques de rhumatisme articulaire aigu.

M. Labbé. Une des raisons qui ont fait considérer la péliose de M. Hardy comme rhumatismale a été la coïncidence de manifestations articulaires; mais il y a une notable différence entre l'érythème papuleux pseudo-exanthématique de Bazin, qui certainement est rhumatismal, et l'érythème papuleux. Il faut, comme le demande M. Empis, considérer si le malade est atteint, en effet, de la diathèse rhumatismale. Et M. Labbé pense que la relation entre l'érythème papuleux ou noueux et le rhumatisme a été beaucoup trop étendue. En somme, la relation des affections cutanées pseudo-exanthématiques avec le rhumatisme semble établie; au contraire, elle ne le paraît pas pour l'érythème chronique.

M. Gouguenheim a voulu seulement signaler la relation des affections cutanées aiguës avec le rhumatisme.

M. Debove. *Lésion des lymphatiques du poumon dans un cas de cancer.* — Différents travaux ont été faits par MM. Raynaud, Cornil, Troisier au sujet de ces lymphangites pulmonaires étudiées chez les cancéreux. MM. Raynaud, Cornil ont pensé qu'il s'agissait de lésions inflammatoires. M. Debove pense, au contraire, qu'il s'agit d'une véritable lymphangite cancéreuse, d'un cancer des lymphatiques.

Les pièces anatomiques proviennent d'une femme de 48 ans, qui entra dans le service de M. Debove en un état de cachexie profonde, avec de l'ictère et une dyspnée intense.

Depuis deux ans, cette malade ressentait des douleurs stomacales et tantôt le matin, tantôt dans la journée, elle avait des vomissements pituiteux; après le repas, il survenait des douleurs épigastriques. Il y a trois mois, point de côté; et huit jours avant son entrée à l'hôpital, la dyspnée avait notablement augmenté; en même temps survenait de l'ictère. Enfin, cette femme présentait depuis cinq mois de l'œdème malléolaire.

On constatait le jour de son entrée une coloration ictérique intense, une émaciation notable et cet œdème; la constipation était habituelle. Le foie, volumineux, débordait les fausses côtes de trois travers de doigt et était légèrement douloureux à la pression; les urines albumineuses, foncées, peu abondantes. On constatait la présence de ganglions sus-claviculaires, et, au devant du sternum, d'arborisations rougeâtres dues à la dilatation et à l'inflammation d'un réseau vasculaire, probablement des lymphatiques. L'auscultation ne révélait que la présence de râles ronflants, sans soufle, ni matité. En présence de ces signes, le diagnostic porté fut celui-ci: cancer de l'estomac; cancer secondaire des lymphatiques pulmonaires; cette dernière partie du diagnostic reposait sur l'absence des signes du cancer localisé soit dans le poumon, soit dans la plèvre, et sur la connaissance de faits antérieurs de lymphangite cancéreuse qui s'étaient traduits par des signes identiques.

A l'autopsie, on trouvait un cancer du pylore, les ganglions du hile du foie envahis secondairement et le parenchyme de l'organe contenant 5 à 6 noyaux de généralisation. Les reins étaient gras, mais sans lésions cancéreuses; il en était de même des autres viscères. Mais les lésions des lymphatiques du diaphragme étaient notables sur les faces péritonéale et pleurale. En outre, on trouvait, non pas sur la plèvre, mais au-dessous d'elle, une véritable injection des lymphatiques sous-pleuraux. Dans le poumon, deux ou trois noyaux seulement de cancer, peu volumineux. Les ganglions du hile, quoique dégénérés, ne comprimaient pas les bronches.

L'examen microscopique montra que la tumeur stomacale était un carcinome. Le réseau pulmonaire altéré put être détaché, et l'on vit qu'il était indépendant des vaisseaux sanguins, et que la lésion avait envahi l'ensemble du système lymphatique pulmonaire. Au microscope, on constata que les vaisseaux lymphatiques étaient littéralement bourrés de grosses cellules analogues à celles du cancer primitif et à celles que renfermaient les noyaux pulmonaires secondaires.

S'agissait-il ici, au point de vue des lymphatiques, de lésions inflammatoires analogues à celles que MM. Cornil et Raynaud, ont décrites ou au contraire d'un processus cancéreux. M. Debove pense que les lésions qu'il a observées et celles que M. Raynaud a constatées ne sont peut-être qu'un stade différent d'une même lésion; il pense qu'il ne s'agit pas là de deux lésions distinctes, en un mot qu'il n'y a pas tantôt une lymphangite et tantôt un cancer des lymphatiques. Mais la distinction est difficile à établir, attendu que, dans les deux cas, ce sont les cellules endothéliales qui commencent à s'altérer. — M. Debove signale, en outre, la fréquence sur laquelle il a déjà appelé l'attention dans un travail antérieur des lymphangites pulmonaires consécutives au cancer de l'estomac.

M. Labbé remarque que la communication de M. Debove tendrait à faire admettre que le cancer n'est pas une maladie générale, mais se propage par la voie des lymphatiques.

M. Debove répond qu'il n'a voulu s'occuper dans cette communication ni de l'étiologie ni de la nature ni du mode de propagation du cancer, mais simplement montrer qu'il pouvait se former, consécutivement au cancer de l'estomac un cancer arborescent des lymphatiques pulmonaires. Il n'a nullement entendu soulever la question de savoir si le cancer est ou non une maladie générale.

M. Féréol a quelque peine à admettre qu'il puisse y avoir du côté des lymphatiques (dans les cas dont il est question) des phénomènes simplement inflammatoires et d'autres de nature cancéreuse; il pense qu'il y a là un travail unique, et que les faits de MM. Raynaud et Cornil étaient probablement des cancers de lymphatiques pulmonaires.

M. Dumontpallier demande si M. Debove a constaté qu'il y avait, sur la paroi des lymphatiques, des altérations cancéreuses analogues à celles que l'on rencontre souvent sur la paroi des veines.

M. Debove a trouvé, en certains points, la paroi des lymphatiques rompues, et partout la lumière des vaisseaux bouchée par une accumulation des cellules analogues à celles du cancer primitif.

M. Hervieux. *Pemphigus congénital chez deux nouveau-nés jumeaux.* — Il s'agit, selon toute apparence, d'un pemphigus syphilitique, mais il serait, dans le cas présent, généralisé à

tout le corps et non limité à la paume des mains et à la plante des pieds. Les deux nouveau-nés jumeaux dont il s'agit en sont atteints ; l'un présente des vésicules miliaires remplies de pus et l'autre des bulles contenant un liquide semblable ; — la mère n'a aucune trace de syphilis, les deux enfants sont bien portants.

M. Dumontpallier fait remarquer que l'altération cutanée dont parle M. Hervieux diffère sensiblement du pemphigus syphilitique. Celui-ci n'apparaît nullement que de huit à quinze jours après la naissance, et ses bulles sont caractérisés par la présence d'une sérosité plus ou moins transparente ; ici, au contraire, les bulles contiennent du pus, et cette éruption, qui est généralisée, est en même temps congénitale.

M. Hervieux dit que l'on peut trouver du pus dans les bulles de pemphigus syphilitiques ; quant au moment d'apparition du pus, cette éruption étant congénitale, nous ignorons si les bulles n'ont pas contenu de sérosité à un moment donné.

M. Quinquaud fait remarquer qu'il est très-difficile de distinguer le pemphigus accidentel du pemphigus syphilitique. Il y a cependant, dit-il, deux caractères qui, outre la localisation, la marche, les allures de l'éruption permettent de faire le diagnostic.

1° L'évolution du liquide est telle, dans le pemphigus syphilitique, que la présence d'une quantité de pus notable peut être constatée au bout de quarante-huit à soixante heures, au contraire, dans le pemphigus accidentel ; on ne trouve, même au cinquième ou au sixième jour de l'éruption, que peu de leucocytes. 2° La nucléine existe et en grande abondance dans le liquide fourni par les bulles de pemphigus syphilitique; elle manque au contraire dans le cas de pemphigus accidentel.

M. Féréol pense que nous manquons encore de preuves solides pour pouvoir affirmer qu'un pemphigus est ou non syphilitique ; et il cite l'exemple d'une enfant qu'il a vu succomber, il y a une vingtaine d'années, à un pemphigus, et dont les parents qu'il a suivis depuis cette époque sont encore à l'heure actuelle exempts de toute manifestation syphilitique. Quelle était la nature de ce pemphigus ?

M. Besnier signale ce fait que des enfants syphilitiques peuvent présenter du pemphigus non syphilitique; il ajoute que la purulence du liquide des vésicules (comme dans le cas de M. Hervieux) pourrait peut-être se rapporter à une variété de pemphigus cachectique. Enfin, il prie M. Hervieux de vouloir bien remettre à la Société une observation détaillée du fait qu'il signale, en précisant l'évolution du liquide des pustules ou des bulles, et, plus tard, la présence ou l'absence de manifestations spécifiques chez les jumeaux dont il s'agit.

M. Dumontpallier demande quels sont les caractères qui permettent de reconnaitre la présence de la nucléine.

M. Quinquaud répond que cette substance se combine facilement à l'oxyde de plomb ; on verse donc de l'acétate de plomb, puis on fait passer un courant d'hydrogène sulfuré ; qui décompose le précipité ; on fait un extrait. On obtient alors la nucléine, substance qui se gonfle par l'acide acétique, offre la consistance et l'aspect de l'empois, devient très-filante, et ne présente aucune odeur ammoniacale.

M. Besnier rappelle que la détermination des affections rangées aujourd'hui sous le non de pemphigus étant souvent fort délicate, il y a un haut intérêt à préciser les caractères de l'éruption décrite par M. Hervieux. Il fait remarquer que le pemphigus commence toujours par une vésicule remplie d'un liquide séreux, et il pense que si l'on se trouve en présence d'une affection caractérisée par des bulles purulentes, il s'agit peut-être d'une affection syphilitique, mais non d'un pemphigus.

M. Rathery rappelle brièvement un fait qu'il a eu récemment l'occasion d'observer : il s'agit d'une femme manifestément syphilitique, ayant des plaques muqueuses à la vulve. Elle accoucha d'un enfant qui présenta un pemphigus localisé au lieu d'élection du pemphigus spécifique (paume des mains, plante des pieds) ; ces bulles devinrent rapidement purulentes. L'enfant fut observé et suivi pendant trois semaines, et, pendant tout ce temps, il ne présenta aucune manifestation diathésique. R. M. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *mars* 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Terrillon fait une très intéressante communication sur la *Cystite* du début de la grossesse, et liée à cet état.

Cette communication repose sur les observations de 5 malades ; l'une d'elles présente même cette particularité importante que, deux fois il y a eu grossesse, et deux fois il y a eu cystite.

Cette cystite apparaît dans les deux ou trois premiers mois de la gestation; elle est indéniable et caractérisée par des symptômes qu'on ne peut récuser; ce sont les symptômes rationnels et fonctionnels ordinaires de la cystite légitime; ce sont des douleurs vives au niveau du col de la vessie; c'est surtout un dépôt muco-purulent abondant, et l'examen microscopique, qui, à chaque fois a été pratiqué, a pleinement confirmé le diagnostic. — Chose remarquable une fois même une faible quantité de sucre a été trouvée.

Ces cystites sont excessivement gênantes, incommodent fortement les malades qui en sont atteintes, mais présentent ce caractère spécial d'être *très-bénignes* : 15 à 20 jours suffisent pour leur guérison : les bains prolongés, les boissons émollientes, les capsules de térébenthine, et au besoin les injections alcoolisées en ont facilement et rapidement raison ; quelques symptômes pénibles qu'elles déterminent, elles paraissent n'avoir aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse, ou sur l'état général de la femme. Cette forme de cystite n'a rien de commun avec la cystite consécutive aux fongosités uréthrales et que M. Terrillon a si bien décrites tout récemment ; elle n'a rien à voir non plus avec ces cystites liées à la rétroversion de l'utérus gravide, que la cystite soit consécutive, ou bien qu'elle soit primitive. Comme le veut M. Depaul, elle est indépendante de toute position vicieuse du fœtus, de tout phénomène de compression, ainsi que le toucher, le palper et l'examen direct l'ont révélé à M. Terrillon. Elle n'est pas non plus la conséquence d'une uréthrite et ne se trouve commandée par aucune condition mécanique ou par aucun état constitutionnel. Force est donc de la rattacher à la seule grossesse.

Cette forme de cystite n'a pas encore été décrite. On a bien parlé, il est vrai, de vessie irritable, soit au début, soit au milieu, soit vers la fin de la grossesse, mais, dans ces cas, l'urine était normale, sans le moindre dépôt purulent ; il s'agissait d'un simple trouble fonctionnel.

Comment expliquer cette cystite au début de la grossesse ? Faut-il la rapporter à des troubles de la circulation sous l'influence de l'utérus gravide, à cette dilatation variqueuse des veines du col, signalée par M. Tillaux ? Quoi qu'il en soit, l'utérus a une influence incontestable sur la vessie, témoins ces poussées aiguës de cystite dans la cystite chronique des femmes au moment des règles : aussi M. Terrillon propose-t-il de tout expliquer par la dénomination un peu vague de troubles de voisinage.

M. Després. — Etant donné la quantité considérable de femmes qui accouchent, les observations de M. Terrillon sont trop peu nombreuses pour démontrer qu'il existe une forme spéciale de cystite liée au début de la grossesse. La grossesse est, à elle seule, incapable d'engendrer une cystite : il faut qu'il y ait autre chose : soit gravelle urique, soit phosphaturie, soit diabète, etc., car, chez les femmes, la cystite vient presque toujours d'en haut, très rarement d'en bas. La grossesse ne peut être qu'une cause déterminante.

D'autre part, vu la persistance extrême de la cystite en général et la bénignité des accidents chez les malades de M. Terrillon, M. Després n'est pas convaincu qu'il y ait eu cystite dans les intéressantes observations de son collègue.

M. Guéniot. — Les troubles vésicaux chez les femmes enceintes sont chose vulgaire ; mais, s'il y a très-souvent dysurie, s'il y a très-souvent congestion du col de la vessie, la cystite en revanche est excessivement rare, et, pour ma part,

je n'ai peut-être observé qu'un seul cas de cystite vraie chez une femme grosse. Ces troubles vésicaires s'expliquent soit par l'antéversion ordinaire de l'utérus qui s'exagère dans la gestation, soit par les hypérémies, soit par le coït pendant la grossesse, mais la dénomination de cystite me paraît être exagérée.

M. Guyon. — M. Eugène Monod, mon élève, dans un important mémoire, a également attiré l'attention sur les cystites de la grossesse, non sur les cystites passagères, mais sur les cystites graves. Ces cystites graves sont des cystites post-puerpérales, elles sont presque toujours la conséquence d'un accouchement pénible, difficile, laborieux, d'un premier accouchement surtout, et, à ce titre, elles ne sont pas très-rares. Ce sont des cystites vraies, avec troubles excessifs de la locomotion, impossibilité presque absolue et persistante de la marche avec écoulement de sang, comme si la muqueuse était exprimée à travers l'orifice du col. Ce sont ces cystites graves qui doivent surtout préoccuper le chirurgien.

M. Le Dentu. — La dysurie chez les femmes enceintes est chose très-fréquente, mais la cystite existe, surtout cette cystite post-puerpérale dont nous parlait M. Guyon. Or, cette cystite post-puerpérale n'est pas forcément le résultat d'un traumatisme, et j'en ai observé un cas à la suite d'un accouchement incomparablement rapide et facile. C'est qu'en effet la cystite n'est pas chez la femme aussi exceptionnelle qu'on veut bien le dire, j'ai observé des cystites chroniques en dehors de la grossesse, et les fièvres graves, la variole, entre autres, suffisent à les engendrer.

M. Trélat. — La cystite chez la femme passe si souvent inaperçue que je ne vois personne autorisé à la dire très-rare chez elle; elle passe inaperçue, parce qu'en outre de la grossesse, elle est souvent liée, enchaînée à d'autres accidents, qui voilent ou masquent la lésion vésicale. Un examen des plus minutieux serait nécessaire pour la découvrir. Jusqu'à ce qu'on l'ait scrupuleusement recherchée, je regarde toutes les statistiques comme frappées de nullité. Néanmoins, il me paraît être admis que les maladies de l'utérus retentissent facilement sur la vessie, telle, par exemple, la métrite parenchymateuse. C'est ce qu'on a appelé, en Angleterre surtout, l'influence de l'utérus sur la vessie, que l'utérus soit dévié ou que ses lésions agissent par sympathie ou par acte réflexe. De plus, chez certaines femmes, à la suite de ténesme, de spasmes, d'urination difficile en un mot, la cystite peut survenir et survient assez fréquemment. Dans ce dernier cas, les troubles fonctionnels ont ouvert la marche, la lésion anatomique a suivi.
P. Méricamp.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 25 février 1880. — Présidence de M. Trélat.

M. Bertillon présente à la Société quelques-unes des publications du Bureau de statistique municipale de la ville de Paris. A cette occasion, il entre dans divers détails sur le fonctionnement de ce bureau, énumère les progrès accomplis et expose les *desiderata* qui se présentent encore. Il termine en remerciant les médecins traitants du zèle et de la bonne volonté qu'ils apportent à remplir les bulletins qui leur sont envoyés, ce qui permet d'établir une statistique véritablement sérieuse.

M. Brouardel demande à M. Bertillon si, dans la répartition par quartier des décès, suivant leur cause, les citoyens décédés dans les hôpitaux sont reportés à leur domicile et figurent par conséquent à l'actif de leur quartier. M. Bertillon répond affirmativement.

Influence du tabac sur la grossesse. — M. Decaisne. A propos de la 7e observation de mon dernier travail (1), M. Delaunay s'est demandé si la fausse-couche impliquée n'était pas due aux fumées du tabac : la chose est fort possible. L'influence funeste du tabac est admise par bien des auteurs. Sans parler du Dr Sarré dont l'enquête a été citée à la dernière séance, nous voyons Hortiaux accuser le tabac de déterminer des congestions passives, de diminuer la fibrine du sang; Kostial dit que 72 0/0 des faiseuses de cigarettes tombent malades ; Rouvier aurait trouvé de la nicotine dans les eaux de l'amnios ; enfin, M. Gaston Decaisne fils, à la Charité, aurait constaté que, souvent, les fausses-couches étaient dues à l'action du tabac. D'un autre côté, des auteurs expriment un avis tout à fait contraire. En 1843, M. le comte Siméon, directeur de la manufacture du Gros-Caillou, affirme que le tabac ne produit aucun effet sensible sur la santé de ses ouvrières, bien plus, les affections épidémiques les frapperaient moins que les autres; Parent-Duchatelet est également partisan de l'innocuité du tabac. On voit d'après cela combien les opinions sont divergentes. Il y a quelques années, on accusait la machine à coudre de produire chez les femmes des métrorrhagies, des leucorrhées, des fausse-couches ; le fait n'a pas été prouvé. Je pense donc, comme M. Brouardel, que, dans cette circonstance, une enquête générale doit être entreprise ; seule elle pourra élucider la question d'une façon complète.

M. Delaunay communique de nouveaux renseignements relatifs à l'action du tabac sur la parturition. Certaines ouvrières travaillant dans des ateliers salubres et employées au collage des paquets de tabac n'éprouvent aucun accident. Les autres sont sujettes aux fausses couches. D'après M. Brochin « dans beaucoup de villes, les filles-mères savent qu'en allant travailler dans les manufactures de tabac, elles sont très exposées à faire des fausses-couches, objets de leurs désirs. La plupart du temps, elles réussissent. » Kostial prétend que les fausses-couches sont communes chez les femmes employées à la manufacture d'Iyglau (Autriche) M. le professeur Quinquaud, appelé à soigner une société d'ouvrières de la manufacture du Gros-Caillou, a observé chez elles des fausses-couches qui, d'après ses observations, ne peuvent être attribuées qu'à l'action abortive du tabac. En ce qui concerne l'allaitement, d'après le Dr Sarré, les mères manquent de lait. Les enfants, après avoir tété, au lieu de s'endormir comme les autres enfants, ont des coliques et même de petits accidents nerveux, c'est ce qu'a observé M. Quinquaud. C'est ce qu'on observe dans les crèches où sont reçus les enfants des « tabatières », (rue de Grenelle-Saint-Germain, au Gros Caillou, et passage Corbe à Bercy).

Les enfants sont maigres, chétifs et ne vivent pas, bien qu'en fait, ils soient dans de meilleures conditions hygiéniques que les autres, grâce à l'aisance relative dont jouissent les parents qui sont plus heureux que les autres ouvriers. D'après le professeur Kostial sur 506 nouveaux-nés 181 meurent dans leur première année, et sur ce nombre 101 succombent à des maladies du cerveau avec convulsions : « la majorité des décès a lieu sur des enfants âgés de 2 à 4 mois, c'est-à-dire au moment où leurs mères reprennent leur travail et donnent à leurs enfants du lait imprégné de nicotine. » En terminant, M. Delaunay émet le vœu que les directeurs de manufactures fassent passer les ouvrières enceintes des ateliers insalubres dans les ateliers salubres.

M. Thévenot. La solution de la question est des plus difficiles; les opinions les plus opposées se trouvant en présence, le problème est complexe car, à l'influence du tabac s'ajoutent les inconvénients de la manufacture elle-même, inconvénients disparus en partie par suite de la ventilation et de l'emploi de procédés nouveaux, mais qui n'en existent pas moins. Il faut donc faire de nouvelles recherches, qui malheureusement seront peu faciles, l'entrée des manufactures étant interdite aux personnes étrangères. Lorsque, en commun avec M. Napias, il a voulu entreprendre des recherches sur cette question, devant un refus de l'administration, c'est aux sages-femmes et aux cigarrières qu'il a dû avoir recours ; il n'a trouvé, la plupart du temps, que des souvenirs confus, et, avec les éléments qui sont ainsi recueillis, il lui semble impossible de donner des résultats certains et scientifiques. Une sage-femme a répondu que les fausses-couches ne sont pas plus fréquentes chez les cigarières que chez les autres; une de ses clientes s'est toujours bien portée et a eu cinq enfants, bien vivants, elle croit cependant, que dans cette catégorie d'ouvrières les avortements criminels sont plus fréquents. Sabatier dit que les

(1) Voir le n° 4.

fausses couches ne sont pas plus nombreuse ; le liquide amniotique serait visqueux, verdâtre mais pas plus abondant. Les enfants meurent en grande quantité pendant la première année. Pendant les premiers mois où les mères nourrissent les enfants se portent bien, mais quand elles reprennent leur travail, ils meurent du deuxième au quatrième mois. D'après le mémoire de Kostial, sur 506 nouveau-nés il y aurait 11 mort-nés et 181 mouraient dans la première année. Cette mort se produit du deuxième au quatrième mois au moment où l'enfant prend du lait nicotinisé. Le Dr Hurteaux, médecin de la manufacture du Gros-Caillou, a dit, en 1841, qu'il ne croit pas l'avortement plus fréquent ; il aurait vu cependant de nombreuses métrorrhagies se produire de 40 à 45 ans ; aujourd'hui, il parait avoir changé d'avis.

Pour élucider cette question qui, comme on le voit, est bien loin de l'être; il faudrait prouver : 1° la plus grande fréquence des morts chez les enfants de 0 à 1 an; 2° la plus grande fréquence des avortements ; 3° la présence de la nicotine dans le lait et dans les eaux de l'amnios. Sur le premier point seulement, les recherches sont possibles, et donneront des résultats sérieux, le second est bien complexe ; quand au troisième les recherches entreprises jusqu'à présent n'ont pas abouti. M. Thévenot termine en engageant M. Delaunay à poursuivre son enquête. A. BLONDEAU.

(*A suivre.*)

CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

La chirurgie au Congrès de Bade. (52e session). (1)

(*Centralblatt für Chirurgie, Wiener medizinische Presse, Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, de septembre, octobre, novembre 1879.)

ROTH (de Dresde) fait une très intéressante *revue des principaux évènements relatifs à la médecine militaire qui se sont passés en 1878.* Indépendamment de la réorganisation du service de santé militaire en Allemagne, qui eut lieu par décret du 10 janvier 1878 et du nouveau règlement mis en vigueur dans l'armée anglaise, plusieurs faits militaires importants doivent être signalés :

La *guerre turco-russe* a donné lieu à de nombreux travaux, en tête desquels il faut citer un mémoire de Kocher et le grand ouvrage de Pirogoff. Cette guerre faite en pays semi-barbare a différé notablement des guerres ordinaires ; la mortalité très élevée de l'armée active, 39 p. 100 d'après Kocher, 36 d'après Pirogoff, s'explique par les tueries de blessés après la bataille et par l'état déplorable des moyens de transport. Les principales difficultés tinrent à l'absence d'abris convenables ; on ne pouvait installer les blessés dans les cabanes des Bulgares ni dans les maisons turques, et l'on dut bâtir des huttes faites en terre bien sèche, garnies de poêles et recouvertes de paille. La mortalité dans les hôpitaux fut : sur le théâtre de la guerre, de 20 p. 100, dans les hôpitaux de deuxième ligne, de 5 à 6 p. 100, et dans ceux de Russie, de 3 p. 100. Les évacuations se firent dans des proportions colossales ; de mai à septembre 1878, 60,584 hommes furent évacués par mer, et il n'en mourut que 75 pendant le transport. — Quant aux résultats chirurgicaux les plus importants de la campagne, on les trouvera surtout dans les travaux de Reyher et Bergman qui ont prouvé, par l'exemple, qu'il n'était pas impossible d'introduire la méthode antiseptique dans la chirurgie de guerre, et qui ont insisté sur la nécessité d'appliquer cette méthode dès que la blessure était faite. Le Dr Cammerer a fait voir que, même dans les cas où l'on a négligé cette précaution, la méthode antiseptique peut cependant rendre de grands services à l'arrivée des blessés à l'hôpital.

Les Autrichiens trouvèrent dans l'*occupation de la Bosnie* la plupart des difficultés que les Russes avaient rencontrées en Turquie ; il faut noter, en outre, la privation d'eau potable, les insolations nombreuses.

Dans la *guerre anglo-afghane*, les Anglais ont mis en pratique le principe des ambulances de campagne ; on employa comme moyen de transport les chameaux et les éléphants, moyen extrêmement défectueux. — Quant au pansement des plaies, on trouva le pansement antiseptique trop compliqué pour le champ de bataille, et l'on se contenta de la méthode plus simple employée par Bryant : compresses imbibées de teinture de benjoin ou de solution phéniquée, bandes et éponges ne servant qu'une fois, etc.

Nous devons encore signaler : la mortalité énorme, 24 à 40 p. 100, qui, lors de l'occupation de l'île de Chypre, frappa la garnison anglaise de juillet à octobre 1878, et qui diminua brusquement dès qu'on eut envoyé les troupes à l'intérieur de l'île, dans des endroits élevés ; tel fut du moins l'avis du médecin en chef, sir Antony Home, tandis que le général sir Garnet Wolseley attribua cette amélioration de l'état sanitaire à ce que la mauvaise saison était passée ; — *les mesures prises par le gouvernement espagnol pour empêcher les troupes revenant de Cuba d'importer la fièvre jaune* en Espagne ; pour cela, on évita de faire revenir ces troupes en été, et, lors de leur débarquement, on les dirigea sur des camps où elles reçurent de nouveaux vêtements. — Enfin Roth parle longuement de l'*Exposition universelle de* 1878, et du Congrès qui eut lieu à cette époque à Paris sur le service de santé militaire.

TILLMAN (de Leipzig) communique le résultat d'expériences très intéressantes qu'il a faites sur la *cicatrisation des plaies sous le pansement antiseptique.* Il pense que ce sont les corpuscules blancs du sang qui jouent le principal rôle dans la formation des éléments de la cicatrice. Il a introduit dans la cavité péritonéale de chiens des fragments de tissus animaux ayant séjourné dans l'alcool, et il a trouvé ces tissus remplis de leucocytes ; de même, il a vu que les tissus morts qu'on laisse dans les plaies, tels que pédicule lié, catgut, etc., sont envahis par ces leucocytes et se résorbent peu à peu. Les fils de soie, au contraire, ont été retrouvés intacts au bout de plusieurs semaines; il faudra donc y avoir recours lorsqu'on aura de gros vaisseaux à lier.

LÜCKE a observé un cas d'*embolie graisseuse à la suite d'une résection de la hanche.* Il admet que, dans les cas d'embolie graisseuse, il se produit de suite un abaissement de température, mais, tandis que chez les animaux la température redevient normale, on constate chez l'homme une élévation qui peut atteindre 39° et plus (1). Scriba n'admet pas cette élévation de température.

Citons enfin un travail de LOSSEN sur *sept fistules vésico-vaginales* opérées et guéries par lui, et une communication de Beck de Carlsruhe sur divers sujets de chirurgie et notamment sur les différences qui existent, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement, entre les *contusions et les déchirures de l'intestin* par violence extérieure.

Nous avions l'intention de ne parler que de la section chirurgicale, toutefois, nous trouvons dans la section gynécologique deux mémoires fort importants que nous croyons préférable de résumer ici.

Le premier est un travail de CZERNY sur la *laparo-hystérotomie.* Tandis que la technique de l'ovariotomie est à peu près fixée aujourd'hui, celle de l'hystérotomie est encore indécise. Dans cette dernière opération, le pédicule à réduire ou à maintenir dans la plaie est bien plus volumineux que dans l'ovariotomie ; de là un plus grand danger d'hémorrhagie pendant l'opération et de septicémie après. Czerny pense que c'est dans la manière de traiter ce pédicule que l'on trouvera le moyen d'améliorer les résultats si mauvais de l'hystérotomie. Dans les huit laparo-hystérotomies qu'il a pratiquées, il a employé six fois le traitement extra-péritonéal, deux fois le traitement intra-péritonéal. Bien que chacune de ces deux méthodes lui ait donné une mortalité de moitié, il croit, cependant, que les résultats qu'il a obtenus plaident en faveur de la réduction du pédicule dans l'abdomen.

Le traitement extra-péritonéal offre, en effet, de graves inconvénients : on a au-dessus du pubis une plaie en entonnoir au fond de laquelle se trouvent des tissus mortifiés et putrides ; il est bien difficile de maintenir la plaie aseptique,

(1) Voir le n° 10.

(1) Si cette observation de Lücke se confirme, on aura sans doute dans l'embolie graisseuse l'une des causes nombreuses qui peuvent déterminer, à la suite des fractures, ce léger mouvement fébrile auquel on a donné, bien à tort selon nous, le nom de fièvre traumatique. G. M.

surtout lorsque paraît la suppuration autour des parties à éliminer; s'il survient du météorisme, on doit redouter la rupture des adhérences si fragiles qui unissent le pédicule au péritoine pariétal; enfin, il y a entre le pédicule et la symphyse une cavité à parois rigides qui peut être distendue par la vessie pleine, et dans laquelle peut s'engager une anse intestinale ou s'accumuler du pus.

Dans le traitement intra-péritonéal il y a deux dangers à éviter : 1° l'hémorrhagie secondaire ; 2° la mortification du pédicule et la péritonite consécutive. — Pour éviter l'hémorrhagie on a employé la ligature élastique, mais, malgré les succès obtenus par Kleeberg, cette méthode a le grand inconvénient de favoriser la gangrène du pédicule ainsi lié. Czerny pense que l'on sera suffisamment à l'abri de l'hémorrhagie en faisant la ligature avec des fils de soie et en recouvrant la plaie avec le péritoine; ces ligatures de soie, contrairement à la ligature élastique, deviendront bien vite assez lâches pour laisser passer les liquides nourriciers et empêcher ainsi la nécrose du pédicule.

En résumé, voici la pratiqne que Czerny propose : la tumeur une fois attirée hors de l'abdomen, on traverse le pédicule avec deux longues aiguilles munies d'un fil de soie solide ; immédiatement au-dessus de ces aiguilles, on place une chaîne d'écraseur que l'on serre juste assez pour permettre de sectionner la tumeur sans avoir de sang, puis on fait passer à travers le pédicule les aiguilles munies de leur fil ; ce pédicule sera ainsi lié en trois tronçons à l'aide de ces fils placés dans le sillon tracé par l'écraseur et on ajoutera une ligature en masse. Après l'enlèvement de la chaîne d'écraseur, le pédicule sera sectionné de telle manière qu'on pourra, en plaçant une rangée de sutures profondes et superficielles, recouvrir complétement la plaie avec le péritoine.

Nous terminerons en parlant du mémoire de HEGAR sur la *castration chez la femme.*

Hegar a déjà pratiqué cette opération 42 fois, 13 fois pour de petites tumeurs ne dépassant pas le volume d'une bille de billard, 12 fois pour des fibrômes utérins, 5 fois pour des ovarites chroniques, 5 fois pour des affections chroniques de l'utérus, flexions, etc., 7 fois pour inflammation chronique des annexes de l'utérus. La mortalité a été de 16,6 0[0, tandis que sur les 47 castrations qui ont été faites jusqu'ici par les autres chirurgiens, la mortalité est de 30 0[0.

Les résultats de l'opération sur la disparition des accidents et sur la santé générale ont été excellents. L'influence de la castration sur la menstruation démontre parfaitement que les règles sont bien sous la dépendance de l'ovulation; sur 30 cas ayant de la valeur à ce point de vue, 26 fois la ménopause fut complète, 3 fois il y eut persistance d'hémorrhagies rares et irrégulières, une fois seulement l'hémorrhagie resta régulière et périodique; cette exception trouve sans doute son explication soit dans l'existence d'un troisième ovaire, soit dans une extirpation incomplète, soit dans de faux renseignements donnés par la malade, soit dans une dilatation des veines des ligaments ou de l'utérus, etc.

Les indications sont assez difficiles à poser : on ne devra pratiquer l'opération qu'après avoir épuisé tous les autres moyens de traitement. Nous avons dit plus haut dans quelles affections elle pouvait être utile. Les symptômes fonctionnels qui constituent plus particulièrement des indications sont : des troubles profonds de la menstruation, des hémorrhagies, des douleurs s'irradiant à partir du point malade, des symptômes de compression, des phénomènes nerveux réflexes.

Le manuel opératoire diffère complétement de celui de l'ovariotomie. Lorsqu'on a à enlever une grosse tumeur, cette tumeur vient former tampon dans l'ouverture de la paroi abdominale et empêche ainsi les liquides de pénétrer dans le ventre, le péritoine est souvent modifié dans sa structure et bien moins susceptible de s'enflammer, enfin la large incision de la paroi permet de faire la toilette du péritoine avec soin et de n'y laisser aucun liquide. Dans la castration, au contraire, on ne peut empêcher une certaine quantité de liquide de pénétrer dans la cavité péritonéale, le péritoine est complétement sain, ou il n'est altéré que dans sa portion pelvienne, enfin sa toilette est difficile en raison des petites dimensions de l'incision de la paroi abdominale ; il reste ainsi dans la cavité péritonéale de la sérosité mélangée de sang dont l'acide phénique ne peut empêcher la putréfaction.

Hegar emploie la méthode antiseptique rigoureuse, mais ne se sert ni du spray qu'il considère comme plus nuisible qu'utile, ni du pansement Lister dont il paraît être un adversaire déclaré.

Pour pratiquer l'opération, on commence par faire une petite incision permettant de passer deux ou trois doigts, on attire l'ovaire au dehors, puis on lie et on sectionne le pédicule. Le plus souvent, on comprend la trompe dans la ligature ; on doit toujours le faire, si cette trompe est dégénérée, adhérente à l'ovaire, si elle n'a qu'un court mésentère, ou s'il existe sur elle des dilatations veineuses. Dans la castration comme dans l'ovariotomie, le traitement du pédicule reste encore un problème à résoudre. La réduction de ce pédicule a des inconvénients manifestes. Enfin on doit pratiquer l'occlusion de la paroi abdominale avec un soin extrême.

La discussion s'engage à la suite de la communication de Hegar. Schrœder a deux fois enlevé avec succès les ovaires sains pour une nymphomanie. Contrairement à Hegar, il recommande le spray et les larges incisions. Freund a fait quatre castrations avec une mort ; Martin en a fait trois avec succès. Czerny a eu deux succès sur trois opérations, il insiste sur la difficulté de poser les indications, notamment lorsqu'on est en face d'hémorrhagies dues à des fibrômes utérins. G. MAUNOURY.

REVUE DES MALADIES DU FOIE

I. **Etude sur diverses formes de sclérose hépatique et leurs caractères différentiels ;** par le Dr SURRE. — Paris, Librairie de Adrien Delahaye.

II. **De l'hépatite interstitielle diffuse aiguë ;** par Gabriel DUPONT. Thèse de Paris, 1878.

III. **Etude sur les causes des variations de l'urée dans quelques maladies du foie ;** par Félix VALMONT. Paris 1878. Librairie Adrien Delahaye.

I. Toutes les formes possibles, on peut le dire, de la sclérose hépatique sont successivement et consciencieusement étudiées dans cette thèse qui n'a pas moins de 200 pages. La seule énumération de ces diverses formes de sclérose est déjà longue : 1° *Sclérose atrophique.* — 2° *Forme anormale de la sclérose atrophique.* — 3° *Sclérose hypertrophique avec ictère chronique.* — 4° *Sclérose hypertrophique sans ictère.* — 5° *Sclérose atrophique mixte.* — 6° *Sclérose hypertrophique mixte.* — 7° *Sclérose cardiaque.* — 8° *Sclérose syphilitique.* Si nous avions ici à faire l'examen critique de ce travail, peut-être pourrions-nous adresser quelques reproches à cette subdivision exagérée.

Quoi qu'il en soit, chaque chapitre est accompagné d'un nombre plus ou moins considérable d'observations qui, par leur diversité, semblent autoriser la division du sujet. Dans chaque chapitre aussi on trouve les jalons de toute question de pathologie : — *Etiologie* ; — *Anatomie pathologique*, etc.; mais il arrive que l'auteur est forcé parfois de se répéter, surtout à l'alinéa *symptomatologie.* Néanmoins, à ne considérer que les deux grands types : *sclérose atrophique* et *sclérose hypertrophique*, la thèse de M. Surre contient une bonne description de ces deux affections. Les quelques pages consacrées à la sclérose cardiaque sont aussi un résumé fort exact de la maladie; mais, dans le dernier chapitre où il traite de la sclérose syphilitique on aurait voulu voir un peu plus de détails. On peut dire que ce travail sera lu avec fruit par tous ceux qui veulent embrasser d'un coup d'œil rapide les diverses affections englobées autrefois sous le nom de cirrhose hépatique. Ils y verront exposées avec netteté les différences anatomiques et symptomatiques qui ont fait créer, dans ces dernières années, des subdivisions dans le chapitre *cirrhose*, ainsi que les ressemblances qui rendent si souvent le diagnostic difficile et quelquefois impossible.

II. — « Plus on pénètre profondément dans l'étude des affections cirrhotiques du foie, plus l'on voit s'accuser la multiplicité des formes qui ressort de la variété des lésions anatomiques et des symptômes qui n'en sont que la traduction... » Telle est la première phrase du travail de M. Dupont: Nous avons déjà fait remarquer, à propos de la thèse de M. Pierre, la tendance que l'on a à subdiviser la cirrhose classique de Laënnec, depuis que des travaux bien connus ont tracé les premières grandes lignes de démarcation. La dénomination d'*hépatite interstitielle diffuse aiguë*, que l'auteur croit la plus propre à désigner cette affection, est basée à la fois sur la lésion anatomique et sur la marche de la maladie.

C'est une forme d'hépatite distincte occupant une place à part dans le classement des inflammations du tissu hépatique, toute son histoire en fait foi. Disons de suite que l'exposé clinique et anatomo-pathologique a pour base cinq observations. C'est de ces matériaux que M. Dupont a tiré les divers chapitres de son travail. L'étiologie se résume entièrement dans l'*alcoolisme*. La simplicité et l'invariabilité de la cause est une des raisons qui militent en faveur d'une entité morbide. Le caractère macroscopique prédominant du foie, c'est l'hypertrophie. Mais les particularités anatomiques les plus intéressantes se remarquent à l'examen histologique. Il y a une dissémination du tissu conjonctif dans toute l'étendue de l'organe. Nous ne retrouvons pas de localisation bien déterminée, soit autour des lobules, comme dans la cirrhose commune dite annulaire, soit autour des lobules avec irradiations dans l'intérieur des acinis comme dans la cirrhose hypertrophique en général. — Le cortège des symptômes est à peu près celui des cirrhoses en général, cependant, nous trouvons quelques points particuliers, tels que absence d'ascite, accidents hémorrhagiques, état adynamique précoce et marqué dégénérant en coma final, marche rapide des accidents qui évoluent en quelques jours. Nous avons dans cette symptomatologie les traits généraux de l'ictère grave. Ce travail de M. Dupont est très intéressant; il appelle une fois de plus l'attention sur ce protée pathologique la *cirrhose hépatique*, en donnant un nouveau cadre dans lequel on pourra grouper des observations restées stériles ou déplacées jusqu'ici.

III. — Ce travail comprend, outre une étude sur les variations de l'urée, le résumé d'expériences cliniques sur la glycosurie provoquée, et, quoique le titre ne fasse pas mention de cette deuxième partie de la thèse, elle n'en est peut-être pas la moins intéressante. C'est avec un soin méticuleux et en s'entourant de toutes les précautions possibles, après avoir éliminé toutes chances d'erreur, que l'auteur a procédé au dosage de l'urée, dosage qu'il faisait au moyen de l'hypobromite de soude et de l'appareil Regnard. C'est surtout des cas de cirrhose et de cancer du foie que M. Valmont a eu l'occasion d'étudier. D'après ses recherches, les principales conditions auxquelles on peut rattacher les variations du chiffre de l'urée dans ces maladies, sont: 1° l'alimentation; 2° l'état de cachexie; 3° l'immobilité; 4° les épanchements séreux; 5° l'emploi de la digitale. — Ses expériences sur la glycosurie alimentaire ont fourni des résultats différents de ceux obtenus par MM. Cotrat, Lépine et Couturier. Sur sept observations de cirrhose, il n'a réussi à faire passer le sucre dans l'urine qu'une seule fois. En revanche, chez des sujets arrivés à une période avancée de cachexie et n'étant pas atteints de cette affection, il a pu produire la glycosurie. Bien plus, il a provoqué la glycosurie même chez l'homme sain en en donnant une dose un peu forte. Il en conclut que l'administration du glycose ne peut servir en aucune façon à établir le diagnostic de la cirrhose atrophique. D. AIGRE.

VAL-DE-GRACE. *Concours pour l'agrégation.* — Un concours pour un quatrième emploi de professeur agrégé en chirurgie au Val-de-Grâce s'ouvrira le 10 juillet 1880. Les demandes des candidats devront parvenir au ministère de la guerre avant le 1er juillet prochain, terme de rigueur. — La durée de l'agrégation au Val-de-Grâce est portée de quatre à cinq ans.

Les officiers de santé militaires qui accepteront désormais des emplois de professeur, d'agrégé ou d'autres analogues, dans les facultés ou écoles de médecine civile, seront placés dans la position hors cadre.

VARIA

Etude sur les eaux de la Bourboule (1).

IV. — La première grande diathèse, étudiée par M. le Dr Fr. Morin, est la scrofule qui n'est ni spécifique, ni virulente, malgré ses analogies avec la syphilis. Comme celle-ci, elle comporte trois degrés.

« La scrofule préventive ou latente se trouve constituée par cet état général de l'individu qu'on appelle lymphatique, et auquel on a donné le nom de *lymphatisme.*

» Un visage pâle, à la peau fine, blanche et mate, aux bords ciliaires rouges, encroûtés; les lèvres fortes, la supérieure volumineuse et saillante, et comme hypertrophiée, une facilité grande à s'enrhumer, à avoir des gourmes, voilà les caractères de l'enfant lymphatique, prêt à devenir scrofuleux; ou bien encore le scrofuleux à l'état latent, ou au premier degré.

» Que sous l'influence de causes irritatives banales, nous voyions survenir chez cet individu, à la peau du visage et du corps, de l'eczéma, de l'impétigo, du lichen, du lupus; aux muqueuses, des blépharites, des conjonctivites, des otorrhées, des bronchites et des diarrhées catarrhales; que, consécutivement à ces lésions, surviennent des engorgements glandulaires au cou, au voisinage des bronches, au mésentère, nous aurons là le scrofuleux type, celui que *la Bourboule réclame impérieusement*, et à qui la station promet une guérison certaine. »

Mais cette guérison de la maladie arrivée au second degré ne sera obtenue que par une observation stricte du traitement, continué avec tenacité, conformément aux indications du médecin. C'est grâce à l'emploi de l'eau de la Bourboule, qui nettoie et prépare le terrain, que celui-ci devient apte à profiter complétement de la médication locale que le praticien pourra juger nécessaire, médication évidemment différente suivant le lieu d'élection où se seront manifestés les accidents secondaires.

« Quant aux accidents graves de la scrofule, qu'on a appelés tertiaires, ce sont ceux qui attaquent les os et les articulations, et qui sont caractérisés par la *génération des tubercules scrofuleux*, produit nouveau dû à la métamorphose régressive des éléments fibro-plastiques déposés dans les tissus par des poussées inflammatoires. Ce tubercule scrofuleux a ceci de remarquable: c'est qu'il n'éclate jamais d'emblée et succède toujours à des phlegmasies ou des fluxions antérieures, si bien que l'on peut presque établir cet axiome: que les scrofulides secondaires ont précédé plus ou moins longtemps l'éclosion du tubercule. »

« L'accident tertiaire scrofuleux qu'on observe le plus souvent et celui qui frappe le plus le médecin, c'est sans contredit, le *tubercule des os*, que l'on rencontre à l'état de tubercules enkystés et infiltrés. Les tubercules enkystés prennent peu à peu la place de l'os qu'ils détruisent; l'os se tuméfie et des abcès sous-périostiques ne tardent pas à s'ouvrir, formant des abcès sous-cutanés, si l'os est superficiel; des abcès par congestion, ou migrateurs, si l'os est profond. Ces abcès sont en général lents à se produire, et forment la majeure partie des abcès froids. Ils entraînent à leur suite l'ostéite, la carie et la nécrose des os. S'ils touchent aux articulations, voilà la tumeur blanche créée; s'ils siègent aux vertèbres, voilà le mal de Pott établi..... Tous ces accidents tertiaires peuvent se produire de deux façons; ou bien d'une façon aigüe, ou bien avec une marche chronique. Si les accidents sont aigus, il faut s'abstenir de l'eau minérale..... Mais lorsque la période d'acuité est passée, que l'éréthisme inflammatoire est éteint, qu'il n'y a plus de fièvre ni de douleurs aiguës, que la suppuration s'est produite et traîne en longueur, entretenue par les caries ou des nécroses, avec un caractère de chronicité et d'abondance, qui menace d'entraîner l'organisme ruiné de toutes parts vers la cachexie, alors, qu'on n'hésite plus, qu'on envoie ces malades-là à la Bourboule; *le plus grand nombre y guérira.* Quant à ceux qui toucheraient déjà

(1) Voir les nos 7, 8 et 9.

à la cachexie, on peut compter prolonger leur existence en améliorant une situation qui semblait désespérée. »

M. Fr. Morin cite à l'appui de cette assertion la cure d'un mal de Pott, qui avait donné lieu à *quatre énormes abcès par congestion*; puis, aussi, le cas d'un enfant de cinq ans, chez lequel il avait compté cinquante-deux ouvertures fistuleuses d'abcès ossifluents, de telle sorte que tous les os du squelette étaient atteints, sauf ceux du crâne. La cachexie était profonde, et, néanmoins, en une saison, l'amélioration obtenue fut considérable.

Cette action puissante des eaux de la Bourboule sur la diathèse scrofuleuse a été reconnue depuis bien longtemps. Les auteurs qui ont traité des eaux minérales l'ont expressément constatée. Ainsi M. Rotureau écrivait, il y a vingt ans : « Les eaux de la Bourboule sont indiquées spécialement contre la scrofule à toutes ses périodes et à tous ses degrés, depuis le lymphatisme jusqu'aux caries et aux nécroses osseuses accompagnant le degré le plus avancé de la diathèse strumeuse. »

Rien d'étonnant à cela, puisqu'en qualité d'eaux chlorurées sodiques fortes elles constituent la médication spéciale des scrofules, comme l'établit M. Durand-Fardel dans son *Traité thérapeutique des eaux minérales*. Il est permis de supposer, d'ailleurs, qu'elles doivent à la présence de l'arsenic un surcroît d'activité, qui expliquerait la prépondérance qu'elles ont prises sur leurs congénères, et que constatait déjà, en 1855, M. Pierre Bertrand par ces paroles :

« Quant aux affections strumeuses, quels qu'en soient le siége, la forme et, jusqu'à un certain point, le degré d'intensité, je ne crois pas que nulles eaux minérales, jusqu'à présent connues, puissent le disputer à celles de la Bourboule. »

M. le Dr Peironnel a donné un grand nombre d'observations recueillies sur des sujets scrofuleux. Il a signalé la guérison presque constante des ophthalmies de cette nature ; celle de plusieurs cas de maladies du conduit auditif compliquées de carie du rocher ; une grande amélioration toujours, et, dans un tiers des cas, la guérison complète des lupus érythémateux et tuberculeux ; les premiers se montrant toutefois plus rebelles que les derniers. Il a obtenu de nombreux succès dans les cas de tumeur blanche « ulcérée ou non ulcérée, compliquée ou non de plaie pénétrante, accompagnée même de carie étendue des surfaces articulaires... », de fréquentes guérisons de la carie, et de la nécrose ; et, enfin, une amélioration très marquée du mal de Pott ou mal vertébral. Plusieurs des observations très concluantes de M. Peironnel sont intégralement citées dans l'ouvrage de M. le Dr Clérault (*La Bourboule, ses eaux minérales...*) qui en donne aussi quelques autres recueillies par lui-même et par M. le Dr Paget.

Quoique la forme tertiaire de la scrofule soit caractérisée par la génération du tubercule, tous les auteurs ont traité à part la maladie résultant de son éclosion sur le poumon. Nous allons voir, avec M. Morin, ce qui justifie cette séparation, et étudier avec lui l'action de l'eau de la Bourboule sur cette redoutable affection. (*A suivre.*)

La variole et les étudiants.

Il y a quelques jours (1), à propos de la mort des externes des hôpitaux Méjia et Decourt, victimes de la variole contractée dans l'exercice de leurs fonctions, nous réclamions des doyens des Facultés, des directeurs des Écoles secondaires et des Administrations hospitalières des mesures de prophylaxie dictées par la plus simple prudence. Ces mesures nous les réclamons en vain depuis longtemps (2). Chaque fois que l'occasion s'en est présentée nous sommes revenus à la charge, sans découragement, persuadés que nous faisions œuvre méritoire, et, lors de la perte si regrettable de l'infortuné Vignes (3) nous avons encore démontré l'insuffisance des moyens pris par l'Administration de l'Assistance publique pour protéger son personnel contre cette terrible maladie.

Nous n'avons rien obtenu jusqu'à présent ; mais nous constatons avec plaisir que si, du côté des administrations intéressées, nos réclamations ont été vaines, elles ont du moins trouvé un écho dans la presse médicale,

Dans son numéro du 6 mars, la *Tribune médicale*, faisant valoir les arguments que nous avons présentés, formule les conclusions suivantes :

(1) N° 8 de 1880.
(2) Années 1877,78 et 79.
(3) N° de 1880.

1° Obligation pour tout étudiant en médecine, qui prend sa première inscription de produire, non pas seulement comme c'est l'usage un simple certificat de *vaccine*, mais un certificat de *revaccination*, portant mention expresse du résultat positif ou négatif de la revaccination ; — 2° Même obligation vis-à-vis des Administrations hospitalières qui doivent y tenir fermement la main, pour tout élève stagiaire et tout candidat à l'externat.

Nous sommes heureux de voir que les conclusions de la *Tribune médicale* sont exactement celles que nous avions formulées, et nous remercions M. Laborde du concours qu'il nous prête en cette circonstance. Il est certain que si la Presse tout entière émettait son avis sur cette question, les Administrations, si sourdes qu'elles soient aux réformes qui rompent avec les traditions, seraient bientôt dans l'obligation d'adopter des mesures qu'elles auraient dû prendre depuis de longues années.

La future Ecole pratique.

Bien des fois déjà, nous avons signalé à nos lecteurs l'insuffisance de l'emplacement de la future Ecole pratique, en face de l'Ecole de médecine. A moins que l'on ne renonce à installer tous les services sur cet étroit espace, nous pensons que l'on sera obligé d'exproprier la bordure de la rue Monsieur-le-Prince et le pâté de maisons compris entre les rues Antoine-Dubois et Dupuytren. Ce serait, pour M. Ginain, l'occasion de réparer la moitié d'une grosse erreur en démolissant la moitié du cloître non encore consolidé.

Quoi qu'il en soit, nous sommes heureux d'apprendre que M. l'architecte remanie ses plans de fond en comble. Ce que M. Farabeuf lui a fait faire dans l'ancien collége Rollin semble lui avoir appris ce qu'étaient les besoins d'une véritable Ecole pratique.

Faculté des sciences de Paris.

M. le professeur Jamin ouvrira le cours de physique, le mardi 16 mars, à deux heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur Milne-Edwards ouvrira les cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée, le mardi 16 mars à trois heures et demie, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de la reproduction dans l'ensemble du règne animal.

M. le professeur Wurtz ouvrira le cours de chimie organique, le mercredi 17 mars à une heure trois quarts, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il traitera des hydrogènes carbonés, des alcools et des acides, et terminera par l'histoire des principales combinaisons aromatiques.

M. le professeur Duchartre ouvrira le cours de botanique, le mercredi 17 mars à midi un quart, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il traitera des méthodes en général, et plus particulièrement de la méthode naturelle et des principales familles de plantes.

M. le professeur Hébert ouvrira le cours de géologie, le mercredi 17 mars à trois heures, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il continuera d'exposer les caractères des périodes géologiques.

Actes de la Faculté de médecine.

Lundi 15. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Trélat, Monod. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Rendu. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Pozzi ; — 2e *série* : MM. Guyon, Ollivier, Chantreuil.

Mardi 16. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Cadiat ; — (Examen) : MM. Robin, Delens, Duval. — 2e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Lasègue, Laboulbène, Richelot ; — 2e *série* : MM. G. Sée, Fernet, Berger ; — 3e *série* : MM. Jaccoud, Lancereaux, Humbert.

Mercredi 17. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Nicaise, Cadiat. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Dieulafoy. — 5e *de Doctorat* : (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Terrillon.

Jeudi 18. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Delens, Richelot. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Lannelongue, Humbert.

Vendredi 19. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Nicaise, Cadiat : — (Examen) : MM. Guyon, Hayem, Pozzi. — 3e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Bouchardat, Gariel, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Baillon, G. Bouchardat, Gay ; — 3e *série* : MM. Regnauld, Laboulbène, Henninger. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchand.

Samedi 20. — 1er *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Robin, Delens, Ch. Richet ; — 2e *série* : MM. Panas, B. Anger, Duval. — 2e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Laboulbène, Fernet, Richelot ; — 2e *série* : MM. Jaccoud, Lannelongue, Duguet ; — 3e *série* : MM. Lasègue, Ball, Humbert. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Pinard, Berger ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Gosselin, Brouardel, Charpentier.

Thèses. — *Mardi* 16 : 90. M. René Berland : La chorée électrique. — 91. M. Farcy : Des avantages du thermo-cautère dans le traitement des fistules de l'anus. — 92. M. Goureau. — 93. M. Dhomond : De l'ostéite cavitaire. — 93. M. Chalot : Essai sur la désintégration de la fibre musculaire cardiaque. — 94. M. Nélaton : Des épanchements du sang dans les

plèvres consécutifs aux traumatismes. — *Mercredi* 17 : 96. M. Girod : Les poisons d'après Aristote : leurs applications à la physiologie et à la thérapeutique. — 97. M. Segond : Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique.— *Jeudi* 18 : 98. M. Martin de Saint-Semmera : Traitement des fractures de la jambe par les appareils plâtrés et en particulier par l'attelle plâtrée immédiate. — 99. M. Deschamps : Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement. — 100. M. Arnac : Etude clinique sur les résections et les tumeurs du maxillaire inférieur. — 101. M. Hourlier : De la mort du fœtus dans les derniers mois de la grossesse avant le travail. — *Vendredi* 19 : 102. M. Camus : Des complications locales des injections hypodermiques. — 103. M. Bouchereau : Etude sur la laryngite syphilitique secondaire.

Faculté de médecine.

Cours d'accouchements. — M. Pajot, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer, du 16 mars au 16 août 1880, par M. Pinard, agrégé près de ladite faculté.

Cours de physiologie. — M. le professeur Béclard commencera ce cours le *vendredi* 19 *mars*, à midi, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les *lundis*, *mercredis* et *vendredis* suivants à la même heure.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — M. Gombault, docteur en médecine, est nommé chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique (emploi nouveau). — M. Brissaud (E.), docteur en médecine, est nommé préparateur des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Chaire nouvelle. — Nous apprenons que M. le Ministre de l'Instruction publique a demandé à la Commission du budget la création d'une seconde chaire d'anatomie pathologique. — Les professeurs de la Faculté, réunis jeudi dernier pour discuter cette question, n'ont encore pris aucune décision.

Transport des malades à Bruxelles.

On se préoccupe beaucoup et, avec raison, du danger qu'il y a à laisser transporter dans les hôpitaux, par les voitures publiques, les malades atteints de maladies contagieuses. En Angleterre, on se borne à prescrire la désinfection des fiacres qui ont conduit un varioleux à l'hôpital. A Lyon, depuis 1877, à ce qu'il paraît, les réclamations des médecins, à ce sujet, ont été vaines.

L'Administration communale de Bruxelles vient de prendre une initiative qui lui fait honneur ; sur les données de MM. les Drs Janssens et Buys, du bureau d'hygiène, la ville de Bruxelles vient de faire construire une voiture pour le transport des malades. Elle a l'apparence extérieure d'un petit omnibus d'hôtel ; les glaces sont matées pour que les passants ne puissent voir le malade. L'intérieur est entièrement boisé, aucune étoffe qui puisse s'imprégner de miasmes ; tous les coins et les angles sont arrondis. Quatre petites banquettes permettent d'y placer autant de personnes assises ; si le malade a besoin d'un siége plus confortable, on déplie, au milieu de la voiture, un fauteuil canné. S'il s'agit de transporter un blessé ou un malade qui doit garder la position horizontale, on le couche dans un hamac, tendu sur deux supports, celui-ci est introduit dans la voiture et l'extrémité des supports est poussée sur deux coulisses qui se prolongent jusque sous le siége du cocher. Quand le malade est ainsi couché dans la voiture, il y a encore place pour un infirmier. La voiture contient une quantité de petits compartiments dans lesquels on peut mettre des linges et des médicaments.

Dès que le règlement nécessaire à cet effet aura été voté par le conseil communal, ce véhicule restera remisé dans une dépendance de l'Hôtel de Ville et pourra être réclamé pour le transport des malades. Il suffira d'en faire la demande au bureau de police le plus voisin ; de là une dépêche sera lancée à l'Hôtel de Ville et la voiture, immédiatement attelée, sera expédiée à destination. Chaque fois qu'elle aura servi, elle sera soigneusement ventilée et désinfectée, s'il le faut. (*Le Scalpel.*)

Enseignement médical libre.

Electrologie médicale. — M. le Dr A. Tripier commencera le samedi 13 mars, à une heure, à son dispensaire de la rue Christine, n° 7, des leçons sur *ses procédés de traitement des affections de l'utérus* et sur la *médecine obstétricale*. Le cours se continuera les samedis suivants, à la même heure.

Maladies mentales. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec application à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche, 14 mars 1880, à 9 heures et demie du matin, au nouvel amphithéâtre de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

FORMULES

15. Moyen de masquer l'odeur désagréable de l'iodoforme. Lindemann.

L'iodoforme en pommade, d'après E. Kurtz, donne d'excellents résultats dans l'orchite, les adénites strumeuses, la lymphangite, la périphlébite. Il fait disparaître les chancres indurés et les chancres mous. Mode d'emploi, iodoforme 1 partie, glycérine 10 parties.

D'après le Dr Lindemann, le baume du Pérou masque complétement l'odeur désagréable de l'iodoforme; deux parties de ce baume neutralisent parfaitement une partie d'iodoforme. Les meilleurs véhicules sont l'axonge, la glycérine et surtout la vaseline. Voici une formule que recommande l'auteur :

Iodoforme	1 partie.
Baume du Pérou	3 —
Vaseline	8 —

Il prescrit encore souvent la suivante :

Iodoforme	1 partie.
Baume du Pérou	3 —
Alcool, glycérine ou collodion	12 —

On mélange d'abord bien exactement l'iodoforme et le baume du Pérou, puis on ajoute les autres substances. (*British med. Journal.*)

16. De l'emploi du benzoate de soude et de son action dans la diphthérie. Letzerich.

Les expériences de Graham, pratiquées dans le laboratoire du professeur Klebs, à Prague, prouveraient que le benzoate de soude, introduit en certaines proportions et dans un temps donné dans l'organisme infecté, empêche le développement du contage diphthéritique. La quantité du médicament doit être proportionnée au poids du corps. Letzerich s'est basé sur ces données pour administrer le benzoate de soude aux enfants et aux adultes. Aucun médicament n'agirait aussi rapidement et aussi sûrement contre la diphthérie.

Pour les enfants de moins d'une année, on prescrit le médicament sous la forme suivante :

Benzoate de soude pur	5 grammes.
Eau distillée	40 —
Eau de menthe	40 —
Sirop d'écorce d'oranges	10 —

A prendre une demi-cuillerée à soupe toutes les heures. — Chez les enfants de 1 à 3 ans le médicament peut-être porté à 7 et 8 gr. dans les 24 heures; de 3 à 7 ans, à 8 et 10 gr.; de 7 ans et plus, à 10 et 15 gr. Chez l'adulte, on peut prescrire de 15 à 25 gr. du même médicament dans 140 gr. de liquide. L'ingestion du médicament n'est suivi d'aucun malaise.

Les dépôts diphthéritiques sont traités directement par le benzoate de soude, appliqué sous forme de poudre à l'aide d'un tube de verre ou d'un pinceau. Le traitement local doit être pratiqué toutes les trois heures ; chez l'adulte on peut se servir de gargarismes contenant 10 gr. de médicament pour 100 gr. de liquide. Le premier effet qui se produit après l'ingestion du médicament est la chute de la fièvre; cette défervescence se produit généralement au bout de 36 heures. (*Berliner Klin. Wochenschrift et Bull. de Thérapeutique.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 27 février au jeudi 4 mars 1880, les naissances ont été au nombre de 1,157, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 443 ; illégitimes, 141. Total, 584. — *Sexe féminin* : légitimes, 436; illégitimes, 137. Total 573.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab.—Du vendredi 27 février au jeudi 4 mars les décès ont été au nombre de 1,200, savoir : 652 hommes et 548 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : fièvre typhoïde : M. 45. F. 24. T. 69. — Variole : M. 40. F. 31. T. 71. — Rougeole : M. 11. F. 4. T. 15. — Scarlatine : M. 4. F. 2. T. 6.—Coqueluche : M. 4. F. 6. T. 10. — Diphtérie. Croup : M. 24. F. 18. T. 42. — Dysentérie : M. 1. — Erysipèle : M. 1. F. 1. T. 2. — Affections puerpérales : F. 9. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 108. F. 77. T. 185. — Autres tuberculoses : M. 36. F. 36. T. 72. — Autres affections générales : M. 56. F. 70. T. 126. — Bronchite aiguë : M. 31. F. 22. T. 53. — Pneumonie : M. 49. F. 46. T. 95. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 37. F. 35. T. 72. — Autres maladies locales : M. 183. F. 148. T. 331. — Après traumatisme : M. 2. F. 2. T. 4. — Morts violentes : M. 17. F. 13. T. 30. — Causes non classées : M. 3. F. 4. T. 7.

Morts nés et prétendus tels : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40 ; illégitimes, 11. Total, 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 7. Total, 34.

Faculté de médecine de Lille. — M. Hallez, professeur de pathologie interne, est chargé en outre, et à titre provisoire, de la chaire de clinique médicale, pendant la durée du congé accordé à M. Cazeneuve.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Rebatel, docteur en médecine,

est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1879-1880, dans les fonctions de chef de clinique des maladies cutanées, en remplacement de M. Féa, démissionnaire.

Hôpitaux de Paris. — Par arrêté ministériel en date du 25 février dernier, M. le Dr Bourdon, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, a été nommé médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Gayon, docteur ès-sciences est chargé du cours de chimie. — M. Larnaude, docteur ès-sciences physiques, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux chimiques en remplacement de M. Baudrimont, démissionnaire.

Faculté des sciences de Lille. — M. Duvillier, docteur ès-sciences, est nommé maître de conférences de chimie générale, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1879-80.

Société de Chirurgie. — La Société de chirurgie a mis au concours pour les prix Gerdy et Demarquay les questions suivantes: 1° *Prix Gerdy*: De la réunion par première intention. Histoire et doctrine; — 2° *Prix Demarquay* : Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes. — Les mémoires doivent être remis avant le 1er novembre 1881.

Nécrologie. — M. le Dr Auzoux, né à St-Aubin d'Ecrosville (Eure), le 7 avril 1797, vient de mourir à Paris, le 6 mars, à l'âge de 82 ans. Ce savant était le créateur de l'anatomie clastique qui a rendu et qui rend encore de si grands services dans l'enseignement de l'anatomie. Dès le commencement de ses études, Auzoux rechercha les moyens de faciliter et de vulgariser cette branche si difficile de la médecine; dans ce but, il composa une pâte consistante susceptible de prendre les empreintes les plus délicates et d'acquérir par la dessiccation une grande solidité. C'est avec elle qu'il parvint à reproduire ces pièces anatomiques artificielles, que tout le monde connaît aujourd'hui, et qui se démontant et se superposant avec une grande exactitude imitent la nature jusque dans ses plus minutieux détails de forme et de couleur. Philanthrope éclairé autant que savant de mérite, Auzoux fonda dans son pays natal à St-Aubin, un établissement industriel pour la construction de ses pièces anatomiques et de ses hommes clastiques. Il s'y entoura d'ouvriers intelligents qu'il forma lui-même, les recrutant parmi des enfants auxquels il enseignait l'anatomie et qui faisaient preuve de connaissances et d'instruction. Les préparations de M. Auzoux furent vite appréciées à leur juste valeur ; dès 1822, il remportait un des prix annuels de l'Institut et de l'Académie de médecine; depuis, à chacune de nos grandes expositions universelles, il a obtenu des médailles d'or, et en 1855 la grande médaille d'honneur. On doit à Auzoux, divers ouvrages parmi lesquels nous citerons : *De la vipère* (thèse de doctorat) ; — *Leçons élémentaires d'anatomie et de physiologie ; — Description succincte des phénomènes physiques de la vie à l'aide de l'anatomie clastique ; — Considération générale sur l'anatomie, moyen de rendre son étude facile, plus générale et moins insalubre ; Des tares molles et osseuses dans le cheval ; — Insuffisance des chevaux forts et légers.* — Guépin, ancien interne des hôpitaux de Nantes et lauréat de l'école de médecine de cette ville, est mort subitement à Bordeaux, d'une attaque d'apoplexie foudroyante. Il était âgé de 48 ans. Ancien chef de clinique de Desmarres, il s'était adonné spécialement à l'ophthalmologie ; on lui doit un travail sur les *kystes de l'iris.* Guépin, très populaire à Bordeaux, était conseiller municipal et membre du conseil d'arrondissement. — On annonce également la mort de M. Passier, décédé à 50 ans, le 22 février dernier. Après avoir étudié la médecine, il s'était adonné aux sciences naturelles et avait été nommé en 1872, préparateur du cours de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle.

En vente au PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Ecoles.

Abadie. Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-8 de 12 pages. 0 fr. 40 c. — Pour les abonnés du *Progrès*, 30 cent.

Aigre (D.). Etude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie. Un vol. de 86 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 75.

Avezou (J.-C.). De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales (étude clinique) avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts. Un vol. in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50

Balzer (F.). Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie, in-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie.— Prix : 2 fr. 50.— Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 75

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Millard. — Salle Saint-Louis : 2, cirrhose hypertrophique avec ictère ; 4, dothiénentérie ; 6, mal de Bright ; 9, tuberculose aiguë ; 10, hémicompression de la moelle cervicale ; 14, rhumatisme articulaire aigu, péricardite sèche ; 22, hématurie rénale ; 29, athérome artériel, hémiplégie chez un vieux saturnin. — Salle Sainte-Marthe : 1, arthrite puerpérale ; 6, hépatite chronique, ascite et ictère ; 7, pneumonie ; 9, dothiénentérie ; 10, pleurésie purulente avec vomiqué ; 12, pleurésie purulente avec vomique ; 16, hémorrhagie cérébrale ; 17, rhumatisme blennorrhagique.

Service de M. Féréol. — Salle Saint-Jean : 7, rhumatisme articulaire, endo-péricardite, pleurésie double ; 10, fièvre typhoïde ataxique, traitée par les bains froids ; 15, purpura cachectique, albuminurie ; 24, pleurésie droite ; 31, néphrite interstitielle ; 32, insuffisance et rétrécissement aortiques. — Salle Saint-Paul : 3, affection mitrale, asystolie ; 8 bis, syphilides papuleuses et acné syphilitique ; 11, amaurose hystérique ; 13, chorée ; 19, purpura rhumatismal, albuminurie.

Service de M. Guyot. — Salle Sainte-Claire : 1, hématocèle rétro-utérine ; 6, ulcère simple de l'estomac ; 10, érysipèle de la face, accouchement prématuré ; 14, diarrhée cachectique, traitée par le sulfate de quinine ; 10, fièvre typhoïde. — Salle Saint-François : 4, pyopneumothorax, empyème ; 8, encéphalopathie saturnine, alcoolisme ; 9, endopéricardite rhumatismale ; 11, cirrhose atrophique ; 13, cirrhose atrophique ; 16, fièvre typhoïde ; 22, 27, fièvre typhoïde ; 25 bis, stomatite mercurielle.

Service de M. Le Fort. — 1er pavillon : 5, fracture compliquée ; 15, hémorrhagie de l'artère péronière ; 19, fracture du bassin. — Salle Sainte-Clotilde : 8, cystosarcome de l'utérus ; 21, kyste de l'ovaire, ovariotomie ; 24, rétention menstruelle, ponction de l'utérus ; 28, ostéo-sarcome du tibia ;

Service de M. Tillaux. — 2e pavillon : 9, contusion et entorse du genou ; 12, fracture compliquée de la jambe droite, résection partielle du tibia, suture des os ; 39, ophthalmie purulente ; 48, kyste à grains riziformes de la gaîne synoviale interne de la paume de la main ; 54, ostéo-périostite traumatique ; 55, orchite blennorrhagique. — Salle Sainte-Agathe : 1, kyste de l'ovaire, ovariotomie, 30e jour ; 2, kyste de l'ovaire ; 10 bis, abcès froid symptomatique d'une lésion de l'os iliaque ; 15, arthrite aiguë suppurée de l'épaule ; 10, résection du maxillaire supérieur, 25e jour, troubles trophiques de l'œil ; 16, kyste de l'ovaire, ovariotomie, 20e jour ; 17, goître exophthalmique, thyroïdectomie ; 18, corps fibreux de l'utérus.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. Cadet de Gassicourt. — Salle Saint-Joseph : 3, pneumonie avec congestion pulmonaire ; 4, broncho-pneumonie tuberculeuse, coqueluche ; 6, anasarque, néphrite *a frigore* ; 7, tubercules du cerveau ; 8, 9, 10, fièvre typhoïde ; 11, fièvre typhoïde, complication pulmonaire ; 13, broncho-pneumonie tuberculeuse, adénopathie bronchique ; 19, insuffisance mitrale ; 21, péritonite tuberculeuse ; 28, scarlatine en des quamation ; 29, 30, 31, rougeole.

Service de M. Bergeron. — Salle Saint-Benjamin : 2, paraplégie ; 3, 4, 23, 30, fièvre typhoïde ; 9, pleuro-pneumonie ; 17, pneumonie ; 24, purpura ; 29, syphilis ; 7, méningite tuberculeuse. — Salle Saint-Benjamin (annexe) : Rougeole. — Salle Sainte-Mathilde : 1, chorée ; 7, tuberculose au début ; 8, chorée électrique ; 29, cachexie typhoïde ; 24, fièvre typhoïde ; 13, psoriasis ; 12, leucémie ; 23, athrepsie ; 19, péritonite subaiguë tuberculeuse ? — Salle Sainte-Mathilde (annexe) : scarlatine.

Service de M. Lannelongue. — Salle Napoléon : 2, fausses membranes dans un sac herniaire inguinal ; 9, fracture des deux cuisses ; 8, fracture de

l'humérus à la partie inférieure ; 36, ostéomyélite ancienne. — Salle Sainte-Eugénie : 3, ostéomyélite aiguë du tibia avec arthrite purulente du genou ; 13, ostéomyélite du péroné ; 18, brûlures avec cicatrices vicieuses de la paroi abdominale ; 22, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Hôpital Laënnec. — *Chirurgie.* — Service de M. NICAISE. — Leçons de cliniques les mardi et vendredi, à 9 h. 1/2, opérations le mercredi. — Salle Saint-André (H.) : 4, phimosis, circoncision ; 5, chancre infectant du menton ; 7, hypertrophie du membre supérieur gauche (malade présenté à la Société de chirurgie) ; 8, hydarthrose ;9, séquestre du fémur ; 11, résection de côte ; 14, phlegmon du grand droit de l'abdomen ; 15, coxalgie ; 19, épithelioma du voile du palais ; 20, luxation spontanée de la hanche ; 23, cataracte ; 25, gommes scrofuleuses ; 28, phlegmon de la main, diabète ; 32, chancres de l'anus, rectite chronique. — Salle Saint-Philippe (F.) : 3, mal de Pott lombaire ; 5, kyste de l'ovaire ; 6, épithelioma térébrant ; 8, phlegmon diffus ; 10, cancer du sein ; 11, tumeur blanche, luxation du tibia ; 13, cancer du rectum et du vagin ; 17, syphilis ; 20, fracture du col et luxation de l'extrémité supérieure du fémur.

Médecine. — Service de M. BALL. — Salle Saint-François (F.) : 3, tumeur cérébrale ; 14, luxation vertébrale, paraplégie ; 15, névropathie, hémiplégie temporaire ; 24, sclérose en plaques ; 26, hystérie ; 1, 22, myélite chronique. — Salle Saint-Louis (F.) : 3, chorée ; 7, affection cardiaque ; 11, hystérie ; 12, affection mitrale ; 14, 15, hémiplégie droite, aphasie ; 16, hystérie ; 20, fièvre intermittente hépatique ; 24, mal de Pott, paraplégie ; 28, myélite ; 30, chorée hystérique. — Salle Sainte-Julie (H.) : 1, folie cardiaque ; 8, myélite ; 9, anesthésie généralisée, hémiplégie faciale, syphilis ancienne ; 25, paralysie agitante ; 27, 28, myélite. — Salle Sainte-Thérèse (H.) : 5, myélite ; 4, 6, paralysie saturnine ; 8, tumeur cérébrale ; 11, tremblement mercuriel ; 15, myélite ; 16, chorée ; 17, hémiathétose ; 20, tumeur cérébrale ; 22, diplégie faciale.

Service de M. le Dr FERRAND. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, 3, 4, 5, 6, tuberculose pulmonaire ; 2, paralysie saturnine ; 13, ataxie ; 15, 16, ramollissement cérébral ; 22, rhumatisme chronique ; 28, bronchite chronique, emphysème. — Salle Sainte-Anne (H.) : 1, gastrique chronique ; 5, insuffisance mitrale ; 6, myélite transverse ; 7, 8, 9, phthisie pulmonaire ; 11, bronchite chronique ; 18, rhumatisme articulaire aigu ; 26, paraplégie syphitique. — Salle Saint-Barthélemy (F.) : 1, mal de Pott ; 4, embolie cérébrale ; 5, rétrécissement mitral, hémiplégie ; 12, ictère chronique ; 15, chorée hystérique ; 24, 25, rhumatisme chronique ; 28, affection mitrale, hystérie. — Salle Saint-Julien (F). : 2, 3, hémiplégie droite ; 6, hystérie ; 17, tumeur du médiastin ; 18, 26, 27, cancer de l'utérus.

Service de M. le Dr LEGROUX. — Visite à 9 heures. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 4, ramollissement cérébral, paralysie faciale double ; 5, rétrécissement mitral, puis hémiplégie, aphasie ; 8, ataxie locomotrice ; 13, insuffisance mitrale et tricuspidienne ; 10, 16, 17, 18, 20, 26, tuberculose pulmonaire ; 26, tuberculose pulmonaire, tubercules de la langue ; 27, mal de Pott ; 28, vertigo ab aure læsa. — Salle Sainte-Hélène : 4, pleurésie ancienne, rétrécissement aortique et mitral ; 3, 6, 7, 8, tuberculose pulmonaire ; 14, 15, 16, 17, ramollissement cérébral ; 19, tumeur syphilitique intracrânienne et intrarachidienne ; 27, ataxie ; 28, mal de Pott ; 29, tumeur cérébrale ; 30, pachyméningite cervicale. — Salle Saint-Vincent (F.) : 1, rhumatisme vague, double lésion cardiaque ; 3, épithelioma du col, paraplégie douloureuse, paralysie faciale ; 4, ataxie, arthropathie ; 11, 14, rhumatisme chronique ; 24, hématurie, tuberculose rénale ? mal de Pott ancien ; 2, 26, cancer utérin. — Salle Saint-Nicolas (F.) : 1, insuffisance mitrale ; 2, ataxie locomotrice ; 13, chute de l'utérus ; 24, paralysie variolique ; 19, myélite transverse ; 20, aphasie hystérique. — Pavillon des varioleux. — Salle Sainte-Antoinette (H.). — Salle Saint-Ferdinand (F.).

Hôpital de Lourcine. — Service de M. MARTINEAU. — Clinique gynécologique du mercredi, 9 h. — Salle Saint-Louis : 3, chancre infectant guéri de la petite lèvre droite, syphilis vulvaire et cutanée ; 23, syphilis, syphilides vulvaires, pédérastie, manuélisation et saphisme, métrite chronique, adénolymphite gauche, pelvipéritonite ancienne à gauche. — Clinique syphiligraphique du samedi, 9 h. — Salle Saint-Alexis : 3, chancre érosif infectant petite lèvre gauche, syphilides vulvaires ; 11, syphilis, chancres mous des petites lèvres ; 38, adénolymphite double, métrite, saphisme et pédérastie.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 12. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 MARS 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

XIIIe LEÇON. — De la contracture tardive des hémiplégiques et de ses variétés cliniques;

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

Je relevais, en terminant la leçon dernière, diverses influences qui, dans l'hémiplégie durable de cause cérébrale, peuvent accroître l'intensité des phénomènes connus sous le nom de réflexes tendineux. A propos des effets de la strychnine, je vous montrais que cet agent provoque également, dans ces mêmes circonstances, l'apparition de la contracture tardive, alors que celle-ci est en quelque sorte imminente, que tout est préparé en un mot pour qu'elle se produise.

C'est là un fait qui mérite d'être mis en relief, parce qu'il semble indiquer que la contracture tardive et l'exaltation des réflexes tendineux sont des phénomènes connexes, se rattachant à une condition commune.

Je voudrais vous faire remarquer encore que d'autres causes qui, en apparence, n'ont aucune analogie avec l'usage thérapeutique de la strychnine ou de quelques autres médicaments, peuvent cependant déterminer, elles aussi, prématurément, l'apparition de la contracture chez les hémiplégiques, ou la rendre plus intense, lorsque déjà elle s'est établie.

I. — 1° On sait depuis longtemps, en électrothérapie, que la faradisation intempestive et mal réglée des membres paralysés, chez les malades de cette catégorie, peut avoir pour résultat de provoquer ou d'exagérer les contractures permanentes. Ce qu'on sait moins, c'est qu'un traumatisme portant sur les membres paralysés peut être cité parmi les causes de ce genre. A titre d'exemple propre à mettre en relief la réalité du fait, je mentionnerai le cas suivant observé récemment à l'hospice de la Salpêtrière par mon collègue, M. Terrier, qui en a immédiatement saisi l'intérêt théorique et l'a en conséquence recueilli avec grand soin (2).

Il s'agit d'une femme âgée aujourd'hui de 52 ans, et qui avait été frappée subitement d'hémiplégie, il y a six ans, vraisemblablement en conséquence d'un ramollissement partiel. L'hémiplégie avait persisté à un certain degré depuis cette époque, mais elle se traduisait seulement par une légère rigidité du membre supérieur droit; le membre inférieur était à peu près complétement libre; elle marchait assez facilement et faisait même des courses relativement longues. Le 29 mars dernier, elle fit une chute sur le siége, ses jambes étant fléchies et ainsi se fit une contusion, d'ailleurs légère, de la partie antérieure de la jambe qui devint, les jours suivants, un peu gonflée et ecchymotique. Mais, voici le point intéressant : Le lendemain de l'accident, le membre inférieur droit, c'est-à-dire correspondant à la paralysie, était devenu rigide dans toutes ses parties ; on pouvait le soulever tout d'une pièce, le pied avait pris l'attitude de l'équin varus, bref, il s'agissait là d'une contracture vraie, aussi caractérisée que possible. De plus, la contracture s'était considérablement accrue dans le membre supérieur où elle était auparavant à peine accentuée, contracture en flexion, rendant fort douloureux les mouvements spontanés ou provoqués. Aujourd'hui, six semaines après le traumatisme, la contracture des membres s'est amendée, mais elle persiste à un assez haut degré, et le phénomène du pied ainsi que le réflexe rotulien sont très exagérés dans le membre inférieur.

2° Les faits de ce genre ne sont sans doute pas très rares ; j'en ai, pour mon compte, recueilli deux ou trois. A ce propos, il ne sera peut-être pas sans intérêt d'établir un rapprochement au point de vue spécial que nous considérons en ce moment, entre l'hémiplégie permanente résultant d'une lésion cérébrale organique et l'hémiplégie ne relevant d'aucune altération appréciable, qui s'établit quelquefois chez les hystériques. On sait que, chez les hystériques hémianesthésiques en particulier, les membres du côté où siége l'insensibilité sont fréquemment atteints d'une parésie plus ou moins prononcée. Cette parésie peut s'aggraver au point de devenir une paralysie complète, véritablement flaccide. J'ai reconnu que les réflexes tendineux sont, en général, manifestement exagérés sur les membres ainsi paralysés, et qu'on peut souvent, lorsqu'il s'agit du membre inférieur, y provoquer la trépidation épileptoïde. Or, en pareille occurrence, il m'est arrivé plusieurs fois de déterminer dans les membres frappés d'impuissance, l'apparition d'une contracture plus ou moins intense et plus ou moins permanente par l'application sur ces membres de courants galvaniques faibles, ou même par la simple application d'un aimant. Ce résultat permet peut-être de comprendre pourquoi la contracture se développe très souvent, en apparence d'emblée, chez certains sujets nerveux, en conséquence d'une action traumatique banale. J'ai récemment appelé l'attention sur ces faits singuliers que Brodie connaissait déjà. Ainsi, à la suite d'une chute sur le poignet, d'une pression un peu forte exercée sur le dos du pied, j'ai vu se développer chez certains sujets, presque immédiatement. dans le membre correspondant, une contracture qui ensuite a persisté à l'état permanent, pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois. L'apparition de la contracture ainsi produite est souvent la première révélation de la diathèse hystérique. Mais, en y regardant d'un peu près, on reconnaît presque toujours que, du côté où cette contracture s'est développée, il existe une anesthésie plus ou moins nette, une douleur ovarienne, un certain degré de parésie, accidents relativement bénins mais qui, tout porte à le croire, ont précédé l'apparition de la contracture. Le terrain était donc en quelque sorte déjà préparé, et le traumatisme a joué là tout simplement le rôle d'agent provocateur.

Je me borne, pour l'instant, à indiquer ce rapprochement entre les contractures des hystériques et les contractures des hémiplégiques. J'aurai sans doute l'occasion d'en tirer parti par la suite.

II. — A. Il est temps, en effet, de revenir à la description de la contracture hémiplégique dont je ne vous ai donné encore qu'un aperçu sommaire.

Dans les circonstances habituelles, c'est-à-dire lorsqu'elle survient spontanément, elle ne s'établit guère que vers le milieu du deuxième mois, quelquefois plus tardivement, rarement plus tôt ; il est exceptionnel par exemple qu'elle se montre vingt jours seulement après l'attaque, comme l'a vu M. Vulpian chez un de ses malades.

Quoi qu'il en soit, elle ne se déclare pas brusquement, mais vient par gradations. Il est rare d'ailleurs que les malades nous renseignent exactement à cet égard. Mais s'il vous est donné d'assister à cette période de transition, vous reconnaîtrez qu'avant de s'installer d'une façon définitive, la contracture apparaît d'abord, de temps à autre, d'une façon passagère. Vous la trouvez un jour, le lendemain elle a disparu, puis elle réapparaît encore.

(1) Voir les nos 14, 19, 20, 31, 39, 42, 44, 48, 51 de 1879; 7, 8, 9 et 11 de 1880.

(2) Voy. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, 1879, n° 12.

Enfin, la voilà devenue permanente. Dans l'immense majorité des cas, c'est le membre supérieur qu'elle occupe en premier lieu. On trouve alors les doigts plus ou moins fortement fléchis dans la paume de la main, le coude placé dans la demi-flexion, et l'avant-bras dans la pronation. Successivement, cette contracture peut affecter toutes les parties paralysées, et même la face, bien que le fait soit relativement assez rare.

Elle a en outre pour effet de déterminer des déformations, une attitude des membres presque toujours les mêmes, et dont je compte vous donner dans un instant une brève description, car il n'est pas sans intérêt de reconnaître que ces déformations ne se font pas au hasard et qu'elles reconnaissent une loi.

Cependant, il importe avant tout de considérer de près la contracture elle-même et de bien déterminer les caractères qu'elle affecte chez les hémiplégiques, attendu que nous retrouverons ce même phénomène avec toutes les particularités que nous allons décrire, dans un grand nombre d'affections spinales, autres que celle qui nous occupe en ce moment; et c'est là, vous allez le voir, Messieurs, un phénomène étrange, paradoxal en quelque sorte, bien difficile à interpréter en tout cas avec les données de la physiologie actuelle.

Veuillez remarquer que ces membres immobiles placés dans une position déterminée, désormais presque définitive, sont dans un état tel que l'observateur qui veut les mouvoir éprouve une résistance plus ou moins prononcée, parfois presque invincible, quel que soit le sens dans lequel on opère le déplacement. Ainsi, pour ne parler que du coude, il est, avons-nous dit, dans la demi-flexion. Eh bien ! il est aussi difficile d'exagérer la flexion de cette jointure que d'en déterminer l'extension. Il y a résistance presque égale dans les deux sens, et l'on acquiert ainsi la conviction que les muscles antagonistes sont contracturés à peu près au même degré.

Les attitudes vicieuses représentent donc la résultante de l'action opposée des antagonistes. Si le biceps est tendu à la façon d'une corde, le triceps est également dur et rigide, et si l'on est parvenu à vaincre un instant la résistance, soit dans une direction, soit dans l'autre, le membre abandonné à lui-même reprendra presque aussitôt son attitude primitive.

B. 1° Ce fait suffit déjà pour montrer que le phénomène en question est tout autre que celui qui produit les déformations propres à certaines paralysies et qu'on désigne quelquefois sous le nom de *contractures paralytiques*, contractures *par adaptation* (Dally). Les déviations qui se voient dans la paralysie spinale infantile, au moins dans ses premiers temps et lorsque le phénomène n'a pas encore été troublé par diverses circonstances qui peuvent survenir ultérieurement, offre le type le mieux caractérisé de ces contractures dites paralytiques. Supposons qu'il s'agisse d'une paralysie atrophique des muscles qui, normalement, opèrent la flexion dorsale du pied. La tonicité musculaire, d'une façon incessante, et les premiers efforts du malade, d'une façon intermittente, s'exerceront exclusivement sur les muscles gastrocnémiens dont l'activité se traduit par la flexion plantaire; et, de la prédominance d'action de ces muscles résultera, à la longue, l'attitude du pied-bot équin. Mais il est toujours facile, quand le cas n'est pas trop ancien, de rétablir momentanément l'attitude normale, sans résistance de la part des muscles paralysés, lesquels sont à la fois privés de tonicité et de mouvements volontaires.

2° Il serait également facile de distinguer la contracture permanente des hémiplégiques des contractures dites *myopathiques*, c'est-à-dire de celles qui tiennent à une lésion du tissu musculaire lui-même, comme la cirrhose par exemple, ainsi que cela se voit dans certaines paralysies faciales. Dans la contracture tardive, au contraire, tout au moins lorsqu'elle n'est pas très ancienne, il n'y a pas — l'autopsie l'a maintes fois démontré — d'altération du tissu des muscles; et lorsque celle-ci s'est produite, après un laps de temps généralement assez long, elle consiste en une simple émaciation. Pendant la vie, l'excitation faradique révèle d'ailleurs dans ces muscles contracturés une excitabilité normale, quelquefois même un peu exaltée.

En somme, Messieurs, la contracture des hémiplégiques n'est pas une rigidité passive. Elle répond au contraire à un état d'activité musculaire. C'est, on n'en saurait douter, un phénomène comparable à la contraction normale ; seulement c'est une contraction durable, permanente.

Cette persistance même de l'activité des muscles constitue justement le caractère paradoxal que je relevais tout à l'heure. Jour et nuit, en effet, pendant des mois et des années, ces muscles vont rester rigides, quelquefois dans une attitude telle qu'un effort de volonté pourrait seul, dans l'état normal, la prolonger pendant quelques instants.

D'après les expériences de Gaillard (de Poitiers), on ne peut tenir, dans les conditions ordinaires, les bras tendus horizontalement pendant plus de dix-neuf minutes. Le sujet le plus vigoureux ne saurait rester élevé pendant plus de trente minutes debout sur la pointe des pieds par la contraction des muscles jumeaux. Au contraire, la contracture dont il s'agit maintient les membres inférieurs indéfiniment dans des attitudes forcées, parfois presque violentes.

Ce caractère de permanence de la contracture ne paraît pas moins singulier, si l'on songe à l'intensité des phénomènes chimiques de nutrition dont un muscle est le siége pendant l'acte de contraction.

3° Il existe cependant un phénomène normal qui, sans trop forcer les analogies, semble pouvoir être rapproché du phénomène de la contracture permanente des hémiplégiques. Je veux parler de la tonicité ou du *tonus musculaire.*

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que certains muscles, comme les sphincters par exemple, sont manifestement dans un état de contraction permanente, et qu'il en est de même, à un moindre degré toutefois, de tous les muscles de la vie animale.

Ceux-ci, dans les conditions dites du repos, sont, je le répète, dans un état de raccourcissement actif incessant, et qui ne disparaît que lorsque le nerf moteur correspondant a été sectionné. La contraction tonique du muscle se traduit encore, comme l'a montré Cl. Bernard, par une modification chimique du sang qui a traversé ce muscle. Ainsi, la quantité d'oxygène contenue dans le sang artériel qui pénètre dans un muscle étant représentée par 7, 31 0/0, la quantité contenue dans le sang veineux à la sortie du muscle en contraction n'est représentée que par 4, 28 0/0. Quand, le nerf moteur étant coupé, la tonicité du muscle est abolie, la quantité d'oxygène du sang veineux devient donc presque égale à celle du sang artériel. Mais, dans le muscle à l'état de repos ou, en d'autres termes, dans l'état de simple tonicité, le nerf étant intact, elle n'est plus que de 5 0/0. Cela montre bien que la consommation d'oxygène dans la tonicité représente presque le tiers de la quantité totale contenue dans le sang des vaisseaux afférents.

Je vous rappellerai que, pour expliquer ce fait paradoxal en apparence d'une contraction permanente, indéfinie du muscle, M. Onimus a proposé d'admettre qu'il s'agissait là de contractions atteignant successivement et non simultanément les divers faisceaux des muscles; de telle sorte que les uns se reposeraient tandis que les autres entreraient en contraction.

Cette hypothèse de M. Onimus a été sanctionnée du reste par des expériences que MM. Boudet de Pâris et Brissaud ont faites récemment dans mon service, à la Salpêtrière, sur le bruit musculaire. A l'aide d'un appareil d'auscultation microphonique doué d'une délicatesse exquise, l'analyse des bruits musculaires dans l'état normal et dans l'état pathologique a pu être poussée aussi loin que possible, et voici, en deux mots, les résultats que cette nouvelle méthode d'investigation a fournis au point de vue spécial que nous envisageons. Tandis que le muscle qui se contracte normalement produit un bruit de roulement régulier, sonore, (*bruit rotatoire*), constant dans le chiffre de ses vibrations, le muscle contracturé ne produit qu'un bruit sourd, irré-

gulier, saccadé, avec des interruptions et des reprises; en d'autres termes, ce qui le caractérise c'est son intermittence. Il semble donc avéré, qu'ici, les fibres musculaires entrent en activité les unes après les autres, en se suppléant sans cesse.

PATHOLOGIE INTERNE

Note sur un cas de dégénérescence tuberculeuse totale des deux capsules surrénales sans maladie d'Addison ;

Par le Dr **A. KELSCH**, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le complexus morbide auquel Addison a donné son nom n'est pas encore une entité rigoureusement précisée ; il en est ainsi de toutes les maladies dont la nature et la cause n'ont pas été pénétrées jusqu'à présent et dont la nosographie ne s'appuie point sur la base étiologique. Cliniquement, la maladie est caractérisée par l'anémie, la cachexie et la pigmentation de la peau ; anatomiquement, par la dégénération des capsules surrénales. La conception nosographique repose uniquement sur le symptôme et la lésion, bases qui dans l'espèce sont d'autant plus incertaines, que nous ne connaissons pas de liens physiologiques entre les différents symptômes ni entre ceux-ci et la lésion. Mais les désordres anatomiques eux-mêmes, que l'on donne chaque jour comme le fondement le plus positif de cette singulière affection, ne semblent pas avoir une signification aussi rigoureuse, car ils peuvent exister avec le degré de profondeur, d'extension et de durée voulues sans donner lieu au syndrome clinique d'Addison. C'est au moins ce qu'il est permis d'affirmer d'après l'observation suivante :

Polyurie insipide; phthisie granuleuse généralisée ultime, nombreuses masses tuberculeuses du cerveau; mal de Pott, dégénérescence totale des deux capsules surrénales, sans maladie d'Addison.

M....., Louis, 3e spahis, vingt-trois ans, incorporé depuis deux ans, issu de parents encore vivants; sa mère paraît être hystérique, et ses deux frères sont vivants et se portent bien. Lui-même est exempt d'antécédents pathologiques. Il est admis à l'hôpital le 21 juillet pour incontinence d'urine, qui remonte à deux mois; dès que le besoin se fait sentir, l'urine s'échappe involontairement avant que le malade n'ait eu le temps de se préparer à la miction. Les urines sont très copieuses : 6-10 litres par jour, et le malade boit de 8-12 litres d'eau dans les vingt-quatre heures. Du reste, l'état général ne paraît pas mauvais, la constitution est moyenne et le teint est même fleuri. Le malade est apyrétique, il n'accuse aucune douleur ni aucun malaise; depuis quelque temps, la vue du côté droit se serait affaiblie, l'intelligence est nette, et les différents organes explorés avec soin ne présentent rien de particulier; les urines, limpides, presque incolores, exemptes de sucre et d'albumine.

Dans le courant du mois d'août, la polyurie persiste, le malade s'affaiblit quelque peu bien qu'il mange les quatre portions, légère exophthalmie.

10 *septembre*. Pas de changement.

18 *septembre*. Matin : pendant la visite, le malade perd connaissance dans son lit, le tronc est dévié vers la gauche, les membres contracturés sont agités de petits mouvements convulsifs, les doigts fléchis dans la main, insensibilité absolue à tous les excitants périphériques ; immobilité des pupilles, abaissement de la paupière supérieure gauche, déviation à gauche des axes optiques, respiration stertoreuse. Cette crise dure un quart d'heure, après quoi le malade reprend connaissance et tous les troubles nerveux disparaissent. A la suite de cet accident, le diagnostic peut être posé : polyurie due probablement à un ou plusieurs tubercules de la région bulbaire ou de la protubérance.

27 *septembre*. Pendant la contre-visite, une crise semblable à celle du 18 se déclare : le malade est allongé dans son lit, dans le décubitus dorsal, sans connaissance, les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre, les paupières abaissées, les pupilles rétrécies, les avant-bras fléchis convulsivement sur le bras, et appuyés contre la poitrine, la main fermée le pouce en dehors, les membres inférieurs raides, urine involontaire. Au bout de huit minutes, la contracture disparaît, la connaissance revient, le malade parle et se lève même, mais il est hébété et se sent très fatigué.

Dans la nuit suivante, grande agitation, le malade erre toute la nuit dans la salle sans savoir où il va.

28 *septembre*. Tout d'un coup, une absence momentanée d'une minute, avec émission involontaire d'urine; après quoi retour à l'état ordinaire.

29 *septembre*. Soir : le malade tenant un pot de tisane à la main, s'est levé brusquement et avancé précipitamment dans la salle, comme mû par une impulsion irrésistible, se dirigeant en avant; le mouvement a été arrêté par les voisins qui ont ramené à son lit le malade, d'ailleurs en pleine connaissance. Les urines sont examinées chaque jour, elles sont exemptes d'albumine et de sucre; riches en phosphates; leur volume varie entre 7 et 10 litres; très rarement il tombe à 6 litres.

2 *octobre*. A sept heures du soir, tombe brusquement sur le sol, avec perte de connaissance et raideur tétanique générale des membres. La crise dure à peine cinq minutes.

4 *octobre*. Le malade garde le lit, ses forces et son appétit diminuent sensiblement, ses mains tremblent quand elles cherchent à saisir un objet, il se lève pourtant de temps à autre ; il lui arrive parfois d'uriner dans un coin de la salle sans en avoir conscience; la vue du côté droit devient de plus en plus trouble ; au-delà de trois mètres cet œil ne distingue plus rien. Les pupilles pourtant sont égales et contractées. L'examen à l'ophthalmoscope est négatif. Un acné confluent vient de se produire au front.

8 *octobre*. Depuis quelques jours, prostration somnolente ; se lève pourtant, mais se tient difficilement debout; urine fréquemment involontaire, mais selle régulière et naturelle. 7 à 8 litres d'urine par jour. Etourdissements fréquents; diminution notable des forces.

12 *octobre*. Même état. L'appétit diminue toujours et la soif augmente; absorbe 8 litres de tisane par jour et n'est pas satisfait; urine presque constamment sous lui, surtout quand il dort; se lève quelquefois pour prendre le vase, mais ne peut retenir jusqu'au moment voulu ses urines qui s'échappent presque toujours par terre.

22 *octobre*. Se sent très-faible et se lève peu ; il y a des signes de paralysie du sphincter anal ; dans le décubitus au lit, le malade est souvent penché à gauche, le côté droit étant tourné en avant, et débordant le bord du lit ; il y a une tendance manifeste à la rotation vers la gauche. Crampe fréquente dans la jambe gauche ; trémulance dans les membres supérieurs, maladresse dans la préhension des objets ; sensibilité générale, thermique, électrique intactes. La polyurie continue, et la vision diminue à l'œil gauche.

Du 1er au 15 novembre. Il y a de l'amélioration. La polydipsie et la polyurie ont diminué : 3-4 litres de boisson et d'urine par jour. L'appétit est revenu et le malade se lève, descend tout seul deux escaliers et se promène dans la cour ; parfois, sa marche est involontairement précipitée ; la vue est presque abolie à droite et sensiblement diminuée à gauche, ce qui gêne considérablement ces promenades où le malade se heurte à chaque instant contre un arbre ou un banc.

A partir du 20 *novembre*, la situation empire de nouveau. Des accès fébriles apparaissent au soir, il y a un peu de toux et de sibilance bronchique. L'appétit est presque nul, les forces déclinent, et des deux côtés la vision est diminuée au point que le malade distingue à peine le jour de la nuit. Léger embarras de la parole,

3 *décembre*. Les forces continuent à baisser ; le malade ne se lève plus, la vision est presque éteinte, l'appétit nul, les pupilles largement dilatées, urines involontaires et inconscientes ; tous les soirs, la fièvre s'allume, la température oscille entre 39,5 et 40,5.

10 *décembre*. La fièvre vespérale continue et la langue est fuligineuse, l'amaigrissement fait des progrès, la poitrine est encombrée de râles fins, secs et humides, une éruption granuleuse est probable ; un peu de subdélirium ; marasme.

13 *décembre*. La fièvre est devenue continue, la face est altérée, le teint un peu cyanosé, l'amaigrissement considérable, soif intense, appétit nul, langue fuligineuse, selles naturelles, mémoire confuse, tendance aux divagations, marmotte tout seul des paroles incohérentes, mais répond assez bien aux questions, pupilles contractées, ventre rétracté, on ne détermine pas de taches cérébrales, un peu de rougeur au niveau du grand trochanter et du sacrum; point de raideur dans les membres ; sensibilité conservée. — Mort le 14.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. — *Parois crâniennes* excessivement minces. *Cerveau* : nous avons compté plus de trente tubercules du volume d'un pois à celui d'un abricot, dispersés dans les différentes parties du cerveau. Voici le dénombrement de ces tumeurs eu égard à leur volume et à leur

siége : 1° Au niveau de la partie antéro-externe du lobe cérébral antérieur gauche, une masse tuberculeuse du volume d'une pêche, dessinant un relief notable à la surface et comprenant toute l'épaisseur des 2e et 3e circonvolutions frontales. La pie-mère adhère intimement à cette masse, et présente à son niveau un semis granuleux très-confluent. La tumeur se laisse facilement énucléer du tissu cérébral ambiant qui est ramolli ; elle est sphérique, pèse 29 grammes ; sa surface est parsemée de granulations tuberculeuses, son tissu est ferme, rigide, sec, de consistance fibreuse et d'apparence jaune, pâle, mat. On voit sur la coupe comme des couches stratifiées, disposées concentriquement les unes aux autres.—2° Un tubercule irrégulièrement sphérique du poids de 17 grammes, mamelonné, parsemé à la surface de granulations jaunes, opaques, occupe l'extrémité postéro-externe du lobe pariétal gauche, substitué en grande partie au pli courbe et au lobule du pli courbe ; il proémine à la surface, s'enlève très-facilement du parenchyme ambiant qui est diffluent, et ressemble au précédent par son aspect et sa consistance. — 3° A la partie antérieure et interne du lobe moyen droit, faisant saillie du côté de la faux du cerveau, 3e tumeur pesant 20 grammes, sphérique, aplatie aux deux pôles ; elle a détruit la paroi supérieure du ventricule droit et repose par sa face inférieure sur le tiers postérieur du corps strié qui en porte l'empreinte et se trouve ramolli dans sa partie superficielle. Aspect extérieur et consistance *ut suprà*. Ramollissement complet de la voûte du 3e ventricule.

Viennent ensuite des tumeurs plus petites ; ce sont: 4° Dans l'épaisseur du lobe gauche du cervelet et faisant largement saillie sur sa face inférieure, de façon à peser sur la protubérance, un 5e tubercule du volume d'une amande et du poids de 5 grammes ; 7 autres petits tubercules pisiformes sont disséminés dans l'épaisseur des deux masses cérébelleuses ; l'un d'eux superficiel, siège à la partie moyenne du vermis supérieur. Le plancher du 4e ventricule est plus dur qu'à l'état normal et quelque peu irrégulier à sa surface.

5° Dans l'épaisseur de l'hémisphère droit, dix tubercules du volume d'un pois à un haricot, répartis comme il suit : *a)* trois à la limite de la substance blanche et de l'écorce échelonnés à distance égale sur le diamètre antéro-postérieur de cet hémisphère; *b)* un à la partie moyenne et inférieure du lobe postérieur, il est caché dans le fond d'une circonvolution, mais adhère à la pie-mère ; *c)* deux dans l'épaisseur de la première circonvolution frontale, adhérents à la pie-mère ; *d)* un dans l'extrémité antérieure du corps strié et *e)* deux en dehors de la couche optique sur le plancher du ventricule.

6° Dans l'hémisphère gauche : *a)* un tubercule dans le sillon qui limite en arrière la circonvolution pariétale ascendante; *b)* trois dans la substance blanche au milieu de la ligne antéro-postérieure ; *c)* deux dans l'épaisseur de la deuxième circonvolution frontale, notablement ramollie ainsi que la première et la troisième ; *d)* un du volume d'une cerise dans la masse blanche sous-jacente à ces circonvolutions; la piemère qui recouvre ce lobe présente un tubercule jaune pisiforme, entouré d'une pléiade de granulations miliaires.

La substance blanche des lobes pariétal et occipital gauches est notablement ramollie. Au niveau du dernier de ces lobes, la pie-mère est épaissie et parsemée de tubercules pisiformes jaunes indépendants du cerveau.

Thorax. Adhérences anciennes au niveau de la plèvre droite, avec piqueté hémorrhagique dans les néo-membranes; emphysème vésiculaire sous-pleural généralisé.

Poumon droit. Dans les lobes supérieur et moyen, poussée granuleuse très compacte; granulations miliaires grises, transparentes, semblables à des graines de sagou non crevées, dures et saillantes sur la coupe, réunies en petits groupes très rapprochés, au pourtour desquels les vésicules sont emphysémateuses, anémie profonde du parenchyme. Dans le lobe inférieur, granulations plus petites et plus discrètes, hyperémie passive.

Poumon gauche. Même altération qu'à droite. En somme, éruption granuleuse récente, très confluente, surtout dans les régions supérieures. Nulle part, trace de pneumonie ancienne ou récente ; point de foyers caséeux.

Cœur. Petit, flétri, un peu surchargé de graisse, valvules et orifices sains. Rien de particulier autre à noter.

Abdomen. Les *ganglions mésentériques* sont hypertrophiés et sur leur coupe on reconnaît très nettement une infiltration granuleuse compacte sans foyers caséeux.

Estomac. Petit, la muqueuse pâle, modérément plissée.

Intestin. Injection vive et uniforme sur toute l'étendue de la muqueuse ; dans la dernière portion de l'iléum, 6 ulcères, de l'étendue d'une pièce de 5 francs, à configuration irrégulière et à direction transversale ; bords déchiquetés, en bourrelet, infiltrés de granulations jaunes qui se retrouvent également dans le fond de l'ulcère ; sur le revers péritonéal correspondant à celui-ci, éruption granuleuse, développée plus spécialement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques sous-péritonéaux.

Foie. 1790 grammes. Parenchyme ferme, farci de granulations grises excessivement fines. Coupe pâle par places, muscade sur d'autres.

Reins. a) droit. La substance médullaire et l'écorce sont parsemées de granulations opaques ou transparentes, quelques-unes agglomérées, formant alors des masses pisiformes, jaunes au centre, et grises à la périphérie.

b) gauche. Granulations miliaires disséminées dans les deux substances ; plusieurs noyaux jaunes du volume d'un pois à un marron, ramollis au centre, infiltrés de granulations tuberculeuses sur les bords ; l'un de ces foyers est enkysté.

Capsules surrénales. Elles sont considérablement hypertrophiées, sans avoir pour cela perdu leur forme habituelle ; celle de gauche pèse 118 grammes, la droite 63 grammes (le poids normal étant de 7 grammes). Elles sont formées toutes les deux par un tissu ferme, fibroïde, compact, sec, d'un blanc mat jaunâtre, semblable à celui des tubercules cérébraux ; il ne donne pas la réaction amyloïde par l'iode. La dégénérescence est complète ; il ne reste pas une parcelle de l'organe normal ; la masse gauche loge dans son milieu une petite excavation irrégulière, anfractueuse, remplie d'un liquide séreux et transparent. Nulle part il n'y a de foyers de ramollissement.

Vessie. Elle est petite, ratatinée, ne dépassant pas les dimensions d'une pomme. Dans le bas-fond, au sommet des replis muqueux, 5 petites ulcérations superficielles recouvertes de plaques grisâtres, sans induration au pourtour. A l'entrée du col, trois autres ulcérations, un peu plus grandes, saillantes, dont le fond est formé tout entier de granulations jaunâtres.

La *prostate* loge dans son épaisseur un tubercule du volume d'une grosse amande, formé manifestement par l'agglomération d'une masse de granulations.

Les *testicules* et les *vésicules séminales* sont sains.

Le *psoas* du côté gauche est en grande partie détruit ; la gaîne est remplie de pus granuleux ; la fusée purulente s'arrête à un centimètre au-dessus de l'arcade de Fallope. A la partie antérieure de l'articulation des deux dernières vertèbres lombaires, le ligament vertébral antérieur, épaissi, fongueux, est soulevé par une masse caséeuse, sèche, analogue à du mastic de vitrier ; dans la moitié gauche de l'articulation, les cartilages articulaires et le disque intervertébral sont détruits ; l'avant-dernière vertèbre présente à la partie antéro-externe gauche et inférieure du corps une caverne du volume d'une noisette, assez régulière, remplie d'une masse caséeuse qui se continue avec celle qui soulève le ligament sur la partie médiane. La paroi inférieure de cette caverne est formée par la partie correspondante de la face supérieure du corps de la dernière lombaire. A ce niveau, le cartilage de celle-ci est en partie détruit, en partie fongueux, et la substance osseuse sous-jacente est injectée, raréfiée et affaissée notablement de ce côté : la hauteur du corps mesure un centimètre de moins que du côté droit, où les cartilages interarticulaires sont simplement épaissis, pâteux, sans que la substance osseuse paraisse malade.

Aucune compression du côté de la moelle.

Dans le prochain numéro nous exposerons les résultats de l'examen histologique et les considérations que nous paraît comporter cette observation. *(A suivre.)*

Ministère de l'intérieur.— *Inspectorat des services administratifs.* — On sait qu'un concours sur titre a été institué pour une place d'inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (emploi réservé aux docteurs en médecine). Le jury vient de classer les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. le Dr Foville, directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) ; — 2° M. le Dr Bergeron, agrégé de la Faculté; — 3° M. le Dr Petrucci, directeur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

Médecins militaires. — Par décret en date du 9 mars 1880, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire : *Au grade de médecin-major de 1re classe* (choix): M. Czernicki, médecin-major de 2e classe au 8e régiment de dragons, en remplacement de M. Bagnol, retraité; — (ancienneté) M. Sonrel, médecin-major de 2e classe, au 60e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Krauss, retraité.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Influence des services d'isolement sur les décès varioliques des quartiers environnants.

On s'est beaucoup ému du nombre des décès survenus par le fait de la variole dans le quartier de la Sorbonne (v[e] arrondissement). En effet, dans les 8 dernières semaines les décès de cette provenance ont été de 1, 7, 6, 6, 9, 6, 11, 5 ; et, dans l'opinion, on les attribue exclusivement à la présence, dans ce quartier, du service des varioleux installé dans l'annexe de l'ancien Hôtel-Dieu, placée entre la rue de la Bûcherie et le quai.

La cause invoquée n'est pas, à notre avis, la principale; car, dans le quartier Saint-Thomas d'Aquin, où se trouve l'hôpital Laennec qui renferme un service de varioleux, les décès par la variole ont été de 0, 1, 0, 0, 0, 0, 0, 0. Il est vrai, qu'on pourrait dire que l'hôpital étant situé sur la limite du quartier, c'est dans le quartier voisin, celui de Notre-Dame-des-Champs, que l'action s'est fait sentir. Or, dans ce quartier les décès dus à la variole n'ont été que de 0, 1, 2, 0, 0, 1, 1, 1.

Dans le quartier du Jardin des Plantes comprenant l'hôpital de la Pitié qui renferme, lui aussi, un service de varioleux, on a seulement compté dans les 8 dernières semaines : 1, 1, 0, 1, 1, 1, 2, 0.

De ces chiffres il nous paraît résulter, comme nous l'avons annoncé, que l'existence d'un service de varioleux dans le quartier de la Sorbonne est loin de suffire à expliquer la multiplicité des décès par la variole, puisque dans d'autres quartiers, renfermant des services de varioleux, le nombre des décès causés par la variole n'a pas été sensiblement plus élevé que dans les quartiers où il n'y a pas de service de varioleux.

Suivant nous, ce qui a occasionné les nombreux décès de variole enregistrés dans le quartier de la Sorbonne et particulièrement dans la rue Galande et les rues étroites adjacentes, ce sont les mauvaises conditions hygiéniques de toute la partie de ce quartier comprise entre le boulevard Saint-Germain et le quai : déclivité du sol, malpropreté des ruisseaux, ruelles sans air, habitations humides, mal aérées, où est entassée une population compacte ; sans compter, bien entendu, l'absence de revaccinations sérieuses. Et si l'on veut empêcher que ce quartier ne continue pas à être un foyer de maladies, irradiant ensuite sur le reste de la ville, il est absolument nécessaire qu'on rehausse le sol et qu'on y ouvre une large voie.

B.

Ouverture du cours de maladies mentales. — M. Legrand du Saulle.

M. le D[r] Legrand du Saulle a ouvert, dimanche dernier, dans le nouvel amphithéâtre de la Salpêtrière, son cours sur les maladies mentales.

Après avoir rappelé les noms des maîtres qui l'ont précédé dans cet enseignement, Baillarger et Falret père, le professeur a rapidement esquissé le programme qu'il se propose de remplir cette année. Ce cours ne sera pas un exposé dogmatique des maladies mentales, mais une série d'études sur l'apoplexie, l'aphasie, considérées surtout au point de vue des applications professionnelles et médico-légales.

Dans cette première leçon, M. Legrand du Saulle a commencé l'étude de l'état mental des apoplectiques, qui doivent être divisés en quatre classes, d'après le degré plus ou moins grand de leur affaiblissement intellectuel et moral dont le phénomène le plus remarquable est la disparition graduelle de la volonté. M. Legrand du Saulle a ensuite longuement insisté sur les nombreuses questions médico-légales (responsabilité, déplacements de fonds, rentes viagères, mariages, testaments, etc.) dont l'état mental des hémiplégiques provoque l'étude.

Ouverture du cours d'accouchements. — M. Pinard.

L'ouverture du cours d'accouchements a eu lieu jeudi 18 mars, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. A son entrée, M. Pinard, a été salué par une double salve d'applaudissements. Dans un préambule goûté de tous les auditeurs, il a rappelé l'enseignement du maître, dont, suivant les expressions imagées de M. Pinard, « le nombre d'auditeurs n'était limité que par les murs de la salle et auquel un mot suffisait pour faire pénétrer dans l'esprit de tous les choses les plus ardues ». Puis il a embrassé dans un aperçu général l'obstétrique élevée à l'état de science, le rôle et la mission de l'accoucheur, les moyens nombreux d'enseignement qui augmentent chaque jour. Suivant en cela les conseils de M. Pajot, M. Pinard a adopté comme programme de traiter la fécondation en général : le côté purement didactique de cette question ne sera qu'effleuré, il insistera surtout sur ce qu'il importe au praticien de connaître. Il passera ensuite à l'étude des modifications de l'organisme maternel physiologique et pathologique pendant la grossesse pour donner un exposé plus pratique des signes et du diagnostic de la grossesse à l'état physiologique. Cela fait : il commencera la puerpéralité qu'il se réserve de traiter avec de grands développements dans le semestre de l'hiver de l'année prochaine. Il résulte de ce cadre bien rempli, qu'en moins d'une année, on aura une vue d'ensemble sur toute la science obstétricale. Dans la dernière partie du cours, M. Pinard a abordé l'étude de la fécondation.

Ses dernières paroles ont été accueillies par les applaudissements d'un auditoire qui tenait à lui donner un nouveau témoignage de son estime et de sa sympathie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 mars 1880. — Présidence de M. P. Bert.

M. Bochefontaine expose les propriétés physiologiques de l'extrait des racines du *Thalictrum macrocarpum* (renonculacées), qu'il a étudiées avec M. Doassans. Une première série d'expériences a donné chez la grenouille et le chien des effets locaux d'irritation, des phénomènes d'engourdissement paralytique du système nerveux central et le ralentissement ou même l'arrêt du cœur, des vomissements considérables ; de plus, l'excito-motricité et la contractilité musculaires sont diminuées. Chaque fois que la dose d'extrait a déterminé la résolution paralytique, les animaux sont morts.

Les racines et leur extrait ont été analysés au laboratoire de M. Wurtz, par MM. Doassans et Hauriot, qui ont isolé la macrocarpine et par MM. Doassans et Mourrut, au laboratoire de M. Vulpian qui ont isolé la thalictrine. La macrocarpine n'est pas toxique ; elle possède quelques-unes des réac-

tions de la bertérine; la thalictrine est au contraire très-active, et jouit des propriétés chimiques des alcaloïdes. MM. Bochefontaine et Doassans, ont constaté au laboratoire de M. Vulpian, que la thalictrine possède les mêmes propriétés toxiques et la même action physiologique que l'extrait des racines de thalictrum.

Par ses propriétés physiologiques, la thalictrine paraît se rapprocher beaucoup de l'aconitine.

Altérations des capsules surrénales. M. Bochefontaine communique ensuite les résultats des recherches qu'il poursuit depuis le commencement de cette année au laboratoire de l'Hôtel-Dieu avec le concours de M. Parent et de M. Lesage, sur les altérations des capsules surrénales. Des nécropsies qui remontent à une dizaine d'années lui ont démontré que, chez cent et quelques aliénés âgés d'au moins quarante ans, et paralytiques généraux pour la plupart, la substance médullaire des capsules surrénales, dans la majorité des cas, était à l'état de bouillie grisâtre plus ou moins liquide et semée de détritus blanchâtres. Cependant, aucun de ces malades n'avait présenté pendant la vie de la coloration bronzée de la peau.

A l'Hôtel-Dieu, la nécropsie des malades morts dans les différents services de clinique des maladies diverses a donné les mêmes résultats pour les individus qui avaient dépassé la quarantaine. Chez les sujets plus jeunes, les capsules surrénales étaient ordinairement saines.

On sait que M. Vulpian, il y a plus de vingt ans, a signalé dans la substance médullaire des capsules surrénales des animaux, une matière chromatogène rouge, qui est mise en évidence par la solution aqueuse d'iode iodurée.

Cette matière existe dans la substance médullaire ramollie aussi bien que dans la substance normale; mais elle semble moins abondante chez l'homme que chez les animaux, le chien notamment. Elle n'est pas détruite par l'hémorrhagie des capsules surrénales; c'est du moins ce qui a été observé dans deux cas de pneumonie gangréneuse hémorrhagique coexistant avec une hémorrhagie intra-capsulaire qui avait détruit la substance médullaire.

Sur un supplicié dont les capsules surrénales ont été examinées 6 heures après la décapitation, la réaction rose de la substance médullo-capsulaire n'a pas été plus accusée que sur les sujets nécropsiés vingt-quatre heures après le décès. La fièvre typhoïde, la diathèse cancéreuse, la pneumonie, la cirrhose hépatique, les maladies du cœur, l'infection purulente, paraissent sans action sur les capsules surrénales. Il n'en serait pas de même de la néphrite parenchymateuse, car, dans quatre cas de mal de Bright, la matière chromatogène des capsules n'a pu être mise en liberté par la solution de Bouchardat. La tuberculose est sans action sur la substance médullaire des capsules, car on a pu voir des tubercules miliaires de cette substance qui avait cependant conservé son aspect normal et sa consistance ainsi que sa réaction caractéristique. Enfin, l'absence d'un rein n'influe pas sur la présence de la matière chromatogène de la capsule correspondante.

Présence de cils vibratiles dans le péritoine de la grenouille à l'époque de l'ovulation. MM. Mathias Duval et Wiet ont découvert la présence de cellules à cils vibratiles dans le péritoine de la grenouille, à certaines périodes. Ces cils vibratiles sont disposés par bandes. On en acquiert la preuve en répandant de la poussière de charbon sur le péritoine : on voit alors se produire des traînées qui indiquent un véritable balayage de la poussière vers l'ouverture des trompes. D'après M. Mathias Duval, ces cils vibratiles sont destinés à repousser les ovules vers les trompes; ils n'existent d'ailleurs que chez la femelle à l'époque du rut. On n'en trouve jamais trace dans le péritoine des grenouilles mâles. M. Duval suppose que, par analogie, il doit exister des cellules à cils vibratiles sur l'ovaire de la femme à l'époque de la menstruation. Si l'existence de ces cellules était bien démontrée on n'aurait plus besoin, pour expliquer l'entrée de l'ovule dans la trompe, d'invoquer la théorie de l'adaptation musculaire imaginée par M. Rouget.

M. Malassez déclare, à ce propos, qu'il a examiné au microscope un certain nombre de tumeurs de l'ovaire et des ligaments larges récemment extirpés. Or, dans quelques cas, il a trouvé de l'épithélium à cils vibratiles à la surface externe de la tumeur.

M. de Sinéty rappelle à son tour que les cils vibratiles n'existent pas encore sur la muqueuse utérine de la petite fille. Les cils ne commencent à apparaître qu'à l'époque de la puberté.

Evolution des ténias. M. Mégnin présente quelques échantillons de ténias récoltés sur le poulet et sur l'oie. De ces ténias les uns sont armés, les autres inermes; ils représentent pourtant le même individu à différentes périodes de son développement. Le ténia des gallinacés est très-petit; on lui a donné le nom de *tœnia infundibuliformis.* Voici, d'après M. Mégnin, quelle est l'évolution du ténia chez le poulet.

Dans un premier âge, la tête de l'animal est garnie d'une couronne de crochets avec ventouses; plus tard, il n'y a plus de ventouses; dans une troisième période, le scolex tend à se résorber; enfin, parvenu à son quatrième âge, l'animal n'a plus de tête. Le fait précédent a été confirmé par l'examen des ténias de l'oie. Parmi ces derniers, très-peu étaient armés, les autres n'avaient plus de scolex.

Présentation d'instrument. M. Fr. Franck présente un manomètre à mercure modifié qu'il a fait construire pour les expériences de laboratoire.

Développement proportionnel du nez pendant la vie intra-utérine. M. Hamy se livre en ce moment à des recherches actives pour établir le développement proportionnel des différentes parties du corps pendant la vie intra-utérine. Ses études sur le développement de la face lui ont permis de constater des faits intéressants. On sait que, d'après les proportions admises à l'Ecole des Beaux-Arts, on divise la tête de l'adulte, vue de profil, en quatre plans, de hauteur à peu près égale. Ces plans comprennent : 1° le cuir chevelu au-dessus du front; 2° le front; 3° le nez ; 4° la bouche et le menton. Pendant la vie intra-utérine les proportions des différentes parties de la face changent sensiblement. M. Hamy se borne pour aujourd'hui à montrer la hauteur proportionnelle du nez aux diverses périodes.

Le nez est formé vers le 35° jour de la vie intra-utérine. A cette époque, il forme dans le profil une saillie de 1 millimètre de hauteur. La hauteur du nez ne représente alors qu'un dixième de la hauteur de la tête. Plus tard, la hauteur proportionnelle du nez augmente graduellement, ainsi qu'on peut le voir par le tableau suivant :

	Hauteur de la tête.		Hauteur du nez.		Rapport.
	28	millimètres	4	millimètres	7
	34	—	5,5	—	6,1
	43	—	7	—	6
	44	—	8	—	5,5
	58	—	10	—	5,8
	64,5	—	13	—	4,9
A la naissance :	102	—	21	—	4,8

Instinct des chenilles. M. Pouchet a eu l'occasion d'observer récemment le singulier instinct de certaines chenilles, que Réaumur avait nommées *processionnaires.* Il a vu à l'île Sainte-Marguerite deux files de chenilles marchant régulièrement, selon l'expression de Réaumur, la tête dans le derrière les unes des autres. Ayant eu l'idée de faire franchir un obstacle à l'une des files, il plaça une pierre au milieu de la chaîne; la chenille qui devait franchir l'obstacle la première s'arrêta ; mais toutes celles qui marchaient devant s'arrêtèrent aussi. Depuis lors, M. Pouchet, a fait venir au Muséum quantité de ces chenilles et il a repris la même expérience. Dès qu'on supprime une chenille de la chaîne, celle qui la précède s'arrête d'abord, puis toutes les autres d'arrière en avant jusqu'au chef de file. Lorsque le train reprend sa marche, c'est la dernière chenille qui commence.

Comparaison des agents anesthésiques. M. P. Bert entretient la société de quelques expériences en cours d'exécution sur les agents anesthésiques communément employés, chloroforme, éther et protoxyde d'azote. M. P. Bert fait respirer à un animal un mélange dosé d'air et de la substance anesthésique, jusqu'à ce que l'animal soit endormi. C'est avec le chloroforme

qu'il a d'abord expérimenté ; il a constaté que pour endormir un chien il faut lui faire respirer un mélange de 20 grammes de vapeurs de chloroforme et de 100 litres d'air. Cette dose nécessaire, M. P. Bert la désigne par le chiffre 1. Qu'arrive-t-il si l'on augmente la dose? A la dose 1,5 la mort survient en 12 ou 15 minutes ; et à la dose 2 la mort est presque instantanée. Le chloroforme est donc un poison. Quant au protoxyde d'azote, M. P. Bert affirme qu'il est plus maniable.

La séance se termine par une communication de M. Kunkel sur l'anatomie des *centres nerveux* chez les insectes diptères. Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 *mars* 1880. — Présidence de M. H. Roger.

Le compte-rendu de la séance du 2 mars ayant été égaré à l'imprimerie, nous rappellerons qu'à cette date eut lieu l'*élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements.* Etaient présentés, en 1re ligne, M. Guéniot ; en 2e ligne, *ex æquo*, MM. Charpentier et Chantreuil ; en 3e ligne, M. Pinard. Le nombre des votants étant de 65, majorité 33, M. Guéniot obtint 54 suffrages ; M. Charpentier 6, M. Chantreuil, 1 ; M. Martineau, 1 ; M. Archambault, 1 ; Mme Callet, 1. En conséquence, M. Guéniot, ayant obtenu la majorité des suffrages, fut proclamé membre de l'Académie dans la section d'accouchements.

Election d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. — Sont présentés, en 1re ligne, M. Gaujot ; en 2e ligne, M. Cusco ; en 3e ligne, M. Lannelongue ; en 4e ligne, M. Terrier ; en 5e ligne, *ex æquo*, MM. Labbé et Péan. Votants, 88 ; majorité, 45. Au premier tour de scrutin, M. Labbé obtient 42 voix ; M. Cusco, 32 ; M. Gaujot, 8 ; M. Terrier, 3 ; M. Péan, 1 ; bulletins blancs, 2. Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Votants, 88 ; majorité, 45. M. Labbé obtient 47 voix ; M. Cusco, 38 ; M. Gaujot, 3 ; bulletin blanc, 1. En conséquence, M. Léon Labbé, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la section de pathologie chirurgicale. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. J. Guérin lit une note sur la *rupture du tendon du triceps fémoral* et sur les moyens thérapeutiques qu'il convient d'employer contre cette lésion.

M. de Villers fait la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Gallard, ayant pour titre : *Etude médico-légale sur la simulation.*

A 4 h. 1/2, l'Académie se constitue en Comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Proust sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 *juin* 1879. — Présidence de M. Charcot.

4. Myôme kystique de l'utérus ; — phlegmatia alba-dolens ; par Levrat, interne des hôpitaux.

B.., Marie, 47 ans, entrée le 23 mai 1879, salle Sainte-Marthe. Réglée régulièrement et très abondamment jusqu'à ce jour.

La malade était entrée dans le service de M. Féréol pour une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. M. Féréol l'envoya en chirurgie, s'étant aperçu d'une tumeur abdominale. Cette tumeur avait à peu près le volume d'un utérus à 7 mois et remontait à trois travers de doigt de l'appendice xiphoïde; les flancs étaient libres des deux côtés.

En l'examinant, M. Duplay fut frappé de ce que la tumeur présentait sur les côtés la consistance d'un fibrôme et paraissait en même temps fluctuante en avant. L'utérus, exploré par le toucher, était porté très haut ; il était difficile a atteindre et à explorer, il était impossible d'avoir aucune notion du corps de l'utérus Les mouvements imprimés à la tumeur correspondaient à l'utérus. On n'atteignait pas davantage l'utérus par le toucher rectal.

On fit une ponction exploratrice destinée à préciser le diagnostic ; il sortit 2,250 grammes d'un liquide brunâtre, de consistance sirupeuse ; à la fin, un peu de sang presque pur. On cesse la ponction ; il reste une tumeur volumineuse.

La malade eut quelques accidents à la suite de cette ponction : fièvre, frissons, qui se calmèrent, puis survinrent des troubles respiratoires. La malade mourut d'embolie pulmonaire, ainsi que l'a démontré l'autopsie.

Mais en examinant la tumeur abdominale, voici ce que l'on trouva : Une tumeur revêtue du péritoine, et sur les parties latérales de laquelle les ailerons du ligament large étaient appliqués comme sur un utérus gravide.

Pas d'adhérences à la partie postérieure de la masse et la main descendait librement dans le petit bassin.

A la partie antérieure, la tumeur adhérait à la face postérieure de la vessie ; il fallut en quelque sorte la sculpter.

A la partie postérieure, on trouve l'utérus très-allongé, dont la face postérieure est libre et les cornes bien visibles.

En coupant la tumeur, il s'écoule un liquide d'un rouge noir, absolument sanglant. Parois épaisses de 3 à 4 centimètres. La surface externe de la tumeur a l'aspect de la surface externe de l'utérus recouverte du péritoine.

Toute l'épaisseur de la paroi est formée de lames superposées, d'apparence cellulo-musculaire, on dirait une série de lames de myôme utérin, séparées les unes des autres par un tissu cellulaire lâche, permettant leur glissement. La coupe, à la partie supérieure à la jonction avec la paroi utérine, triple d'épaisseur, et cette augmentation de volume est due à la présence d'un myôme presque énucléable dont les faisceaux, au lieu d'être en lame, sont enchevêtrés comme ceux des myômes ordinaires. Dans les interstices cellulaires de la paroi, on trouve des quantités de vaisseaux sanguins très dilatés.

La surface interne est lisse, d'apparence muqueuse, de coloration brunâtre, recouverte en certains points de lamelles minces ressemblant à des stratifications de fibrine (due peut-être à l'hémorrhagie intra-kystique.) D'une façon générale, cette surface ressemble à la paroi d'un kyste hématique, ce qui est en rapport avec les données fournies par la ponction.

M. Quinquaud. Les myômes utérins avec kystes hématiques ne sont pas excessivement rares. Pour ma part, j'en ai observé 2 cas ; l'un dans le service de Lorain, l'autre dans le département de la Creuse. La première malade a succombé 6 semaines après la ponction, qui avait beaucoup amélioré son état, à tel point qu'elle pouvait vaquer à ses occupations, alors qu'avant l'évacuation, elle restait assise ou dans son lit. La seconde malade éprouvait dans les deux reins des douleurs atroces, assez semblables aux douleurs de l'accouchement, et cela depuis une quinzaine au moins, ce qui produisait des insomnies rebelles, ayant amené une sorte de cachexie remarquable. Je lui fis une ponction qui donna issue à cinq litres de liquide brunâtre sépia ; le soulagement fut immédiat, la malade put reprendre son travail des champs et succomba, six mois après, à une pneumonie. La nécropsie ne put être faite.

Le diagnostic est parfois d'une difficulté énorme entre une tumeur kystique de l'ovaire et une tumeur kystique de l'utérus ; il est cependant des moyens qui peuvent aider à établir un diagnostic rationnel, je veux parler de l'examen du sang, d'une part, et de l'analyse chimique et histologique du liquide évacué par la ponction.

En effet, dans les kystes simples de l'ovaire, l'hémoglobine ne descend guère pendant la période d'état au-dessous de 90 grammes, tandis que dans les tumeurs kystiques de cet organe l'hémoglobine arrive à 72 grammes.

Dans le premier cas, les matières solides du sérum restent à 76 grammes, dans le second, plus souvent à 80 grammes, même dans les dégénérescences épithéliales.

Dans les myômes utérins avec kystes hématiques, l'hémoglobine descend souvent au-dessous de 66 grammes, les matières solides arrivent à 70 grammes. Dans le liquide du kyste de l'ovaire, on trouve de la paralbumine, qui donne une consistance visqueuse filante, elle n'est pas précipitée par l'acide acétique ni par le sulfate de magnésie ; l'alcool la précipite de la solution aqueuse en flocons granuleux ; la chaleur ne la coagule pas complétement. Si on laisse pendant deux jours le coagulum en présence de l'alcool et si on filtre, les flocons se dissolvent à 35° centigrades au bout de deux heures.

Dans ce même liquide, on précipite par l'alcool la métalbumine qui, redissoute dans l'eau, donne une solution oléagineuse ; par l'évaporation à 40°, on a la métalbumine avec paillettes brillantes ; elle diffère donc de l'albumine ordinaire, parce qu'elle se redissout dans l'eau après avoir été précipitée par l'alcool.

On y trouve encore l'hydropisine précipitée par le sulfate de magnésie ; le précipité redissous dans l'eau donne une solution gommeuse, non filante, coagulable par l'alcool.

Le *liquide* donne 1/40 à 1/20 de résidu sec. De plus, on y voit souvent par transparence des points brillants nombreux. Ce sont des cristaux de cholestérine pour la plupart. Ce fait ne se rencontre pas dans les myômes utérins ; on peut rencontrer de la cholestérine sur les parois du kyste ou au fond du vase contenant le liquide du myôme, mais on ne voit pas ces paillettes en aussi grand nombre nager dans le vase qui le renferme.

Dans le liquide du myôme kystique il n'y a pas de paralbumine, pas d'hydropisine, pas de métalbumine. Souvent, dans le liquide ovarique, on rencontre des cellules épithéliales nettes ou déformées. Rien de semblable n'existe dans le liquide du myôme utérin. Donc, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic pourra être établi à l'aide de ces deux moyens d'investigation.

M. Terrillon demande à M. Quinquaud s'il maintient la distinction capitale, au point de vue de la cholestérine, qu'il fait entre le liquide des kystes ovariques et celui des myômes kystiques.

M. Quinquaud. Quand on trouve dans le liquide d'un kyste de l'abdomen une *quantité considérable de cholestérine*, on doit porter le diagnostic de *kyste de l'ovaire*.

Séance du 13 juin 1879. — Présidence de M. Charcot.

5. Anus contre nature ombilical consécutif à la ligature du cordon.— Double invagination ; par le Dr Motte (de Dinant).

Cette pièce a été adressée à la Société de Chirurgie par le Dr Motte, de Dinant (Belgique). Elle a été recueillie sur le cadavre d'un enfant de un mois, mort avec des symptômes d'étranglement, 52 heures après sa formation.

Le Dr Motte vit l'enfant 15 jours après la naissance : le cordon était tombé ; une fistule stercorale ombilicale s'était formée et, consécutivement, une invagination grosse comme le pouce, saillante de 0 m. 04 et jetant des matières comme le bout supérieur de tout anus contre nature. Toutes les recherches faites pour découvrir le bout inférieur furent vaines et l'observateur crut avoir sous les yeux un simple renversement, analogue à une chute du rectum, d'un diverticule intestinal d'origine vitelline.

M. Motte traita cette proéminence par la compression et son orifice par la cautérisation. Mais, pendant une nuit de cris et de souffrances, la tumeur prit un nouveau développement ; en outre, une seconde saillie se montra au-dessus et à gauche du pédicule de la première et faisant avec celle-ci une espèce de fourche à dents courbes, ressemblant assez bien à une S horizontale attachée par le milieu à l'anneau ombilical. M. Motte ne parvint pas à apercevoir l'orifice de la deuxième invagination et se trouva fort embarrassé, on le conçoit sans peine.

L'examen anatomique a montré que l'intestin grêle avait été ouvert par la ligature du cordon, à 0 m. 25 du cœcum ; que l'ouverture occupait le bord libre, pouvait recevoir le bout du doigt et adhérait assez intimement à l'anneau ombilical. Il a été impossible de trouver des traces évidentes d'un diverticule intestinal, que la ligature aurait sectionné, dans ce cas, très près de l'intestin.

Quel qu'ait été le mode de formation de la fistule stercorale : le bout supérieur qui s'était d'abord invaginé, l'était sur une longueur totale de 0 m. 16 formant par conséquent un cylyndre contourné long de 0 m. 08 ; le bout inférieur, renversé le dernier, présentait une saillie contournée longue de 0 m. 10 environ. De sorte que, presque toute la portion de l'iléon située entre la perforation et le cœcum était invaginée.

L'adossement des séreuses d'une part, et l'étranglement d'autre part, avaient donné lieu à des adhérences partielles, à la production d'épaisses fausses membranes et, dans le bout inférieur, à une accumulation de liquide assez considérable pour que M. Motte ait pu comparer cette proéminence pour la forme et la tension, à une vessie de poisson.

6. Fracture du bassin par enfoncement. — Rupture de l'urèthre — Infiltration d'urine ; par J. Girou, interne des hôpitaux.

Loubie François, âgé de 21 ans, homme d'équipe, reçoit le 5 juin, à trois heures de l'après-midi, deux coups de tampon de wagon, un à la partie moyenne de la cuisse droite, et un autre dans la région inguinale du même côté. Il tombe privé de connaissance ; dans la soirée, une hémorrhagie en nappe, fort abondante, a lieu par la plaie fémorale, et le malade entre le lendemain matin dans le service de M. Benjamin Anger.

Etat à l'entrée. — Le malade, très abattu, est fort pâle, et ne peut faire aucun mouvement dans son lit. A la partie externe de la cuisse droite, au milieu du fascia lata environ, existe une plaie à bords contus, un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs. Au niveau de ces bords, des pelotons adipeux teintés de sang, et à demi mortifiés, se détachent de sous le derme. Le fond de la plaie, imbibé de sang, est formé par le tissu musculaire mis à nu.

Les lésions ne paraissent pas s'étendre plus profondément en ce point, et, quoique la cuisse paraisse raccourcie, on ne trouve ni mobilité anormale, ni crépitation. Le raccourcissement apparent doit tenir à une déviation du bassin : l'épine iliaque droite est plus élevée que celle du côté opposé.

Un pansement alcoolique est fait au niveau de cette plaie fémorale qui n'est plus le siége d'hémorrhagie.

Au niveau de l'aine, surtout dans la région du canal inguinal, est une tumeur brunâtre, ecchymotique, accompagnée de quelques éraillures de la peau. Cette lésion, répondant au second coup du tampon, large de dix centimètres environ, haute de cinq à six, dépasse un peu la ligne médiane. Une pression même légère y est horriblement douloureuse. Aussi ne peut-on rechercher les fractures du pubis.

Le pénis paraît sain, quoique un peu relevé, comme si son ligament suspenseur avait subi un tiraillement. Le scrotum est normal, mais, derrière lui, au périnée, est une tumeur mollasse, non douloureuse, grosse comme une petite noix. Le malade n'a pas uriné depuis l'accident. Le cathétérisme, tenté avec la sonde en gomme et en caoutchouc vulcanisé, conduit dans une fausse route, et donne issue à quelques gouttes de sang. Le soir une sonde en gomme pénètre dans la vessie et donne issue à un verre d'urine mêlé de sang en partie coagulé. Traitement. Glace et cataplasmes froids.

Le 7 juin au matin, le scrotum présente une infiltration beaucoup plus considérable, le fourreau de la verge est œdématié. La vessie ne paraît pas contenir beaucoup d'urine, autant que la percussion, horriblement douloureuse, permet de le constater.

Le cathétérisme est impossible, et quand on le tente on a nettement la sensation d'un éperon sur lequel vient buter la sonde, en amenant une vive douleur.

3 heures de l'après-midi. — Fréquents et stériles besoins d'uriner. Infiltration noirâtre d'urine au périnée et dans le scrotum considérablement accru. Submatité légère s'étendant de la verge à la moitié de la hauteur de l'ombilic. Le pubis n'est pas senti à sa place. Le pouls est fréquent (140), une sueur froide baigne le malade. Deux ponctions dans la vessie avec un trocart capillaire et l'aspirateur Potain donnent issue à quelques gouttes d'urine.

L'uréthrotomie externe est impossible à cause de l'infiltration du périnée, des ponctions multiples sont faites dans le scrotum et le périnée. Elles sont le siége d'un abondant écoulement d'urine teinte de sang qui se prolonge toute la nuit. Injection sous-cutanée de deux centigrammes de chlorhydrate de morphine.

8 *juin*. Le malade a été tranquille toute la nuit ; il a moins souffert. Le scrotum et le périnée sont presque revenus au volume normal, et ont cependant gardé une teinte noire. Fréquents besoins d'uriner et d'aller à la selle. — Météorisme abdominal. — Subdélirium léger depuis quelques heures. Température axillaire, 39°,2 ; P. 140. *Soir*. L'écoulement per-

siste par les scarifications périnéales. Vomissements alimentaires. Ventre météorisé. Langue suburrale. Subdélirium. Traitement. Injection de chlorhydrate de morphine, 0,02.

Le 9. — Le malade parait se refroidir. La figure est terreuse. Le pouls est à 150. Sur les points contus se sont développés des phlyctènes à sérosité roussâtre. Le malade meurt à 3 heures de l'après-midi.

Autopsie pratiquée le 12, trois jours après le décès.—Le cadavre est le siége d'une putréfaction déjà assez avancée due à la température fort élevée, et à l'infiltration d'urine dans les tissus. La paroi abdominale antérieure est épaissie, infiltrée d'un liquide à forte odeur ammoniacale.

Le péritoine jusqu'à l'ombilic en avant, jusqu'aux reins en arrière, présente une teinte noire très prononcée et est soulevé par un épanchement de liquide dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Mais on ne trouve aucune trace de rupture du péritoine ou de travail phlegmasique de cette séreuse.

Organes génito-urinaires. — La vessie est saine dans toute son étendue. Le canal de l'urèthre est partout intact, sauf à l'union de la portion prostatique et de la portion membraneuse. Là, il existe une solution de continuité occupant les deux tiers supérieurs environ de sa circonférence, large d'avant en arrière de 2 ou 3 millimètres, fortement irrégulière. Elle a dû être produite par l'enfoncement du pubis.

Tous les autres viscères sont sains.

Bassin. — L'épine iliaque antérieure droite et l'épine du pubis du même côté, sont plus élevées de deux centimètres environ que leur congénère. La symphyse pubienne présente un écartement de 15 à 20 millimètres.

a. Symphyse pubienne. — Tous les ligaments sont détachés du pubis gauche et font corps avec le droit plus enfoncé que le gauche.

b. Articulation sacro-iliaque droite. — Les ligaments antérieurs sont rompus Les deux os sont mobiles et ont un écartement de 102 millimètres.

c. Os iliaque droit. — Au niveau de l'éminence iléo-pectinée commence une solution de continuité se prolongeant en arrière sur la partie antéro-postérieure de la ligne innominée, descendant en bas presque verticalement jusqu'à l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, puis allant obliquement en avant se terminer sur le bord antérieur de la branche ascendante de l'ischion. Le fragment antérieur ainsi détaché est facilement mobile dans le sens antéro-postérieur.

d. Os iliaque gauche. — La branche horizontale du pubis est sectionnée d'avant en arrière au niveau de sa partie moyenne. A l'union de la branche descendante du pubis et de la branche ascendante de l'ischion existe une autre solution de continuité, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, taillée en biseau aux dépens de la face antérieure du fragment supérieur. Ce fragment est bien moins nettement mobile que le fragment correspondant du côté opposé.

Observations. — Si nous recherchons le mécanisme qui a présidé à ces diverses lésions, nous pouvons, je crois, arriver à ces conclusions.

La paroi antérieure droite du bassin a été enfoncée par le coup de tampon. Cet enfoncement rendu possible par la fracture qu'elle présente, n'a pu avoir lieu sans qu'elle entraine avec elle l'autre pubis qui s'est fracturé à son tour.

Cette enceinte courbe ainsi devenue rectiligne et augmentée de longueur a écarté les parois latérales du bassin et a rompu les ligaments antérieurs de l'articulation sacro-iliaque.

Lorsque les ligaments de la symphyse pubienne ont atteint la limite de leur élasticité, ils se sont rompus, ou plutôt ils se sont en grande partie détachés de leur insertion gauche. Le pubis ainsi enfoncé est venu presser sur le canal de l'urèthre et a déchiré sa paroi antérieure.

Malgré le peu de tissu médullaire osseux atteint par les fractures, il existe dans les capillaires du poumon des gouttes huileuses teintées en noir par l'acide osmique. Ces embolies graisseuses, qui paraissent donc constantes dans toutes les solutions de continuité des os, sont du reste peu abondantes, et, quoique fort nettes généralement, font cependant défaut dans quelques préparations.

7. Nævus pigmentaire de la jambe.—Transformation sarcomateuse ; par André Petit, interne.

Cavalier Marthe, 45 ans. Cette malade ne présente comme antécédents morbides qu'une pneumonie (?) à l'âge de 16 ans, et une rougeole bénigne vers 20 ans. Réglée à 14 ans, elle a eu deux enfants : le premier à 21 ans, le deuxième 3 ans plus tard ; les deux couches furent bonnes ; à partir de 26 ans, elle eut des hémorrhagies très fréquentes jusqu'à 43 ans. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire ; elle n'offrait, au dire de la malade, aucune tache cutanée ou tumeur érectile.

Cette malade portait depuis sa naissance un nævus pigmentaire brun rougeâtre du diamètre d'une grosse lentille, sur la partie moyenne de la face externe de la jambe gauche ; ce nævus augmenta un peu en surface, mais sans faire de saillie appréciable et sans donner lieu à aucun phénomène local important jusque vers l'âge de 38 ans. A cette époque, c'est-à-dire il y a environ 7 ans, sans aucune cause traumatique connue, la malade ressentit à ce niveau des démangeaisons assez vives et des douleurs lancinantes de peu de durée, revenant régulièrement aux époques des règles ; en même temps, il se produisait une légère saillie du segment inférieur du nævus qui n'a cessé d'augmenter, depuis lors, d'une façon continue, avec des poussées plus rapides à chaque époque menstruelle. Les traumatismes accidentels fréquents qui atteignirent cette tumeur furent suivis de petites hémorrhagies d'un sang rutilant, faciles à arrêter par compression.

Il y a environ trois ans, la tumeur commença à se pédiculiser, et pendit alors par son propre poids le long du mollet. Le segment supérieur du nævus primitif offrit alors des phénomènes analogues, et forma une deuxième tumeur au-dessus de la première, mais beaucoup plus petite. Ces deux tumeurs étaient, parait-il, réductibles d'au moins moitié de leur volume par une pression méthodique.

Les mêmes phénomènes continuèrent, lorsqu'il y a un mois, au moment où la malade se levait, il se produisit une hémorrhagie au niveau du côté externe de la tumeur ; elle dura environ une demi-heure et s'accompagna de deux syncopes ; la malade avait eu ses règles 15 jours avant. A partir de ce moment, la tumeur a augmenté de volume plus rapidement, sans autre douleur que quelques rares élancements et sans grande gène pour les fonctions du membre. Il y eut environ quatre hémorrhagies semblables en l'espace de trois semaines.

Enfin, il y a huit jours, la tumeur augmenta tout à coup de près du double de son volume et prit une coloration rougeâtre sombre ; elle devint dès lors irréductible. Trois à quatre jours après, la peau fortement distendue s'ulcéra spontanément à la partie supéro-externe de la masse principale, et il se produisit une nouvelle hémorrhagie abondante qui fut arrêtée avec de l'amadou et du perchlorure de fer ; le surlendemain, une autre ulcération se montra à la partie inférieure et, depuis ce jour, le sphacèle de la peau a augmenté progressivement, laissant à nu un volumineux caillot sanguin noirâtre.

La malade se décide alors à entrer à l'hôpital Cochin.

On constate à l'examen une tumeur pédiculée du volume du poing, siégeant à la jambe gauche au point indiqué, et pendant le long du mollet. Elle présente deux vastes ulcérations, découvrant un magma cruorique noirâtre, et desquelles s'écoule une sorte d'ichor brunâtre répandant une odeur de sphacèle ; dans les autres points, la masse morbide offre une coloration rose violacée pâle, et une consistance mollasse et élastique. La tumeur principale est accompagnée d'une autre plus petite, aplatie, siégeant au-dessus de son pédicule, ainsi que d'une troisième plus petite encore et située en dedans du pédicule de la grosse masse principale ; ces deux tumeurs secondaires présentent les mêmes caractères extérieurs que les parties non ulcérées de la grosse tumeur ; elles ne sont pas réductibles par pression. A leur niveau ainsi que sur la partie externe du pédicule, la sensibilité cutanée est conservée. La peau des parties voisines, peut-être légèrement hyperesthésiée, est pigmentée et présente quelques phlyctènes résultant de l'emploi récent du perchlorure de fer comme hémostatique. On y constate des veines

assez nombreuses et dilatées, et en trois points, au-dessus, au-dessous et en dedans du pédicule, on sent battre sous le doigt des artères de quelque volume.

Le point d'implantation du pédicule n'est nullement adhérent aux parties profondes, et les manœuvres d'exploration ne sont que peu douloureuses, mais amènent un léger suintement sanguin en divers points

Aucun ganglion dans le creux poplité, mais un ganglion un peu volumineux à l'angle externe du triangle de Scarpa. La malade a constaté la présence de ce ganglion depuis environ un mois; cette adénite paraît surtout symptomatique d'un peu de lymphangite franche. Rien du côté des organes thoraciques et abdominaux. Facies pâle, un peu terreux, maigre, mais état général satisfaisant.

On opère l'ablation de la tumeur par le bistouri, le samedi. 10 *mai*. Deux incisions curvilignes circonscrivent le pédicule et une portion ovalaire de peau saine. — Trois ligatures d'artères. — Pansement à l'alcool camphré. — Température : S. 37°, 2.

11 *mai*. On renouvelle le pansement, moins la charpie, qui est dans la plaie. — Bon état général. — Sommeil. — Appétit. — Température : M. 36°, 8. S. 37°, 8.

12 *mai*. Etat général bon, — pas de douleurs, — même pansement. — Température : M. 37°. S. 36°, 9.

13 *mai*. Même pansement. — Pas de suppuration appréciable. — Température : M. 37°. S. 37°.

14 *mai*. Même pansement. — Très bon état général. — Température : M. 36°, 8. S. 37°, 2.

15 *mai*. Même pansement. — Très bon état général. — Température : M. 36°, 5. S. 37°, 4.

12 *juin*. La malade n'a présenté aucune particularité notable. La température s'est maintenue normale, l'état général excellent. Le ganglion inguinal a presque entièrement disparu. Elle sort de l'hôpital en pleine voie de guérison, la plaie n'offre plus que la grandeur d'une pièce de deux francs.

A la coupe de la tumeur, on constate un grand kyste rempli de caillots sanguins formant la majeure partie de la grosse tumeur, puis un tissu blanc jaunâtre, lisse, analogue à du mastic constituant une mince enveloppe au kyste sanguin et la totalité des deux tumeurs secondaires.

L'*examen histologique* a été pratiqué par M. le Dr Rémy. D'après lui, la peau ne présente pas de pannicule adipeux ; il est remplacé par la tumeur, à laquelle elle adhère fortement, par son derme, dont le corps papillaire est très développé. Le revêtement épidermique est augmenté d'épaisseur. La périphérie de la tumeur est constituée par de petits noyaux formés d'éléments distincts emprisonnés dans les mailles des fibres lamineuses du derme.

Ces éléments sont, d'une part, des cellules sphériques avec gros noyau et corps cellulaire à peine visible sans membrane limitante, et d'autre part, des cellules fusiformes qui offrent de nombreux exemples de reproduction par scissiparité. — Elles appartiennent toutes deux au tissu conjonctif dans ses premières périodes d'évolution. — De nombreux vaisseaux capillaires parcourent le tissu formé par la juxtaposition indéterminée de ces éléments.

On peut dire qu'il s'agit d'une tumeur *fibro-plastique*, ou suivant d'autres classifications : *sarcome à cellules fusiformes* ou *fibrome embryonnaire*.

Le centre de la tumeur est le siége d'une dégénérescence. Les éléments sont surchargés de graisse ; mais, au lieu de trouver les éléments remplis de fines granulations ou de gouttelettes graisseuses, on les trouve déchirés et dissociés par des cristaux aciculaires. Les parois vasculaires seules ont persisté, mais très gonflées, elles ont également subi une dégénérescence : ces canaux ne contiennent ni sang ni globules blancs, ils sont également remplis de cristaux. C'est à cette dégénérescence qu'est due l'ulcération de la tumeur, son ramollissement et les hémorrhagies consécutives.

8. Gliome et zone de ramollissement occupant la moitié supérieure de la frontale ascendante ainsi que le pied des deux premières circonvolutions frontales du côté droit. — Paralysie avec contracture du bras gauche, paralysie incomplète et sans contracture de la jambe du même côté. — Paralysie faciale gauche; par A. Poulin, interne des hôpitaux et Malécot, interne provisoire.

G... Louis, garçon d'hôtel, 52 ans, entre, le 25 avril 1875, salle Saint-Michel, lit n° 18. La santé habituelle est excellente, nous trouvons seulement dans les antécédents de ce malade un chancre, il y a 15 ans.

15 *avril*. G... s'est couché bien portant; mais, le lendemain, à son réveil, il s'aperçut que sa main gauche était faible et engourdie. Cette faiblesse, peu prononcée tout d'abord s'est accentuée depuis.

25 *avril*. Jour de l'entrée à la Charité, le malade accuse une faiblesse très grande de la main gauche. On trouve, à ce moment, que le membre supérieur n'est pas paralysé ; les mouvements du bras sur le tronc, et de l'avant-bras sur le bras s'effectuent normalement. G... présente plutôt des signes de paralysie radiale, et tout d'abord, en effet, on songe à une paralysie radiale.

L'extension de la main est devenue à peu près impossible. Le malade serre avec beaucoup moins d'énergie du côté gauche que du côté droit. Il n'y a rien du côté de la jambe ; pas de paralysie faciale. La sensibilité est intacte.

27 *avril*. On constate aujourd'hui de la contracture du biceps. Cette contracture cependant n'est pas très marquée et cède facilement, lorsqu'on cherche en agissant avec un peu de force à étendre l'avant-bras. La chute de la main est marquée, l'extension des doigts est impossible ; mais la paralysie du membre n'est pas complète, et les extenseurs sont seuls complétement paralysés.

2 *mai*. Même état. La contracture persiste.

6 *mai*. A 5 h. 1/2 du matin le malade est pris subitement d'une attaque convulsive, cette attaque survient sans avoir été précédée d'aucune perte de connaissance. G... n'a eu à ce moment ni éblouissement, ni vertige, il a pu appeler son voisin. Cependant la veille au soir, G... s'était plaint de la faiblesse de sa jambe gauche, et n'avait pu que difficilement monter dans son lit. Convulsions limitées au côté gauche, rien du côté opposé.

A 3 h. et à 5 h. du soir, quelques mouvements convulsifs toujours limités au côté gauche. — P. iodure de potassium, 2 grammes; Frictions avec l'onguent napolitain.

7 *mai*. Paralysie complète du bras gauche avec contracture: flexion de l'avant-bras sur le bras. Paralysie incomplète du membre inférieur gauche ; déviation de la langue et de la commissure labiale. La sensibilité est intacte dans ses divers modes. Pouls lent, 56 p.

20 *mai*. Nouvelle attaque convulsive également limitée au côté gauche ; affaiblissement intellectuel marqué.

27 *mai*. Nous notons avec soin l'état du malade qui est le suivant : hébétude marquée, G... articule les mots avec une extrême difficulté, paralysie complète du bras gauche avec contracture des fléchisseurs, l'avant-bras est fortement fléchi sur le bras, la jambe gauche présente un affaiblissement marqué ; mais la paralysie n'est pas absolue ; G... peut encore la soulever au-dessus du plan du lit. Il y a de plus une paralysie faciale du côté gauche extrêmement nette, la commissure labiale est nettement élevée du côté droit. La paralysie est d'ailleurs incomplète ; l'orbiculaire est intact; pas de strabisme, la sensibilité est diminuée du côté gauche, sans être abolie.

8 *juin*. G... est dans un coma complet ; le coma n'a pas été précédé de nouvelles secousses convulsives ; râle trachéal, la contracture du biceps à gauche est plus faible mais existe toujours. — Mort le 8 juin à midi.

Autopsie. — *Encéphale*. — Notre attention se porte évidemment tout d'abord du côté de la cavité crânienne. En enlevant doucement la pie-mère, nous ne notons pas d'adhérences à l'écorce cérébrale excepté au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando du côté droit. — En ce point, nous constatons que le tissu cérébral est ramolli dans un espace qui correspond à la partie supérieure de la frontale ascendante et à l'origine des première et deuxième circonvolutions frontales à ce niveau.

En soulevant l'hémisphère droit, toute cette partie ramollie

s'affaisse complétement et nous pouvons énucléer avec la plus grande facilité une tumeur du volume d'une noix siégeant au point indiqué, au milieu du tissu cérébral ramolli. Cette tumeur est légèrement bosselée, assez dure à sa partie inférieure, renfermant un caillot sanguin supérieurement. Il y a eu là une hémorrhagie dans l'intérieur même du néoplasme.

La tumeur une fois énucléée, il reste une cavité très-nette qui occupe la partie supérieure de la frontale ascendante et le pied des deux premières frontales, comme nous le disions tout à l'heure ; en ce point les circonvolutions sus-nommées n'existent plus. En outre, la cavité se prolonge en arrière dans la masse blanche au-dessus de la partie supérieure de la pariétale ascendante. Le lobule paracentral n'est pas atteint superficiellement, mais à ce niveau tous les tractus blancs sous-jacents à l'écorce grise sont détruits.

Les noyaux gris centraux sont intacts.

Les *autres organes* sont sains ; la moelle n'offre pas d'altération visible à l'œil nu ; les poumons présentent un degré assez prononcé d'emphysème.

Nature de la tumeur.— Le malade étant syphilitique, nous devions penser tout d'abord à une gomme. Mais l'examen histologique de la tumeur que nous avons pratiqué au laboratoire de la Charité nous porte à croire qu'il s'agit d'un gliome.

La tumeur de forme irrégulière, ramollie dans sa partie supérieure, présente à ce niveau un foyer hémorrhagique de la grosseur d'une noisette.

Sur des coupes pratiquées après durcissement il est facile de voir que cette tumeur est très-vasculaire ; elle est constituée par des cellules rondes pressées les unes contre les autres, mais sans points caséeux et sans disposition nodulaire spéciale.

Réflexions.—Cette observation vient s'ajouter à toutes celles qui démontrent l'existence de centres moteurs au niveau des circonvolutions pré et post-rolandiques. — Notons dans ce cas particulier que nous avons eu tout d'abord affaire à une monoplégie brachiale incomplète laquelle présenta même un intérêt particulier. — En effet, on peut voir dans l'observation que les extenseurs ont été tout d'abord atteints ; si bien qu'on a pu se demander pendant quelques jours s'il ne s'agissait pas là d'une paralysie radiale.

Puis survint la contracture; enfin, la jambe et la face se prirent. Ces derniers phénomènes doivent être rapportés vraisemblablement à la production de la zone de ramollissement qui existait autour de la tumeur, comme nous l'avons signalé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 24 octobre 1879.— Présidence de M. Hervieux.

M. Besnier lit le rapport trimestriel sur les *maladies régnantes.*

Ecthyma consécutif à une vaccination.—M. Constantin Paul présente un enfant de 6 ans 1/2, vacciné en même temps que sa sœur, âgée de 6 mois, au courant de juillet. L'évolution du vaccin fut normale pendant trois semaines et semblable chez les deux enfants ; mais, chez le plus âgé, les pustules ne se séchèrent pas, comme chez le plus jeune, en temps convenable, et elles sont encore humides aujourd'hui.

La première idée qui vient à l'esprit est celle de l'inoculation d'un vaccin syphilisé, mais cette pensée est inadmissible en présence des considérations suivantes : 1° L'incubation vaccinale a été de 5 à 6 jours et non de 24 ou 26, durée de celle de la syphilis ; 2° il n'y a pas eu de ganglion axillaire ; 3° il n'est pas apparu d'accidents secondaires. Dès lors, il est fort probable qu'il s'agit de pustules d'ecthyma développées là où un traumatisme avait été exercé et entretenues par un mauvais état général. Cet enfant, en effet, quoique ne portant pas de cicatrices et n'ayant pas d'antécédents scrofuleux avérés a la tête bien trop volumineuse, et, par contre, sa taille est inférieure de 7 cent. environ à celle que présentent d'ordinaire les enfants de son âge.

Kyste hydatique du foie suppuré traité par une large incision et guéri. — M. Gérin-Roze. Il s'agit d'un garçon de 19 ans, qui fut ponctionné pour la première fois, il y a 13 ans (?), par M. Péan ; il y a 6 mois, une vomique eut lieu, et, depuis, ce jeune homme avait de temps à autre une vomique et rendait deux ou trois verres de pus. Enfin, après 3 ponctions successives, faites dans différents services, M. Gérin-Roze, au service duquel il entra, évacua par une quatrième 300 gr. de pus ; bientôt il ouvrit largement le kyste, et on peut regarder le malade qu'il présente comme offrant un exemple de guérison très rapide (2 mois).

Présentation d'instrument. — M. Damaschino présente, au nom de M. G. Baÿ, un appareil très commode pour les services dans lesquels on a un grand nombre d'injections souscutanées à pratiquer ; il se compose d'un corps de pompe plongeant dans le flacon qui renferme la solution. A la partie inférieure est une soupape qui permet l'ascension du liquide dans le corps de pompe ; à la partie supérieure, une autre soupape empêche le reflux du liquide dans l'appareil. Un curseur, adapté au piston de la seringue, permet de régler le jeu de l'appareil, et la tige du piston porte une graduation telle qu'une de ses divisions correspond à 10 centigr. de la solution. En outre, le flacon auquel est adapté ce petit appareil est très bien fermé, et le liquide est puisé à un centimètre environ au-dessus du fond du vase. Cette disposition assure la pureté de la solution et évite, par suite, les conséquences des injections hypodermiques dues, soit à ce que la solution contient des cristaux déposés soit à des microphytes venus de l'atmosphère.

Maladie d'Addison.— M. Bucquoy présente un jeune homme, âgé de 19 ans, chez lequel le début de la maladie remonte à 10 ans. Ce malade, qui présente une teinte bistrée, générale, très marquée et prédominante à la verge, au pourtour de l'orifice buccal, présente aussi une altération semblable du côté des muqueuses : lèvres, voûte palatine, face interne des joues, bord de la langue. — Il est entré à l'hôpital, à Cochin, pour des douleurs qu'il ressent à l'épaule gauche ; cette articulation est le siége d'une ankylose consécutive à un traumatisme qui remonte à une année. Du côté du thorax, il n'y a, aux sommets, que des signes très douteux de tuberculose. — Depuis un mois environ, l'amaigrissement s'est manifesté, en même temps que l'intensité de la coloration augmentait ; des douleurs sont également apparues au niveau de la région rénale droite. M. Bucquoy considère ce sujet comme atteint de tuberculose des capsules surrénales.

Recherches sur les relations de l'hémianesthésie avec l'hémiplégie, l'hémichorée et la contracture, et sur leur guérison par l'application des aimants. — M. Debove rappelle brièvement les quelques faits publiés antérieurement à ceux qu'il communique aujourd'hui. Un premier cas est relatif à une femme qui présentait une chorée posthémiplégique et dont l'histoire se trouve dans la thèse de M. Veyssière et dans celle de M. Raymond. Une application métallique amena la disparition de phénomènes sans transfert. Un second, publié par M. Vigouroux, a trait à un homme guéri également par l'application d'un aimant. Le troisième est celui que M. Debove a communiqué lui-même à la Société ; il s'agissait d'un saturnin. Le quatrième est celui dont parla M. Proust à propos du malade de M. Debove : c'était un saturnin ; la guérison avait été temporaire. Enfin, M. Aigre a publié, dans sa thèse, l'histoire d'un cinquième malade, chez lequel les accidents étaient probablement dus à l'intoxication mercurielle. Dans tous ces faits, il n'a été question que du retour à l'état normal de la sensibilité. Dans ceux que rapporte aujourd'hui M. Debove, il y a eu retour de la sensibilité et de la motilité, que cette dernière fut abolie ou seulement amoindrie.

Le premier fait est celui du saturnin déjà présenté à la Société par M. Debove ; cet homme était hémianesthésique et hémiparétique. La guérison de l'hémianesthésie avait seule été signalée lors de la lecture qui fut faite de cette observation, et l'attention ne fut pas attirée par M. Debove sur le retour de la force parce qu'il voulait réunir d'autres faits avant d'énoncer cet effet du traitement par l'application d'un aimant. Le second fait, observé en avril 1879, est relatif à un homme qui, à la suite d'une attaque épileptiforme fut amené à l'Hôtel-Dieu : il présentait une hémianesthésie et une paralysie unilatérale complète ; l'application d'un aimant ramena la sensibilité et la motilité.

Troisième fait. Une femme âgée de 62 ans, n'ayant jamais présenté de phénomènes d'hystérie perd connaissance à une attaque, et présente une hémiplégie droite avec hémianesthésie, hémichorée et contracture. Une application d'un aimant pendant une demi-heure suffit pour faire disparaître tous ces phénomènes : un tracé graphique de son tremblement pris par M. Brissaud pendant l'application de l'aimant permet de constater le moment où disparaît le phénomène. Cette femme qui, à droite, donnait seulement 5, donnait 30 après la séance, et 25 seulement à gauche. — Il y eut une légère rechute le lendemain et le surlendemain ; une nouvelle application d'aimant, faite il y a 10 jours (un mois après la première), a tout fait disparaître.

Quatrième cas. Il s'agit d'un homme qui consulta M. Chauffard pour des accidents singuliers du côté de la moelle. Des cautérisations furent faites le long de la colonne vertébrale et le traitement mercuriel fut institué. Puis, cet homme fut traité pendant 9 mois dans le service de M. Fournier pour une paraplégie dont l'iodure de potassium amena la guérison. Il fut alors considéré comme un type de syphilis viscérale nerveuse guérie par l'iodure. Il y a un mois, survint chez ce malade une hémiplégie gauche avec hémianesthésie que le malade, habitué par son long séjour à l'hôpital à la recherche des phénomènes qu'il présentait, constata lui-même. Un aimant fut appliqué par M. Debove au niveau du bras pendant une heure ; le résultat fut douteux, il y eut cependant un léger transfert. Encouragé par cette légère action M. Debove pratiqua une aimantation continue : l'aimant mis en contact avec le bras pendant 24 h., puis avec la jambe pendant un temps égal, enfin avec la face dans les mêmes conditions amena le retour total et général de la sensibilité et de la motilité. Depuis 12 jours, il n'y a pas eu de retour des accidents.

Cinquième fait. Le malade observé par M. Proust est celui dont il s'agit. L'application d'un aimant pratiqué par M. Proust n'avait donné qu'une guérison temporaire. Cet homme est entré au service de M. Debove avec une hémianesthésie et une hémiparésie. L'application d'un aimant pendant une demi-heure a ramené la sensibilité, mais 5 ou 6 h. après, les accidents ont reparu. C'est alors que M. Debove a eu recours chez cet homme, comme chez le précédent, à une aimantation continue. Avant-hier, un aimant fut appliqué au bras et au bout de 24 heures la sensibilité et la motilité étaient revenues; enfin, 30 heures après, la guérison était complète.

M. Debove possède encore deux cas que lui a communiqués M. Vigouroux et dans lesquels la guérison a été obtenue sans transfert.

Les causes de l'hémianesthésie et de l'hémiparésie sont différentes dans les cas qui précèdent : ici un ramollissement, là une hémorrhagie, ailleurs une lésion syphilitique ; mais il y a un lien commun qui réunit toutes ces observations : toutes ont trait à des hémianesthésies avec hémiparésie ; dans tous ces cas la paralysie de la motilité était sous l'influence de celle de la sensibilité.

M. Debove fait remarquer que, chez les hystériques, l'hémiparésie marche avec l'hémianesthésie et la suit dans ses déplacements (transfert par l'action de l'aimant). Il fait remarquer que, dans un des faits qu'il a cités, la malade a été guérie de sa contracture et de son hémichorée ; il pense que la contracture et la chorée sont dues à l'hémianesthésie et qu'il y a un lien entre l'hémianesthésie, l'hémichorée, l'hémiparésie et la contracture. R. M. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Uréthrotomie externe par le thermo-cautère. — M. VERNEUIL. On sait combien l'uréthrotomie externe pratiquée par le bistouri s'accompagne d'écoulement sanguin, et combien cet écoulement est gênant pour l'opérateur. Pour remédier à cet inconvénient sérieux, j'ai eu l'idée, dans deux uréthrotomies externes toutes récentes, de remplacer le bistouri par le petit couteau du thermo-cautère, et je n'ai eu qu'à me louer de cette innovation.

Le premier malade avait un rétrécissement traumatique ; *dix minutes* ont suffi pour parachever l'opération, et j'ai eu pour toute hémorrhagie, une tache de sang de la largeur d'une pièce d'un franc.

Le second malade avait un rétrécissement très serré et très long, compliqué de fistules périnéales ; toute bougie au delà du n° 9 provoquait des accès de fièvre et des accidents de rétention. Ici encore j'ai ouvert l'urèthre, et avec le même succès ; l'opération a été un peu plus longue, il est vrai, que dans le premier cas, mais cela tenait à des conditions tout à fait indépendantes du manuel opératoire.

Dans ces deux faits, les suites de l'opération ont été des plus simples ; point d'accidents ni locaux, ni généraux, point d'eschares, plaie superbe dès le troisième jour ; et si l'on joint a cela la facilité extrême de l'opération, l'absolue sécurité du chirurgien qui opère comme sur le cadavre, l'absence de toute hémorrhagie même légère, on n'aura pas de peine à préférer le thermo-cautère au bistouri dans l'uréthrotomie externe.

De l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle. — M. TERRILLON. J'ai eu l'occasion d'expérimenter le bromure d'éthyle comme anesthésique local, et dès maintenant, je n'hésite pas à le déclarer bien supérieur à l'éther. Il a sur lui de nombreux avantages, tirés soit de sa composition, soit de son mode d'action. Le bromure d'éthyle est excessivement volatile, plus volatile que l'éther, et bout à 37 ou 38°. Il est neutre, chimiquement pur, et d'une fabrication on ne peut plus simple ; beaucoup plus vite, et beaucoup plus bas que l'éther, il abaisse une colonne thermométrique ; de plus, étant donnée une plaie à vif, il ne détermine aucune irritation de la plaie, aucune sensation de brûlure ; il est même préférable au chlorure de métylène employé en Allemagne, car ce dernier est moins volatil, et plus irritant.

Le bromure d'éthyle se pulvérise, et s'emploie de la même façon que l'éther ; je m'en suis surtout servi pour l'ablation de végétations vulvaires : opération très-longue et très-minutieuse, et les résultats ont été des plus encourageants. — Le bromure d'éthyle n'est pas seulement un anesthésique local ; mais encore un anesthésique général des plus précieux, ainsi que cela résulte de mes expériences, sur les animaux. Loin de déterminer comme le chloroforme une période d'excitation, il amène insensiblement l'animal au sommeil. — Le chloroforme non surveillé, chez le cochin d'Inde par exemple, engendre promptement la mort : le bromure d'éthyle, lui, n'a aucun besoin de surveillance, et ce n'est certes pas là un de ses moindres avantages (1).

Restauration de la face. — M. BERGER présente une malade sur laquelle il a obtenu un résultat des plus remarquables. A la suite d'un lupus qui avait transformé la face en une masse cicatricielle informe, cette malade avait un double ectropion.

D'un côté, en effet, la paupière inférieure dédoublée n'existe plus, une kératite interstitielle a entraîné la perte irrémédiable de l'œil.

De l'autre, les lésions étaient moins avancées ; il existait encore un rudiment de paupière ; la vue était conservée en partie ; mais l'œil était le siége de poussées aiguës de kératite et de douleurs intolérables. En présence de ces symptômes, M. Berger se décide à lui refaire sa paupière inférieure de ce côté et à pratiquer la suture palpébrale ; mais, étant donné l'état cicatriciel de la face, il n'y avait pas à se contenter d'une incision libératrice. Aussi M. Berger, après avoir circonscrit la paupière inférieure par une incision analogue, a-t-il cherché à combler la solution de continuité résultant de l'écartement des lèvres de la plaie, par un lambeau autoplastique pris sur le bras même de la malade.

Celle-ci ayant été préalablement *chloralisée*, ce lambeau, très-large, a été fixé par 19 points de suture et pendant 21 jours, grâce à un appareil plâtré et malgré de vives souffrances, l'opérée a eu son membre supérieur enroulé autour de la face. Une fois son pédicule coupé, le lambeau n'a pas

(1) Nous avons employé plusieurs fois le bromure d'éthyle pour arrêter des attaques d'hystéro-épilepsie et pour mettre fin aux crises ; il fallait une assez forte dose et l'arrêt n'était que momentané. (B).

été sans faire naître de vives inquiétudes. Rapidement, il s'est refroidi, a pâli, est devenu insensible, mais peu à peu il s'est coloré et est de nouveau revenu à la vie.

Aujourd'hui, malgré la suture des paupières, la malade peut suffisamment se guider par la partie interne de la fente palpébrale, mais sa commissure externe est fortement altérée en dehors par le travail de rétraction. — Ces faits exposés, M. Berger se demande s'il ne serait pas bon d'ajouter, en ce point une pièce supplémentaire qu'on emprunterait par exemple à l'avant-bras, et s'il ne conviendrait pas d'opérer également l'œil du côté opposé.

M. E. Cruveilhier présente un jeune malade auquel il a enlevé, par la voie palatine, un polype naso-pharyngien volumineux, et dont il a refait la voûte par le procédé dit *ostéo-muqueux*. Le succès a été complet : un seul point de suture a manqué à l'union du palais osseux avec le palais membraneux.

M. Lannelongue croit que le procédé ostéo-muqueux ou de Fergusson n'a jamais été employé dans des circonstances semblables. — C'est un procédé excellent auquel, pour sa part, il a eu recours quelquefois, mais qui est incapable de toujours remplacer le procédé de Langenbeck. Il donne surtout des résultats remarquables dans le cas de perforation syphilitique de la voûte palatine. Dans ces cas, en effet, la muqueuse voisine de l'orifice est tellement modifiée, tellement *amincie*, qu'on aurait mauvaise grâce à vouloir la faire glisser dans le but de combler la perforation; il faut de toute nécessité pratiquer la suture osseuse après rapprochement des os, et là est la condition fondamentale du succès. Mais M. Lannelongue insiste sur ce fait, que la section de la voûte palatine qu'on pratique soit de chaque côté de la perforation, soit comme il l'a fait, d'un seul côté, détermine souvent des hémorrhagies vraiment inquiétantes et qui interrompent l'opération.

M. Th. Anger a eu ces hémorrhagies non pendant l'opération mais après l'opération. P. Méricamp.

REVUE CHIRURGICALE.

IV. Clinical lecture on the radical cure of hernia, with a case; by G. Buchanan (*The Glascow medical Journal*, January 1878.)

V. The radical cure of hernia and the use of trusses; *Glascow medico-chirurgical society*; (*Ibid.*, p. 274.)

VI. Etude sur les fractures des cartilages du larynx et leur traitement par la thyrotomie immédiate; par Caterinopoulos. Th. 1879. Delahaye, éditeur.

VII. Contribution à l'étude de l'herpès traumatique; par Roux. Th. 1879. Doin, éditeur.

VIII. Notes of a case of successive aneurism; by H Steele. (*Edimburgh medical journal*, January 1879, p. 605).

IX. Case in which a strangulated hernia reduced « en bloc » was relieved by a median abdominal incision; by Annandale. (*Ibid.*, p. 678).

X. Note sur l'extraction d'un calcul développé dans la cavité buccale vers la base de la langue; par Fabre. (Soc. des Sc. méd. de Gannat, 1878.)

XI. Ovariotomie suivie de succès; quelques remarques sur les indications de l'opération; par Eustache. (Publ. du *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1879.)

XII Traité des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne; par Carl Michel. Trad. Capart, Delahaye, édit., 1879.

IV. Un malade de 57 ans qui était convalescent d'une fracture de cuisse et qui portait une hernie inguinale réductible depuis 16 ans, vit à la suite d'un effort sa tumeur augmenter considérablement, la réduction fut assez pénible, M. Buchanan fit l'opération de la cure radicale par la méthode de Wood, il pensa simplement la plaie avec la charpie huilée, le malade resta couché pendant dix jours, au bout desquels les fils furent enlevés; on trouva le canal rempli par un bouchon solide; l'opération avait été faite le 19 novembre, le 22 décembre l'oblitérature du canal paraît complète, M. Buchanan pense que cette opération est sans danger et devrait être plus souvent pratiquée.

V. M. Watson présente à la Société médico-chirurgicale un cas de guérison par la méthode de Wood; trois mois s'étaient écoulés et on sentait moins l'impulsion du côté opéré que de l'autre. Mais de la discussion qui suivit la présentation il semble résulter que l'on doit appliquer les bandages d'une manière préventive, dès qu'on sent une légère saillie dans l'aine pendant la toux ou une douleur pendant la marche.

VI. Les fractures des cartilages du larynx n'ont été étudiées avec quelque soin que dans ces dernières années par Cavasse, Gurlt, Henocques, Mussa, etc. On avait pensé qu'elles se produisaient plus fréquemment chez les vieillards après l'ossification des cartilages, mais l'observation montra qu'elles existent aussi souvent au-dessous de 30 ans qu'au-dessus et qu'on peut les rencontrer chez des enfants et même chez des nouveau-nés; elles sont aussi fréquentes dans les deux sexes. La cause ordinaire est une pression latérale, mais on peut les voir aussi à la suite de pression exercée sur la face antérieure. C'est le thyroïde qui est le plus souvent fracturé seul, le cricoïde peut aussi être fracturé isolément, mais dans la moitié des cas il l'est en même temps que le thyroïde: la fracture de l'arythénoïde paraît n'avoir été observée que par Cavasse. Les fractures du cricoïde sont ordinairement verticales, elles siégent aussi souvent sur tous les points du pourtour de l'anneau cartilagineux et peuvent être multiples.

Les fractures du thyroïde peuvent être incomplètes, mais elles sont bien plus souvent complètes; Cavasse a montré qu'elles siégent le plus souvent en dehors de la ligne médiane, au niveau de la soudure de la pièce médiane de Rambaud avec la pièce latérale; elles ne pourraient se rencontrer sur la ligne médiane qu'après l'ossification; mais il y a des exceptions à cette règle. Les fractures multiples et par armes à feu sont irrégulières et à fragments mobiles. Le périchondre est souvent déchiré sur la face qui a subi le redressement par le traumatisme.

La muqueuse, les muscles du larynx peuvent se trouver déchirés par les fragments; il n'est pas très rare qu'on observe d'autres lésions telles que la déchirure de la trachée, la fracture de l'os thyroïde. La consolidation se fait par un procédé différent, suivant que le cartilage est ou non ossifié; si elle se fait dans une mauvaise situation il peut en résulter un rétrécissement laryngien. Les signes physiques sont des traces de contusion, des excoriations, la déformation de la région, la mobilité anormale sentie directement par les doigts, la crépitation osseuse ou le frottement des pièces cartilagineuses et, enfin, l'emphysème qui se rencontre quelquefois et indique une lésion de la muqueuse. Les signes fonctionnels sont la douleur spontanée et provoquée par les mouvements de déglutition ou de phonation; la dyspnée qui peut manquer, mais qui le plus souvent apparaît immédiatement avec une intensité variable avec le déplacement, mais peut augmenter encore les jours suivants en raison des altérations de la muqueuse et des tissus mous, inflammation, œdème; quelquefois il survient tout à coup un accès d'asphyxie provoqué par le déplacement brusque d'un fragment; la phonation, la déglutition sont également troublées; enfin, il peut y avoir des crachements de sang et de pus en rapport avec les lésions de la muqueuse. La gravité de ces lésions est on ne peut mieux établie, les quatre cinquièmes environ des blessés succombent. Le grand danger est l'asphyxie qui peut survenir brusquement dans les cas en apparence les plus bénins, d'où l'indication soutenue par Gurlt, Mussa, Laugier, Kock, de pratiquer la trachéotomie dans le plus bref délai, Bæckel est moins affirmatif; mais cependant on ne doit admettre qu'une exception à la règle, la simplicité absolue de la fracture sans déplacement et sans lésions internes et encore il faut surveiller de près son malade.

VII. Une éruption herpétique peut survenir à la suite d'un

traumatisme même léger et constituer un épiphénomène, dont l'intensité est quelquefois hors de proportions avec la cause. Cette éruption n'est pas toujours facilement explicable. Quelquefois l'apparition de l'herpès est précédée d'un état fébrile qui cesse au moment même de l'éruption ; d'autrefois, un herpès apparaît et se propage sans aucune modification de l'état général suivant une même paire nerveuse ; mais, presque toujours, les sujets sont prédisposés à l'éruption par une diathèse qui est mise en jeu par le fait du traumatisme même et sans liaison chronologique fixe avec ce dernier.

L'herpès traumatique est le plus souvent indolent, ce qui exclurait l'idée de névrite pour en expliquer la pathogénie, et ce qui le différencie du zona ; son pronostic est absolument bénin et le traitement ne comporte aucune indication spéciale.

VIII Un cordonnier de 63 ans avait déjà été soigné il y a dix ans par M. Steele, pour un anévrysme de la cuisse gauche au-dessus du canal de Hunter ; ce malade avait été guéri par la ligature dans le triangle de Scarpa. Il y a quinze mois, le malade s'était représenté avec un autre anévrysme dans le point correspondant de la cuisse droite, et il avait encore été guéri par la ligature. Mais il est revenu de nouveau avec une tumeur pulsatile dans l'aine gauche : on fit la ligature de l'iliaque externe ; mais, malgré le pansement antiseptique, la plaie ne se ferma que partiellement, et au bout de 30 jours on vit apparaître des hémorrhagies peu abondantes d'abord, mais qui devinrent bientôt assez menaçantes pour indiquer la ligature de l'iliaque primitive qui fut en effet tentée, mais on dut interrompre l'opération et le malade mourut une heure après. A l'autopsie, on trouva un autre anévrysme au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive. L'auteur pense qu'en présence d'un fait semblable indiquant une sorte de diathèse anévrysmale, on devrait agir dès la première menace d'hémorrhagie.

IX. Un homme de 65 ans portait, depuis dix ans, une hernie inguinale droite réductible, il fut pris d'accidents d'étranglement et on eut quelque difficulté à réduire, mais les symptômes ne furent pas amendés et comme on ne trouvait aucune trace de tumeur ni dans l'aine droite, ni ailleurs, on pensa que l'étranglement n'était pas levé. M. Annandale pratiqua une incision de trois pouces de long sur la ligne médiane de l'abdomen, à égale distance du pubis et de l'ombilic ; l'intestin distendu par les gaz se présenta à la plaie, il introduisit le doigt du côté où existait la hernie et reconnut qu'elle avait été réduite en masse, en opérant des tractions modérées sur l'intestin, tandis qu'un autre doigt dégageait le collet, il put faire la réduction ; la plaie recousue, on fit le pansement antiseptique ; mais le malade se leva et succomba dix heures après l'opération, sans que rien n'ait passé par l'intestin. L'auteur pense que l'incision médiane qu'il a déjà proposée en 1873, n'offre pas plus de dangers que l'incision de la hernie, et qu'elle permet d'agir plus facilement au niveau sur l'intestin, et en outre elle est plus avantageuse en cas de doute sur la nature de l'étranglement interne.

X. Une tumeur du volume d'une grosse noix constituée par du phosphate de chaux et un vingtième de matière organique s'était développée à la base de la langue ? au niveau de la dent de sagesse et avait fini par déterminer une inflammation de l'arrière-bouche avec constriction des mâchoires. Il semble qu'on a eu affaire à une accumulation de tartre dentaire au niveau de la dent de sagesse nouvellement sortie, car il s'agissait d'un homme de 25 ans.

XI. Une fille de 43 ans portait un kyste de l'ovaire droit, dont le début paraît remonter à dix ans. Après plusieurs ponctions, on reconnaît que la cavité contient du pus ; mais la gravité des symptômes et l'état général de la malade ont paru indiquer l'opération qui fut pratiquée. On trouva des adhérences généralisées à la paroi, à l'intestin, à la vessie qui fut même ouverte dans une petite étendue ; on fit la suture au catgut phéniqué et le pansement antiseptique ; au bout de 20 jours la guérison était assurée et la malade se levait. M. Eustache pense que l'opération est indiquée dès que les accidents locaux ou généraux sont une cause immédiate de danger pour la vie. Les adhérences ne sont pas des contre-indications, elles seraient même peut-être plus tôt favorables, « le péritoine pathologique ne jouissant pas de la même sensibilité et de la même susceptibilité que le péritoine normal », elles ajoutent seulement à la difficulté de l'opération, la suppuration du kyste n'est pas non plus une contre-indication, il faut se guider sur l'état général. La présence de l'albumine dans l'urine et même de tubes granulo-graisseux peut permettre la guérison, pourvu qu'on se soit assuré après ponction préalable que cet état pathologique des reins est sous la dépendance de la compression.

XII. Après avoir traité brièvement de l'examen antérieur des fosses nasales et de l'examen de l'orifice postérieur des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, l'auteur étudie le catarrhe aigu et le catarrhe chronique des fosses nasales ; lorsque le catarrhe chronique est peu intense, qu'il n'y a qu'une simple hyperémie avec gonflement modéré, il conseille le traitement par les douches nasales, la guérison peut être obtenue en faisant passer par le nez, matin et soir, un litre d'eau dans lequel on a dissous une ou deux cuillerées à bouche de chlorate de potasse ; s'il y a hypertrophie de la muqueuse prédominant sur le méat inférieur, on agira utilement par des cautérisations au nitrate d'argent ou par le galvanocautère introduit froid jusqu'à la partie postérieure du méat et dans lequel on fait passer brusquement le courant ; lorsqu'il existe une hypertrophie considérable avec végétation polypiforme, il faut recourir à l'ablation des parties exubérantes par l'anse galvanique, on répète l'opération si cela est nécessaire, dès que le gonflement a cessé. L'ozène, contrairement à l'opinion de Voltolini, qui pense que cette affection se rencontre exclusivement chez la femme, est aussi fréquent chez l'homme. Il coïncide généralement avec une dilatation considérable des cavités nasales ; quand les croûtes ont été enlevées, on ne trouve aucune lésion ulcéreuse de la muqueuse des narines ; les mucosités se répandent sur l'extrémité postérieure des cornets sur la voûte du pharynx et réapparaissent même quand les fosses nasales sont guéries ; aussi le siége de l'ozène paraît être principalement les sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux où les liquides se putréfient et prennent leur odeur nauséabonde caractéristique. La lésion paraît être bornée à la muqueuse, car on ne trouve jamais de fragments osseux dans les produits de sécrétion. Le meilleur traitement consiste en irrigations faites matin et soir avec un litre ou deux d'eau contenant en solution du chlorate de potasse, le malade ayant soin de pencher la tête de temps en temps pour irriguer ses sinus, mais c'est un traitement purement palliatif qui doit être continué et passer à l'état de soin de propreté ; la lésion persiste, mais les symptômes disparaissent presque complétement.

Après quelques observations sur la syphilis nasale, M. Michel passe à l'étude des tumeurs des fosses nasales. Il condamne absolument l'arrachement des polypes avec la pince comme un procédé brutal, aveugle et souvent inefficace au point de vue de la récidive. Il préfère le galvanocautère et l'anse galvanique (Voltolini) qu'il place avec le spéculum, ce moyen qui arrive sûrement au but est moins douloureux et donne moins d'hémorrhagies. — L'amas glandulaire analogue au tissu des amygdales qui occupe la plus grande partie de la voûte et de la paroi postérieure du pharynx et que Luschka a décrit sous le nom de tonsille pharyngienne est susceptible de s'hypertrophier : les principaux symptômes de cette affection sont la gêne de la respiration par les fosses nasales, l'altération de la voix, qui est sourde « morte » (Meyer), la surdité, la sécrétion du pharynx qui provoque quelquefois des nausées le matin ; très souvent, on trouve comme complication soit une pharyngite chronique avec hypertrophie des amygdales, soit un coryza chronique. Au pharyngoscope, on constate la présence de petites tumeurs lisses ou lobulées comblant plus ou moins les fosses de Rosenmüller et masquant souvent l'orifice des trompes ; l'exploration digitale peut aussi fournir d'utiles renseignements (Meyer). A l'exem-

ple de Voltolini, Michel enlève ces tumeurs au moyen de la galvanocaustique. Ch. Féré.

VARIA

Décret relatif à l'élection des membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique et aux élections pour les Conseils académiques. — Arrêté fixant la date des élections pour le Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Décret. — Le Président de la République française ; sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu la loi du 27 février 1880, le conseil d'Etat entendu, décrète :

Art. 1er. — Lorsqu'il y a lieu de procéder à l'élection des membres du conseil supérieur de l'instruction publique, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts fixe, par un arrêté, l'époque des élections. Un délai minimum de quinze jours est obligatoire entre la publication de l'arrêté au *Journal officiel* et les élections.

Art. 2. — L'élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. — Si un second tour de scrutin est nécessaire, il y est procédé quinze jours après ; dans ce cas, la majorité relative suffit.

Art. 3. — Les bulletins sont valables, bien qu'ils portent plus ou moins de noms qu'il n'y a de conseillers à élire. Les derniers noms inscrits au-delà de ce nombre ne sont pas comptés. Les bulletins blancs ou illisibles, ceux qui ne contiennent pas une désignation suffisante, ou dans lesquels les votants se font connaître, n'entrent pas en compte dans le résultat du dépouillement, mais ils sont annexés au procès-verbal.

Art. 4. — En cas d'égalité de suffrages, la préférence se détermine par l'ancienneté des services, et par l'âge, si l'ancienneté est la même. En cas de refus d'un candidat élu à la majorité absolue, il est procédé à une nouvelle élection. En cas de refus d'un candidat élu à la majorité relative, il est procédé à un nouveau tour de scrutin. Le délégué élu par plusieurs corps est tenu de faire connaître son option au ministre, dans les trois jours qui suivent l'insertion au *Journal officiel* du procès-verbal des opérations électorales. A défaut d'option dans ce délai, le ministre, assisté de la commission instituée par l'art. 13, détermine par la voie du sort le corps dont l'élu devra être le représentant. Il sera procédé quinze jours après à une nouvelle élection. En cas de vacance, par décès ou démission, dans le Conseil supérieur et dans les conseils académiques, il est pourvu à la vacance dans le délai de trois mois. L'acceptation par un membre élu d'une fonction qui ne lui conserve pas l'éligibilité dans la catégorie spéciale où il est placé, donne lieu également à vacance. Il est alors pourvu au remplacement de ce membre dans le même délai de trois mois.

Art. 5. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts communique l'arrêté fixant la date des élections, au ministre de la guerre et au ministre de l'agriculture et du commerce, qui prennent les mesures nécessaires pour que l'Ecole polytechnique, le Conservatoire des arts et métiers, l'Ecole centrale des arts et manufactures, l'Institut agronomique, nomment leurs délégués à la date fixée. Le dépouillement des votes est fait par le bureau. Les procès-verbaux de ces élections sont transmis, le jour même, au ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Art. 6. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts informe du jour fixé pour les élections : le président de l'Institut, l'administrateur du Collège de France, le directeur du Muséum, le directeur de l'Ecole normale supérieure, le directeur de l'Ecole normale d'enseignement spécial, le président du Conseil de perfectionnement et le directeur de l'Ecole nationale des chartes, le directeur de l'Ecole des langues orientales vivantes, le directeur de l'Ecole des beaux-arts, qui font procéder à l'élection au jour fixé. Immédiatement après la clôture du scrutin, le dépouillement des votes est fait par le bureau. Procès-verbal des élections est transmis le jour même au ministre.

Art. 7. — Au jour fixé par l'arrêté ministériel, les professeurs de chaque Faculté et des Ecoles supérieures de pharmacie se réunissent sous la présidence du doyen ou du directeur. Le scrutin est ouvert durant deux heures. Il a été dressé au préalable, en double, une liste des électeurs de chaque faculté ou école, liste certifiée par le recteur et le doyen ou le directeur. Chaque électeur, en signant cette liste en face de son nom, remet au doyen un pli cacheté ne portant aucun signe extérieur et renfermant son bulletin de vote. Tous les plis cachetés ainsi recueillis sont mis, séance tenante, sous une enveloppe générale avec un exemplaire de la liste émargée et le procès-verbal de la séance. Le tout est scellé, parafé par le doyen et le plus ancien des professeurs et expédié le même jour au ministre.

Art. 8. — Les mesures édictées par l'article 7 sont applicables aux agrégés des lycées et aux professeurs des collèges communaux. Les votes sont recueillis par le chef de l'établissement, assisté du plus âgé et du plus jeune des électeurs présents.

Art. 9. — Les agrégés qui ont obtenu ce titre, soit dans les lettres, soit dans les sciences, pendant la période où les agrégations spéciales ont été supprimées, votent avec les agrégés de la classe où ils enseignent actuellement s'ils sont professeurs ; de la dernière classe où ils ont enseigné, s'ils appartiennent actuellement à l'administration des lycées.

Art. 10. — Les agrégés de l'enseignement classique et de l'enseignement spécial attachés aux collèges communaux votent avec les professeurs licenciés de ces collèges.

Art. 11. — Les inspecteurs généraux de l'enseignement primaire, le directeur de l'enseignement primaire de la Seine, les inspecteurs d'académie des départements, les inspecteurs primaires, les directeurs et directrices d'écoles normales, la directrice de l'école Pape-Carpentier, les inspectrices générales et les déléguées spéciales chargées de l'inspection des salles d'asile votent dans l'académie de leur résidence. Le recteur dresse en double la liste de tous les électeurs de l'académie qui doivent participer à l'élection des six membres de l'enseignement primaire. Il doit recevoir, dans la journée fixée pour le vote, les plis cachetés contenant le bulletin de vote et ne portant aucun signe extérieur. Une lettre d'envoi signée de l'électeur est jointe au pli; le recteur, assisté d'un inspecteur d'académie, et d'un inspecteur primaire, émarge sur la liste des électeurs les noms de ceux dont il a reçu le vote. Il réunit dans une enveloppe commune tous les plis cachetés et un exemplaire de la liste émargée : il envoie le tout au ministre.

Art. 12. — Une commission présidée par le vice-recteur et composée des inspecteurs de l'académie de Paris procède, dans un local accessible aux électeurs, aux dépouillement des votes transmis au ministre conformément aux articles 7, 8, 9, 10 et 11, ainsi qu'au recensement des votes recueillis conformément aux articles 5 et 6. — Procès-verbal de l'examen des opérations électorales et du dépouillement est publié au *Journal officiel*. Dans les cinq jours de cette publication, les opérations électorales pourront être attaquées par tout électeur du même groupe devant le ministre qui statuera dans le délai d'un mois. La décision du ministre pourra être déférée au Conseil d'Etat dans le délai de quinze jours, à partir de la notification. Faute par le ministre d'avoir prononcé, dans le délai d'un mois, la réclamation pourra être portée directement devant le Conseil d'Etat, statuant au contentieux.

Art. 13. — Les mesures édictées dans les articles précédents sont applicables aux élections pour les Conseils académiques ; le recteur centralise les votes et en fait le dépouillement avec l'assistance d'une commission de deux inspecteurs d'académie au moins, dans un local accessible aux électeurs. — Les trois derniers paragraphes de l'article 12, relatifs aux recours, sont applicables aux opérations électorales des Conseils académiques.

Art. 14. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Arrêté. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Vu la loi du 27 février 1880 ; Vu le décret du 16 mars 1880 ; Arrête :

Art. 1er. — Les élections pour le conseil supérieur de l'instruction publique sont fixées au jeudi 15 avril pour la France, au dimanche 11 avril pour l'Algérie.

Art. 2. — L'examen des opérations électorales et le dépouillement des votes auront lieu au ministère de l'instruction publique, le lundi 19 avril.

Art. 3. — Si un second tour de scrutin est nécessaire, il y sera procédé le jeudi 29 avril.

Faculté de médecine de Paris. (*Année scolaire* 1879-1880.)

La Faculté a ouvert ses cours d'été le mardi 16 mars 1880. — Ils ont lieu dans l'ordre suivant :

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon. 1re Partie. Notions de biologie cellulaire végétale, utiles à l'étude de la médecine. 2e Partie. Etude des principaux végétaux utiles et nuisibles au point de vue médical. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures. La 2e partie du cours se fera au Muséum d'histoire naturelle.

Physiologie. — M. Béclard. La respiration, le sang, la circulation. Lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Anatomie pathologique. — M. Charcot. L'inflammation chronique, en général, et dans les principaux organes. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h.

Pathologie chirurgicale. — M. Guyon, Des fractures et des maladies des os. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Médecine légale. — M. Brouardel. Des asphyxies (pendaison, strangulation, suffocation, submersion, respiration de gaz méphytiques et de vapeurs de charbon). De l'infanticide, de l'avortement, du mariage, de la grossesse et de l'accouchement. Lundi, vendredi, à 4 heures, mercredi à la Morgue.

Pharmacologie. — M. Regnaud. Des méthodes propres à l'administration des substances médicamenteuses et application à l'art de formuler. Etude pharmacologique des principes immédiats et des combinaisons métalliques. Mardi, jeudi, samedi, à midi (petit amphithéâtre).

Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. Pajot, suppléé par M. Pinard, agrégé. De la grossesse physiologique et pathologique et de l'accouchement physiologique. Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian. Etudes de pathologie expérimentale sur les organes de la circulation et de la respiration. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Pathologie médicale. — M. Peter. Maladie du foie et des voies biliaires. Maladie des reins et des voies urinaires. Goutte et rhumatisme. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Hygiène. — M. Bouchardat. Atmosphère. Substances nuisibles de composition définie. Ferments. Effluves des marais. Maladies contagieuses. Virus. Miasmes. Parasites. Hygiène générale. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Thérapeutique et matière médicale. — M. Hayem. Thérapeutique expérimentale. Classification. Modificateurs de la nutrition. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Cliniques médicales. — M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu ; M. Lasègue, à la Pitié ; M. Hardy, à la Charité ; M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours, de 8 h. à 10 h. du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de 8 h. à 10 h. du matin.

Clinique des maladies des enfants. — M. Parrot, à l'hospice des Enfants assistés, tous les jours, de 8 h. à 10 h. du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours, de 8 h. à 10 h. du matin.

Cliniques chirurgicales. — MM. Gosselin, à la Charité ; M. Richet, à l'Hôtel-Dieu ; M. Broca, à l'hôpital Necker ; M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de 8 h. à 10 h. du matin.

Clinique ophthalmologique. — M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 h. à 10 h. du matin.

Clinique d'accouchements. — M. Depaul, à l'hôpital des cliniques de la Faculté.

Conférences de médecine légale pratique. — M. Brouardel, à la Morgue Tous les mercredis, à 4 heures.

COURS AUXILIAIRES.

Cours auxiliaire de physique médicale. — M. Gariel, agrégé. Principales applications de l'électricité. Acoustique. Optique. Notions sommaires de météorologie et de climatologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (petit ampithéâtre).

Cours auxiliaire de chimie médicale. — M. Henninger, agrégé. Chimie organique médicale. Cyanogènes et dérivés. Les corps de la série grasse et de la série aromatique. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale. — M. de Lanessan, agrégé. Zoologie médicale. Mardi, à 11 heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie interne. — M. Duguet, agrégé, Fièvres et maladies fébriles. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie externe. — M. B. Anger, agrégé. Diagnostic des maladies chirurgicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique. — M. Lancereaux, agrégé. Les altérations des appareils de la circulation et de la locomotion. Jeudi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de physiologie. — M. Mathias Duval, agrégé. De la génération et du développement. Mardi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'accouchements. — M. Chantreuil, agrégé. Opérations et manœuvres obstétricales. Mercredi, à 4 heures (salle Laënnec).

TRAVAUX PRATIQUES

Exercices de médecine opératoire. — M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. Une affiche particulière fera connaître les jours et heures auxquels les exercices auront lieu.

Exercices pratiques d'histoire naturelle médicale. — M. Faguet, chef des travaux d'histoire naturelle.

Manipulations chimiques. — M. Wilm, chef des travaux chimiques.

Exercices pratiques de physique médicale. — M. Gay, agrégé, chef des travaux pratiques de physique.

Exercices pratiques d'histologie. — M. Cadiat, agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie.

Exercices et démonstrations de physiologie. — M. Laborde, chef des travaux pratiques de physiologie.

Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — M. Gombault, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

OUVERTURE DES COURS.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le professeur Baillon a commencé son cours d'histoire naturelle médicale, le vendredi 19 mars 1880, à 11 heures (grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pharmacologie. — M. le professeur Regnauld commencera son cours de pharmacologie le samedi 20 mars 1880, à midi (petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'hygiène. — M. le professeur Bouchardat commencera son cours d'hygiène le samedi 20 mars 1880, à 4 heures (grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Guyon a commencé son cours de pathologie chirurgicale le mercredi 17 mars 1880, à 3 heures (grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie médicale. — M. le professeur Peter commencera son cours de pathologie médicale le samedi 20 mars 1880, à 3 heures (grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'accouchements. — M. Pinard, agrégé, suppléant M. le professeur Pajot, a commencé son cours d'accouchements le jeudi 18 mars 1880, à midi (grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale. — M. le professeur Brouardel commencera son cours de médecine légale le lundi 22 mars 1880, à 4 heures (grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de clinique médicale. Hôpital Necker. — M. le professeur Potain continuera le cours de clinique pendant le second semestre, les lundis et vendredis, à 10 heures. Visite tous les jours à 8 heures et demie.

Clinique ophthalmologique. Hôtel-Dieu. — M. le professeur Panas commencera ses leçons cliniques le vendredi 2 avril 1880, à 8 heures et demie, et les continuera le lundi et le vendredi de chaque semaine. Tous les mercredis, exercices ophthalmoscopiques et de médecine opératoire sur les yeux. Les mardis et samedis, visites des malades dans les salles, à 8 heures et demie. MM. les élèves qui désirent suivre les exercices opératoires sont invités à se faire inscrire auprès du professeur.

Clinique médicale. Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Ch. Lasègue a repris ses leçons de clinique médicale, le jeudi 18 mars 1880, et les continuera les samedi et jeudi de chaque semaine. Le lundi, consultation externe. Le mercredi, conférence et exercices pratiques d'anatomie pathologique, d'ophthalmoscopie et de laryngoscopie. Le vendredi, conférence et exercices pratiques de chimie pathologique. La visite à 8 heures et demie.

Clinique d'accouchements. Hôpital des cliniques. — M. le professeur Depaul continuera son cours de clinique d'accouchements, le mardi 6 avril 1880, à 8 heures, et les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique des maladies des enfants. Hospice des enfants assistés. — M. le professeur Parrot continuera son cours de clinique des maladies des enfants, les mardis et samedis, à 9 heures et demie. — Pendant les mois de mai et de juin, les leçons du samedi seront faites le dimanche, à 9 heures et demie. Visite des malades tous les jours, à 9 heures.

Anatomie pathologique. Cours auxiliaire. — M. Lancereaux, agrégé, a commencé le cours auxiliaire d'anatomie pathologique le jeudi 18 mars 1880, à 4 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Accouchements. Cours auxiliaire. — M. Chantreuil, agrégé, a commencé le cours auxiliaire d'accouchements le mercredi 17 mars 1880, à 4 heures (salle Laënnec), et le continuera les mercredis suivants à la même heure. Il traitera : *Des opérations et manœuvres obstétricales et des maladies puerpérales.*

Physique médicale. Cours auxiliaire. — M. Gariel, agrégé chargé d'un cours auxiliaire de physique médicale, a commencé ce cours le mercredi 17 mars, à 3 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Il traitera les sujets suivants : *Applications de l'électricité. — Acoustique. — Etude des phénomènes lumineux. — Notions de météorologie et de climatologie.*

Histoire naturelle médicale. Cours auxiliaire. — M. de Lanessan, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale du semestre d'été, le mardi 23 mars 1880, à 11 heures (grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 22. — 3e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Baillon, G. Bouchardat, Gay ; — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchand ; — 2e *série* (Charité) : MM. Fournier, Nicaise, Chantreuil.

Mardi 23. — 1er *de Doctorat* : (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Lannelongue, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Ball, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Lasègue, Pinard, Berger ; — 2e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Fernet, Charpentier. — 1er *Officier de santé* : MM. Robin, Delens, Duval.

Mercredi 24. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Nicaise, Cadiat : — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Gariel, Henninger. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Dieulafoy. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchand.

Jeudi 25. — 1er *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Sappey, B. Anger, Duval. — 2e *série* : MM. Panas, Lannelongue, Berger. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Delens, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Lasègue, Lancereaux, Legroux.

Vendredi 26. — Pas d'actes.

Samedi : 27. — 2e *de Doctorat* : 1re *série* : Laboulbène, B. Anger, Grancher ; — 2e *série* : MM. Jaccoud, Lancereaux, Humbert ; — 3e *série* : MM. Lasègue, Rigal, Berger. — 5e *de doctorat* : 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Delens, Charpentier ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Ball, Pinard, Richelot.

Thèses. — *Lundi* 22 : 104. M. Lapeyre : Des accidents nerveux que l'on observe dans l'étranglement herniaire. — 105. M. Simon : Contribution à l'étude de l'inflammation aiguë de la glande thyroïde. — 106. M. Du-

val : Contribution à la pathologie de l'ascaride lombricoïde. — 107. M. Comte : De l'hémostase temporaire dans les blessures de guerre ; de l'artérioraphie. — 108. M. Frilet : Contribution à l'étude des manifestations herpétiques dans leurs rapports avec l'herpétisme. — 109. M. Anne : Effets physiologiques des inhalations d'oxygène. — *Mardi* 23 : 110. M. Rodet : De l'hématocèle utérine étudiée au point de vue de la genèse. — 111. M. Cordon : Etude sur le diagnostic des fièvres typhoïdes anormales et des fièvres continues simples. — *Mercredi* 24 : 112. M. Delaye : De l'origine des éléments figurés du saug chez les vertébrés, historique de la question jusqu'en 1880. — 116. M. Cadeilhan : De l'ostéomyélite aiguë des corps vertébraux comme cause du mal de Pott. — 117. M. Lallemand (Louis) : Des plaies par arrachement du pouce. — 118. M. Vailhe : Contribution à l'étude des anthrax de la face au point de vue de leurs complications. — 119. M. Guyot. — 120. M. Isabel : Des scrofulides laryngées. — 121. M. Perreau : Etude sur les antiseptiques, leurs avantages dans le traitement des plaies. — 122. M. Lopez Baralt : Contribution à l'étude du scotôme scintillant ou amaurose partielle temporaire. — *Jeudi* 25 : 123. M. Eon : Etude sur les paralysies dans l'épilepsie. — 124. M. Bequin : Etude sur les abcès péri-utérins et leur ouverture spontanée. — 125. M. Mourlion : Essai sur la pathogénie de la fièvre traumatique et de l'infection purulente. — 126. M. Buffard : Sur deux cas de grenouillette aiguë observés à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Richet. — *Samedi* 27 : 127. M. Augieras : La trachéotomie dans le cancer du larynx. — 128. M. Deporter : Considérations sur les gelures. — 129. M. Dron : De l'iritis. — 130. M. Leclerc : Des opacités congénitales de la cornée.

Concours d'agrégation.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE. Les argumentations des thèses d'agrégation ont commencé le 16 mars, dans l'ordre suivant : *Mardi* 16, Quinquaud, argumenté par Landouzy et Perret ; — Vinay, arg. par Joffroy et Mossé. — *Mercredi* 17, Troisier, arg. par Bouveret et Hutinel ; — Moriez, arg. par Rondot et Regimbeau. — *Jeudi* 18, Hanot, arg. par Arnozan et Moriez ; — Robin, arg. par Raymond et Chauvet. — *Vendredi* 19, Arnozan, arg. par Troisier et Joffroy ; — Hutinel, arg. par Perret et Vinay.

Elles se continueront ainsi qu'il suit : *Samedi* 20, Rondot : *Des gangrènes spontanées*, arg. par Robin et Bouveret ; — Regimbeau : *Des pneumonies chroniques*, arg. par Quinquaud et Hanot. — *Lundi* 22, Raymond : *De la puerpéralité*, arg. par Hutinel et Arnozan ; — Mossé : *Accidents de la lithiase biliaire*, arg. par Chauvet et Rondot. — *Mardi* 23, Perret : *De la septicémie*, arg. par Regimbau et Raymond ; — Landouzy : *Des paralysies dans les maladies aiguës*, arg. par Moriez et Troisier. — *Mercredi* 24, Joffroy : *Des différentes formes de la broncho-pneumonie*, arg. par Hanot et Robin ; — Chauvet : *De l'influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central*, arg. par Vinay et Landouzy. — *Jeudi* 25, Bouveret : *Des sueurs morbides*, arg. par Mossé et Quinquaud.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. Ce concours a commencé le mardi 19. 33 candidats ont répondu à l'appel de leurs noms, savoir 18 pour la chirurgie et 15 pour les accouchements. Ce sont : *Chirurgie* : MM. Bouilly, Campenon, Duret, Henriet, Kirmisson, Peyrot, Reclus et Schwartz (pour Paris) ; — Auguier, Guibal, Tédenat (Montpellier) ; — Boursier, Piéchaud (Bordeaux) ; — Baraban, Weiss (Nancy) ; — Rougé, Tédenat (Lyon) ; — Auguier, Guibal, Levrat, Picqué. (Facultés de province).

Accouchements : MM. Budin, Bureau, Champetier de Ribes, Loviot, Martel, Porak, Ribemont (Paris) ; — Duchamp, Poullet (Lyon) ; — Dumas (Montpellier) ; — Goulard (Lille) ; — Hirigoyen, Lefour, Vermeil (Bordeaux) ; — Stapfer (Facultés de province).

Le nombre des places d'agrégés vacantes pour chaque Faculté se répartit ainsi : *Chirurgie* : Paris, 3 ; Bordeaux, 1 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1. — *Accouchements* : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1.

Jury. — Le jury de ce concours est composé de M. Richet, président ; assisté de MM. Azam, Courty, Depaul, Guyon, Le Fort, Rochard, Trélat, Verneuil, Tarnier et Terrier. M. Pinet, secrétaire de la Faculté remplit les fonctions de secrétaire-adjoint.

Epreuves. — Le sujet de la composition écrite, qui constitue la première épreuve a été : 1° *Appareil vasculaire utéro-ovarien* ; 2° *de la fécondation*.

Les lectures auront lieu dans l'ordre suivant : MM. Weiss, Hirigoyen, Piéchaud, Stapfer, Kirmisson, Vermeil, Schwartz, Loviot, Peyrot, Henriet, Baraban, Duchamp, Champetier de Ribes, Auguier, Reclus, Bureau, Budin, Tédenat, Ribemont, Porack, Poullet, Dumas, Boursier, Duret, Guibal, Goulard, Lefour, Martel, Bouilly, Campenon, Levrat, Roger, Picqué.

Laïcité de l'Assistance publique. — Suppression d'emplois d'aumôniers dans divers établissements hospitaliers. (*Arrêté préfectoral du 5 février 1880.*)

Le Sénateur, Préfet de la Seine, vu l'ordonnance royale du 31 octobre 1821, qui dispose, article 17 : « Le service intérieur de chaque hospice sera régi par un règlement particulier préparé par la commission administrative (aujourd'hui direction générale de l'Assistance publique), et approuvé par le préfet. Ces règlements détermineront, indépendamment des dispositions d'administration et de police concernant le service intérieur, le nombre des aumôniers, médecins, chirurgiens, pharmaciens et gens de service ; »

Vu la loi du 10 janvier 1849 et le règlement d'administration publique du 24 avril suivant ; Vu le règlement du 20 avril 1854 sur le service du culte dans les établissements dépendant de l'administration de l'Assistance publique ; Vu la délibération en date du 29 décembre 1879, par laquelle le Conseil municipal de Paris demande la suppression de dix emplois d'aumôniers dans les établissements hospitaliers ; Vu les propositions du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique ; Sur le rapport du Secrétaire général de la préfecture,

Arrête : Art. 1er. Sont supprimés les emplois de deuxième aumônier dans les établissements ci-après désignés, savoir : Pitié, Charité, Lariboisière, Saint-Louis, Bicêtre, Incurables, Ménages. — Sont également supprimés les emplois de troisième et de quatrième aumônier à la Salpêtrière, ainsi que celui d'aumônier de la Maison de Santé.

Art. 2. Le présent arrêté aura son effet à partir du 1er mars 1880.

Art. 3. Le Secrétaire général de la préfecture et le directeur de l'administration de l'Assistance publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont une ampliation sera transmise au cardinal archevêque de Paris. F. HÉROLD.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et RIBEMONT commenceront le jeudi 1er avril à 4 heures un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Accouchement ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° Exercices cliniques et opératoires. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours d'accouchements. — MM. PORACK et LOVIOT reccommenceront leur cours théorique et pratique d'accouchements, le 28 mars. S'adresser pour les renseignements, 10, rue Hautefeuille, à 5 heures.

FORMULES

17. Du traitement du catarrhe naso-pharyngien. DUNCAN.

Propreté extrême ; pulvérisations et douches nasales avec la solution de Dobel :

Acide phénique.........	6 grammes.
Biborate de soude.......	8 —
Bicarbonate de soude.....	8 —
Glycérine..............	60 —
Eau..................	1,000 —

Contre le catarrhe simple, astringents : sulfate de zinc, 1 pour 30 ; alun ferrique, chlorate de potasse, nitrate d'argent, tannin, chlorure de zinc. Si l'injection est douloureuse, ajouter un narcotique. En cas d'hypertrophie de la muqueuse, cautériser. — L'auteur parle d'une forme atrophique avec absence de sécrétion, dans laquelle l'indication est d'exciter l'élément glandulaire avec, par exemple, une solution iodée faible, soit 5 à 10 gouttes de la solution d'iode composée. En voici la formule approximative :

Iode..............	1 gr.
Iodure de potassium.	2 —
Eau...............	23 —

Pour 30 grammes d'eau, ou avec la teinture de sanguinaria, 4 gr. pour 30 gr. d'eau, ou insufflation d'une poudre composée de sanguinaire, de myrrhe et de lycopode. — Contre l'ozène, insufflation d'iodoforme pulvérisé, qui n'est désagréable que quand il tombe sur les vêtements. (*New-York med. Record* et *Lyon medical*).

18. Préparation de glycérine tonique et suppléant à l'action de l'huile de foie de morue. LARMANDE.

Quelques malades refusent absolument de prendre de l'huile de foie de morue qui leur fait perdre l'appétit. Dans ces cas, on peut recourir à l'emploi de la glycérine à l'intérieur, emploi que l'on néglige trop et qui est appelé à rendre des services de toutes sortes. M. le Dr Larmande se sert de la formule suivante :

Glycérine pure...........	300 grammes.
Teinture d'iode..........	30 gouttes.
Iodure de potassium.......	30 centig.

Une cuillerée à bouche, un quart d'heure avant chaque repas. — L'appétit revient bientôt et la constipation, quand il y en a, cesse absolument. — Pour les personnes délicates, il faut modifier un peu cette formule en y ajoutant du sirop de framboises :

Glycérine pure...........	250 grammes.
Sirop de framboises.......	30 —
Iodure de potassium.......	30 centig.
Iodure de potassium.......	30 gouttes.

Egalement par cuillerées à bouche avant le repas (*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 5 au jeudi 11 mars 1880, les naissances ont été au nombre de 1,203, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 437 ; illégitimes, 152. Total, 589. — *Sexe féminin* : légitimes, 435 ; illégitimes, 179. Total 614.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 5 au jeudi 11 mars les décès ont été au nombre de 1,277, savoir : 667 hommes et 610 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : fièvre typhoïde : M. 38. F. 27. T. 65. — Variole : M. 36. F. 19. T. 55. — Rougeole : M. 11. F. 7. T. 18. — Scarlatine : M. 1. F. ». T. ».—Coqueluche : M. 3. F. 3. T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 21. F. 23. T. 44. — Dysentérie : ». ». — Erysipèle : M. 1. F. 3. T. 4. — Affections puerpérales : F. 12. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 103. F. 75. T. 178. — Autres tuberculoses : M. 32. F. 41. T. 73. — Autres affections générales : M. 66. F. 74. T. 140. — Bronchite aiguë : M. 36. F. 29. T. 65. — Pneumonie : M. 64. F. 47. T. 111. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 39. F. 47. T. 86. — Autres maladies locales : M. 191. F. 195. T. 386. — Après traumatisme : M. 1. F. ». T. ». — Morts violentes : M. 22. F. 4. T. 26. — Causes non classées : M. 2. F. 4. T. 6.

Morts nés et prétendus tels : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 11. Total, 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 11. Total, 41.

Hôpitaux de Paris. *Prix Civiale*. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le Dr Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1880 au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général.

Excursion géologique. — M. Ch. Vélain, maître de conférences à la Faculté des sciences, fera du 24 au 31 mars une excursion géologique dans le Berry, de Blois à Limeray, Montrichard, Vierzon, Bourges et Saint-Amand. Rendez-vous à la gare d'Orléans le mercredi 24 mars à 11 h. 1/2 précises du soir.

Banquet de l'Internat. — Le banquet annuel des Internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 3 avril, à 7 heures, dans les salons de l'hôtel Continental. Le prix de la souscription est fixé à 16 francs. — On est prié de s'inscrire dans les hôpitaux près de l'interne en médecine *économe* de la salle de garde ou chez les commissaires du banquet, MM. Bottentuit, 19, boulevard Malesherbes ; Piogey, 24, rue Saint-Georges ; Tillot (Emile), 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Eaux minérales. *Nomination*. — Par arrêté ministériel en date du 12 mars 1880, le Dr E. Philbert a été nommé médecin inspecteur de eaux de Brides-les-Bains (Savoie).

Médecins députés. — Les élections législatives du 14 mars viennent d'envoyer à la Chambre des Députés M. le dr Labadié, M. Labadié est un républicain convaincu qui représentera dignement l'arrondissement de Narbonne.

Société médico-psychologique. — Cette société se réunira le lundi 22 mars. — Ordre du jour : 1° Suite de la discussion sur la responsabilité des alcoolisés, M. Delasiauve ; — 2° du *no-restraint*, MM. Magnan, Bouchereau, Dagonet ; — 3° recherche de l'albumine dans les urines des épileptiques, M. le dr Mabille ; — 4° communications diverses.

Association générale des Médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le dimanche 4 et le lundi 5 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, à 2 heures, sous la présidence de M. Henri Roger.

L'ordre du jour du dimanche 4 avril est ainsi fixé : Allocution, par M. le Président. — Exposé de la situation financière de l'association, par M. le Dr Brun, trésorier. — Rapport sur cet exposé, par M. le Dr Lunier, membre du Conseil général. — Rapport sur l'ensemble des actes de l'association pendant l'exercice 1879, par M. le Dr Amédée Latour, secrétaire général. — Rapport sur les demandes de pensions viagères d'assistance (première partie), par M. le Dr Bucquoy, membre du Conseil général. — A 7 heures précises du soir, banquet offert à MM. les Présidents et Délégués des sociétés locales, à l'hôtel Continal, rue Castiglione. — On souscrit chez M. le Dr Brun, 23, rue d'Aumale. — Prix de la souscription, 20 fr.

Ordre du jour de la séance du lundi 5 avril : Elections diverses. — Adoption du compte-rendu financier. — Rapport sur les demandes de pensions viagères (deuxième partie). — Rapport sur une question relative aux assurances sur la vie, par M. le Dr Brun. — Exposé des vœux adressés par les sociétés locales. — Propositions diverses, par les Présidents et Délégués des sociétés locales.

Société médicale des bureaux de bienfaisance. Banquet. — Le quatrième banquet de la Société médicale des bureaux de bienfaisance aura lieu le samedi 10 avril, à sept heures du soir, sous la présidence de M. le Dr Commenge, dans les salons du café Riche, boulevard des Italiens, 16. — Le prix de la souscription est de 15 francs. On s'inscrit chez MM. Commenge, 19, boulevard de Sébastopol ; Courserant, 13, rue Cherche-Midi ; Le Coin, 15, rue Guénégaud ; Le Noir, 22, rue du Bouloi ; Passant, 39, rue de Grenelle.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. — Service de M. le Dr Archambault. — Salle Sainte-Catherine : 11, rougeole ; 17, coqueluche ; 19, 23, fièvre typhoïde ; 28, chorée ; 29, néphrite scarlatineuse ; 6, atrophie musculaire progressive. — Salle Saint-Louis : 4, angine diphthéritique ; 5, coqueluche ; 6, pneumonie franche ; 12, endocardite et péricardite rhumatismales ; 15, néphrite scarlatineuse, urémie convulsive ; 17, péritonite tuberculeuse. — Consultation le mardi, visite à 8 h. 1/2.

Service de M. le Dr Labric. — Salle Saint-Jean : 3, mal de Bright ; bronchite chronique, emphysème ; 9, insuffisance mitrale ; 12, diabète ; 16, mal de Bright ; 18, 22, 27, 29, rougeoles ; 28, coqueluche ; 31, scarlatine ; 40, croup ; 46, paralysie pseudo-hypertrophique. — Consultations le vendredi, clinique le samedi.

Service de M. le Dr J. Simon. — Salle Sainte-Marie : mal de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, etc. — Salle Sainte-Elisabeth : 6, angine diphthéritique. — Salle Saint-Vincent : varioles, varioloïdes ; 6, variole et infection purulente. — Consultations le samedi. Examen des malades et clinique le mercredi,

Service de M. le Dr Descroizilles. — Salle Saint-Ferdinand : 4, scrofulides pustulo-crustacées ; 10, paralysie pseudo-hypertrophique ; 17, goître, crétinisme ; 37, paralysie infantile.

Service de M. le Dr Bouchut. — Salles Saint-Joseph et Saint-Michel : teignes ; 1, 2, 25, 26, angines diphthéritiques ; 31, 32, coqueluches ; 52, 56, 59, chorées ; 27, hystérie ; 8, 30, rétrécissement de l'artère pulmonaire, cyanose ; 17, carie du rocher. — Consultations le lundi, clinique le mardi.

Service de M. le Dr de Saint-Germain. — Salle Saint-Côme : 1, kyste poplité ; 3, 9, phimosis opérés ; 8, adénite poplitée ; 16, fractures jambe et cuisse ; 20, 21, fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus ; 24, hémophilie. — Salle Sainte-Pauline : 2, fracture cuisse ; 12, coxalgie ; 14, sarcome de l'aisselle ; 25, périostiste phlegmoneuse. — Salles Sainte-Thérèse

et Saint-Augustin : maladies des yeux. — Consultations tous les jours, clinique et opérations le jeudi.

Hôpital Cochin. — Service de M. Bucquoy. — Salle Sainte-Marie (hommes) : 2, goutte viscérale et articulaire ; 3, asystolie, souffle tricuspidien ; 5, fièvre typhoïde, hémoptysie à la suite ; 9, fièvre typhoïde (forme thoracique). — Salle Saint-Philippe (H.) : 2, pleuro-pneumonie chronique ; 5, phthisie laryngée, albuminurie ; 6, emphysème en voie de guérison ; 9, purpura utircans rhumatismal ; 10, gastrite chronique toxique (appareil Faucher) ; 11, rétrécissement et insuffisance aortique ; 12, abcès périnéphrétique opéré et guéri ; 20, anévrysme de l'aorte ; 22, embolie fémorale droite, gangrène de la jambe. — Salle Saint-Jean (F.) : 1, chorée rhumatismale, endocardite ; 2, péritonite tuberculeuse ; 3, chorée hystérique ; 4, rétrécissement mitral purulent ; 5, cysto-carcinome de l'ovaire, phlegmatia alba dolens ; 9, néphrite parenchymateuse, endocardite et infarctus pulmonaires ; 10, pneumonie et pleurésie diaphragmatique ; 12, rhumatisme chronique d'emblée ; 15, double lésion aortique, asystolie ; 17, double lésion mitrale, tuberculose 3e degré ; 20, mégalosplénie sans leucocytémie ; 22, endopéricardite chronique ; 23, syphilis hépatique et cérébrale ; 24, rétrécissement pulmonaire acquis, tuberculose 3e degré. — Baraques. Salle 1 (H.) : 3, sciatique ; 9, rhumatisme déformant ; 13, granulie ; 17, troubles vasculaires précurseurs

de gangrène sénile ; 19, colique de plomb ; 21, carie du rocher, paralysie faciale ; 22, érythème polymorphe ; 30, pleurésie rhumatismale.

Service de M. QUINQUAUD. — Baraque 2 (H.) : 35, paralysie agitante ; 41, scarlatine ; 43, insuffisance aortique ; 48, sycosis ; 49, fièvre typhoïde ; 51, insuffisance mitrale, asystolie, albuminurie abondante. — Baraque 3 (F.) : 1, contracture de la main gauche, lésion corticale cérébrale ; 2, hystérie libidineuse ; 25, troubles de sensibilité, lésion centrale, tubercules ? de la couronne rayonnante ; 28, pleurésie purulente ; 32, fistules anales multiples chez une tuberculeuse ; 39, hémiplégie syphilitique ; 42, amaurose hystérique ; 45, péritonite chronique.

Chirurgie. — Service de M. DESPRÈS. — Baraque 1 (H.) : 4, fracture du cubitus droit au 1/3 moyen ; 29 hydrocèle vaginale ; 30, fracture de l'apophyse zygomatique. — Baraque 2 : 11, gommes tuberculeuses multiples ; 15, panaris sous-cutané propagé aux gaînes ; 17, plaie du mollet, hernie musculaire ; 27, hématome suppuré de la bourse prérotulienne ; arthrite consécutive. — Salle Saint-Jacques : 1, fracture du fémur ; 3, abcès froids chez un tuberculeux ; 4, fracture de la jambe ; 13, œdème malin charbonneux des paupières ; 31, mal perforant, amputation sous-astragalienne ; 36, rupture de l'urèthre, infiltration urineuse ; 20, luxation sous-conjonctivale du cristallin. — Salle Cochin (F.) : 1, syphilis secondaire ; 4, thrombus de la vulve ; 6, fracture de la cuisse ; 9, 10, adénite mammaire suppurée, anthrax de la nuque, long de 18 cent. sur 13 de large ; 11, irido-choroïdite sympathique, suite de deux iridectomies ; 24, coxalgie ; 27, mal de Pott, guéri.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 13. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 27 MARS 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HILLAIRET.

De l'acné inflammatoire. — Acné boutonneuse. — Acné simple;

Leçon recueillie par M. BRAULT, interne des hopitaux (1).

TROISIÈME LEÇON.

Messieurs,

L'acné inflammatoire est le type du genre acné. Elle est caractérisée par des élevures roses ou rouges, parfois livides, reposant tantôt sur une base indurée, tantôt sur la peau saine ou couperosée.

Le volume de ces boutons et de ces papulo-pustules varie de celui d'un grain de millet à celui d'une petite noisette, et la tumeur qui en résulte peut, ou suppurer, ou s'indurer, ou passer à l'état chronique et s'hypertrophier, ou se résoudre spontanément. Mais l'évolution d'une pareille affection est lente, et, surtout, son caractère spécial est la récidive par poussées successives.

J'ai à peine esquissé la définition de l'acné inflammatoire. En réalité, ses variétés cliniques sont très nombreuses et méritent une description spéciale. Il est intéressant de les connaître, car elles ont une marche différente, des terminaisons diverses et demandent presque toutes, sinon un traitement particulier, du moins des modifications dans la thérapeutique qui leur est appropriée.

Vous avez vu au contraire, précédemment, à propos de la division générale, qu'au point de vue anatomique pur toutes les variétés que nous allons décrire, ayant un début et une origine commune, peuvent être rangées sous la dénomination générale d'acné inflammatoire.

Au point de vue clinique, elles diffèrent par l'intensité de l'inflammation, par son siége, par sa durée, par ses complications, par sa marche aiguë ou chronique.

Dans l'*acné simple pustuleuse* le bouton est d'abord rouge, puis blanchâtre, au sommet il s'ouvre, se vide, s'efface et se résout, le tout en quelques jours ; mais une nouvelle poussée survient qui a la même évolution que la première. Les intervalles de temps qui séparent deux poussées sont très variables, souvent même, les poussées empiètent l'une sur l'autre, en sorte qu'il est possible d'observer sur les malades l'affection à tous ses degrés (papulo-pustules, dessiccation et croûtes.)

C'est cette forme qui coexiste le plus fréquemment avec la couperose ; et lorsque les pustules sont développées en grand nombre, le visage présente un aspect repoussant. La durée de cette forme est longue ; quelquefois la guérison ne peut être obtenue.

Dans d'autres circonstances, le bouton s'indure après s'être vidé en partie et persiste en cet état sans donner lieu à aucun autre trouble ou symptôme. Il reste dans ces circonstances une petite induration fibreuse, indolente et inerte, qui résulte de la résorption incomplète de l'inflammation.

Lorsque le bouton suppure, que ce soit par sa partie supérieure ou dans toute sa masse, généralement il ne laisse, après la guérison, aucune trace; mais il arrive quelquefois qu'il devient plus globuleux, conique et acuminé, il repose sur une coloration foncée et livide, sa base est dure et rénitente, et au centre il contient du pus. Il s'ouvre et se vide, mais en laissant à sa suite une cicatrice déprimée et très apparente qui pourrait être prise pour une cicatrice de petite vérole.

La pustule contient quelquefois une certaine quantité de sang et lorsque la résolution ne survient pas, l'inflammation peut être *très vive* et devenir *phlegmoneuse*. Cette complication est exceptionnelle, mais, je dois vous la signaler, car le traitement chirurgical est indiqué immédiatement. Ultérieurement, ces acnés sont suivies de productions diverses (kystes sébacés ou mélicériques) simulant, sous l'inflammation superficielle, des abcès profonds. On les ouvre croyant à la sortie du pus, et il ne s'échappe de l'incision que de la matière sébacée. Telle est la variété appelée mélicérique ou stéatomateuse.

Bien loin de présenter cette inflammation intense, l'acné peut, au contraire, se présenter sous forme de pustules petites, moins rosées mais plus confluentes, la marche est plus lente, la résolution se fait attendre, mais les pustules ne s'indurent jamais et ne donnent pas lieu à la tension qui accompagne les autres espèces : c'est l'*acné miliaire*.

Ce qui distingue toutes les variétés précédentes l'une de l'autre, c'est l'intensité et le degré de l'inflammation ; le *siège* de l'acné vient aussi quelquefois modifier la physionomie ordinaire de l'affection.

Dans l'*acné pilaris*, par exemple, qui siége surtout au front et aux tempes, les papules roses sont déprimées à leur centre ou traversées en ce point par un poil. Au bouton succède une croûte qui reste en place pendant quelques jours et, quand elle est tombée, on aperçoit au-dessous une cicatrice blanchâtre, déprimée, et bien que la cicatrice ait quelque analogie avec celle de la petite vérole, l'acné pilaris n'a aucun point de contact avec l'acné varioliforme.

Quant à l'*acné kéloïdienne* de la nuque, kéloïde rouge, acné kéloïdique ou chéloïdique de Bazin elle est constituée par une agglomération d'acnés pilaires, formant une plaque indurée traversée par un assez grand nombre de poils. Les poils sont implantés perpendiculairement à la plaque, ils ont en général la forme de massue, ils sont épaissis dans toute leur partie extra-dermique. La marche de cette affection est extrêmement lente, les incisions répétées, quelquefois même l'excision sont nécessaires pour en triompher.

En dehors de ces deux variétés, les autres décrites précédemment peuvent se rencontrer sur toute la surface du corps, mais leur siége le plus habituel est le visage, les épaules et enfin les fesses. Je l'ai quelquefois constaté au pubis.

Il me reste à vous entretenir de certaines variétés chroniques de l'acné qui aboutissent presque toujours à une véritable difformité. Cette difformité constituée, il serait assez difficile, si l'on n'avait suivi la marche de l'affection dès le principe, de reconnaître que la lésion observée à ce degré dérive de l'acné. D'ailleurs, les formes sont assez complètes, car si elles débutent acnéiques et sébacées elles se continuent et se terminent surtout par des hypertrophies de nature conjonctive, à laquelle les tissus du voisinage prennent souvent une certaine part.

Le type du genre est constitué par l'acné hypertrophique gigantesque ou éléphantiasique. Parfois, cette variété débute par la couperose et l'acné et se continue par l'acné congestive et bourgeonnante des buveurs. Mais elle évolue plus fréquemment d'une façon bien différente. L'inflammation est lente, latente, ou à peine appréciable, on peut même nier l'inflammation lorsque l'acné hypertrophique a été précédée d'acné ponctuée, il y a, dans ce cas, plutôt comme point de départ une altération de sécrétion qu'une inflammation véritable. Le nez prend alors des proportions considérables, il est lisse ou mamelonné et recouvert de tubercules plus ou moins nombreux et volumineux. Tantôt la peau est lisse et pâle, tantôt au contraire elle est forte-

(1) Voir les numéros 6 et 10.

ment colorée et sillonnée par des capillaires très raviqueux. L'orifice des follicules reste béant et l'on peut en faire sourdre, par expression, de la matière sébacée.

Il peut être complétement incolore, mais on remarque à sa surface les orifices dilatés des glandes sébacées, à apparence cratériforme et qui laissent sourdre la matière sébacée sécrétée en assez grande abondance. Le développement du nez peut être assez considérablepour empêcher la respiration, car il repose parfois sur la lèvre supérieure.

Les narines sont aplaties et l'air ne passe pas. Les lobes du nez peuvent même descendre plus bas encore et constituer une difficulté réelle à l'introduction des aliments dans la bouche. Il existe dans le musée de l'hôpital Saint-Louis deux très beaux spécimens de cette variété.

L'un des malades porteur de cette véritable tumeur, fut opéré par M. A. Guérin, alors qu'il était chirurgien à l'hôpital Saint-Louis. Une portion notable du nez, de forme triangulaire, à sommet supérieur, à base correspondant au lobule du nez fut enlevée. Les deux lambeaux furent ensuite rapprochés et suturés. L'opération réussit complétement. Il existe un moulage effectué quelque temps après l'opération, et l'on peut comparer sa dimension avec celui du moulage fait avant l'opération. Le nez reste assez volumineux sans doute, mais il n'est plus difforme et surtout ne constitue plus une gêne à la respiration et à la préhension des aliments.

J'ai suffisamment insisté sur la marche, à propos de chaque variété, pour n'avoir pas à y revenir avec grands détails. Je me contenterai d'ajouter quelques généralités, aujourd'hui admises par tous les auteurs.

L'acné simple pustuleuse peut, dans la forme dite *acné juvenilis*, donner des poussées même confluentes pendant plusieurs années successives et s'éteindre spontanément. C'est généralement vers l'âge de 25 ans que l'affection disparaît. Quelle est la raison d'une pareille transformation ? Nous ne pouvons le dire. L'âge a donc une influence manifeste sur la disparition de l'acné dans la forme juvenilis ; plusieurs affections de la jeunesse subissent, vous le savez, la même influence ; tels les polypes naso-pharyngiens par exemple. C'est aujourd'hui une question de fait inexpliquée, mais d'un grand intérêt au point de vue de la pratique.

Dans une prochaine conférence, j'étudierai avec vous les autres chapitres de la description de l'acné inflammatoire, y compris l'anatomie pathologique et le traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

XIIIe LEÇON. — De la contracture tardive des hémiplégiques et de ses variétés cliniques (*Suite*) ;

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

Je dois ajouter que, d'après les enseignements de la physiologie, cette contraction légère mais permanente des muscles, qu'on appelle le tonus musculaire, dépend d'une stimulation également permanente exercée par le centre nerveux spinal. « La moelle épinière, dit M. Vulpian, agit d'une façon incessante sur tous les muscles où elle produit, par la voie des nerfs moteurs, le tonus musculaire... Cette action continue de la moelle est sans doute provoquée par des stimulations excito-motrices centripètes provenant des muscles eux-mêmes ou des téguments. » C'est donc un phénomène dans lequel le pouvoir réflexe de la moelle épinière est en jeu.

Or, il nous serait bien facile de relever un certain nombre de faits qui tendent à établir que la contraction permanente des muscles, dans le cas de contracture, reconnaît une origine analogue, c'est-à-dire qu'elle dérive, elle aussi, d'une action spinale permanente, exaltée par certaines conditions pathologiques. Ainsi, les phénomènes qui précèdent le développement de la contracture et l'accompagnent se rattachent, vous l'avez deviné, à une exagération de l'activité spinale. L'emploi de la strychine qui fait apparaître les réflexes tendineux provoque de la même façon l'apparition des contractures ou les exagère, si celles-ci existent déjà ; et, inversement, les agents qui dépriment l'activité réflexe spinale diminuent également l'intensité de ces contractures. C'est de la sorte qu'agit le bromure de potassium administré à haute dose.

Mais je ne m'arrêterai pas plus longuement à ces considérations physiologiques que nous reprendrons plus tard, et je reviens au côté descriptif.

III. *A.* La contracture est dite permanente; cependant, Messieurs, dans la réalité, elle s'amende naturellement chez la plupart des malades, sans jamais toutefois disparaître complétement, dans certaines circonstances comme le sommeil, le repos au lit. Elle reprend au contraire son intensité ou l'exagère, ainsi que M. Hitzig a eu raison de le faire ressortir, à l'occasion d'une émotion, quand le malade se lève ou cherche à exécuter un mouvement. Nous verrons comment on a proposé d'expliquer ce phénomène qui a été rattaché par M. Hitzig à la catégorie des mouvements associés.

B. Un mot encore sur les attitudes des membres dans l'hémiplégie ancienne. Il est très remarquable de voir que ces attitudes se rapportent dans la règle à un type fondamental. Dans les membres supérieurs, la flexion prédomine, tandis que dans les membres inférieurs c'est l'extension. Fouquier avait déjà montré que le même phénomène se manifeste lorsque la contracture temporaire est déterminée chez les hémiplégiques par l'emploi de la strychnine. Je ferai remarquer qu'il en est de même dans l'épilepsie partielle.

1° Considérons d'abord le membre supérieur. C'est, avons-nous dit, le type de flexion qu'on y observe : ainsi, M. Bouchard a constaté cette attitude 26 fois sur 30 cas. L'épaule est tantôt abaissée, tantôt élevée ; mais le bras en tout cas est accolé à la paroi throracique par le fait de la contracture du muscle pectoral. Nous venons de voir également que le coude est à demi-fléchi en général, que l'avant-bras est en pronation et que les mains sont tenues fermées.

Toutes les variétés du type se ramènent aux suivantes : *a*). Le coude restant fléchi, l'avant-bras au lieu d'être en pronation, se montre en supination ; c'est le type de flexion avec supination. *b*). Le coude au lieu d'être fléchi se place dans l'extension. L'avant-bras est plus ou moins étendu. C'est là un type assez rare et qui du reste présente plusieurs variétés : *c*), tantôt l'avant-bras est dans la pronation, *d*) tantôt il est dans la supination. Je ne crois pas qu'il existe, pour le membre supérieur, d'autres attitudes que celles que je viens de signaler. La main ouverte est un fait rare.

2° Pour ce qui est du membre inférieur, il est de règle, ainsi que je vous l'ait dit, qu'il soit rigide dans l'extension. Le pied prend alors l'attitude du varus équin. Toutes choses égales d'ailleurs, la contracture est là habituellement moins accusée que dans le membre supérieur. Un degré même assez prononcé d'extension du membre inférieur n'empêche pas la marche qui a lieu, comme on dit, « en fauchant. »

C'est un cas heureusement rare et très fâcheux que le développement de la contracture dans les groupes fléchisseurs du membre inférieur. La cuisse est alors fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, le talon touche aux fesses, et cette flexion même s'étendant quelquefois dans le membre du côté opposé il est clair que la marche est rendue dès lors définitivement impossible.

3° Enfin, il n'est pas exceptionnel que la contracture des muscles s'établisse à la face, du côté paralysé, dans le domaine du facial inférieur bien entendu. Cette contracture ne se produit d'abord que de temps à autre, temporairement, quand le malade rit ou pleure ; puis, à la longue, elle

(1) Voir les nos 14, 19, 20, 31, 39, 42, 44, 48, 51 de 1879; 7, 8, 9 11 et 12 de 1880.

devient permanente. La commissure labiale est très élevée, le sillon naso-labial se creuse, l'œil même paraît quelquefois plus petit que celui du côté sain. Par contraste, c'est donc le côté sain qui semble paralysé, et, au premier abord, on peut croire à une paralysie alterne ;

4° Je vous ai présenté la contracture tardive des hémiplégiques comme un état particulier des muscles, qui, une fois constitué, subsiste en permanence pendant toute la vie ou au moins pendant de longues années. Cela est exact assurément. Mais il arrive souvent que les muscles finissent par souffrir et s'amaigrissent. Dès lors le spasme musculaire cesse d'exister; il n'y a plus à proprement parler *contracture*. Cependant les attitudes trop longtemps gardées peuvent persister encore, car les parties ligamenteuses s'étant raccourcies, les surfaces articulaires s'accommodent à leur situation nouvelle, et les mouvements volontaires, s'ils devaient reparaître, resteraient forcément à tout jamais limités.

Cette terminaison, Messieurs, est-elle la seule possible? La contracture ne disparaît-elle jamais avant l'époque où survient l'atrophie des muscles et la rétraction ligamenteuse ? Quelques auteurs le pensent. En tout cas, il est très certain qu'il survient quelquefois dans la contracture un amendement notable et que, par ce fait, des mouvements volontaires peuvent être accomplis à nouveau. C'est là ce qu'on peut appeler des cas de guérison, guérison à la vérité très relative. Ils sont malheureusement rares. J'en ai observé plusieurs, sans doute quelques modifications sont alors survenues dans les parties lésées, permettant non seulement la disparition des contractures, mais encore, dans une certaine mesure, le retour de la motilité.

La lésion persiste-t-elle dans la moelle épinière, et, en pareil cas, y a t-il suppléance ? Comment, en outre, celle-ci s'exerce-t-elle ? Ou bien s'est-il passé quelque chose d'analogue à la réparation des éléments nerveux au sein du faisceau pyramidal induré? C'est là une question incontestablement fort intéressante, mais bien obscure encore et dont je vous dirai un mot à propos des contractures permanentes de cause spinale où le même phénomène se produit.

PATHOLOGIE INTERNE

Note sur un cas de dégénérescence tuberculeuse totale des deux capsules surrénales sans maladie d'Addison ;

Par le Dr **A. KELSCH**, agrégé libre du Val-de-Grâce (1).

Nous allons exposer maintenant les résultats de l'examen histologique du cas de dégénérescence tuberculeuse des deux capsules surrénales, que nous avons publié dans le dernier numéro.

Examen histologique. — *a*) *Tubercules du cerveau.* Une coupe mince, pratiquée à travers toute l'épaisseur d'une des plus grosses tumeurs, montre partout d'épais faisceaux de tissu fibroïde qui parcourent la préparation dans toutes les directions, s'enchevêtrant de manière à former un feutrage dense, au milieu duquel sont disséminés de petits amas de granulations moléculaires, vestiges peut-être de tubercules miliaires dégénérés; on y discerne en effet vaguement des éléments nucléaires altérés.

Ce tissu, où la partie fibreuse l'emporte de beaucoup, sur les portions granulo-graisseuses, est dégénéré, dégradé dans toutes ses parties ; il est très-pauvre en vaisseaux : ceux que l'on observe çà et là ont des parois épaissies, sclérosées, confondues avec le tissu fibreux ambiant et une lumière encombrée d'éléments dégénérés. Par contre, la portion marginale de la tumeur est formée par un tissu fibreux à faisceaux épais et ondulés, relativement jeune, vivace, passablement vasculaire, et riche en éléments cellulaires ; ceux-ci forment çà et là de toutes petites agglomérations, comme des tubercules microscopiques qui montrent déjà une tendance très-marquée à se répartir par groupes ; ils sont développés autour des petits vaisseaux, formés d'éléments lymphoïdes ordinaires et de cellules plus grandes, rondes ou ovales de 16-20 μ de diamètres (cellules épithélioïdes). Indépendamment de ces agglomérations nodulaires, les cellules de cette zone forment des infiltrations diffuses le long des vaisseaux ; ceux-ci sont déjà oblitérés par place par des éléments embryonnaires ou par un tissu conjonctif adulte. A la limite externe de cette zone, tout à fait à la périphérie de la tumeur, les cellules qui infiltrent le tissu conjonctif deviennent de plus en plus confluentes, les éléments fusiformes, disposés entre les faisceaux, se rapprochent, se montrent pourvus de 3-6 noyaux ; à côté d'eux sont disposées par séries linéaires des petites cellules embryonnaires ou des cellules épithélioïdes de 16 à 20 μ de diamètre, munies de 2-4 noyaux ; dans la couche la plus externe de la zone, celles-ci dominent ; les faisceaux conjonctifs dissociés par l'œdème d'exsudation forment un feutrage à larges mailles remplies par les cellules épithélioïdes qui forment là une couche à peu près continue, et auxquelles se trouvent mélangées une certaine proportion de cellules embryonnaires ; on trouve quelquefois de ces derniers éléments incorporés aux cellules épithélioïdes. Cette couche externe de prolifération est sillonnée de vaisseaux perméables partout, gorgés de sang et à parois entièrement embryonnaires.

b) *Capsules surrénales.* Elles sont complétement dégénérées; le tissu normal est remplacé par un produit ferme, pâle, exsangue, tout à fait analogue à celui des tubercules du cerveau. On y voit une substance fondamentale fibroïde, faiblement colorée en rose par le carmin, parsemée de petites cellules et d'amas d'une matière grenue, colorée en jaune par le picro-carmin. Ces amas sont tantôt isolés sous forme de petits îlots arrondis ou ovoïdes de 0 mm. 2 à 0 mm. 5 de diamètre, plus souvent ils représentent des masses 20 à 30 fois plus considérables, arrondies ou irrégulières, indépendantes ou reliées les unes aux autres de manière à rappeler les infiltrats scrofuleux. Ces masses diffuses sont vraisemblablement formées en partie au moins par l'agglomération et la fusion d'une multitude de petites tumeurs simples : sur leur contour, en effet, on rencontre souvent de petits nodules distincts, aux dimensions microscopiques et à texture analogue à celle des granulations tuberculeuses : tantôt on y voit deux parties distinctes qui passent graduellement l'une dans l'autre : une centrale amorphe, finement granuleuse, et une marginale nucléaire ; d'autres fois ils sont formés dans toute leur épaisseur par des cellules et des noyaux ; au milieu de la masse ou un peu excentriquement on voit très-souvent 1, 2 ou 3 cellules géantes mesurant de 40 à 50 μ de diamètre et pourvues de 25 à 50 noyaux disposés en collerette à la périphérie de ces éléments ; il n'est pas rare de rencontrer des granulations traversées au centre par un vaisseau dont la lumière est oblitérée par une cellule géante ; au lieu de cellules géantes, on trouve fréquemment, mêlées aux éléments de la granulation ou rejetées à sa périphérie, des cellules épithélioïdes, qui, dans quelques cas, forment à elles seules la petite tumeur. Ordinairement celle-ci est encadrée par une couche annulaire de cellules fusiformes qui reste distincte, même dans les tumeurs complexes, quand les granulations qui les constituent ne sont pas encore confondues en masses diffuses et dégénérées.

La description de la plupart de ces tumeurs répond donc au portrait des granulations tuberculeuses classiques ; centre amorphe formé par une masse grenue réfractaire au carmin, zone moyenne à petites cellules ou à noyaux très serrés, bien colorée par le picro-carmin avec ou sans cellules géantes, et zone marginale, formée d'éléments en fuseaux, également très sensible au réactif colorant.

Les caractères histologiques dont il vient d'être question sont faciles à relever sur les petites tumeurs simples, ils s'effacent sur celles qui sont composées ; ici, la régression granulo-graisseuse envahit les petits néoplasmes du centre à la périphérie et les éléments cellulaires ne se retrouvent plus qu'à l'état de vestige ; les petites tumeurs primitives tendent à se confondre en une masse unique ; toutefois se reconnaissent encore par autant de centres de développement distincts ou par de minces traînées de tissu conjonctif qui s'insinuent entre elles.

Toutes ces masses néoplasiques, simples ou composées, sont supportées par un stroma conjonctif presque aussi abondant que dans les tumeurs cérébrales. Il est composé de faisceaux parallèles, droits ou ondulés, entre lesquels sont disposés, par séries linéaires, un nombre considérable de petits éléments isolés, fusiformes ou arrondis et de très petits amas de cellules à protoplasma jaunâtre et à noyaux vivement colorés en rouge, paraissant être des granulations au début. On y voit encore de longs boyaux formés par les mêmes cellules, disposés parallèlement entre les faisceaux de fibres, de 10 à

(1) Voir le numéro 12.

20 μ d'épaisseur, souvent très rapprochés au point de pouvoir loger à peine une mince lame de tissu fibreux entre eux; ils viennent aboutir aux masses cellulaires ou granulo-graisseuses décrites tout à l'heure, et sont formés en entier par des noyaux et de petites cellules lymphoïdes, ou par des éléments plus volumineux, à protoplasma jaune, diffus et à noyaux ratatinés; enfin, dans quelques cas, ils ne présentent plus qu'une substance finement grenue, jaunâtre, parsemée de noyaux atrophiés; en somme, nous pensons qu'il s'agit de lymphatiques ou d'espace interfasciculaires, remplis des produits de l'inflammation scrofuleuse ou tuberculeuse. Çà et là, au milieu du stroma fibreux, on voit une cellule géante solitaire, en contact immédiat avec le tissu conjonctif ou séparé de lui par une mince zone de matière jaune granuleuse; d'autrefois, on constate très nettement qu'elle occupe la lumière d'un vaisseau dont les parois sont sclérosées.

Ce tissu fibro-tuberculeux est remarquablement pauvre en vaisseaux, et ceux qu'on y rencontre sont le siége de modifications morbides qui les rendent peu propres à charrier du sang; tantôt la lumière est plus ou moins oblitérée par l'endartérite proliférante et les parois sclérosées sont confondues avec le tissu fibreux ambiant; d'autrefois, ils sont remplis par un plasma jaune verdâtre, grenu; l'endothelium est gonflé et les parois sont infiltrées dans toute leur épaisseur de petites cellules; il arrive souvent que l'infiltration s'étende au-delà des limites externes de la paroi, dans le tissu ambiant, en même temps qu'on voit se former dans la lumière du vaisseau une cellule géante aux dépens de l'endothelium; ce sont des productions périvasculaires, modulaires ou diffuses, dont on peut suivre le développement dans les parties qui ne sont pas encore dégénérées.

Telle est notre observation, instructive à tous égards; nous aurions bien des choses à y relever: la polyurie comme première manifestation de l'affection cérébrale, le silence absolu de la lésion vertébrale, le nombre considérable de tumeurs disséminées dans le cerveau, la granulée ultime, issue probablement de ces lésions chroniques, la signification anatomique de ces dernières, particulièrement des tumeurs cérébrales et de la dégénérescence des capsules. En ce qui concerne ce dernier point, sans doute les masses rencontrées dans le cerveau portent le cachet de la tuberculose dans les productions nodulaires que le microscope y a relevées; mais elles sont constituées en grande partie par du tissu fibreux ou fibroïde, par des infiltrats cellulaires ou granulo-graisseux diffus: nous en avons fait ressortir la sècheresse, la pauvreté vasculaire, la dureté et nous ne pouvons nous empêcher d'y voir surtout le résultat d'une inflammation scrofuleuse, de cette scrofule qui tend à l'induration, à la sclérose des parties, plutôt qu'au ramollissement caséeux; les tumeurs en question sont dans leur structure histologique identiques aux ganglions dégénérés des scrofuleux qui, à fin de compte, ne sont plus constitués que par des masses fibro-caséeuses plus ou moins fermes avec des tubercules microscopiques épars. Nous sommes portés à admettre avec Reindfleisch (*Ziemssen's Handbuch*, V, p. 155) que bon nombre de tubercules solitaires du cerveau ne sont pas des aggrégats de granulations miliaires, mais de vrais foyers de sclérose scrofuleuse. Ce que nous disons des masses cérébrales s'applique également aux capsules surrénales; l'inflammation fibreuse est largement représentée dans ces masses compactes, sèches, substituées à l'organe normal, il ne s'agit pas d'une simple tuberculisation, mais de néoformations sclérotiques diffuses avec foyers d'hyperplasie submiliaires épars, analogues à ceux qui se développent dans les ganglions scrofuleux; dans l'espèce, les tumeurs cérébrales et la dégénérescence des capsules surrénales ont la même signification anatomique que l'ostéite vertébrale. Mais, que ces détails ne nous arrêtent pas plus longtemps; c'est surtout au point de vue de la maladie d'Addison que nous avons tenu à produire cette observation.

La conclusion qui en ressort relativement à cette affection, est en contradiction flagrante avec des notions qui sont devenues classiques et, à ce titre, le fait mérite d'être enregistré. L'étude des observations produites sous le titre de maladie d'Addison, dit Klebs (*Handb. der pathol. Anat.* p. 599), conduit nécessairement à admettre que la teinte bronzée et la cachexie qui caractérisent cliniquement cette affection ont pour fondement anatomique la lésion des capsules surrénales, et on peut affirmer, ajoute-t-il, qu'on ne saurait opposer à cette conception que des observations défectueuses ou insignifiantes (*Mangelhafte oder nichtssagende Beobachtungen.*)

Il nous semble que l'histoire de M..... ne tombe pas sous le coup d'un jugement si sévère et mérite d'être opposée aux faits positifs qui appuient la conception classique dont Klebs se montre défenseur si décidé. En quoi consistent ces lésions capsulaires qui sont sensé produire la maladie bronzée? L'observation apprend que, dans l'immense majorité des cas (180 observations), ce sont des dégénérescences fibro-caséeuses ou tuberculeuses plus ou moins complètes; l'altération carcinomateuse est bien moins souvent accompagnée de maladie bronzée (45 cas seulement) et la dégénérescence amyloïde ne la produit jamais.

Or, on ne peut en disconvenir, notre observation réalise au plus haut degré la première de ces altérations. Néanmoins, les phénomènes cliniques ont été si peu caractéristiques que jamais ils n'ont éveillé le soupçon de la maladie d'Addison, et ce fut pour nous une découverte tout à fait inattendue que celles des lésions capsulaires chez notre sujet. Sans doute, celui-ci a présenté de l'affaiblissement progressif et finalement du marasme dû à la généralisation de la tuberculose, mais il y a loin de cette cachexie tuberculeuse banale à l'asthénie profonde de la maladie d'Addison, si caractéristique par elle-même et par les symptômes concomitants. Ce ne serait qu'en forçant les choses qu'on rattacherait à la lésion des capsules surrénales des troubles généraux de la nutrition qui n'ont pas dépassé la mesure de la cachexie tuberculeuse ordinaire, et qui, de toute manière, en ont porté la physionomie. Enfin, le cachet de la maladie a fait absolument défaut, il n'y a pas eu trace de teinte bronzée, bien que la dégénérescence capsulaire fût bilatérale, complète de chaque côté et ancienne; circonstances qui ne permettraient pas de croire que la lésion pigmentaire n'a pas eu le temps de se produire ou qu'elle a été prévenue par l'hyperactivité compensatrice des parties restées saines.

En parcourant la littérature médicale et surtout le travail si soigneux d'Averbeck, nous n'avons pas eu de peine à nous convaincre que depuis Addison des faits négatifs semblables au nôtre ont été produits, toutefois avec des lésions moins complètes que chez M..... Le tableau VIII d'Averbeck renferme dix observations où les deux capsules surrénales se trouvaient enflammées chroniquement et où la mort fut déterminée, 7 fois par la tuberculose pulmonaire et 3 fois par la carie de la colonne vertébrale, sans que rien pendant la vie eût pu faire penser à la maladie d'Addison. Devant de pareils faits, on sentit de bonne heure l'insuffisance de la théorie classique; on en vint à admettre que la lésion capsulaire ne déterminait la maladie d'Addison que si elle se compliquait d'une altération semblable du grand sympathique abdominal. Addison lui-même avait accepté cette hypothèse, qui fut partagée plus tard par Virchow. J. J. Schmidt, Bartsch. Etant donnée, la connexion intime qui existe entre les capsules surrénales et les nerfs du grand sympathique abdominal, il est naturel de penser qu'un processus pathologique puisse se propager des premières aux secondes; mais les recherches cadavériques ne sont pas favorables à cette opinion, bien que, dans certains cas, elles aient été conduites avec le plus grand soin.

Si la teinte bronzée et la cachexie se liaient à la lésion des capsules comme l'effet à la cause, comment comprendre que cette cause puisse exister, surtout au degré où elle était réalisée chez M....., sans que ces manifestations se produisent? Pourquoi, d'autre part, verrait-on manquer si souvent le symptôme cutané « qui dépend aussi sûrement de la lésion capsulaire que l'ictère de l'affection du foie » (Klebs, *loc. cit.* p. 592)? On répond que la mort arrive avant qu'elle n'ait eu le temps de se produire. Cette argumentation peut-

être demise pour la dégénérescence cancéreuse dont l'évolution est assez rapide. mais qu'on consulte les observations 4, 14, 15, 24, 43, 52, 53 du tableau VIII d'Averbeck; la pigmentation faisait défaut et pourtant les capsules présentaient des reliquats inflammatoires infiltrés de sels calcaires, ce qui permet de reporter le début de la maladie au moins à un an avant la mort. Et d'ailleurs, si les capsules surrénales étaient chargées de l'élaboration du pigment, on devrait plutôt trouver de l'albinisme après leur destruction ; à moins de supposer que la fonction de ces organes augmente au fur et à mesure qu'ils se détruisent ! Admettra-t-on avec Klebs (*loc. cit.*, p. 601) que l'hyperformation de pigment remonte à la période initiale d'excitation ? Mais alors que deviendra l'argument de tout à l'heure relatif à l'apparition souvent tardive de la teinte bronzée ?

Pénétré de la valeur de ces objections, Averbeck renverse la relation pathogénique en cours de devenir classique. La maladie d'Addison, dit-il, est une affection constitutionnelle due à l'introduction dans le sang d'un poison spécifique qui engendre l'anémie, la mélanodermie et l'altération des capsules surrénales, à peu près comme le poison paludéen produit l'anémie, la mélanémie et l'engorgement splénique. « Le processus inflammatoire chronique des capsules est aussi peu la cause de la maladie d'Addison, que l'infiltration des plaques de Peyer celle du typhus, la splénite chronique celle de la fièvre intermittente. » Hypothèse qui repose sur des analogies ingénieuses mais décevantes ; car si elle était fondée, la spécificité de la cause devrait se refléter dans la constance de la nature des lésions; le processus anatomique de la dothiénenterie, de l'impaludisme, est toujours semblable à lui-même; on sait qu'il n'en est pas ainsi de celui de la maladie d'Addison ; comment rapporter à un poison spécifique des altérations qui se partagent entre le tubercule, l'inflammation chronique et le cancer !

Concluons : nous ne prenons parti ni pour ni contre l'une ou l'autre des opinions pathogéniques émises; nous nous bornons à en faire ressortir les lacunes et les contradictions. On est sans doute fondé de placer en première ligne, dans l'histoire des désordres anatomiques de notre maladie, les lésions des capsules surrénales ; mais il convient d'être réservé sur la signification de ces lésions, jusqu'à ce que la physiologie nous ait mieux éclairé sur le rôle des mystérieux organes qui les présentent.

Le fait que nous avons tenu à produire est en contradiction avec les idées qui ont cours ; il mérite d'être pris en considération comme quelques autres semblables, bien observés, quoi qu'en dise Klebs; ces observations négatives ne doivent pas être rejetées, parce qu'elles ne se prêtent pas à une théorie prématurée; elles sont au contraire destinées à compléter un jour l'histoire d'une maladie qui, dans le présent, se dérobe à toute interprétation pathonique satisfaisante.

Ecole du Val-de-Grace. — *Concours pour un emploi de professeur agrégé à l'école de médecine et de pharmacie militaires.* — Un concours s'ouvrira le 10 juillet 1880, à l'école de médecine et de pharmacie militaires, pour un emploi de professeur agrégé en chirurgie.

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit : — 1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée particulièrement des lésions observées aux armées ; — 2° Préparation d'une région anatomique, description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte ; — 3° Examen clinique de deux malades blessés atteints, l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique. Un de ces deux malades sera choisi parmi les sujets atteints d'une maladie des yeux, ou des oreilles, ou du larynx. — Leçons sur ces deux cas ; — 4° Pratique de deux opérations chirurgicales avec application des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements, application de deux bandages ou appareils.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires. Les officiers de santé qui désireront prendre part à ce concours adresseront au Ministre de la guerre une demande régulière, qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise au Ministre de la guerre par la voie hiérarchique, avant le 1er juillet prochain, terme de rigueur.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de médecine de Paris. — Concours d'agrégation en médecine.

Le concours pour la nomination de quatre agrégés en médecine pour la Faculté de Paris s'est terminé le 25 mars par la nomination de MM. Joffroy (A.), Landouzy (L.), Troisier (E.) et Raymond (F.).

Nous enregistrons le succès obtenu par nos quatre amis et dévoués collaborateurs, avec d'autant plus de plaisir, que leur nomination est consacrée par l'opinion de tous ceux qui ont suivi le concours et justifiée par leurs brillantes épreuves et par des travaux originaux qui leur ont déjà acquis une réputation méritée.

Ces nominations indiquent aux futurs concurrents la voie à suivre. Non seulement ils doivent se préparer à subir avec distinction les épreuves du concours, mais encore ils doivent, par des travaux personnels, montrer qu'ils ont donné des gages à la science et qu'ils sont désireux de contribuer à ses progrès.

Bourneville.

La Variole et les Mesures de désinfection.

Dans un récent article, étudiant la variole au point de vue spécial du transport des malades dans les hôpitaux, nous avons montré combien le mode employé à l'heure actuelle était défectueux et dangereux à tous les points de vue. Aujourd'hui, nous étudierons les mesures, les moyens de désinfection proposés pour empêcher la propagation de cette maladie, et, comme pour le transport des malades, nous serons de nouveau, à notre grand regret, forcés de constater que rien n'a été fait, que rien de pratique n'a été indiqué, et que sous ce rapport encore la France est en retard sur les pays voisins.

Dans cette question de désinfection, les intérêts en jeu sont de trop grande importance pour se payer de mots ; les mesures prophylactiques incomplètes ou inutiles doivent être signalées, car elles deviennent d'autant plus dangereuses qu'elles peuvent inspirer une fausse sécurité à ceux qui les emploient.

Un décès par variole s'étant produit dans un domicile quelconque, la nécessité s'impose, urgente, menaçante, de prendre des précautions pour empêcher d'abord les personnes immédiatement en contact avec le varioleux d'être contaminées, ensuite pour éviter la propagation aux autres habitants de la maison. Si les parents du décédé sont pauvres, cette nécessité sera d'autant plus grande que, souvent, une seule chambre sert à toute la famille ; et nous avons encore sous les yeux le terrible spectacle qui s'est présenté à nous il y a à peine quelques jours, celui d'un malheureux ouvrier, veillant avec son enfant sa femme morte de variole hémorrhagique, vivant dans ce milieu dangereux pendant près de quarante heures et obligé, dès le surlendemain, de coucher dans le lit et sur les matelas infectés par le poison variolique ! Qu'on ne nous accuse pas de forcer les ombres du tableau, d'exagérer pour les besoins de la cause. Presque tous les praticiens ont vu des faits semblables et, comme nous, ils se sont senti le cœur serré en se voyant dans l'obligation d'indiquer des mesures de désinfection dont ils ne savaient que trop l'insuffisance.

En effet, à l'heure actuelle, les mesures employées sont d'un effet nul, et si nous nous reportons à la dernière instruction du Comité d'hygiène publique et de salubrité de la Seine (1), nous voyons que les précautions conseillées contre la variole sont difficiles, pour ne pas dire impossibles à réaliser, souvent ruineuses pour celui qui les emploiera et presque illusoires quant aux garanties offertes. En outre, elles sont prescrites trop tard, car le danger de contagion ne commence point après l'évacuation du corps du varioleux, mais bien dès la période de suppuration de la maladie et fort probablement avant. Les précautions indiquées consistent à faire dégager du chlore dans la chambre contaminée, pendant 48 heures ; à laisser les meubles et vêtements exposés à ces vapeurs de chlore pendant le même laps de temps ; à pratiquer ensuite des lavages avec de l'eau phéniquée au centième. Quant aux papiers de tenture, ils seront arrachés et détruits par le feu.

L'action de ces vapeurs de chlore remplira-t-elle le but que l'on se propose ? Il serait téméraire de l'affirmer. Nous connaissons parfaitement les expériences de Baxter (2) sur le virus vaccin desséché, matière virulente qui se rapproche des *particules* qui semblent être l'agent contagieux dans la variole, et nous savons qu'après avoir subi l'action du chlore, ce vaccin inoculé est désormais sans effet. Mais s'ensuit-il de là que, ce procédé de laboratoire, réussissant sur de petites quantités de virus mises directement en rapport avec le chlore, réussira et doive inspirer une confiance absolue lorsqu'on l'appliquera en grand à la désinfection des salles et du matériel qui ont servi aux varioleux ?

Nous connaissons également les résultats obtenus par le professeur Ogden Doremus (3) qui, lui aussi, a employé les vapeurs de chlore à la neutralisation des virus, et aurait réussi à désinfecter le navire l'*Atlanta* après un épidémie de choléra, et les salles de l'hôpital de Bellevue infectées par la pyohémie. Son procédé consiste à faire dégager du chlore résultant de la réaction de l'acide sulfurique sur un mélange de sel marin et de peroxyde de manganèse, dans les chambres infectées, après y avoir préalablement lancé une grande quantité de vapeur d'eau qui se condense en pluie fine sur les parois des murs et sur les objets, et sert à y fixer le chlore. Toutes les issues sont hermétiquement fermées pour éviter les déperditions et l'opération est répétée pendant quatre jours consécutifs.

Avec des moyens aussi radicaux, nous comprenons les succès du Dr Doremus, mais il avoue lui-même que les draps qui avaient été laissés dans les lits de l'hôpital tombaient en morceaux au plus léger attouchemnet ; et c'est précisément à cet inconvénient que nous faisions allusion lorsque nous disions en commençant : les précautions indiquées sont ruineuses ou illusoires, ruineuses si l'on veut agir avec assez d'énergie pour détruire le virus, illusoires si l'on se contente de faire dégager les vapeurs de chlore de quelques kilogrammes de chlorure de chaux, ainsi que le recommande l'instruction. Ce dégagement, d'ailleurs, ne nous semble pas, même dans cette proportion, d'une complète innocuité au point de vue de la conservation des rideaux, tapis, tentures, etc., contenus dans les chambres, et nous craignons que bien peu de propriétaires n'en tentent l'essai.

Si, maintenant, nous passons à la seconde série de précautions indiquées, immersion et lavage dans l'acide phénique au 100e, des vêtements, matelas (enveloppe et laine), linge, etc., nous trouvons encore de nombreuses difficultés dans l'application. Remarquons d'abord qu'un lavage avec une solution au 100e est complétement insuffisant ; Baxter, dans ses expériences (*loc. cit.*), a trouvé que l'action de l'acide phénique sur le virus vaccin ne se produisait qu'à partir de 2 0/0 d'acide. Cette action, d'ailleurs, n'est pas au-dessus de toute contestation, car M. P. Bert a montré à la *Société de Biologie* (juin 1878), du virus charbonneux qui avait conservé son activité dans une solution alcoolique d'acide phénique à 2 0/0. En admettant même l'efficacité de cet acide, son prix élevé est incompatible avec la position de bien des personnes qui auront à l'employer.

Nous aurions pu formuler encore de nombreuses critiques contre ces instructions. On semble un peu avoir oublié que c'est surtout pour les familles peu aisées que la contagion est menaçante, bien des ménages d'ouvriers ne disposent que d'une seule pièce. Où logeront ces ménages pendant les 48 heures de dégagement du chlore dans leur chambre unique ? Nous n'insisterons pas également sur le procédé de désinfection indiqué pour les voitures de place ayant servi à transporter des varioleux, « ordre au cocher de battre et de brosser les coussins et les parois de sa voiture avant de prendre d'autres voyageurs. » Ce procédé se recommanderait peut-être par son application facile, mais il est tout à fait insuffisant.

Il résulte de cette critique rapide des différents moyens préconisés pour la désinfection, que, ainsi que nous l'avions avancé en commençant, les personnes en danger d'être contaminées n'ont à Paris aucun moyen pratique et efficace à leur disposition. Et pourtant il existe un procédé permettant de désinfecter sûrement, à peu de frais, avec rapidité surtout, les objets de literie, linge, vêtements, etc., et cela sans que leur qualité et leur solidité soient compromises. Ce procédé consiste à détruire par la chaleur les germes infectieux ; il est bien prouvé aujourd'hui qu'une température de 110 à 120° centigr. rend inactive la matière organique ou organisée, prévient les fermentations et les putréfactions. On se sert à cet effet d'appareils spéciaux connus sous le nom d'*appareils*, de *fours de désinfection*. Ces appareils fonctionnent depuis longtemps en Angleterre, en Belgique, en Allemagne, en Danemark, en Hollande, etc, et leur usage est passé dans les habitudes des populations de ces pays.

Nous consacrerons prochainement un article à l'étude des divers systèmes employés et à leur mode de fonctionnement. Nous examinerons en même temps dans quelles conditions ces appareils doivent être établis à Paris.

A. Blondeau.

(1) Voir le n° 11, page 205.
(2) Baxter. — *Report on an experimentale study of certain desinfectants.* Londres, 1875.
(3) Ogden Doremus. — *Epidemies from a chemical standpoint*; in *The Sanitarian* de New-York, n° 76. Juillet 1879.

Ouverture du cours de médecine légale : M. le professeur P. Brouardel.

M. le professeur P. Brouardel a fait sa première leçon le mercredi 24 mars, au milieu d'une affluence considérable

d'étudiants et de médecins, toujours empressés à se rendre aux leçons du sympathique professeur de médecine légale. L'entrée de M. Brouardel a été saluée par des applaudissements unanimes et répétés. Dans cette première leçon, consacrée à des généralités de la plus haute importance, le professeur a étudié le rôle du médecin légiste vis-à-vis les assises et il a particulièrement insisté sur la ligne de conduite que doit suivre le médecin expert, lorsqu'il est commis pour une expertise médico-légale, au moment où il rédige son rapport et surtout quand il en formule par écrit les conclusions.

Avant les vacances de Pâques, M. Brouardel fera une nouvelle et dernière leçon sur les généralités qui ressortent à la médecine légale pratique, ce qui lui permettra, dès la reprise des cours, d'aborder le grand chapitre des suicides et des homicides par pendaison et par suffocation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 mars 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Modifications de la pression sanguine intra-artérielle. — M. BOCHEFONTAINE rappelle que les tracés hémodynamométriques, enregistrés dans les expériences chez les animaux, tels que le chien curarisé ou dans l'état normal, mettent en évidence des modifications remarquables de la pression sanguine intra-artérielle.

Sur l'animal curarisé, chaque insufflation pulmonaire détermine une élévation de la pression artérielle. Lorsque l'animal respire normalement, l'augmentation de la tension intra-artérielle ne correspond plus à l'ampliation du thorax, à la réplétion des vésicules pulmonaires; elle coïncide généralement avec l'affaissement du thorax, avec l'expulsion de l'air par les poumons.

Or, certaines substances médicamenteuses, par exemple l'alcool, le salicylate de soude et le formiate de soude, modifient les tracés hémodynamométriques chez les animaux à l'état normal, aussi bien que chez ceux qui sont curarisés, de telle façon que les oscillations de la pression intraartérielle ne se produisent plus sur les tracés hémodynamométriques ; la tension est alors uniforme, ou plutôt elle n'éprouve pas d'autres variations que celles qui sont le résultat des systoles et des diastoles du cœur.

Il est intéressant de rechercher quelles sont les autres substances, toxiques ou médicamenteuses, qui peuvent déterminer les mêmes modifications de la pression sanguine intra-carotidienne, et de donner ensuite une explication de ce phénomène. CH. AVEZOU.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 juin 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

9. Cancer ostéoïde généralisé; par M. ROBERT, interne des hôpitaux.

Harasse Gustave, 21 ans, boucher, entré le 30 décembre 1878, salle St-Gabriel, lit n° 5. Pas d'autres antécédents que des gourmes pendant l'enfance et, il y a deux ans, des ganglions axillaires suppurés. Il en est resté des cicatrices visibles. Pas d'antécédents héréditaires à noter.

Il y a deux ans, le malade a remarqué à la partie supérieure et interne de la jambe gauche une légère tuméfaction dure et non douloureuse qui, peu à peu, a augmenté de volume, au point d'atteindre en dix-huit mois, c'est-à-dire, il y a six mois, celui qu'elle présente aujourd'hui. Il y a depuis lors un temps d'arrêt. Les douleurs étaient à peu près nulles et il ne souffrait de sa jambe qu'après une marche ou une station debout prolongées, excès de fatigue que son état de boucher ramenait tous les jours, et à la suite desquels son genou pliait facilement en même temps que la tuméfaction devenait le siége d'élancements douloureux.

Pas d'autre traitement que de légères frictions calmantes et un peu d'iodure de potassium à l'intérieur (?). Tel était son état, lorsqu'il y a dix jours, sous l'influence d'une chute, le malade ressentit dans la jambe gauche des douleurs plus vives et une sorte d'exacerbation inflammatoire. Il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La jambe gauche présente dans sa moitié supérieure et interne une tuméfaction fusiforme qui semble occuper toute la moitié du tibia. La peau qui la recouvre est marbrée, avec des taches vineuses qu'on serait peut-être en droit de rapporter aux applications locales, si le malade n'affirmait pas que cet aspect les a précédées. D'une température un peu plus élevée que celle des autres parties du corps, cette peau, quoique tendue, est mobile sur le tissu cellulaire sous-jacent.

La palpation fait reconnaître une tuméfaction dure, osseuse, qu'on peut suivre, depuis le bord interne du tibia, sur toute sa face interne et une partie de sa face externe pour la perdre entre le tibia et le péroné. Ce dernier ne paraît pas intéressé, il est simplement déjeté en dehors par la partie supérieure du tibia augmentée de volume. La surface de cette tuméfaction présente des aspérités rugueuses qu'on sent très-nettement sous le doigt. A sa partie interne et inférieure, on trouve même un rebord saillant qui la sépare en ce point du reste de l'os sain en apparence; à la partie supérieure et interne de la région malade, autre saillie qui semble appartenir au bord interne de la cavité glénoïde.

Mensuration — faite à 0 m. 10 centim. de la base de la rotule. A droite, 28 cent. 5; à gauche, 36 cent. 5. D'où huit centim. d'augmentation en circonférence pour le mollet gauche.

La cuisse gauche présente une atrophie manifeste à la vue ; ce qui suffirait à indiquer, en dehors des renseignements fournis par le malade que nous sommes bien en présence d'une affection ancienne. Les deux cuisses mesurées à 0,06 centim. de la rotule donnent comparativement : à gauche 0,325 mill. ; à droite : 0,350 mill. Il y a donc une différence de 0,025 millimètres pour la cuisse saine.

Les ganglions du pli de l'aine sont un peu plus accusés à gauche et la région de ce côté présente même un ganglion vertical d'un certain volume.

L'articulation du genou est *absolument libre*, tous les mouvements sont possibles, ainsi que la marche qui n'était gênée, avant la chute de ces derniers jours, que par le poids du membre et les douleurs légères provoquées par la fatigue. — Rien au cœur, rien aux poumons, forces conservées.

Digestions bonnes ; pas de fièvre ; état général satisfaisant. *Diagnostic.* La marche lente de l'affection, sa limitation à la moitié supérieure du tibia, la recrudescence provoquée par la chute récente font pencher vers une affection inflammatoire chronique de l'os, due sans doute à la présence d'un point plus ou moins étendu de nécrose centrale. L'hypothèse d'un ostéo-sarcome est mise en avant mais rejetée pour le diagnostic précédent. Comme il n'y a nulle part trace de suppuration, ou de cloaque en voie de formation, M. Tillaux décide qu'il y a lieu de ne pas intervenir activement. Repos absolu au lit et cataplasmes.

8 janvier. — La peau est moins congestionnée ; le mollet gauche a perdu près de 2 centim., il n'a plus que 35 cent. de circonférence (36.5 à l'entrée). — La température est toujours notablement plus élevée à gauche qu'à droite à la palpation.

10 janvier. — Douleurs presque nulles. Pas de différence apparente de température. A la partie moyenne du bord interne du tibia une sorte de tumeur arrondie du volume d'une grosse noisette roule sous le doigt; elle est rattachée à l'os par un pédicule qui en limite les mouvements ; c'est sans doute une production sous-périostée toute récente, car elle n'existait certainement pas à l'entrée du malade, soumis alors par M. Tillaux à un examen minutieux.

24 janvier. — Le mollet gauche a encore un centim. de moins, cependant le malade qui reste au repos le plus absolu se plaint

de douleurs vagues dans la cuisse et le pied. Rien d'apparent de ce côté cependant.

24 *janvier*. — Persistance de ces douleurs dans le pied.

25 *janvier*. — Il est évident qu'une nouvelle poussée inflammatoire se produit ; de nouvelles bosselures compactes et indurées se montrent au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia.

26 *janvier*. — On trouve aujourd'hui 37 centim. à gauche ; la même région ne donnait que 36.5 à l'entrée du malade et 34 centim. seulement il y a dix jours.

27 *janvier*. — Douleurs dans toute la continuité du membre inférieur gauche. La production sous périostique de la face interne atteint le volume d'une petite noix.

Du 27 *janvier* au 14 *février*, l'état local revient à peu près à celui que nous avions constaté le 2 janvier et le malade, ennuyé, demande sa sortie.

Harasse rentre le 23 *mai* ; depuis sa sortie, trois mois et demi se sont écoulés ; il n'a jamais pu se remettre au travail. Dans son pays où il était allé se reposer il pouvait marcher, mais avec quelques légères souffrances par intervalles.

Il y a un mois et demi, une poussée considérable a dû se faire ; dans l'espace de quatre à cinq jours, la région malade a rapidement augmenté de volume en même temps qu'il ressentait des douleurs horribles, la nuit surtout.

Ces douleurs, qui ont persisté, l'ont obligé à rentrer à l'hôpital ; sous leur influence, l'état général a baissé, le sommeil est mauvais ; l'appétit a diminué ; le malade a maigri et visiblement pâli ; diarrhée par intervalles.

Augmentation notable de volume au membre inférieur gauche, mesuré comme précédemment, il donne 410 mill. (C'était, si on se le rappelle, 365 mill. le 2 janvier). La peau de la région est sillonnée de grosses veines bleuâtres et donne à la main une sensation intense de chaleur.

Un thermomètre est appliqué, entouré de ouate sur la face interne des deux jambes successivement ; après dix minutes, l'on trouve à gauche : 35°,8 ; à droite : 34°.

Différence en faveur du côté malade, 1°, 8. — Mais la vue est surtout frappée par l'augmentation vraiment considérable de volume du membre gauche ; il y a en circonférence quatre ou cinq centimèt. de plus : mais, à l'œil, il semble que la tuméfaction ait presque doublé ; en tout cas, elle a évidemment gagné les parties inférieures précédemment saines de la jambe. Les 3/4 supérieurs du tibia au moins, sont envahis. La production sous-périostique que nous avions découverte à la face interne de la jambe, a augmenté aussi de volume, mais elle est presque immobile, maintenant englobée qu'elle est par de nouvelles couches sous-périostées.

Le genou gauche est toujours libre et indolent, mais il y a quelques légères douleurs au genou droit, dans la cuisse et le dos du pied à gauche. Les douleurs si vives que ressent le malade siégent au centre de la tuméfaction, dans le 1/3 supérieur du tibia. On se rappelle que le diagnostic, lors du premier séjour du malade, avait été lésion inflammatoire chronique du tibia gauche probablement avec nécrose centrale.

Cette idée est maintenue, et M. Tillaux incline à penser que sous l'influence du travail de la séquestration de la partie nécrosée, du pus a pu se produire au centre de la diaphyse du tibia. En présence des douleurs si vives qui retentissent sur l'état général, M. Tillaux se décide à intervenir. L'opération consistera à aller à la recherche du séquestre que l'on suppose invaginé et entouré de couches sous-périostales nouvelles.

Elle a lieu le 28 mai. La gouge détache tout le long de la face interne du tibia une quantité considérable de tissu à moitié dur, semblable à du tissu osseux en voie de formation. Plus profondément, le ciseau et le maillet creusant l'os ne trouvent nulle part de limitation d'une région nécrosée. Pas d'apparence de séquestre en un mot ; partout un tissu compact, éburné au-dessous des couches mentionnées ci-dessus.

Dans ces conditions singulières, l'idée d'une affection maligne des os commence à pénétrer dans les esprits, et l'on se décide à l'amputation de la cuisse.

Le lendemain 29, amputation sus-condylienne. La première section de l'os tombe sur un point dont le tissu spongieux n'existe pour ainsi dire plus, la lame compacte est tellement amincie qu'elle cède sous le doigt ; M. Tillaux reporte le trait de scie 4 centimètres plus haut. La rondelle de diaphyse ainsi détachée est évidemment malade ; car sa lame périphérique compacte s'est brisée entre deux doigts qui en essayaient l'élasticité. Quelle est cette affection bizarre qui semble bien atteindre aussi le fémur ? Est-ce vraiment une sorte d'inflammation chronique ou une affection maligne? Quoi qu'il en soit, le jeune malade ne se relève pas et succombe dans le collapsus le lendemain de l'amputation.

Autopsie le 1er juin.

Il n'y avait effectivement pas de séquestre dans le tibia gauche. Sur une coupe longitudinale, suivant l'axe de l'os, on trouve sous les couches sous-périostées moins dures que la première opération avait déjà fait connaître, on trouve, dis-je, la diaphyse de l'os dans ses 2/3 supérieurs et son épiphyse supérieure occupées par un tissu absolument solide et compact, résonnant sous un scalpel comme l'os le plus dur. Ce tissu gris jaunâtre a fait disparaître le canal médullaire; mais il est nettement limité par le cartilage articulaire qui est *absolument respecté*. En revanche, le cartilage de conjugaison est inclus au milieu de la masse morbide, on le retrouve çà et là sous forme d'une petite ligne gris rosée interrompue de distance en distance par le tissu compact ossiforme. — Chose curieuse, on peut suivre assez facilement les contours primitifs de l'os qui séparent, en quelque sorte, les couches sous-périostées de cette masse profonde compacte et quasi éburnée ; tout à fait en haut seulement, au niveau du cartilage épiphysaire, il semble que la ligne s'interrompe et que la substance morbide évoluant de l'intérieur à l'extérieur ait fait en quelque sorte éclater en ce point les parois du tibia.

Dans le 1/3 inférieur de l'os, il y a une raréfaction manifeste du tissu spongieux normal, dont les trabécules disparaissent chassées par un filet d'eau ; elles circonscrivent de larges espaces remplis d'une moelle très jaune et très diffluente. Rien à noter sur l'extrémité inférieure du tibia.

Le péroné que l'on avait cru sain présente dans son 1/5 supérieur un gonflement fusiforme occupant l'épiphyse. Ici encore le cartilage articulaire est respecté ; même aspect du tissu pathologique qui présente deux zones bien nettes, une zone intra-osseuse, incluse dans l'os primitif dont on peut retrouver les limites, zone formée d'une masse jaunâtre, éburnée, et une zone périphérique sous-périostée, plus grise, grenue à la coupe et d'une consistance beaucoup moindre. Par place même elle s'effrite au grattage. Même raréfaction du tissu spongieux que dans le tibia.

L'extrémité inférieure du fémur avait déjà paru suspecte pendant l'opération. Une coupe pratiquée entre les condyles donne un aspect presque entièrement semblable à celui de la coupe du tibia, avec cette différence qu'il n'y a presque pas de nouveau tissu sous le périoste ; mais le tissu spongieux de l'épiphyse est remplacé par une masse éburnée, au milieu de laquelle on retrouve des vestiges du cartilage de conjugaison perdu en quelque sorte dans la partie la plus éburnée, la plus compacte.

On se rappelle que la section du fémur avait, sur le vivant, révélé l'état anormal du canal médullaire et l'amincissement de la coque périphérique de tissu compact.

La nature de cette singulière lésion était en controverse au cours même de l'autopsie, lorsqu'on découvrit à la face interne des quatrième et cinquième côtes gauches une tuméfaction aplatie, non apparente à l'extérieur, et siégeant à côté de l'articulation chondro-sternale, tuméfaction dont la coloration et la dureté rappelaient immédiatement celles du tibia et du fémur. — Dès lors, nous nous trouvions en face d'une affection généralisée ou disséminée dans le système osseux ; nos recherches dirigées dans ce sens nous donnèrent en effet des résultats inattendus.

Pour déblayer un peu les détails de cette longue autopsie, nous allons examiner maintenant les viscères, le système ganglionnaire, puis nous reviendrons à l'étude des parties malades du squelette qu'il nous a été possible d'enlever.

Le *cerveau* coupé en tranches minces n'a rien présenté à noter, non plus que le squelette du crâne. Il a paru seulement

que le frontal était plus jaunâtre que les autres os sur une coupe et montrait un élargissement plus accusé des cellules de son diploë.

Le *cœur* est indemne de toute lésion. — Pas d'athérome de l'aorte, ni des gros vaisseaux. Par contre, nous trouvons dans les *poumons* des lésions très curieuses. Disons d'abord que les sommets aussi bien que les autres régions de ces organes sont entièrement *indemnes de lésions tuberculeuses* récentes ou anciennes. La plèvre est parfaitement lisse et ne présente pas le moindre épaississement, pas la moindre adhérence. A droite, dans la scissure interlobaire, nous trouvons à la face inférieure du lobe supérieur une plaque jaunâtre, ossiforme, de deux centimètres carrés d'étendue environ, comme enchâssée dans la plèvre, qui ne présente pas la moindre trace de réaction inflammatoire au pourtour. Ce tissu ne pénètre pas dans le poumon, puisqu'il n'a pas plus de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, il est absolument dur, résistant au scalpel et se brise sous les doigts à cause de sa minceur.

Dans le lobe inférieur, nous trouvons à la partie moyenne de sa face externe, immédiatement sous la plèvre, deux grains formés d'un tissu semblable, gros comme des lentilles.

A gauche, nous en découvrons également en deux points différents; à la face inférieure du lobe supérieur, vers le point de départ de la scissure, également sous la plèvre; dépôt mince, ne s'enfonçant pas dans le poumon; cette petite plaque a les dimensions d'une lentille. Une autre, grosse comme un grain de blé, existe sur le lobe inférieur, sous la plèvre, à la réunion des faces inférieure et interne du poumon. Ces deux dernières sont d'une couleur gris bleuâtre, mais leur compacité est déjà très prononcée.

Le *foie*, la *rate* ne renferme rien d'extraordinaire. Les deux *reins* sont congestionnés. Pas de tubercules dans le péritoine.

Détail important, les ganglions des cavités splanchniques n'ont pas de développement anormal; c'est à peine si l'on retrouve les ganglions mésentériques et lombaires; quant à ceux de la racine des poumons, ils ont leur coloration noirâtre habituelle, mais ne dépassent pas le volume de gros pois. De même, les ganglions inguinaux sont normaux.

Le système ganglionnaire ne paraît pas être la voie de généralisation du tissu morbide, si toutefois il y a bien généralisation, ce qui paraît probable cependant.

Revenons au squelette, il n'a pas été possible de toucher aux membres supérieurs ; mais nous avons enlevé les 4e et 5e côtes gauches, une côte droite qui était atteinte dans son extrémité postérieure, au niveau de l'articulation vertébrale, en dedans de la tête. Même tissu ostéoïde partout.

Nous avons pu constater que le corps de la sixième vertèbre dorsale présentait une augmentation de volume considérable ; il y aurait également des bosselures indurées très évidentes sur d'autres corps vertébraux.

Les deux os iliaques étaient aussi malades. A gauche, la lésion est très intéressante. Le tissu morbide est encore contenu en dedans des deux tables compactes ; mais il entoure le cartilage de l'épiphyse marginale qui se montre sous l'aspect d'une petite bande rosée, festonnée, de 1 millimètre environ d'épaisseur.

A droite, la lésion est plus avancée; il y a des couches sous-périostales toutes récentes, grises et demi-molles, elles s'enlèvent assez facilement. A l'intérieur de l'os, même aspect des lésions sur lequel il serait fastidieux de revenir.

Le squelette du genou droit nous a donné par comparaison avec le gauche des résultats très intéressants, car il nous a montré les phases premières de l'affection qui débute, à n'en pas douter, au voisinage du cartilage épiphysaire, mais à son niveau même, ce que le microscope seul pourrait affirmer, sur une coupe verticale antéro-postérieure de l'extrémité inférieure du fémur droit, nous constatons d'abord l'absence de toute espèce de productions sous le périoste, mais l'épiphyse renferme au milieu de son tissu spongieux qui semble même très ramolli un noyau gris rosé, assez ferme, du volume d'une amande grenue à la coupe. Il siége presque en entier au-dessus du cartilage de conjugaison qui disparait même en un point dans la partie inférieure de ce dépôt morbide.

Sur l'épiphyse tibiale, même apparence, il y a un noyau du volume d'une cerise, à cheval sur le cartilage de conjugaison qui le coupe par sa partie moyenne, à l'œil nu, le cartilage disparaît et se perd au niveau de ce tissu pathologique.

Rien à noter sur le péroné qu'un ramollissement manifeste du tissu spongieux de l'épiphyse supérieure.

Nous serons sobre de réflexions sur ce cas singulier, avant que le Laboratoire d'histologie de Clamart n'ait fourni une note par l'intermédiaire de mon ami et distingué collègue Quenu qui a bien voulu se charger d'examiner quelques fragments de ces tumeurs.

Cependant nous ne pouvons nous empêcher de rappeler, en terminant, la thèse de M. Bouveret, notre ancien collègue, sur une tumeur *osseuse à ostéoblastes*. Peut-être aussi le cas que nous avons eu sous les yeux est-il un spécimen rare de l'affection à laquelle Muller a donné le nom de cancer ostéoïde et que d'autres auteurs ont appelée sarcome ossifiant ? C'est l'opinion de M. Houel. Acceptons-la dans la mesure que permet le seul examen microscopique.

M. Barié. Cette observation pourrait être, je crois, rapprochée du fait publié par M. Bouveret dans sa thèse, en 1878, sous le nom de *tumeur osseuse généralisée*. Le point de départ était dans la charpente osseuse du thorax; on trouvait des tumeurs secondaires dans le cœur, les reins, les muscles, etc. Les poumons, contrairement au cas présent, étaient indemnes de toute généralisation. Ces deux cas mériteraient d'être comparés l'un à l'autre.

Séance du 20 *juin* 1879. — Présidence de M. Charcot.

12. Compression du canal cholédoque chez un enfant de 14 ans par des ganglions lymphatiques. — Cirrhose hypertrophique consécutive. — Mort par hémorrhagie ; par Ed. Duvernoy, interne des hôpitaux.

Le 6 mai 1879 entre à la Pitié, salle Saint-Athanase, lit n° , service de M. Gallard, suppléé par M. Raymond, le nommé Fr. Noyer, âgé de 14 ans.

Cet enfant raconte qu'il n'a jamais été bien portant, qu'il a toujours eu des croûtes dans les cheveux et sur la face, qu'il a souffert des yeux et qu'il a toujours eu des glandes autour de la mâchoire. Il y a deux ans environ, à la suite d'une frayeur, il serait devenu jaune sans avoir ressenti aucune douleur à l'hypochondre droit, sans avoir eu à aucun moment ni vomissements, ni diarrhée. — Depuis cette époque, il aurait conservé sa teinte ictérique, il aurait gardé un peu d'appétit, mais aurait maigri et perdu beaucoup de ses forces. Il y a trois ou quatre mois, il a eu des saignements de nez peu abondants, mais qui se sont répétés presque tous les jours pendant une quinzaine de jours.

Actuellement, cet enfant qui semble n'avoir qu'une dizaine d'années, est absolument cachectique, d'une maigreur extrême.

Toute sa peau offre une coloration jaune franchement ictérique, ainsi que ses conjonctives ; de plus, on observe sur les jambes une éruption acnéiforme très confluente. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens sont tous très augmentés de volume. Un ou deux ont le volume de grosses noix. On n'en trouve ni dans les aines, ni dans les aisselles.

L'abdomen n'est pas développé d'une façon anormale. Les parois n'en sont pas sillonnées par des veines dilatées. La palpation n'y est pas douloureuse. La percussion ne dénote pas l'existence d'ascite, mais fait reconnaître une augmentation très notable de la matité hépatique et de celle de la rate. On ne peut pas limiter très exactement à la palpation le bord tranchant du foie, mais la percussion donne sur la ligne mamelonnaire une matité de 15 centimètres environ. L'examen des organes thoraciques ne révèle aucun phénomène anormal.

Le petit malade ne se plaint d'aucune douleur. Il boit bien, mange avec un peu d'appétit, sans vomir jamais ; mais il a généralement plusieurs selles par jour. Il se plaint surtout d'être excessivement faible. Les urines qui présentent la coloration acajou foncé ne contiennent pas d'albumine.

En présence de cet ictère chronique, datant de deux ans, n'ayant déterminé jusqu'ici que de légères épistaxis, nous pensâmes tout d'abord que nous avions affaire à un ictère par

rétention biliaire. Nous ne pouvions songer un instant à une oblitération calculeuse quelconque, et à cause de l'âge du sujet, et à cause de l'absence totale de symptômes de lithiase biliaire. La rareté des échinocoques multiloculaires, surtout en France, nous les fit écarter aussitôt. L'augmentation du volume du foie devait faire penser à la cirrhose hypertrophique ; le jeune âge du malade fit que nous ne nous arrêtâmes pas absolument à cette idée.

La cachexie scrofuleuse de cet enfant, la présence de ganglions nombreux dans les régions sus-hyoïdienne et parotidienne nous portèrent à penser que les ganglions lymphatiques du hile du foie pourraient bien être augmentés de volume comme les autres, comprimer le canal cholédoque et amener cet ictère chronique et cette augmentation de volume du foie.

Notre diagnostic fut donc : ictère chronique par compression du canal cholédoque au moyen de ganglions lymphatiques hypertrophiés. Nous verrons que l'autopsie nous donna raison.

Le malade entré le 6 mai mourut le 18. Pendant les premiers jours de son séjour, il ne présenta aucun symptôme particulier ; mais bientôt apparurent des épistaxis de peu de durée au début, mais qui se répétaient fréquemment ; puis les gencives devinrent le siége d'un suintement sanguin continu. Les lèvres étaient constamment couvertes de sang coagulé. L'enfant s'affaiblissait de plus en plus.

Le 17, des hémorrhagies se manifestèrent non seulement par le nez et les lèvres ; mais par les oreilles ; il y eut des hématémèses, des hémorrhagies intestinales qui enlevèrent promptement le petit malade.

L'Autopsie fut faite le 19 mai. — Les *poumons* étaient simplement un peu œdémateux, mais ne contenaient pas de tubercules. Les ganglions bronchiques étaient très augmentés de volume, mais ne comprimaient ni la trachée. ni les bronches. Le *cœur* n'offrait absolument rien d'anormal.

La cavité péritonéale ne contenait pas de sérosité en excès. L'*estomac* était sain ; on ne put découvrir le vaisseau qui avait donné lieu à l'hématémèse terminale ; les reins offraient un léger degré de dégénérescence graisseuse. La *rate* était énorme, pesant près de 600 grammes, sa consistance, sa structure à l'œil me paraissaient normales. Le *foie* était également fort volumineux, son bord antérieur descendait très bas au-dessous des fausses côtes, sous forme d'une mince languette. Le poids total de la glande atteignait 2000 grammes. La vésicule était pleine d'un liquide incolore filant. La surface du foie était lisse, à la partie médiane de la face convexe, la séreuse était notablement épaissie.

En examinant avec soin le hile du foie et en cherchant à découvrir le canal cholédoque, on trouve que ce dernier était pour ainsi dire emprisonné entre deux ganglions lymphatiques du volume d'une noix environ chacun, qui nécessairement devaient le comprimer fortement et empêcher, sinon totalement, du moins en partie, le passage de la bile de la vésicule dans le duodénum.

Nous avions donc là la vérification du diagnostic porté pendant la vie. L'examen histologique, pratiqué par notre excellent ami Letulle, montra que l'altération hépatique était bien de la cirrhose hypertrophique d'origine biliaire.

Réflexions. — Ce fait nous semble intéressant à plusieurs titres. Il s'ajoute, en effet, aux faits déjà signalés de cirrhose hypertrophique ayant pour origine une obstruction plus ou moins complète des gros conduits biliaires.

Les faits d'ictère chronique par compression du canal cholédoque chez les enfants semblent rares : Rilliet et Barthez disent, en effet, que souvent les ganglions qui occupent la scissure du foie sont tuberculeux et que la compression qu'ils exercent sur la veine-porte doit avoir pour effet la production d'un épanchement dans le péritoine, bien plus facilement que quand la veine-cave est comprimée, mais ils sont absolument muets sur l'existence de l'ictère chronique.

J. Simon, dans l'article Ictère du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Straus, dans sa thèse d'agrégation, disent bien que l'ictère chronique peut reconnaitre pour cause une compression du canal cholédoque par des ganglions lymphatiques hypertrophiés, mais ils insistent peu sur ce point et disent peu de choses sur le diagnostic. Enfin, ce qui nous a permis de diagnostiquer la nature de l'affection, c'est le volume des ganglions lymphatiques qui entouraient la mâchoire inférieure. Sans eux, nous aurions été très embarrassés pour le diagnostic, étant donnée la rareté de la cirrhose hypertrophique chez les enfants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Contracture réflexe ascendante d'origine traumatique. — Au nom de M. le professeur Dubrueil (de Montpellier), M. le secrétaire général lit une observation de contracture réflexe d'origine traumatique.

Une jeune fille tombe sur la paume de la main, d'où *entorse* du poignet. Très-rapidement, les muscles extenseurs de la main se contracturent, la main se place dans l'extension forcée, et les *interosseux palmaires* se prenant à leur tour, les doigts viennent à s'imbriquer d'une façon spéciale ; disposition intéressante, et qui a été déjà signalée pour la première fois par M. Dubrueil dans une communication antérieure, à la Société de chirurgie. Fait non moins intéressant, exceptionnel sans doute, et dont M. Dubrueil a encore signalé un exemple, la température du côté malade était moins élevée que celle du côté sain. Ainsi qu'il avait été fait à Lariboisière, chez un malade de M. Verneuil, ainsi qu'il l'avait fait autrefois chez un de ses malades, M. Dubrueil combat la contracture réflexe par les courants continus ascendants. En même temps, il applique un vésicatoire sur la colonne vertébrale, au niveau de l'origine problable des nerfs se rendant aux muscles contracturés. Le relâchement des muscles s'accentue après chaque séance, et il y a tout lieu de croire que la guérison s'est faite complète.

De l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle. — La précédente communication de M. Terrillon donne lieu à un échange d'observations entre MM. Trélat, Lucas-Championnière, Périer et Terrillon.

Elles ne font que fortifier les propositions déjà émises par le chirurgien de Lourcine. Il en résulte que le bromure d'éthyle est supérieur à l'éther, soit comme anesthésique local, soit comme anesthésique général ; il ne prend jamais feu, le réveil est des plus faciles et jamais il n'y a de vomissements. D'autre part, si le bromure d'éthyle se trouve assez couramment employé en Amérique, il importe de ne pas oublier que déjà, en 1854, M. Ed. Robin a fait à l'Académie des sciences une importante communication sur cet agent anesthésique.

Amputation du col de l'utérus par le thermo-cautère. — M. Guéniot fait un rapport sur une observation de M. Eustache (de la Faculté catholique de Lille). Une femme se plaignant d'être stérile, vient trouver M. Eustache pour un allongement *non hypertrophique* du col de l'utérus. Le col très-allongé, mais sans augmentation de ses diamètres transverses, fait saillie dans la cavité vaginale, renflé à la façon d'un battant de cloche et l'amputation en est décidée. M. Eustache la pratique au moyen du thermo-cautère, mais voilà qu'une fumée épaisse remplit le vagin, que le spéculum devenu très-chaud provoque des douleurs intolérables ; sept fois, M. Eustache, inonde d'eau fraîche la cavité vaginale, et sept fois les mêmes phénomènes se reproduisent ; d'où longueur excessive de l'opération. Aussi, quelle qu'ait été l'excellence du résultat final, quoique le col ait conservé sa perméabilité, le chirurgien de Lille se montre-t-il peu enthousiaste du thermo-cautère en pareille occurrence. Il n'hésiterait pas à lui préférer le bistouri, mais M. Guéniot pense que l'écraseur linéaire et le serre-nœud sont deux instruments à ne pas dédaigner.

M. Trélat. Un instrument surtout et presque à l'exclusion de tout autre, mérite d'être employé dans l'amputation du col de l'utérus. C'est l'*anse galvano-caustique*. Se servir du thermo-cautère, en pareil cas, c'est n'avoir ni l'expérience de l'instrument. ni l'expérience de la tumeur.

M. Desprès. Je me rallie, sans réserve, à l'opinion de M. Trélat. Chaque fois qu'on a à pratiquer une opération la-

borieuse, soit dans le vagin, soit dans la bouche, le thermo-cautère est un instrument détestable : d'abord, parce qu'il détermine une fumée épaisse, ensuite, parce qu'il engendre des brûlures périphériques. Deux fois, j'ai amputé le col atteint d'allongement, non de cet allongement intermittent, si bien connu d'Huguier, mais d'allongement *permanent* ; dans les deux cas, je me suis servi de l'anse galvano-caustique, modifiée par Collin, la femme étant placée dans la position américaine, position que je recommande fortement, et le résultat a été des meilleurs. Avec l'anse galvano-caustique, en effet, il n'y a à craindre ni fumée, ni cautérisations de voisinage, ni hémorrhagies. Non seulement elle est bien supérieure au thermo-cautère, mais elle est encore préférable à l'écraseur linéaire, qui détermine, surtout chez les femmes jeunes, des contusions parfois très dangereuses, des douleurs excessives, et dans quelques cas une inflammation violente.

Je dois le dire en terminant, je n'ai jamais observé l'allongement non hypertrophique dont nous a parlé M. Guéniot : jamais je n'ai observé ces renflements en battant de cloche. chaque fois, j'ai eu affaire à un col taillé en bec de flûte.

M. Lucas-Championnière s'est servi, lui, du thermo-cautère; si on le chauffe très-peu, on n'a point de fumée ; il trouve donc la proposition de M. le professeur Trélat trop absolue. Il est vrai qu'il s'est servi du *ciseau* thermo-cautère et non du couteau.

M. Trélat. M. Desprès affirme n'avoir observé dans les allongements du col, que la forme en bec de flûte. Or, il en existe deux autres variétés : dans certains cas, la lèvre postérieure s'hypertrophiant prend la forme d'un battant de cloche ; dans une dernière variété, le col hypertrophié, s'étale, se renfle en tête de clou. C'est cette forme qui a été souvent prise comme appartenant à la métrite chronique.

Que j'aie eu affaire à l'une ou à l'autre de ces 3 formes, je me suis toujours servi de l'anse galvano-caustique, cherchant à réaliser une constriction *puissante* avec une *basse* température. Ayant quelque peu contribué à la naissance du *ciseau* thermo cautère, je n'ai pas de mal à en dire : mais s'il peut rendre des services dans la forme en battant de cloche, il est mauvais dans la forme conique et absolument mauvais dans la dernière variété.

M. Desprès fait observer que les 3 variétés de M. Trélat renferment à la fois des allongements hypertrophiques, et des allongements non hypertrophiques. Il y a là une confusion à éviter.

M. Marc Sée n'est pas éloigné, dans le cas d'amputation du col utérin, de préférer le bistouri et au thermo-cautère et à l'écraseur linéaire et à l'anse galvano-caustique elle-même. Le bistouri lui semble avoir pour principal avantage d'empêcher ces oblitérations ou ces rétrécissements de la cavité cervicale qu'on peut craindre par les autres moyens d'exérèse. Pour cela faire, il importe de sectionner le col obliquement, en forme d'entonnoir creux, à sommet supérieur, quitte à rapprocher ensuite la muqueuse vaginale de la muqueuse de la cavité cervicale.

M. Le Dentu a amputé un col conique par l'instrument tranchant. Il a eu une hémorrhagie telle qu'il se rattache absolument à l'anse galvano-caustique. S'il avait à se servir de l'écraseur linéaire, il userait d'aiguilles spéciales, à forme de tête de cigogne, qu'il a imaginées et avec lesquelles il accrocherait le col. En raison de leur forme, ces aiguilles fixent la chaine et l'empêchent de dérayer.

MM. Guéniot et Desprès croient imaginaires les craintes de M. Marc Sée sur l'oblitération possible de la cavité cervicale.

Des lésions du sciatique poplité externe dans les fractures de l'extrémité supérieure du péroné. — M. S. Duplay. J'ai observé deux malades atteints de fracture de l'extrémité supérieure du péroné. Pris, soit par un arbre de couche, soit dans une courroie de transmission, ils ont subi de violents mouvements de rotation, et à chaque tour, leur jambe allait buter contre une muraille voisine : de là, une fracture de l'extrémité supérieure du péroné, caractérisée par les signes suivants : saillie constituée par la tête du péroné fortement recourbé, mobile latéralement, immobile de haut en bas, adhérente au tendon du biceps ; dépression profonde au-dessous ; mobilité en dedans tout à fait anormale de l'articulation du genou ; absence d'épanchement dans l'articulation. Il est certain que la tête du péroné a été arrachée par le tendon du biceps, et par le mécanisme de la flexion forcée en dedans. Mais ce que ces fractures présentent de spécial c'est que le sciatique poplité externe a été lésé au niveau de l'un des fragments ; de là, perte de la sensibilité sur le territoire correspondant, de là, aussi, paralysie des muscles innervés par ce nerf ; soit que les lésions nerveuses aient été immédiates, soit qu'elles aient résulté de l'enclavement ultérieur du nerf. L'un des deux malades est mort de désordres concomitants : chez l'autre, la paralysie persiste encore, en dépit de tout traitement, et cela depuis plusieurs mois, fait des plus importants au point de vue du pronostic de la lésion.

M. Maurice Perrin a observé un fait analogue chez un cavalier qui avait eu la jambe prise sous son cheval. Le mécanisme a été celui de la flexion forcée en dedans. Chez lui aussi la paralysie résultant de la lésion nerveuse persiste, mais l'articulation du genou a présenté un certain épanchement.

P. Méricamp.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 25 février 1880. — Présidence de M. Trélat (1).

Influence du tabac sur la grossesse. — M. Goyard a fait, il y a deux ans, une enquête sur la santé des ouvrières de la Manufacture des tabacs et sur celle de leurs enfants ; les résultats ont été tout à fait confirmatifs de ceux présentés par M. Delaunay. Ces enfants sont chétifs, d'une pâleur blême, ils ont un cachet particulier qui permet de les différencier aisément. Dans les épidémies, ce sont les premiers frappés ; ils supportent mal les épreuves de la dentition, ils sont plus aptes à contracter les maladies de leur âge, et une fois atteints ils n'offrent aucune résistance. Les convulsions sont très fréquentes chez eux, ce qui peut être attribué à la grande dépression de leur système nerveux. M. Goyard a su également des médecins et sages-femmes exerçant dans le Gros-Caillou, que les ouvrières sont influencées pendant leur grossesse par les émanations toxiques qu'elles respirent; les fausses-couches sont plus fréquentes. Quelque difficile que soit l'établissement des statistiques à cet égard, il tient cependant du Dr Jacquemart des chiffres qui seraient une éclatante confirmation de ce qui a été avancé : Sur 100 cas de grossesse que ce médecin a pu grouper chez les ouvrières des Manufactures de tabac, il y a eu 45 avortements ou accouchements prématurés, en outre, 15 des enfants, nés vivants, sont morts quelques jours ou quelques heures après leur naissance. Dans une autre étude comparative, M. Jacquemart, dit que parmi les enfants survivants, ceux qui sont allaités par leur mère présentent, dans la première année, une mortalité de 10 0/0 plus élevée que ceux qui sont élevés au biberon.

Discussion sur la création des dépôts mortuaires. — M. Du Mesnil. Dans la proposition que j'ai présentée à la Société, de même que dans le rapport dont elle a été l'objet, M. Napias et moi, avons pris grand soin de spécifier que nous demandions la création de dépôts mortuaires bien moins pour supprimer une cause de propagation des maladies contagieuses, que pour faire cesser cette promiscuité révoltante et souvent si dangereuse des morts et des vivants. Je ne retiendrai donc de la communication de M. de Ranse que ceci : c'est qu'il déclare qu'au point de vue de la philanthropie et de l'hygiène, l'institution de dépôts mortuaires présente de sérieux avantages. A ceux de nos collègues qui ont paru se préoccuper de la présence, dans les dépôts, de morts ayant succombé à des affections contagieuses, nous répondrons qu'il est facile de créer, pour ces cas spéciaux, des salles spéciales d'isolement dans la maison mortuaire. Au nom de la commission, et afin d'éviter une plus longue discussion relativement à la question des maladies épidémiques et contagieuses, je restreindrai mes conclusions à celles seules qui visent l'utilité des dépôts

---

(1) Voir le n° 11.

mortuaires, comme moyen de faire cesser la promiscuité des vivants et des morts dans les logements insuffisants :

M. Du Mesnil dépose en conséquence les conclusions suivantes : 1° Le dépôt mortuaire sera établi, autant que possible, à proximité du centre de chaque quartier, dans un bâtiment isolé ; — 2° le dépôt mortuaire sera un dépositoire simplement et décemment aménagé, distribué en cellules complétement isolées et chaque famille pourra venir veiller jusqu'au dernier moment sur ceux qu'elle a perdus ; — 3° le transport au dépôt mortuaire sera facultatif ; — 4° les corps y seront transportés aussitôt la visite du médecin de l'état-civil et sur son indication par les soins de l'Administration municipale ; — 5° à chaque dépôt mortuaire sera annexé un appareil de désinfection à air chaud où seront apportés les vêtements et les objets de literie des décédés. Ils y seront immédiatement assainis.

M. de Ranse déclare n'avoir rien à objecter aux conclusions modifiées que vient de présenter M. Du Mesnil.

M. E. Perrin. La question de l'utilité des dépôts mortuaires de la nature de ceux que réclame M Du Mesnil ne nous paraît pas contestable ; aussi, les objections que nous nous proposons de faire, à propos des conclusions du mémoire, ne porteront-elles que sur deux de ces conclusions ; sur celle qui a trait au transport obligatoire des morts qui ont succombé aux maladies épidémiques et contagieuses et celle qui vise l'établissement, dans la maison mortuaire, d'un local réservé pour ces mêmes morts. A quoi bon, en effet, diriger obligatoirement sur les dépôts mortuaires le cadavre d'un individu décédé des suites d'une affection réputée contagieuse quand des règlements de police (circulaire du 30 octobre 1865) permettent aux médecins vérificateurs de réclamer de l'Administration la mise en bière et au besoin l'inhumation *immédiate* non seulement quand l'état du cadavre le réclame, mais encore quand cela est nécessité par l'exiguité des logements et le danger d'infection cadavérique dans la famille du décédé. L'exclusion du dépôt mortuaire de tout individu ayant succombé à une affection épidémique ou contagieuse. aurait le précieux avantage d'en faire accepter plus sûrement l'usage par les familles, et préviendrait la désertion des habitants domiciliés dans le voisinage du susdit dépôt. Il serait utile en outre, une fois ce dépôt établi, d'y établir une chambre où seraient transportées les personnes décédées tout à coup sur la voie publique ou dans les lieux publics de réunion, lorsqu'elles seraient étrangères à la ville de Paris et que leur identité aurait été constatée ; cela éviterait le chemin écœurant de la Morgue, en attendant l'inhumation ou la réclamation du corps par la famille. Mes conclusions seront donc les suivantes : 1° Exclure du dépôt mortuaire projeté, contrairement aux articles 4 et 5 du rapport de la commission, tout individu décédé d'une affection épidémique et contagieuse ; 2° inviter l'autorité municipale à assurer dans la ville de Paris, par un complément de mesures administratives, le fonctionnement permanent et quotidien d'un service spécial d'inhumation pour les cas dits d'*urgence*, conformément aux instructions contenues dans la circulaire préfectorale en date du 30 octobre 1865.

M. Leroy de Méricourt adopte en principe l'utilité des dépôts mortuaires, mais il s'associe entièrement aux réserves de M. Perrin. L'établissement de ces dépôts rencontrera une grande difficulté dans la population parisienne qui a un véritable culte pour ses morts. Il signale ensuite les obstacles matériels qui se présenteront lors du choix de l'emplacement de ces monuments funèbres, car ceux-ci seront une cause de dépréciation pour les propriétés qui seront situées à proximité. Il ne croit l'établissement admissible, en pratique, que dans les cimetières ou à l'entrée des cimetières, ou enfin sur des terrains excentriques et peu habités.

M. Du Mesnil répond que l'installation des dépôts mortuaires dans les cimetières n'atteindrait aucunement le but qu'il s'était proposé et qui était de permettre aux familles pauvres de ne pas se séparer de leurs morts jusqu'au moment de l'inhumation ; les cimetières sont, en effet, à une grande distance non pas seulement du centre, mais encore de la périphérie de la cité.

Après un échange d'observations entre MM. Leroy de Méricourt, Perrin, Napias, Du Mesnil, Proust et Bonnamaux, M. le Président met aux voix les conclusions modifiées présentées au nom de la commission. Ces conclusions sont adoptées à une grande majorité. A. Blondeau.

CORRESPONDANCE

A propos du danger de la perforation des parois utérines par l'hystéromètre.

A Monsieur C. Gallard, médecin de la Pitié, etc.

En parcourant la page 312 de la seconde édition de vos *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, je viens de trouver le passage suivant : « C'est vous dire que je ne saurais considérer comme chose aussi innocente que le prétend Demarquay, la perforation des parois utérines, et que, *contrairement à son assertion reproduite par Dupuy*, je suis disposé à la considérer comme un des accidents les plus graves qui puisse survenir entre les mains d'un praticien qui manie l'hystéromètre d'*une façon brutale ou maladroite.* »

Or, je crois qu'il serait difficile de justifier par une lecture consciencieuse de mon mémoire sur la *Perforation des parois utérines par l'hystéromètre* l'opinion que vous voulez bien me prêter. Ce travail a été inséré dans le *Progrès médical* en septembre 1873, c'est-à-dire trois ans avant la publication du *Traité clinique des maladies de l'utérus*, par Demarquay et Saint-Vel (Paris, Delahaye, 1876). Je ne pouvais donc reproduire l'assertion de ces auteurs. Ce sont eux, au contraire, qui m'ont cité (Voir, p. 42). Mais je dois dire que l'idée de mon mémoire m'a été suggérée par un fait observé, pendant mon internat, dans le service de Demarquay; mon regretté maître m'a en outre communiqué trois autres observations empruntées à sa pratique.

Reste à démontrer maintenant que jamais je n'ai considéré la perforation utérine comme une *chose innocente!* Pour cela, il suffira de reproduire quelques passages d'un chapitre intitulé : *Conséquences et complications possibles de la perforation de la matrice par la sonde utérine.* Je cite textuellement : « Dans les 17 cas que nous avons trouvés dans la science, il n'est survenu aucun accident sérieux... Mais vouloir, ainsi que l'ont fait certains gynécologistes allemands, *conclure de ces faits à l'innocuité de la perforation de l'utérus serait, à nos yeux, une grave imprudence.* Et d'abord, il nous semble fort probable qu'un certain nombre de cas malheureux n'ont pas été publiés ; d'autre part, de la lecture même des observations que nous avons résumées, nous pouvons conclure que la *perforation des parois utérines peut entraîner des complications excessivement sérieuses.*

» Ainsi, chez la malade de l'obs. I, le parenchyme utérin était vascularisé au point de présenter les caractères d'un véritable tissu caverneux. N'aurait-on pu, en pareil cas, provoquer une véritable hémorrhagie et *un épanchement péritonéal grave?* Dans l'une des observations de Hildebrandt, nous avons vu ce chirurgien repousser, avec l'hystéromètre introduit dans l'abdomen, un abcès ovarique considérable, existant du côté droit ; sans aucun doute, *une manœuvre semblable, pratiquée dans des conditions analogues, pourrait amener la rupture de la poche purulente et consécutivement une péritonite mortelle.* Est-il besoin, du reste, de rappeler ici *combien la matrice est un organe susceptible et que les opérations les plus simples pratiquées sur elle ont été suivies parfois de redoutables complications?*

» Aussi, pensons-nous que lorsqu'on trouve un utérus mou, flasque, sans contours nettement limités, ou dans *toute autre condition permettant de prévoir une perforation facile du parenchyme, il faut renoncer à l'hystéromètre, qui devient un investigateur infidèle, sinon dangereux.* »

Je pourrais multiplier les citations. Mais ne trouvez-vous pas, Monsieur, qu'elles sont déjà suffisantes pour vous prouver combien je suis éloigné d'avoir l'opinion que vous me croyez et d'admettre l'innocuité de la perforation des parois utérines?

Vous parlez d'ailleurs « du praticien qui manie l'hystéro-

mètre d'*une façon brutale et maladroite.* » Or, j'ai pris la précaution d'indiquer au début de mon étude que « *je n'avais pas en vue la perforation des parois utérines par l'hystéromètre, imputable à la maladresse ou à l'inexpérience du chirurgien.* »

DUPUY-WALBAUM.
Médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouveau laryngoscope; par le Dr J. MOURE.

M. le Dr Guéneau de Mussy a présenté à l'Académie, au nom du Dr E. J. Moure (de Bordeaux), un nouvel appareil destiné à remplacer la lumière de Drummond (lumière oxydrique) pour l'éclairage du larynx et des fosses nasales postérieures.

Ce nouvel instrument (*Fig. 28*), construit chez M. Ch. Dubois (1), et fait surtout pour les démonstrations laryngoscopiques se compose :

1° D'une lanterne CC' dont les faces supérieure et inférieure sont percées d'un trou pour le passage du verre de la lampe E, dans l'intérieur de la lanterne et en arrière de la flamme est placé un réflecteur L destiné à projeter les rayons lumineux du côté opposé où se trouve une ouverture de forme circulaire mesurant 12 cent. de diamètre.

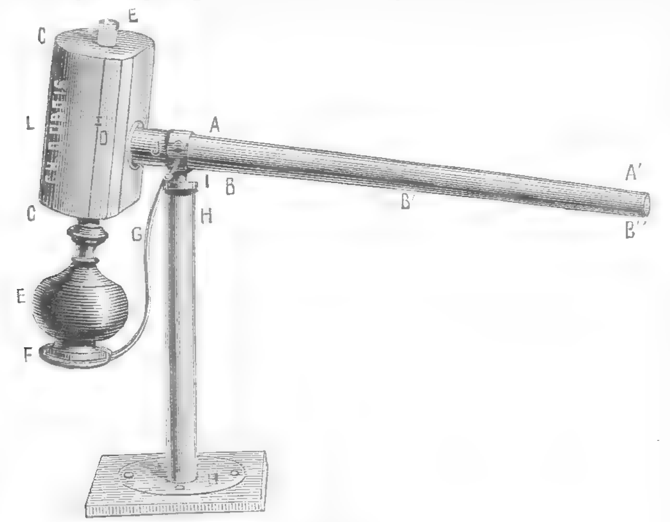


Fig. 28.

2° A l'ouverture antérieure de la lanterne vient s'emboîter un tube AA' mesurant 95 cent. de long dans l'intérieur duquel sont placées quatre lentilles plan convexe B', B'', B''', B'''' destinées à fournir en dehors du tube un faisceau lumineux assez intense pour éclairer nettement le larynx.

3° Deux coussinets J permettent de diriger les rayons lumineux de haut en bas ou réciproquement ; les mouvements de latéralité s'obtiennent à l'aide d'un tube I glissant à frottement doux dans un cylindre HH' qui sert de pied à l'appareil et que l'on peut fixer lui-même par son extrémité inférieure sur une table ou tout autre support.

4° Enfin entre la coussinière J et la lanterne CC' se trouve une tige G dont l'extrémité inférieure munie d'un plateau F supporte la lampe E qui doit fournir l'éclairage à l'appareil. Inutile d'ajouter que le plateau et la lampe suivent tous les mouvements du tube AA et conservent toutes les positions que l'on veut leur donner.

VARIA

Concours d'agrégation en médecine.

Les épreuves du concours se sont terminées jeudi soir, 25 mars, par les nominations suivantes :

Paris : MM. Joffroy, Landouzy, Troisier, Raymond.
Lyon : MM. Bouveret, Vinay, Perret.
Montpellier : MM. Mossé, Moriez, Regimbeaud.
Bordeaux : MM. Arnozan et Rondot.

Etude sur les eaux de la Bourboule (2).

V. — Voici comment M. F. Morin décrit la tuberculose du poitrinaire, en opposition à celle du scrofuleux :

« Un homme, qui, jusqu'à sa puberté, a eu les apparences d'une santé parfaite, tousse tout-à-coup. Il prend la fièvre, et, après un temps plus ou moins long, crache positivement une partie de ses poumons, est miné par la fièvre hectique et meurt dans l'amaigrissement le plus complet auquel un être vivant puisse être réduit.

» Quelquefois, les accidents marchent avec une rapidité telle que la maladie est souvent confondue dans sa première période avec la fièvre typhoïde. Mais, en général, la marche est beaucoup plus lente, et offre un type que tout le monde connait bien sous le nom de phthisie pulmonaire. »

Le développement des accidents ne ressemble donc aucunement à celui des diverses manifestations de la scrofule ; et une place à part est d'autant mieux due à la phthisie, que cette terrible maladie est devenue de plus en plus fréquente, et tellement funeste dans les villes, que M. Morin a pu, dans le mémoire qu'il adressait, il y a deux ans, à l'Académie, sur sa curabilité par la diète lacto-phosphatée, lui donner le nom de *choléra permanent de notre époque.*

M. F. Morin ne pouvait étudier le traitement de la phthisie à La Bourboule, sans parler de la station thermale voisine, le Mont-Dore ; car, pour bien indiquer dans quel cas il convient d'envoyer un phthisique à La Bourboule, il est essentiel d'établir ce qui différencie les deux stations, au point de vue du traitement des affections des voies repiratoires.

M. Morin commence par faire la part du Mont-Dore :

« Ses eaux sont toniques, sédatives, antifébriles ; elles décongestionnent le poumon, calment et diminuent l'hémoptysie que provoquent au contraire les Eaux-Bonnes et autres eaux sulfureuses. Tous les phthisiques purs se trouvent donc bien au Mont-Dore.. »

La Bourboule revendique ceux « dont le terrain est semé de manifestations strumeuses ou herpétiques. » C'est ainsi qu'une jeune femme présentant des symptômes de phthisie au second degré, mais ayant un chaine de ganglions hypertrophiés autour du cou, et devenue lymphatico-strumeuse à la suite de couches, fut dernièrement envoyée par des médecins du Mont-Dore à La Bourboule, et y fut guérie.

Le Dr Burgraeve, considérant la chloro-anémie et la leucocythémie comme prédisposant au tubercule, ne déclare-t-il pas les eaux de La Bourboule très-efficaces dans la phthisie débutante?.. « Nous n'en réclamons pas tant, dit M. Morin ; qu'on nous envoie sans crainte à la Bourboule tout phthisique qui offre en même temps des signes de lymphatisme exagéré, des adénites concomitantes, ou dont les antécédents auront été franchement dartreux ; et, sur tous ces malades, les eaux agiront d'une manière efficace. »

Un praticien bien connu, M. le Dr Noir, membre correspondant de la Société d'hydrologie médicale de Paris et médecin consultant à La Bourboule, a fait connaître, il y a six mois, plusieurs observations qu'il a recueillies, et qui fournissent des renseignements concluants sur la différenciation à établir entre les eaux du Mont-Dore et celles de La Bourboule, pour le traitement des affections des bronches et du poumon. La *Gazette médicale de Paris* a récemment publié une étude qui reproduit ces observations, et qui se termine par les conclusions auxquelles est arrivé le Dr Noir : « A La Bourboule doivent être traitées les affections pulmonaires se rattachant essentiellement à une diathèse ou à une constitution débilitée ; au Mont-Dore, au contraire, conviennent les affections dites essentielles, indépendantes de tout vice constitutionnel. »

M. Gubler disait, en 1874, que l'eau de La Bourboule lui semblait devoir modérer la fièvre symptomatique des lésions pulmonaires, et que son efficacité devait se manifester particulièrement chez les sujets lymphatiques et strumeux, atteints de phthisie lente, à formations caséeuses bien circonscrites, méritant le nom de scrofule interne.

Enfin, c'est ici le lieu de rappeler les résulats importants que M. le Dr Noël Guéneau de Mussy a obtenus à l'aide de l'eau de La Bourboule transportée, et qu'il a signalés aux praticiens qui suivaient sa clinique en novembre 1866. On peut lire ces observations très-concluantes dans le tome LXXII du *Bulletin général de thérapeutique.* Nous en résumerons quelques-unes que nous trouvons dans l'ouvrage du Dr Clérault sur *La Bourboule et ses eaux minérales* :

(1) 31, rue Saint-André-des-Arts.
(2) Voir les nos 7, 8, 9 et 11.

I. Il s'agissait d'une femme de trente ans, dont le père était mort phthisique à 42 ans ; dont la grand'mère était asthmatique, et la mère sujette à des douleurs rhumathoïdes. Elle a vécu jusqu'à son mariage dans son village de Basse-Normandie, à l'atmosphère brumeuse.

Asthmatique elle-même, elle n'a été réglée qu'à 19 ans, c'est-à-dire deux années après s'être mariée et être venue habiter Paris ; ses époques ont toujours été irrégulières. Elle a eu une seule grossesse, et la terminaison a été une fausse couche. Enfin elle a fait à 26 ans une fièvre typhoïde dont elle s'est très-lentement relevée.

Elle entre à l'hôpital ayant perdu son appétit, ses forces et son embonpoint, et de plus en plus affaiblie par des sueurs et une toux intense. On lui fait boire de l'eau de La Bourboule, qui amène rapidement une amélioration notable de la nutrition et de l'état des organes respiratoires. Elle quitte l'hôpital au printemps de 1866, et l'amélioration persiste pendant cinq mois.

Mais, à l'entrée de l'automne, tous les phénomènes anciens se reproduisent, et la malade rentre à l'hôpital à la fin d'octobre, avec les principaux caractères de l'emphysème pulmonaire, et *la livrée complète de la chlorose*. Après avoir employé les sédatifs et les révulsifs ordinaires, la jusquiame à l'intérieur, les onctions d'huile de croton dans le dos, pour calmer les phénomènes subaigus, on reprit l'usage de l'eau de La Bourboule, qui avait si bien réussi une première fois. Un progrès rapide se manifesta de nouveau, mais fut interrompu par de violents accès d'asthme coïncidant avec le retour de l'époque menstruelle. Les moyens usités en pareil cas ramenèrent le calme ; l'eau de La Bourboule fut reprise, et l'état de la malade s'améliora de jour en jour.

II. Au commencement de l'année 1866 une femme chétive et nerveuse, appartenant à une famille de tuberculeux, fut présentée à M. Gueneau de Mussy qui constata les caractères de la phthisie commençante, et l'envoya aux Eaux-Bonnes. Elle y but l'eau minérale à dose exagérée, et revint dans un état de surexcitation extrême, M. Gueneau de Mussy lui prescrivit des calmants et l'hivernage dans le midi. A son retour du midi la toux persistait avec les symptômes d'un nervosisme excessif. L'usage de l'eau de La Bourboule amena au bout de trois semaines l'apaisement de la toux, le rétablissement de l'embonpoint en même temps que le calme et la sérénité.

III. Un jeune homme, fils d'un pharmacien mort tuberculeux, vint trouver M. Gueneau de Mussy, qui l'examina avec le concours de deux autres médecins. Il y avait de la fièvre et des craquements au sommet droit. Après avoir obtenu l'apaisement des phénomènes aigus on le mit à l'eau de La Bourboule. Il en but plus longtemps qu'il n'avait été prescrit, pendant quatre mois, et M. Gueneau de Mussy le retrouva mangeant bien, ne toussant plus, avec une mine excellente, et en apparence tout-à-fait guéri. Il l'engagea à suspendre la médication pour la reprendre l'hiver suivant, pendant huit jours chaque mois.

Nous ne pouvons continuer ces citations qui dépasseraient le cadre de notre travail. Qu'il nous suffise d'ajouter que M. Gueneau de Mussy a obtenu, chez un certain nombre de malades encore, des résultats très satisfaisants.

Il lui est arrivé toutefois, dans quelques cas, de n'obtenir aucune amélioration, et d'être obligé de suspendre le traitement commencé. Pas plus que les autres médications opposées à la phthisie, l'eau de La Bourboule ne peut espérer des succès constants ; mais, comme le dit M. Gueneau de Mussy : « *C'est une arme de plus contre une maladie qui, le plus souvent, se joue de tous nos efforts* » et cette conclusion de l'illustre praticien nous paraît devoir être celle de tout le monde médical. *(A suivre.)*

Décret concernant la gratuité des inscriptions dans les Facultés.

Le Président de la République française ; sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ; vu la loi du 18 mars 1880 relative à la liberté de l'enseignement supérieur, et notamment les dispositions qui déclarent gratuites les inscriptions prises dans les facultés de l'Etat ;

Considérant qu'aux termes des lois ou décrets ou des contrats passés entre l'Etat et les villes pour les créations des facultés de droit de Lyon et de Montpellier, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie de Bordeaux, de Lille, de Lyon et de Toulouse, le produit des droits d'inscriptions était acquis aux caisses municipales en compensation des sacrifices imposés par l'Etat comme condition expresse de l'existence de ces établissements ;

Considérant qu'au cours de la discussion de la loi promulguée le 18 mars, il a été entendu et déclaré formellement qu'il sera tenu compte aux villes des sommes auxquelles les contrats antérieurs leur donnaient droit ; qu'au cours de la même discussion, il a été également entendu que les inscriptions seraient gratuites dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et qu'il serait tenu compte aux villes des sommes auxquelles la législation antérieure leur donnait droit ; décrète :

Art. 1er. — Les droits d'inscriptions cesseront d'être perçus à la date du 1er avril prochain, dans les facultés de l'Etat, les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. — La validation des inscriptions prises dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires ne donne lieu à la perception d'aucun droit, à quelque époque que remontent ces inscriptions et quel que soit le régime d'examen pour lequel les candidats ont opté.

Art. 2. — Il sera tenu compte aux villes dans lesquelles sont instituées des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, des sommes dont la perception leur était acquise à titre de droits d'inscriptions, en vertu des décrets antérieurs. — Il sera tenu compte des mêmes droits aux villes de Lyon et de Montpellier, en ce qui concerne les facultés de droit, et aux villes de Bordeaux, Lille, Lyon et Toulouse, en ce qui concerne les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, conformément aux dispositions des contrats passés précédemment entre l'Etat et les municipalités.

Art. 3. — Dans le premier trimestre de chaque année, le ministre de l'instruction publique arrêtera, sur le vu du relevé des inscriptions dressé par l'inspecteur d'académie et contresigné par le recteur, le compte des sommes qui, aux termes des lois ou conventions antérieures, seraient entrées dans les caisses municipales pour l'année précédente. — Le montant de la dépense pour les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires sera rattaché au chapitre 7 en un paragraphe spécial ; pour les facultés mentionnées au précédent article, il sera procédé par voie de réduction sur les sommes à reverser par les villes.

Art. 4. — Les ministres de l'instruction publique et des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Loi relative à la liberté de l'enseignement supérieur.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté, le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Les examens et épreuves pratiques qui déterminent la collation des grades ne peuvent être subis que devant les facultés de l'Etat. Les examens et épreuves pratiques qui déterminent la collation des titres d'officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes ne peuvent être subis que devant les facultés de l'Etat, les écoles supérieures de pharmacie de l'Etat et les écoles secondaires de médecine de l'Etat.

Art. 2. — Tous les candidats sont soumis aux mêmes règles en ce qui concerne les programmes, les conditions d'âge, de grades, d'inscriptions, de travaux pratiques, de stage dans les hôpitaux et dans les officines, les délais obligatoires entre chaque examen et les droits à percevoir au profit du Trésor public.

Art. 3. — Les inscriptions prises dans les facultés de l'Etat sont gratuites.

Art. 4. — Les établissements libres d'enseignement supérieur ne pourront, en aucun cas, prendre le titre d'universités. Les certificats d'études qu'on y jugera à propos de décerner aux élèves ne pourront porter les titres de baccalauréat, de licence ou de doctorat.

Art. 5. — Les titres ou grades universitaires ne peuvent être attribués qu'aux personnes qui les ont obtenus après les examens ou les concours règlementaires subis devant les professeurs ou les jurys de l'Etat.

Art. 6. — L'ouverture des cours isolés est soumise, sans autre réserve, aux formalités prévues par l'art. 3 de la loi du 12 juillet 1875.

Art. 7. — Aucun établissement d'enseignement libre, aucune association formée en vue de l'enseignement supérieur ne peut être reconnue d'utilité publique qu'en vertu d'une loi.

Art. 8. — Toute infraction aux dispositions des articles 4 et 5 de la présente loi sera punie d'une amende de 100 à 1,000 fr., et de 1,000 à 3,000 francs en cas de récidive.

Art. 9. — Sont abrogées les dispositions des lois, décrets, ordonnances et règlements contraires à la présente loi, notamment l'avant dernier paragraphe de l'art. 2, le paragraphe 2 de l'art. 5 et les articles 11, 13, 14 et 15 de la loi du 12 juillet 1875.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Asiles des aliénés de la Seine.

Concours pour la nomination aux quatre places vacantes d'internes en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. — Le lundi 26 avril 1880, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne,

rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'internes en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. Pourront concourir à l'internat en médecine dans les asiles Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse, tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans révolus, le jour de l'ouverture du concours, et ayant passé avec succès le premier examen de doctorat.

Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un certificat constatant qu'il a subi avec succès le premier examen de doctorat ; 4° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier.

Les épreuves du concours aux places d'internes en médecine sont réglées comme il suit : 1° Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux ; 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points.

Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le jury. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de chaque séance.

L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au au sort à l'ouverture de chaque séance.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires ; les suivants, en nombre égal, sont nommés internes provisoires. La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. Celle des fonctions d'interne provisoire de un an.

Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de huit cents francs. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter au concours, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (1), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 25 mars jusqu'au jeudi 8 avril 1880, inclusivement. Toute demande d'inscription faite après cette époque ne sera pas accueillie.

Assemblée nationale d'hygiène et de médecine publique à Bruxelles.

La Société royale de médecine publique de Bruxelles a organisé une assemblée nationale d'hygiène et de médecine publique qui se tiendra dans cette ville, au palais des Académies, dans le courant du mois d'août. Elle vient d'adresser le programme suivant à tous ses membres et aux personnes qui se trouvent en mesure d'aider à la solution des graves questions de médecine sociale, au nombre de sept, qui seront soumises à l'assemblée, laquelle devra s'inspirer d'idées pratiques immédiatement réalisables. Parmi ces questions figurent celle de la falsification des denrées alimentaires et les moyens pratiques de reconnaître les fraudes et de les réprimer. Les autres se rattachent au rôle des autorités, à propos des maladies contagieuses et des causes d'insalubrité. On y voit figurer, en outre, la question du plan d'une école primaire typique réalisant dans ses dispositions tous les *desiderata* de l'hygiène.

1re *Question.* De la transmissibilité et de l'action de certains produits morbides, notamment ceux de la tuberculose et de la stomatite aphteuse. — Produits dont peuvent être imprégnées les parties alibiles des animaux atteints. — 2e *Question.* Des dispositions à prendre par les administrations communales pour réduire à son minimum la propagation des maladies contagieuses, entre autres et spécialement, la variole et la syphilis. — 3e *Question.* Formuler en points généraux les règles qui doivent présider à l'enseignement de l'enfance, 6 à 12 ans, dans les établissements d'instruction, au point de vue de la santé du corps et de l'esprit. Tracer le plan d'une école primaire modèle typique, réalisant dans ces dispositions tous les *desiderata* de l'hygiène. — 4e *Question.* De la surveillance de l'Etat, au point de vue de la santé et de la police médicale sur tous les établissements, mines, usines, manufactures, ateliers, dont la concession ou l'installation dépendent des pouvoirs administratifs. — 5e *Question.* De l'influence résultant pour la santé publique dans les campagnes, de la construction et de la disposition vicieuse des fosses à purin. — 6e *Question.* Des dépôts de chiffons, du commerce et du travail de ces matières, au point de vue de l'hygiène privée et de la salubrité publique. — 7e *Question.* Des falsifications des denrées alimentaires, des moyens pratiques de les reconnaître et de les réprimer. De l'institution de laboratoires spéciaux d'analyse qui seraient mis à la disposition des administrations locales, et de laboratoires d'enseignement pour l'hygiène publique dans les centres importants.

(1) Secrétariat général. — Bureau du Personnel. — Entrée par le guichet des Lions, escalier A. 3e étage.

Faculté de médecine de Paris.

3e *trimestre de l'année scolaire* 1879-1880. — *Inscriptions. Consignations pour les examens de fin d'année et pour les examens de doctorat.* — I. *Inscriptions.* Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 1er avril. Il sera clos le jeudi 15 avril, à 4 heures. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 9 h. à 11 h. du matin et de 1 h. à 4 h. de l'après-midi.

II. *Examen de fin d'année.* — Les élèves autorisés à subir les examens de fin d'année au mois d'avril devront consigner du vendredi 19 au samedi 27 mars. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens. Aucune consignation ne sera admise passé le 27 mars.

III. *Consignations pour les examens de doctorat.* — Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine, de 1 h. à 4 h. Toutefois, conformément à la décision prise par l'assemblée de la Faculté, les consignations pour le 1er et le 2e examen de doctorat ne seront plus reçues après les dates ci-après : Pour le 1er de doctorat, *après le samedi 27 mars.* Pour le 2e de doctorat, *après le vendredi 30 avril.* Il ne pourra être dérogé à ces prescriptions. Pour les autres examens, 3e, 4e et 5e de doctorat, les dates pour la limite des consignations seront annoncées ultérieurement par voie d'affiches.

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales le *dimanche 4 avril* 1880, à 10 h., (à l'asile Saint-Anne), et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Ribemont commenceront le lundi 5 avril à 4 heures un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Accouchement ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° Exercices cliniques et opératoires. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef de laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours le lundi 5 avril, à 4 heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les manipulations microscopiques, qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. (Technique générale et étude des principaux tissus normaux et pathologiques.) — On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de 1 h. à 2 h.

Hôpital des Enfants malades. Clinique médicale. — M. le Dr Bouchut commencera un nouveau cours de clinique le mardi 6 avril, à 9 heures du matin, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

Hôpital Sainte-Eugénie. — M. le Dr Cadet de Gassicourt reprendra ses leçons cliniques le lundi 5 avril, à 9 heures 1/2, et les continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Hillairet reprendra ses leçons cliniques le jeudi 8 avril, à 8 heures 1/2, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

---

19. Traitement du muguet. Bazin.

Le Dr du Vivier rappelle le traitement recommandé, depuis longtemps, par Bazin et que l'on pourrait croire tombé dans l'oubli. Ce traitement consiste tout simplement dans l'emploi du sublimé corrosif et il est, sans comparaison, bien plus efficace que les autres moyens recommandés.

Quand nous avons employé ce moyen, dit M. du Vivier, nous avons dû tâtonner un peu, Bazin n'indiquant nulle part une formule *ad hoc* ; c'est peut-être cela qui lui a valu un oubli immérité. Aujourd'hui voici la formule à laquelle nous nous sommes arrêtés et que nous pouvons dire incomparablement supérieure à tout autre :

Eau distillée	25 grammes.
Alcool	5 —
Sublimé corrosif	0 gr. 60 c.

A l'aide d'un pinceau en blaireau trempé dans ce liquide, nous balayons les plaques de muguet, une, deux, ou trois fois par jour, selon la rapidité de la repullulation cryptogamique ; ce moyen simple, facile et sans danger, malgré la toxicité de l'agent employé, réussit toujours et très vite, à moins que la végétation ne se soit réfugiée dans le pharynx et à la face postérieure du voile du palais, ce qui rend le balayage — j'emploie ce mot à dessein —

plus difficile et par conséquent moins efficace. Ce moyen n'a qu'un inconvénient: c'est qu'on ne peut en abandonner l'emploi aux parents, qu'il est nécessaire de le pratiquer soi-même, qu'il nécessite par conséquent, un plus grand nombre de visites; mais la rapidité de la guérison compense amplement cet ennui. (*Journal d'Accouchements.*)

20. Lotions au bicarbonate de soude et de potasse dans l'eczéma. LUSHE.

Le Dr H. Lushe recommande la lotion suivante dans les cas d'eczéma :

Bicarbonate de soude	3 gr.	50
Bicarbonate de potasse	1	80
Glycérine	2	50
Teinture d'opium	2	»
Eau	20	»

L'auteur a été conduit à employer cette préparation dans un cas d'irritation eczémateuse très vive contre laquelle avaient échoué tous les topiques locaux employés jusqu'alors, en songeant au soulagement que procure le bicarbonate de soude après les brûlures graves. Chez une dame ayant un eczéma chronique des jambes accompagné d'un prurit très intense, on obtint un résultat immédiat très satisfaisant, bien que plusieurs autres médicaments eussent complétement échoué. Pour M. Lushe le bicarbonate de soude a une influence presque, sinon tout-à-fait spécifique contre la sensation de brûlure qui accompagne de nombreuses variétés d'eczéma chronique, surtout chez les rhumatisants. (*British med. Journ. et Paris médical.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 12 au jeudi 18 mars 1880, les naissances ont été au nombre de 1,144, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 439 ; illégitimes, 144. Total, 583. — *Sexe féminin* : légitimes, 424 ; illégitimes, 137. Total 561.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 12 au jeudi 18 mars les décès ont été au nombre de 1,251, savoir: 699 hommes et 522 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : fièvre typhoïde: M. 48. F. 30. T. 78. — Variole: M. 32. F. 34. T. 66. — Rougeole : M. 15. F. 7. T. 22. — Scarlatine : M. 2. F. ». T. ».—Coqueluche : M. 3. F. 4. T. 7. — Diphtérie. Croup : M. 29. F. 15. T. 44. — Dysentérie : ». ». — Erysipèle: M. 3. F. 2. T. 5. — Affections puerpérales : F. 7. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 100. F. 60. T. 160. — Autres tuberculoses : M. 45. F. 25. T. 70. — Autres affections générales : M. 49. F. 69. T. 118. — Bronchite aiguë : M. 24. F. 43. T. 67. — Pneumonie : M. 60. F. 41. T. 101. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 66. F. 55. T. 123. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 24. F. 35. T. 59 ; — chroniques : M. 107. F. 75. T. 182; — douteuses : M. 55. F. 30. T. 85.— Après traumatisme : M. 6. F. 6. T. 12. — Morts violentes : M. 23. F. 10. T. 35. — Causes non classées : M. 4. F. 4. T. 8.

Morts nés et prétendus tels : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 17. Total, 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 13. Total, 43.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Vacances de Pâques.* A l'occasion des fêtes de Pâques, la Bibliothèque de la Faculté sera fermée le lundi 29, mardi 30, mercredi 31 mars, jeudi 1er, vendredi 2 et samedi 3 avril.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Michel Lévy, ingénieur au Corps des Mines, attaché au service de la carte géologique de France, est nommé directeur-adjoint du laboratoire des hautes études, annexé à la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques du Collège de France.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — En exécution de l'arrêté préfectoral du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XXe arrondissement que le mercredi 7 avril 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — *Programme des cours de la saison d'été, année 1880.* — 1° *Cours de médecine opératoire* : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le Dr TILLAUX, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira ce cours le *lundi 12 avril 1880, à deux heures.* M. le Dr Tillaux traitera des *Résections* et des *Opérations spéciales.* M. le Dr Schwartz, premier prosecteur, traitera des *Ligatures d'artères.* M. le Dr Henriet, deuxième prosecteur, traitera des *Amputations.* Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférence d'histologie* : Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. Quenu, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — **Nota.** Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçus à l'amphithéâtre, à partir du 1er avril.

HOPITAUX DE PARIS. — *Distribution des prix aux élèves internes en pharmacie.* — *Nominations.* — La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1880, aura lieu le mercredi 31 mars 1880, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1880.

Avis essentiel. MM. les Elèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1880. En conséquence, MM. les Elèves internes en pharmacie devront se présenter au Secrétariat général de l'Administration, Avenue Victoria, n° 3, pour retirer eux-mêmes leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes leur seront délivrées : le samedi 27 mars, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

SAGES-FEMMES. — L'ouverture de la session de l'examen exigé par l'arrêté du 18 août 1866, pour les aspirantes au titre d'élève sage-femme, a eu lieu à la Faculté de médecine le lundi 22 mars, à 9 heures très précises du matin.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Albert GAUDRY commencera le cours de paléontologie le mercredi 7 avril, à 3 heures et demie et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine à la même heure. Le lundi, conférence dans le laboratoire de paléontologie ou dans les galeries publiques à 3 h. et demie. Le professeur fera l'histoire des fossiles des terrains secondaires, échinodermes, brachiopodes et mollusques. A partir du mois de juin, M Gaudry se fera suppléer par M. le Dr Fischer, aide naturaliste, qui continuera l'histoire des invertébrés fossiles.

M. MORLET, attaché depuis plusieurs années au laboratoire de paléontologie du Muséum d'histoire naturelle, est nommé préparateur de la chaire de paléontologie, en remplacement de M. Passier, décédé.

STATUE DE PINEL. — Sur le rapport de notre ami P. Dubois, le Conseil municipal vient d'autoriser la *Société médico-psychologique* à ériger sur la place de la Salpêtrière la statue de Ph. PINEL. On sait que cette société a ouvert une souscription à cet effet, cette souscription n'est pas encore fermée et nous appelons sur elle l'attention de nos lecteurs. Pendant qu'il en est temps encore, nous croyons que les organisateurs pourraient, sur le piédestal de la statue, ajouter le médaillon de POUZIN, surveillant de la Salpêtrière, qui fut le zélé collaborateur de Pinel dans ses réformes, et dont ce dernier ne parlait qu'avec les plus grands éloges.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE DE 1878. — *Publication des comptes-rendus des séances.* — Le bureau du Congrès international d'hygiène de Paris, en 1878, croit devoir décliner toute responsabilité du retard considérable qu'a subi la publication.

Aux termes du contrat qui le liait avec le comité central des congrès et conférences de l'Exposition universelle de 1878, il a dû confier au secrétariat de ce comité les soins matériels de la publication, se réservant toutefois le droit de révision, de correction et de mise en œuvre. Ses instances ont été nombreuses et vives, afin d'activer l'impression du compte-rendu; il n'a pas manqué d'adresser de constantes réclamations et de faire des démarches maintes fois renouvelées auprès des divers représentants de l'administration.

Le bureau n'ose se féliciter de pouvoir enfin remettre aux membres adhérents et souscripteurs les deux volumes d'une œuvre, dont il a eu le cruel regret de voir dépendre l'achèvement d'une autre autorité que la sienne.

BOITE DE SECOURS PHARMACEUTIQUES. — Beaucoup de communes étant dépourvues d'officine de pharmacien, l'administration a songé à combler cette lacune au moyen de boîtes de secours contenant des médicaments et autres objets indispensables pour donner les soins médicaux les plus urgents dans le cas de maladie ou d'accident.

Le ministre de l'intérieur a nommé, à cet effet, une commission spéciale qui a dressé un état des objets qui lui ont paru devoir entrer dans la composition de la boîte. Il résulte d'une circulaire que M. Lepère vient d'adresser à ce sujet à tous les préfets, que la boîte de secours devra être divisée en deux compartiments ; l'un contenant les médicaments exclusivement réservés aux médecins, l'autre les objets laissés à la disposition du public. — Le prix de chaque boîte est fixé à 200 fr. De plus, l'usage des médicaments devra être absolument gratuit. (*Gaz. hebdomad.*)

UN SINGULIER AVIS. — Le *Glaneur*, de Bazas, publie le singulier avis suivant : « M. l'abbé R. Bossey, curé de Camiran, a l'honneur de prévenir le publie qu'il renonce à la pratique de la médecine, et prie, en conséquence, les personnes qui désireraient se consulter avec lui sur leurs maladies, de vouloir bien s'adresser ailleurs. »

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort subite, par suite de la rupture d'un anévrysme, de M. le Dr J. MASSOT, conseiller général et fils du sénateur

des Pyrénées-Orientales. M. J. Massot avait subi une thèse remarquable sur : l'*Influence des traumatismes sur la grossesse*. — M. le Dr Schatz qui exerçait depuis longtemps la médecine dans le XIe arrondissement est mort au commencement de ce mois.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Peter. — Visite à 9 heures. — Consultation mercredi. — Salle Notre-Dame (F): 24, méningite spinale syphilitique; 32, eczéma généralisé ; 35, phlegmon de la fosse iliaque; 36, sciatique gauche, 40, asystolie ; 41, ulcère simple de l'estomac ; 42, pleurésie diaphragmatique. — Salle Saint-Michel (H). — 1, sciatique rhumatismale ; 4, gastrite ulcéreuse alcoolique ; 7, scarlatine ; 11, tuberculose péritonéale à forme ascitique ; 12, fièvre typhoïde ; — 16, myélite diffuse subaigë ; 30, hémorrhagie cérébrale.

Service de M. Lancereaux. — Leçons cliniques, le vendredi à 10 heures. Consultation le samedi. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 3, scrofule osseuse ; 11, paralysie syphilitique de la troisième paire ; 23, néphrite parenchymateuse ; 31, rétrécissement mitral ; — rein cardiaque ; — urémie ; 39, pelvi-péritonite suppurée. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 2, pachyméningite cervicale ; 16, periencéphalite diffuse ; 17, gangrène pulmonaire ; 24, paralysie agitante ; 36, pleurésie purulente ; 48, tuberculose péritonéale.

Service de M. Brouardel. — Visite à 8 heures et demie. — Spéculum le mardi. — Consultation le jeudi. — Salle Sainte-Claire (F) : 4, cancer de l'utérus, urémie consécutive ; 15, varices artérielles ; 21, tumeur cérébrale ; 26, hématocèle péri-utérine ; 27, rubéole ; 30, scarlatine ; 33, éclampsie

post-puerpérale ; 45, cancer de l'estomac ; 46, érysipèle de la face. — Salle Saint-Benjamin : varioleux.

Service de M. DUMONTPALLIER. — Visite à 8 heures et demie. — Salle Saint-Raphaël (H) : 6, zona (plexus lombaire) ; 14, cyanose ; 19, affection cardiaque de cause pulmonaire ; 24, pleurésie purulente, empyème ; 25, hémiplégie droite (aimants). —Salle Sainte-Eugénie (F) 9, hématocèle rétro-utérine ; 41, phlegmon du ligament large ; 42, accouchement, éclampsie.

Service de M. GALLARD. — Visite à 9 heures. Consultation mardi. Spéculum jeudi. — Salle Saint-Rosaire (F.) : 1, tumeur fibreuse de l'utérus ; 11, phlegmon iliaque ; 19, kyste du vagin ; 22, phlegmon du ligament large ; 24, cirrhose ; 26, corps fibreux s'énucléant par le vagin ; 36, endocardite ulcéreuse. — Salle Saint-Athanase (H.) : 9, ulcération tuberculeuse du voile du palais ; 30, polype du larynx ; 36, kyste hydatique du foie suppuré ; 61, contracture essentielle des extrémités ; 58, enchondrome de la parotide.

Service de M. VERNEUIL. — Visite à 9 h. Clinique lundi, mercredi, vendredi. Consultations mardi, jeudi, samedi. —Salle Saint-Augustin (F.) : 1, grenouillette ; 16, genu valgum ; 17, fracture bimalléolaire ; 19 *bis*, plaques muqueuses de l'ombilic. — Salle Saint-Louis (H.) : 4, testicule tuberculeux ; 6, fracture du radius ; 8, corps étrangers articulaires du genou ; 13, épithelioma du voile du palais ; 15, fracture de l'humérus ; 21, contusion et entorse du coude ; 29, testicule tuberculeux ; 33, lympho-sarcome ; 35, uréthrotomie externe ; 39, tumeurs mélaniques ; 43, rétrécissement de l'œsophage ; 45, lympho-sarcome ; 46, uréthrotomie externe ; 47, fractures multiples du bras ; 48, amputation de jambe ; 53, anévrysme de l'aorte ; 60, contusion de la hanche.

Service de M. POLAILLON. — Visite à 9 h. Consultations lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Jean (F.) : 4, déchirure du périné ; 14, fracture des os de la jambe ; 15, pustule maligne ; 20, métrite subaiguë ; 21, fibrome de l'utérus ; 24, phlegmon du ligament large. — Salle Saint-Gabriel (H.) : 2, gelures des pieds ; 11, contusion du rein, hématurie ; 17, épithelioma du rectum ; 26, luxation du coude ; 31, fracture du crâne ; 38, fracture de côte, pneumonie ; 39, hernie étranglée ; 41, morsure de la main.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. PROUST. — Salle Saint-Charles (H.) : 2, stomatite ulcéro-membraneuse ; 8, gangrène du poumon ; 14, convulsions diaphragmatiques ; 21, aphasie ; 25, sclérose en plaques. — Salle Sainte-Marie (F.) : 10, syphilis laryngée ; 13, pleuro-pneumonie ; 19, dyspepsie flatulente ; 23, cancer du foie.

Service de M. JACCOUD. — Salle Saint-Jérôme (H.) : 4, pleurésie et empyème ; 15 *bis*, rhumatisme blennorrhagique ; 17, hémichorée rhumatismale ; 18, fièvre typhoïde chez un vieillard. — Salle Sainte-Claire (F.) : 10 *bis*, tœnia inermis ; 19, pneumonie hémorrhagique ; 20, manie puerpérale ; 24, pachyméningite cervicale.

Service de M. DUPLAY. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 1, tumeur érectile ; 5, pseudarthrose de l'humérus, résection ; 9, cystite tuberculeuse ; 40, cancer lingual. — Salle Saint-Honoré (H.) : 1, testicule syphilitique ; 1 *bis*, polype naso-pharyngien, traité par le chlorure de zinc ; 3, prolapsus du rectum ; 28, abcès rétro-sternal ; 30, abcès hématique. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 1, mal de Pott, traité par le corset de Sayre ; 7, hernie ombilicale ; 10, perforation du voile du palais ; 18, kyste de l'ovaire opéré et guéri ; 27 *ter*, végétations vulvaires, traitées avec succès par le thermo-cautère.

Service de M. LABBÉ. — Salle Saint-Augustin (H.) : 10, cysto-sarcome du testicule ; 20, hématocèle vaginale ; 29, dysenterie et hépatite. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 94, fracture professionnelle du radius chez une pianiste, redressement du cal.

Service de M. PAUL. — Salle Saint-Henri (H.) : 14, paralysie agitante ; 29, néphrite ; 36, myélite. — Salle Sainte-Elisabeth (F.) : 4, néphrite catarrhale ; 19, phlegmon périutérin ; 24, rhumatisme noueux ; 34, chlorose.

Service de M. FERNET. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 6, anasarque ; 10, pleurésie et empyème ; 11, pelvipéritonite ouverte dans le vagin, le rectum et l'ombilic. — Salle Saint-Vincent (H.) : 15 *bis*, anarsaque scarlatineuse ; 16, tumeur de l'épiploon ; 29, pneumonie chronique.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 14. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 3 AVRIL 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

XIVe LEÇON. — Hémiplégie spasmodique de l'enfance. — Mouvements associés. — Indépendance des arcs diastaltiques pour les réflexes tendineux et cutanés;

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

I. En vous présentant, à la fin de la dernière leçon, une description abrégée des diverses attitudes qu'affectent les membres paralysés chez les hémiplégiques atteints de contracture permanente, je vous faisais remarquer que les variétés assez nombreuses en apparence qu'offrent ces attitudes, peuvent être ramenées à un petit nombre de types toujours les mêmes : type de flexion avec pronation pour le membre supérieur, type d'extension ou d'équinisme avec varus pour le membre inférieur. Telle est la règle, tel est le genre de déformations qu'on observe dans les cas vulgaires. Les autres attitudes que vous pourrez reconnaître représentent des anomalies, des exceptions.

1° La loi que nous venons d'énoncer à propos de l'hémiplégie permanente des adultes se retrouve dans l'hémiplégie durable des jeunes enfants. Vous n'ignorez sans doute pas que, chez les jeunes enfants, de un à sept ans par exemple, des lésions en foyer de nature diverse, — lorsqu'elles intéressent le faisceau pyramidal dans son trajet intra-cérébral — sont suivies d'hémiplégie plus ou moins prononcée, laquelle persiste à un certain degré pendant toute la vie. La lésion cause de l'hémiplégie est, ainsi que l'a fait voir M. Cotard, alors mon interne, de nature très variée (2). Tantôt il s'agit d'un ramollissement partiel se présentant sous la forme d'une plaque jaune ou d'un foyer d'inflammation celluleuse; tantôt la lésion cérébrale est consécutive à l'hémorrhagie méningée ; tantôt — et ce dernier cas est assurément le plus fréquent — elle consiste en une sclérose partielle ou généralisée de l'un des hémisphères cérébraux. Les lésions en question sont généralement corticales, c'est-à-dire qu'elles occupent le manteau et non les masses centrales. En outre, l'hémisphère cérébral affecté présente dans l'ensemble une atrophie plus ou moins prononcée, d'où la dénomination d'*atrophie partielle du cerveau* sous laquelle sont généralement connus les cas que je signale à votre attention. Les dégénérations secondaires descendantes se présentent là avec tous les caractères qu'on leur connaît chez l'adulte, et c'est en pareille circonstance qu'on observe les plus beaux exemples d'atrophie des pédoncules, de la protubérance et de la pyramide bulbaire du côté correspondant à la lésion(3).

Cliniquement, les faits de ce genre sont quelquefois désignés sous le nom d'*hémiplégie spasmodique infantile* (Heine). C'est qu'en effet la contracture permanente se montre là très prononcée. Les déformations se rapportent d'ailleurs, ainsi que je l'annonçais précédemment, au type décrit à propos de l'hémiplégie de l'adulte. Ainsi, pour le membre supérieur, le type de flexion avec pronation est ici encore la règle, et, pour le membre inférieur, c'est l'extension en varus équin. Seulement, dans l'histoire de l'hémiplégie spasmodique infantile, une particularité très intéressante doit être relevée, à savoir l'existence presque constante d'un raccourcissement des membres paralysés. Les os sont plus courts, moins volumineux que du côté sain ; et cet arrêt de développement ne porte pas toujours uniquement sur les membres ; ainsi, quelquefois, du côté paralysé, le tronc est incomplètement développé; la cage thoracique est étroite, le bassin est rétréci et oblique. C'est de la sorte que la paralysie atrophique résultant d'une lésion de la substance grise spinale entraîne, lorsqu'elle se déclare dans l'enfance, un raccourcissement par arrêt de développement du membre où siégent les lésions musculaires, alors même que ces membres remplissent une partie de leurs fonctions, tandis que ce raccourcissement ne saurait naturellement exister lorsque la même lésion se développe dans l'âge adulte.

2° Dans la description cependant assez détaillée que j'ai donnée de la contracture permanente des hémiplégiques, il est quelques points que j'ai négligé de faire ressortir et sur lesquels je vous demande la permission d'arrêter encore un instant votre attention. L'un d'eux surtout mérite d'être relevé, parce que quelques auteurs lui ont accordé une grande importance au point de vue de la théorie.

Je vous ai présenté la contracture tardive des hémiplégiques comme étant un phénomène *permanent*, dans l'acception rigoureuse du mot. Nuit et jour, vous disais-je, dans le sommeil comme dans la veille, les membres sont rigides et contracturés. Il en est réellement ainsi dans la règle, au moins dans les cas très accentués. Toutefois, il est certain que le repos au lit, le sommeil peuvent avoir pour effet de rendre les membres momentanément plus flexibles; mais aussitôt que le malade se lève, ou s'il veut imprimer un mouvement soit au membre malade, soit au membre sain, aussitôt la contracture reparaît dans toute son intensité. Cette augmentation, ce retour de la rigidité sous l'influence des mouvements volontaires est surtout bien mise en relief si, comme le conseillent MM. Seguin et Hitzig, le malade étant contracturé à droite, on l'invite à soulever un poids de la main gauche. Plus le poids est lourd, plus la contracture s'exagère dans le côté droit. Ces faits sont considérés à juste titre comme rentrant dans la catégorie de ces *syncinésies* ou mouvements associés dont je vous ai déjà dit quelques mots.

Voici, d'ailleurs, comment M. Hitzig propose d'expliquer les phénomènes sur lesquels j'appelle l'attention. A l'état normal, les incitations volontaires, parties de la substance grise des hémisphères, sont transportées à la moelle par des fibres nerveuses qui se mettent en rapport avec des groupes de cellules ayant entre elles des connexions particulières ; et ce sont ces groupes cellulaires qui exécutent le mouvement voulu. Il y a, du reste, des groupes élémentaires, pour les mouvements élémentaires; des groupes associés pour les mouvements plus compliqués, les mouvements d'ensemble. Ces groupes sont répartis de chaque côté de la moelle ; les uns président aux mouvements du côté droit, les autres à ceux du côté gauche. Cependant, par l'intermédiaire du réticulum de la substance grise, des relations sont établies d'un côté à l'autre, entre les groupes homologues. Dans l'état normal, ces connexions n'empêchent pas que le mouvement voulu conserve son indépendance, son individualité ; mais dans certains états pathologiques, lorsque les éléments ganglionnaires sont surexcitables, le moindre ébranlement qui se produit d'un côté et y détermine un mouvement volontaire peut se communiquer de l'autre côté et y provoquer, suivant les cas, soit un mouvement semblable au mouvement volontaire, soit un mouvement spasmodique qui n'est autre que la contracture, laquelle persiste pendant quelque temps après cet ébranlement.

Dans certains cas, des relations du même genre peuvent s'établir entre des groupes cellulaires très éloignés les uns

(1) Voir les numéros 14, 19, 20, 31, 39, 44, 48, 51 de 1879 ; 7, 8, 9, 11, 12 et 13 de 1880.

(2) *Sur l'atrophie partielle du cerveau*, 1868.

(3) Voy. l'observation publiée par M. Bourneville *in Progrès médical*, n° 16. Avril, 1879.

des autres, et on comprend que, dans ces cas, les mouvements volontaires exécutés par les membres du côté sain retentissent sur le côté malade.

Les faits mis en relief par M. Hitzig, dans l'intéressant mémoire que je vous ai déjà signalé et sur lequel je reviens encore une fois, sont exacts; mais la part qu'il leur attribue dans le fait de la contracture elle-même est, je crois, exagérée, et il faut considérer comme exceptionnels les cas dans lesquels les membres contracturés des hémiplégiques présentent, sous l'influence du repos, une relaxation complète. M. Hitzig a imaginé un mécanisme qui peut faire comprendre pourquoi la contracture s'aggrave sous l'influence des mouvements volontaires, mais il nenous a pas fait comprendre pourquoi cette contracture, ainsi que cela a lieu dans la majorité des cas, s'établit en permanence.

3° Il importe, en dernier lieu, de rechercher ce que devient la contracture avec le temps. Souvent, très souvent une fois constituée elle persiste pendant toute la vie. Toutefois, on pourrait citer un bon nombre de cas où, à la longue, elle s'atténue et cesse même d'exister. En général, c'est sans grand profit pour les malheureux infirmes; si, en effet, l'état spasmodique a disparu, les muscles ont subi des modifications plus ou moins profondes dans leur texture et présentent une émaciation extrême. D'ailleurs, les parties ligamenteuses se sont adaptées à la situation créée par une attitude trop longtemps gardée, et, en somme, malgré le retour possible de quelques mouvements volontaires, la déformation persiste.

II. Actuellement, Messieurs, en manière de conclusion, je me propose de rechercher avec vous la raison physiologique des phénomènes que nous avons envisagés jusqu'ici par le côté descriptif. Il s'agit de reconnaître, en un mot, par quel lien les symptômes se rattachent aux lésions. C'est là une entreprise toujours délicate, et, dans le cas particulier, les questions qui vont se présenter à nous ne sauraient, faute d'éléments suffisants, recevoir, quant à présent, une solution définitive. Vous voudrez bien, en conséquence, considérer la plupart des explications que je vais vous proposer comme éminemment provisoires et devant être modifiées un jour ou l'autre.

1° Je vous rappellerai que la lésion consécutive des faisceaux latéraux représente à l'origine, pour la majorité des auteurs, un processus purement passif. C'est dans une seconde période seulement, correspondant au deuxième ou troisième mois, que se manifestent dans le faisceau pyramidal altéré les marques évidentes d'un processus irritatif dont le tissu conjonctif est le siége et qui légitime la dénomination de *sclérose*.

a) Dans la première phase, les tubes nerveux étant séparés de leurs centres trophiques qui sont en même temps leurs centres d'excitation fonctionnelle, la situation équivaut à peu près, dans les cas très-accentués, à une section du faisceau pyramidal. Cette première phase qui correspond aux quatre ou cinq premières semaines est déjà marquée, vous le savez, par une exaltation des phénomènes réflexes cutanés et par une exaltation des réflexes tendineux. Ici, on pourrait, à la rigueur, invoquer la suppression de l'influence modératrice cérébrale, qui, dans le cas de section expérimentale des faisceaux latéraux, tendrait à expliquer l'exagération des propriétés réflexes dans les parties de la moelle situées au-dessous de la section.

Mais cette condition est évidemment insuffisante pour rendre compte de la contracture. La contracture n'existe pas chez le nouveau-né, et vous savez que les faisceaux pyramidaux du nouveau-né ne sont pas encore développés; il faut donc chercher ailleurs.

b) Du reste la contracture ne se manifeste qu'à l'époque où le faisceau pyramidal est déjà devenu le siége de lésions irritatives. Je vous rappellerai d'abord les connexions anatomiques établies entre les extrémités des fibres nerveuses du faisceau pyramidal et les cellules motrices de la corne correspondante. Ces connexions sont telles que, dans certains cas, la lésion des tubes nerveux se propage aux cellules ganglionnaires qui s'atrophient et au tissu conjonctif voisin. Il se produit ainsi une sorte de *polyomyélite antérieure* dont la conséquence est une atrophie musculaire survenant dans les membres paralysés.

2° Mais ces cas, vous le savez, loin d'être exceptionnels, ne constituent pas cependant la règle. Ordinairement, les choses ne vont pas jusque là. Il faut supposer, — et c'est ici que je vous demande une première concession, — que, sous l'influence de l'irritation dont les tubes nerveux en voie de destruction sont le siége, les éléments cellulaires (cellules ganglionnaires) s'affectent à leur tour. Or, cette lésion communiquée aux cellules motrices, serait purement dynamique; elle ne correspondrait à aucune modification anatomique appréciable; cette lésion, si vous le voulez, nous la qualifierons d'«*irritation*»; elle est analogue à celle que détermine la strychnine, mais plus durable. Les propriétés des éléments ganglionnaires, sous l'influence de cette modification, non-seulement ne s'éteignent pas, mais encore s'exaltent; et, ainsi, l'irritation se propagerait en rayonnant à une certaine distance par la voie du réticulum nerveux, jusqu'aux autres éléments ganglionnaires de la même région et en particulier aux cellules esthésodiques. Une exagération du pouvoir réflexe, dans tous ses modes, dans les parties correspondantes de l'axe gris, serait naturellement la conséquence de cette surexcitabilité des éléments ganglionnaires et nous fournirait la clef de certains phénomènes tels que l'exaltation des réflexes cutanés et tendineux. Sans forcer les choses, on pourrait admettre même que la lésion irritative dont il est ici question provoque également une exaltation de ce mode de l'activité réflexe spinale qui, à l'état normal, entretient la contraction musculaire permanente connue en physiologie sous le nom de *tonus*.

III. Il n'est pas inutile de vous faire remarquer, Messieurs, — car c'est là un fait d'un grand intérêt pratique — que les deux modes d'activité réflexe spinale dont il s'agit, sont vraisemblablement représentés dans la substance grise par deux *systèmes diastaltiques* distincts. L'observation clinique démontre, en effet, que si ces deux modes d'activité réflexe sont souvent affectés simultanément, ils peuvent être néanmoins fréquemment aussi affectés séparément. Voici quelques exemples tendant à prouver qu'il en est réellement ainsi.

1° Dans l'ataxie locomotrice, les réflexes cutanés persistent le plus souvent et sont même quelquefois manifestement exaltés. Cependant, les réflexes tendineux disparaissent de très bonne heure. Il en est de même du tonus musculaire. Les muscles, en conséquence, sont flasques et cette diminution du tonus contribue incontestablement pour une bonne part à donner à la démarche et aux mouvements des membres, lesquels conservent d'ailleurs pendant longtemps une grande énergie, leur caractère saccadé, brusque, non mesuré. La situation pourrait être représentée, en pareil cas, par le schéma suivant. (Voy. *fig. 29.*) L'arc diastaltique des réflexes cutanés n'est pas affecté; l'arc diastaltique des réflexes tendineux et du tonus l'est au contraire profondément et dès l'origine. C'est un des grands caractères de l'affection.

2° Je puis citer au moins un cas dans lequel les réflexes tendineux sont exaltés, tandis que les réflexes cutanés sont abolis. Ce cas est celui de l'hystérie avec hémianesthésie et hémiparésie. Les réflexes tendineux du côté correspondant à l'hémianesthésie (phénomène du genou, trépidation spinale) se montrent très prononcés; quant à la sensibilité cutanée, elle est nulle; toutes les excitations, mêmes les plus violentes, restent sans résultat; elles ne sont suivies d'aucun mouvement réflexe. (Voy. *fig. 30.*)

3° Au contraire, dans le cas de l'hémiplégie durable liée à une lésion organique en foyer, que nous considérons particulièrement, les deux systèmes diastaltiques sont affectés, mais inégalement. Les réflexes cutanés ne sont que modérément exaltés; les réflexes tendineux et le tonus surtout, qui est un phénomène connexe, le sont à un très haut degré.

IV. Quoi qu'il en soit, Messieurs, étant admise l'hypothèse de l'irritation des éléments ganglionnaires de la substance grise centrale, au contact des extrémités des fibres nerveuses du faisceau pyramidal, on peut se rendre compte de

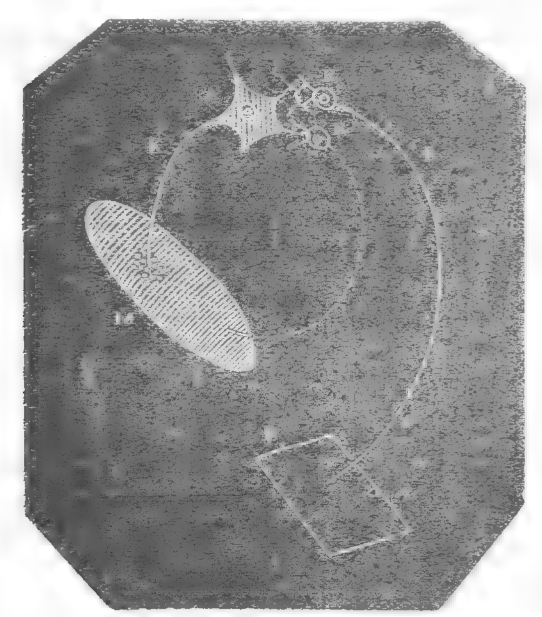


Fig. 29. — Arcs diastaltiques tendineux et cutané dans l'ataxie locomotrice. — A, cellule motrice de la moelle épinière. — E.E, cellules esthésodiques. — M, le muscle. — P, la peau. — R, Segment postérieur ou centripète de l'arc diastaltique. P,A,M, arc diastaltique cutané conservé intact dans l'ataxie. — K, racine antérieure ou nerf moteur. — T, segment postérieur ou centripète de l'arc diastaltique. — M,A,M, arc diastaltique musculaire ou tendineux affecté dans l'ataxie.

divers phénomènes relevés chemin faisant, dans le cours de notre étude descriptive.

1° La strychnine agira particulièrement sur les membres

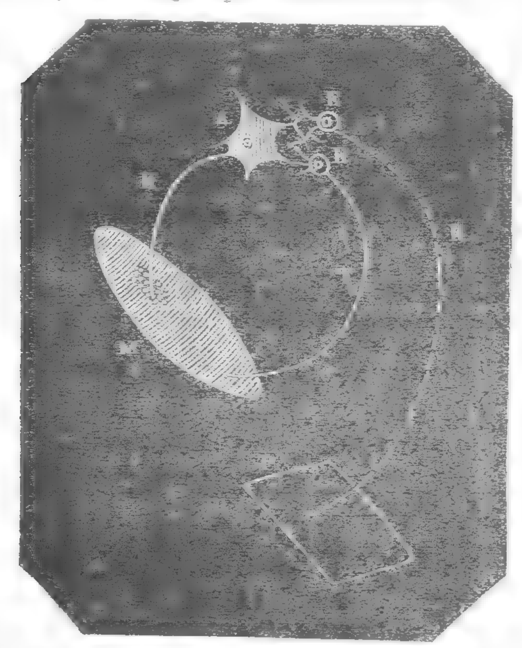


Fig. 30. — Arcs diastaltiques tendineux et cutané dans l'hystérie. — A, cellule motrice de la moelle épinière. — E,E, cellules esthésodiques. — M, le muscle. — P, la peau. — R, segment postérieur ou centripète de l'arc diastaltique. — K, racine antérieure ou nerf moteur. — P. A. M. arc diastaltique cutané affecté dans l'hystérie avec hémianesthésie et hémiparésie. — T. segment postérieur ou centripète de l'arc diastaltique. — M,A,M, arc diastaltique musculaire ou tendineux dont les propriétés sont conservées ou même exagérées dans l'hystérie.

paralysés ; son action, bien que s'étendant à toute la moelle, se montrera, toutes choses égales d'ailleurs, plus intense dans les parties de l'axe gris préalablement excitées.

2° L'influence irritative des traumatismes portant sur les membres affectés sera transmise à l'axe central soit par les nerfs centripètes cutanés, soit par les nerfs centripètes musculaires.

3° Enfin, dans la catégorie des mouvements associés, nous sommes en mesure d'interpréter aisément l'aggravation de la contracture sous l'influence des mouvements volontaires imprimés au membres sain. Il suffit d'admettre ici que l'irritation s'étend par une sorte de diffusion aux éléments ganglionnaires de la substance grise du côté non paralysé. Cette même diffusion de l'irritation pourrait aussi expliquer les cas d'hémiplégie sur lequels M. Déjerine a appelé l'attention, et dans lesquels la trépidation ou même la contracture se montrent sur le côté resté sain.

L'intensité de l'irritation hypothétique des éléments ganglionnaires d'où dérive la surexcitation réflexe se montrera d'ailleurs variable suivant les cas et suivant les sujets, ainsi que l'étendue des régions sur lesquelles elle se propagera. Ceci fait comprendre que la contracture permanente liée à la sclérose consécutive du faisceau pyramidal est, dans l'espèce, un symptôme contingent et non pas un symptôme nécessaire, pathognomonique. Dans la règle, il est toujours présent ; mais il peut fort bien arriver qu'il fasse défaut alors même que la sclérose latérale existe, et inversement qu'il se manifeste quand la sclérose latérale n'existe pas (1). La *contracture permanente*, en d'autres termes, *n'est pas, si l'on peut ainsi dire, une fonction de la sclérose du faisceau pyramidal.* Voilà une donnée dont il est très important de se pénétrer pour la saine interprétation d'un grand nombre de faits de la pathologie spinale et que nous aurons d'ailleurs très prochainement l'occasion de mettre à profit.

Messieurs, il me resterait à montrer que la théorie que je viens d'émettre, tout imparfaite qu'elle soit, est supérieure cependant à celles qui ont été proposées pour résoudre la question en litige.

La théorie de l'encéphalite a vécu. Il n'y a pas, en effet, d'encéphalite dans le cas d'hémorrhagie cérébrale en foyer, à moins qu'on ne veuille donner ce nom au travail de végétation conjonctive qui se fait à la limite de l'épanchement sanguin. Or, les foyers d'hémorrhagie ne produisent la contracture que quand ils sont localisés de telle façon qu'ils détruisent la continuité du faisceau pyramidal ; d'ailleurs, nous verrons la sclérose primitive des faisceaux pyramidaux donner naissance à la contracture, alors qu'il n'existe aucune lésion encéphalique.

On a admis aussi que la contracture résulte de l'irritation des tubes médullaires restés inaltérés au sein des parties sclérosées. Ces tubes étant fort rares et quelquefois même faisant complètement défaut, alors que la contracture existe, je ne vois pas bien comment l'irritation de ces tubes pourrait produire la contracture. Il faut donc, ici encore, invoquer l'affection des éléments ganglionnaires de la substance grise.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

De l'excitabilité du nerf dépresseur avant la piqûre du plancher du 4e ventricule, et à divers moments après cette piqûre ;

Par **M. LAFFONT.**

J'ai déjà parlé, dans un précédent article, de la production de la glycosurie, à la suite de faradisations répétées à de courts intervalles, des bouts centraux des nerfs dépresseurs. J'ai, en outre, démontré que la voie de retour des nerfs dépresseurs, comme celle des nerfs vagues, au point de vue de la circulation abdominale, n'était autre que les nerfs dilatateurs du foie et des organes intra-abdominaux ; les nerfs dilatateurs, partant du bulbe, cheminent dans la moelle jusqu'à la hauteur de la première paire de nerfs dorsaux, et sortent alors par les deux ou trois premières paires dorsales pour se jeter dans la chaîne sympathique et les nerfs splanchniques.

En effet, l'arrachement des deux ou trois premières paires dorsales, de chaque côté, supprime les effets sur la cir-

(1) Dans le cas de contraction hystérique, par exemple.

culation de la faradisation des bouts centraux des nerfs vagues et des nerfs dépresseurs, comme il supprime, au point de vue de la glycosurie, les effets de la piqûre du quatrième ventricule.

Il m'a paru intéressant de rechercher quels seraient les effets de l'excitation des bouts centraux des nerfs dépresseurs, avant la piqûre du plancher du quatrième ventricule, et à divers moments après cette piqûre. Ces recherches m'ont permis d'étudier plus complètement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, le mode d'action primitif et consécutif de la piqûre diabétique. Elles nous fournissent l'explication de la non persistance de la glycosurie à la suite de cette piqûre. Ces expériences me permettent enfin de démontrer l'existence de deux centres vaso-dilatateurs du foie et des viscères abdominaux. Ces deux centres intra-bulbaires, s'étendant assez loin de chaque côté du *calamus scriptorii*, peuvent être irrités, puis détruits séparément ou à la fois, suivant l'étendue de la lésion. Ainsi nous est donnée la raison de la possibilité d'obtenir de nouveau la glycosurie, avec une nouvelle piqûre (Cl. Bernard. *Leç. sur la Diabète*, p. 397.); ainsi pouvons-nous nous expliquer pourquoi deux jours après la piqûre du quatrième ventricule, sur un chien, Cl. Bernard (*Leç. sur le syst, nerv.*, t. II, p. 439) n'a pas pu provoquer la glycosurie par excitation des bouts centraux des nerfs vagues.

Procédé expérimental. Sur des lapins, je prépare le nerf dépresseur d'un côté, je le sectionne entre deux ligatures, et j'isole le bout central du nerf ainsi sectionné. J'introduis ensuite une canule dans le bout central d'une artère quelconque, carotide ou crurale, et je la mets en rapport avec un manomètre à mercure, qui inscrit, au moyen d'un flotteur terminé par une aiguille, ses changements de pression sur un cylindre enregistreur de M. Marey. Sur le support même du manomètre, par un agencement spécial, est adopté un signal de M. Despretz, qui sert en même temps pour inscrire le zéro de la pression, et pour indiquer le moment et la durée des excitations électriques.

L'expérience étant ainsi disposée, et l'animal très calme, je prends un tracé normal, puis un second tracé en excitant le bout central du nerf dépresseur isolé. Pendant cette excitation, on observe une baisse progressive de la pression qui persiste autant que l'excitation ; puis, l'aiguille remonte peu à peu, à son niveau primitif, qu'elle dépasse même quelques instants avant de reprendre son niveau normal.

Ceci fait, je pique le quatrième ventricule par le procédé Cl. Bernard (*Leç. de phys. exp.*, t. I, p. 298 et suiv. 1854-55), seulement au lieu d'appuyer avec l'instrument sur la protubérance occipitale externe en imprimant des mouvements de latéralité, de telle façon que lorsque la table interne cède brusquement, l'instrument obéissant à l'impulsion donnée s'enfonce sans qu'on puisse le diriger ; je me sers d'un instrument analogue, mais dont les parties latérales, plus fortes et très bien affilées, me permettent de pénétrer dans la boîte crânienne par une sorte de trépanation, sans employer aucune force. Aussi, puis-je diriger alors mon instrument à volonté, et aller piquer le quatrième ventricule du côté du nerf dépresseur préparé.

Quelques instants après, je prends un nouveau tracé, et reconnais que la pression générale a baissé. J'excite le nerf dépresseur déjà préparé, avec le même courant que la première fois, et je constate encore une baisse immédiate de la pression, mais cet abaissement est moins accentué qu'avant la piqûre du plancher du quatrième ventricule. A ce moment, il n'y a pas encore de sucre dans les urines. J'attends une heure environ, et, alors que les urines renferment une grande quantité de sucre (de 33 à 42 grammes de sucre par litre), je prends un nouveau tracé; la pression générale a encore considérablement baissé. Mais, si à ce moment, j'excite le nerf dépresseur, toujours du même côté, je n'observe plus aucun abaissement de la pression artérielle, consécutif à cette excitation ; et même, si je veux augmenter la force du courant, j'observe au contraire une élévation de la pression. (Voy. *fig .31*)

Sur d'autres lapins, portant la même excitation sur le bout central du nerf dépresseur de l'autre côté, dans le même moment, j'ai vu survenir l'abaissement typique de la pression artérielle qui suit toujours à l'état physiologique l'excitation d'un nerf dépresseur. Cet abaissement seulement a été moins considérable.

Sur d'autres animaux de la même espèce, j'ai fait par le même procédé la piqûre du plancher du quatrième ventricule. Les urines qui ne contenaient pas de sucre avant la piqûre ou en contenaient une très-faible quantité, en étaient chargées au bout de deux heures.

Laissant reposer les animaux jusqu'au lendemain, alors qu'ils étaient complètement remis, que les urines ne contenaient plus de traces de sucre, et d'alcalines qu'elles étaient la veille, étaient devenues acides, j'ai préparé les deux nerfs dépresseurs que j'ai sectionnés entre deux ligatures pour en isoler les bouts centraux ; j'ai aussi, comme dans les premières expériences, préparé une artère et introduit dans son bout central une canule mise en rapport avec un manomètre inscripteur.

Un premier tracé normal m'a fait voir que, le lendemain de la piqûre, la pression artérielle avait à peu près repris son niveau normal, et on pouvait dire à première vue que le lapin est revenu à l'état physiologique. Cependant lorsqu'on excite le bout central du nerf dépresseur du côté de la piqûre, on n'observe aucun abaissement de pression, mais au contraire une élévation si on vient à augmenter la force du courant.

Portons maintenant la même excitation sur le bout central du nerf dépresseur du côté sain, nous observerons un abaissement considérable de la pression, présentant tous les caractères du tracé de la circulation pendant l'excitation du bout central d'un nerf dépresseur à l'état physiologique. Bien plus, si je porte sur ce même nerf dépresseur des excitations fréquentes et renouvelées suivant le mode que j'ai déjà indiqué il y a quelque temps, au bout d'une heure le sucre apparaît de nouveau dans les urines, et j'en observe déjà de 15 à 18 grammes par litre. (Voy. *fig. 32.*)

Sur d'autres sujets en expérience, j'observe parallèlement que le lendemain d'une première piqûre, une nouvelle piqûre du côté opposé, rétablit la glycosurie, tandis que renouvelée du même côté, elle est impuissante à la produire. Enfin, si la piqûre a été très-étendue, lorsque par un mouvement de latéralité, j'ai labouré le quatrième ventricule à droite et à gauche, le lendemain, aucun des deux nerfs dépresseurs ne possède plus son excitabilité normale et physiologique et le niveau de la pression artérielle ne change plus, que l'on excite l'un ou l'autre des nerfs dépresseurs et même les deux à la fois.

Voyons maintenant ce qui se passe au siége même de la lésion, que nous faisons toujours au-dessous des tubercules de Wenzel, dans une zone de deux à trois millimètres, assez éloignée de la ligne médiane. Si on sacrifie l'animal immédiatement après la piqûre, on voit une hémorrhagie à la surface et dans toute l'étendue de la piqûre, mais le tissu nerveux environnant est normal et ne présente aucune infiltration sanguine, tandis que si on ouvre l'animal une heure seulement après la piqûre, il existe un caillot très fin dans toute l'étendue de la piqûre, de plus, le tissu nerveux est rosé et infiltré de sang dans une zone de deux à trois millimètres environ autour de la piqûre. Les mêmes lésions s'observent le lendemain et plusieurs jours après.

Je pense donc que l'effet primitif de la piqûre est une excitation du centre dilatateur lésé. Plus tard, survient l'hémorrhagie, qui, d'abord, continue à exciter les filets nerveux qui émanent de ce centre avant sa destruction ou son altération profonde par la continuation de l'hémorrhagie.

L'effet de cette irritation primitive et de cette destruction consécutive est une glycosurie progressive pendant un certain temps, et qui ne tarde pas à disparaître par le fait même de l'altération du centre dilatateur.

Que, si Cl. Bernard a pu dire (*Leç. sur le diabète*, 1877,

p. 397) simplement que la glycosurie persiste autant que l'irritation et cesse avec elle, le fait est exact; mais, lorsqu'il ajoute, au même endroit, qu'une nouvelle excitation, c'est-à-dire une nouvelle piqûre, rétablit la glycosurie, il ne détermine pas suffisamment les conditions de cette nouvelle excitation.

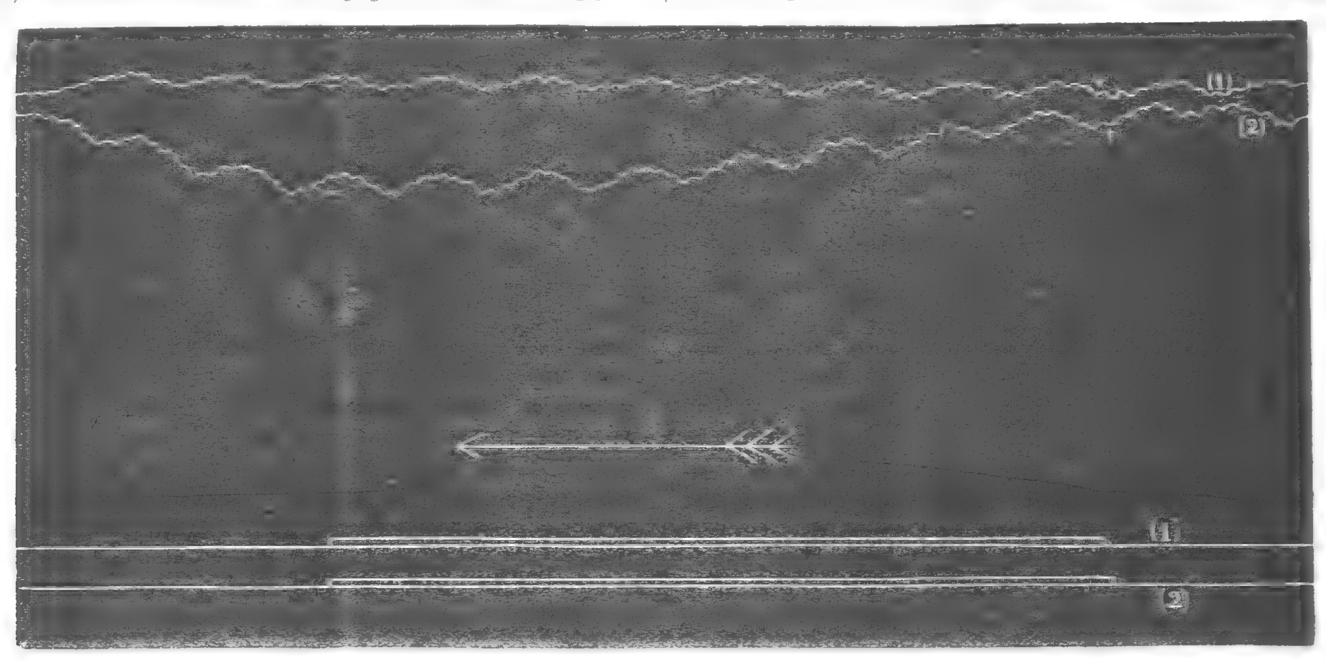


Fig. 31.

Les expériences personnelles de cet illustre maître indiquent toutefois clairement qu'une excitation portée au même endroit (*Leç. sur le syst. nerv.*, t. II, p. 421, fig. 56), est impuissante à rétablir la glycosurie éteinte; tandis que les expériences relatées dans le même volume, aux pages 432, fig. 60 ; p. 433, fig. 61 ; p. 438, fig. 64, démontrent que la glycosurie renaît, si la deuxième piqûre siége du côté opposé à la première.

On voit dans la fig. 66, p. 432, que les deux piqûres sont très rapprochées l'une de l'autre de chaque côté de la ligne médiane; mais comme le dit Cl. Bernard, à la page 439, il ne faut pas s'en tenir à l'examen du point d'entrée de l'instrument qui, le plus souvent ne suit pas une direction perpendiculaire au plan d'entrée.

Lors de sa découverte sur la production du diabète artificiel, le célèbre physiologiste entraîné par la similitude de suractivité circulatoire que l'on obtient par la section du sympathique cervical, pour l'oreille correspondante, et par la piqûre du diabète pour les viscères abdominaux, crut d'abord que des effets semblables étaient dûs au même mécanisme (*Leç. sur la phys. exp.*, 1854-55, t. I. p. 339.— *Leç. sur le syst. nerv.*, t. I, p. 463); il essaya de rendre le diabète permanent en maintenant les instruments en place et pensa que le diabète ne persistait pas à cause des

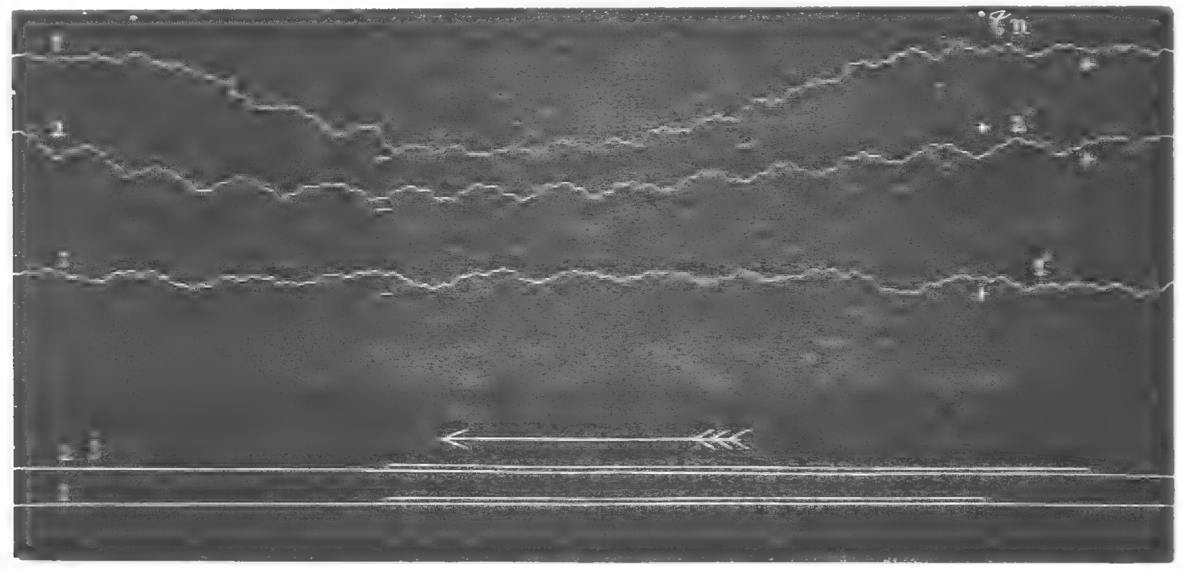


Fig. 32

phénomènes inflammatoires consécutifs. Mais bientôt (*Leç. de path. exp.*, 1872, p. 267), il fit observer que le diabète produit par la piqûre du plancher du quatrième ventricule devrait, dans cette hypothèse, persister autant que la lésion. Il émit aussitôt l'idée qu'il ne s'agirait pas d'une dilatation passive pure et simple, mais d'une dilatation active des vaisseaux qui se produirait alors par excitation spéciale.

Malgré cela, les physiologistes persistèrent à ne voir dans le diabète artificiel qu'une paralysie vaso-motrice, et dans sa non permanence, qu'un effet du traumatisme. Aussi me permettrai-je d'ajouter que mes expériences doivent faire rejeter cette dernière théorie. En effet, le lendemain même de la piqûre, immédiatement après la disparition du sucre des urines, une nouvelle piqûre symétrique ou l'ex-

citation du bout central du nerf dépresseur du côté opposé à la lésion fait toujours renaître une glycosurie intense ainsi que je l'ai déjà dit plus haut.

CONCLUSIONS A. Il existe dans le bulbe, au-dessous de la petite diagonale du plancher du quatrième ventricule, deux centres symétriques vaso-dilatateurs du foie et des organes intra-abdominaux. Ces deux centres sont séparément excitables.

B. L'action de la piqûre du plancher du quatrième ventricule, c'est-à-dire de ces centres, est double :

1° Irritation locale, produisant une suractivité circulatoire des viscères abdominaux ;

2° Altération dûe à l'hémorrhagie consécutive et paralysie du centre altéré qui n'est plus excitable ni directement (nouvelle piqûre), ni par action réflexe (excitation du bout central du nerf dépresseur du même côté).

C. Après excitation et paralysie consécutive de l'un des deux centres vaso-dilatateurs intra-bulbaires, la suractivité circulatoire des viscères abdominaux peut encore être obtenue soit directement (piqûre du centre intact), soit par action réflexe (excitation du bout central du nerf dépresseur du côté sain).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La liberté de l'enseignement supérieur.

Le Sénat et la Chambre ont successivement adopté, en le modifiant profondément, le projet de loi relatif à la liberté de l'enseignement supérieur, présenté par M. J. Ferry.

Notre intention était d'abord de résumer les débats, mais ils ont pris une tournure exclusivement politique qui nous porte à nous en abstenir en grande partie. Grâce à l'art. 7, on a perdu de vue la liberté de l'enseignement pour ne s'occuper que des jésuites, et finalement, malgré les explications et le désaveu formulés par le président du conseil, les amis de la liberté se sont trouvés dans cette pénible alternative de faire à leurs principes une infidélité regrettable, ou de confondre pour une fois leurs votes avec ceux des ennemis de la République. Le choix était difficile, surtout pour des hommes politiques dont le vote n'est pas l'expression platonique d'une opinion abstraite et théorique, mais l'exécution pratique d'un acte positif et concret, entraînant ses conséquences nécessaires. L'article 7 avait imprudemment placé les honnêtes gens dans l'obligation de se décider entre deux devoirs, entre deux intérêts inséparables ; quel que parti que l'on pense le meilleur, il faut être indulgent pour ceux qui, en toute conscience, ont cru préférable d'en suivre un autre. Quant à ceux qui auraient vu, dans cette situation obscure et confuse, l'occasion de satisfaire des ambitions personnelles, le moyen de se recruter de tous côtés des partisans en caressant à la fois les intérêts de droite et les convictions de gauche, il n'y a qu'à les plaindre. L'équivoque ne vaut pas mieux pour monter au pouvoir que pour s'y maintenir ; le jour venu, on se trouve abandonné par les intérêts ingrats et repoussé par les convictions irritées.

Le projet de loi de M. Ferry comportait quatre articles principaux : l'un rendait à l'Etat la collation des grades ; l'autre établissait la gratuité des inscriptions dans les facultés de l'Etat, avec réserve de l'élévation future des droits d'examens ; un autre permettait aux départements et aux communes de créer des Facultés et des universités libres ; enfin l'art. 7, enlevait le droit d'enseigner aux membres des corporations non reconnues. Sur le premier point, un amendement avait été présenté, maintenant le jury mixte et l'équivalence des inscriptions. M. Lucien Brun, soutenant cet amendement, s'est d'abord longuement étendu sur la nature de l'enseignement donné par les Facultés catholiques. Il a parlé de l'Église, du concordat, du mariage civil, du droit testamentaire, toutes choses fort étrangères à la collation des grades. C'est à la fin seulement de son discours qu'il a abordé la véritable question, et nous n'y trouvons alors à relever qu'un argument plus nouveau que sérieux. M. Lucien Brun prétend que se présenter devant le jury mixte ou devant les Facultés de l'Etat, c'est se présenter devant le même tribunal, devant la même juridiction. La substitution d'un juge suppléant à un juge titulaire ne changeant pas le tribunal, il en est de même, selon M. Lucien Brun, de la substitution de quelques professeurs des Universités libres à des professeurs de l'Etat. Cela ne vaut pas la peine d'être réfuté. M. J. Ferry aurait donc pu, sans inconvénients, se dispenser de répéter encore que si l'examen a pour but de garantir des intérêts d'Etat, l'Etat seul a qualité pour déléguer ceux qui feront passer ces examens, qu'il doit être absolument libre dans son choix, et que lui imposer des professeurs qu'il ne connaît pas, qui sont hostiles à l'Etat moderne, c'est en réalité le faire abdiquer.

M. Buffet a admis qu'il y a une corrélation entre la participation à la collation des grades, et le titre d'université, entre l'équivalence des inscriptions et le titre de Faculté ; que, par conséquent, la suppression des unes peut être considérée comme un motif d'interdire les autres. Mais, d'autre part, il a soutenu que les dénominations communes aux établissements publics et aux établissements privés ne peuvent causer aucune confusion, qu'elles sont de simples indications sur la constitution de ces établissements, bien plus que la constatation de droits à eux appartenant, et que, par conséquent, les derniers peuvent se parer des titres de Facultés et d'Universités. C'est ainsi que nous ne savons plus quel abbé démontrait avant dîner l'existence, et après dîner la non existence de Dieu. Puis M. Buffet, critiquant en passant le système gratuit des inscriptions, auquel il reproche seulement d'enlever aux Facultés toute action disciplinaire sur leurs élèves et tout contrôle sur les études, est arrivé à la collation des grades. Il a demandé quels inconvénients a présenté le jury mixte, à quelles difficultés il a donné lieu, répété ce sophisme qui représente ce jury comme un délégué choisi par l'Etat pour exercer son droit de contrôle. En un mot il a repris toute l'argumentation dont on a tant usé et abusé en 1875, en l'assaisonnant seulement d'une théorie sur les droits acquis. C'est la banale ritournelle qui s'entend toutes les fois qu'on attaque un abus ; récidivistes et pécheurs endurcis devraient s'approprier cette théorie commode ; elle n'aurait peut-être pas grand succès, mais ils ne risqueraient rien à en faire l'expérience.

Le rapporteur, M. J. Simon, n'a donc pas eu besoin de grands efforts de talent pour renverser toute l'argumentation de M. Buffet ; il a pu se poser à peu de frais en défenseur des droits de l'Etat. Point n'était besoin que M. Wallon vînt à son secours et, sous prétexte de défendre le jury mixte, montrât avec des chiffres que ce jury ne servait pour ainsi dire à rien, les élèves des universités libres préférant passer leurs examens devant les professeurs de l'Etat.

Une majorité considérable a donc voté l'abolition du

jury mixte et la restitution à l'Etat du droit exclusif de conférer les grades. On est enfin rentré, sinon dans l'application des principes de liberté individuelle, au moins dans la logique de nos institutions socialistes actuelles. L'Etat garantit les capacités, lui seul les vérifiera désormais comme avant la loi de 1875 ; c'est correct et nous savons nous contenter de peu. Pourtant nous aurions été heureux d'entendre une voix, une seule, celle de M. J. Simon, par exemple, s'élever pour faire des réserves et sauvegarder pour l'avenir le principe de la liberté professionnelle, en protestant incidemment contre la doctrine de l'Etat tuteur et providence. Il n'en a rien été ; ce sera sans doute pour plus tard.

La gratuité des inscriptions a été ensuite admise sans difficulté et il a été entendu que l'Etat ne compenserait pas par l'élévation des droits d'examen la perte que, de ce chef, subira le Trésor. Les seules objections faites à cette mesure, d'apparence libérale, sont des objections de forme. M. Buffet en avait déjà, sur le fond, présenté deux que nous avons indiquées. Celle qui touche à l'action disciplinaire a seule une valeur ; c'était évidemment une pénalité fort grave pour certains étudiants que de perdre des inscriptions ; pour d'autres, ce n'était rien. Il y avait là un point qui méritait d'être discuté, on a glissé dessus. Quant au contrôle des études, l'objection ne porte pas ; payée ou gratuite, l'inscription ne garantit nullement que l'élève travaille dans l'intervalle d'un examen à l'autre.

Mais ce que nous reprochons au Sénat, c'est de n'avoir pas vu qu'en votant la gratuité des inscriptions, il engageait gravement une question de principe d'une extrême importance : personne au moins n'en a soufflé mot, et tout le monde a applaudi M. le Ministre de l'Instruction publique déclarant le budget de la France assez riche pour faire à l'enseignement supérieur une libéralité d'environ un million. Le chiffre importe peu ; ce qui nous choque ici, c'est que le Sénat, et à sa suite la Chambre, aient voté, sans paraître sans douter, ce qui est au fond la gratuité de l'enseignement supérieur. Il faudra bien pourtant que quelqu'un en fasse les frais, il faudra indemniser les villes qui, comptant sur le partage du produit des inscriptions, ont dépensé des sommes considérables pour avoir des Facultés. L'argent se trouvera sans doute, mais au lieu de sortir de la poche des privilégiés à qui leur situation permet de profiter des bienfaits de l'enseignement supérieur, il sera prélevé indistinctement sur eux et sur ceux que la pauvreté force à se contenter de l'enseignement primaire, qui attendra longtemps pareille aubaine. C'est peu démocratique. Nous avons nos idées particulières sur la gratuité de l'enseignement ; quelles qu'elles soient, ce n'est pas le moment de les exposer. Mais, bonne ou mauvaise en soi, la gratuité de l'enseignement ne devait pas être appliquée d'abord à l'enseignement supérieur. Et surtout il nous paraît d'une impardonnable légèreté, si ce n'est pas habileté condamnable, d'introduire dans nos lois d'une façon tacite, subreptice, un principe d'une pareille gravité. Ce procédé a pourtant paru tout simple et tout naturel à l'unanimité de nos sénateurs et de nos députés, car aucun n'a protesté, même par un mot, et c'est ce dont nous nous plaignons.

Il y avait dans le projet primitif de M. J. Ferry, un article vraiment libéral : c'était celui qui permettait aux communes et aux départements de fonder des établissements d'enseignement supérieur. Il a disparu complétement et sans bruit de la loi adoptée par les Chambres et on ne saurait trop le regretter. S'il avait été maintenu, c'eût été une porte ouverte à l'esprit de véritable et bonne décentralisation. On aurait certainement, tôt ou tard, vu surgir des institutions nouvelles, variant suivant les localités, répondant à des besoins nouveaux, à des tendances particulières qui ne trouvent pas à se satisfaire dans nos vieux moules uniformes. Des créations originales se seraient produites ; toutes probablement n'auraient pas réussi, mais quelques-unes auraient subsisté et même là où d'autres auraient échoué, le seul fait d'avoir tenté une action indépendante aurait réveillé l'esprit d'initiative qui s'engourdit trop chez nous.

Il n'y faut plus songer. Rien ne se fera plus en dehors des conceptions universitaires, en dehors d'une organisation vieille de bientôt un siècle ; tous nos établissements d'enseignement supérieur continueront à se ressembler d'une façon absolue, l'uniformité à être la règle inflexible. Défense à toute amélioration de se produire spontanément sur un point isolé ; le progrès se fera partout à la fois sous l'impulsion des bureaux du ministère, ou ne se fera nulle part. C'est l'idéal de la liberté de l'enseignement supérieur.

De l'art. 7 et de la discussion qu'il a provoquée au Sénat, nous ne dirons rien, nous étant autrefois suffisamment expliqué à cet égard. Nous constaterons seulement qu'après un long temps perdu, on est obligé d'en venir, comme nous l'avions indiqué, à l'application des lois sur les associations et en particulier sur les congrégations. Il eût été plus prompt, et peut-être plus habile, de commencer par là.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

Election d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale. Sont présentés : en première ligne, M. Léon Collin ; en deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Brouardel et Gallard ; en troisième ligne, M. E. Besnier ; en quatrième ligne, M. E. Vallin. — Votants : 86. — Majorité 44. — Au premier tour de scrutin, M. L. Collin obtient 56 voix ; M. Gallard, 26 ; M. Brouardel, 1 ; M. Besnier, 1 ; bulletin blanc, 1 ; en conséquence M. LÉON COLLIN, ayant réuni la majorité des suffrages, est élu membre de l'Académie de médecine ; sa nomination sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. MAURICE PERRIN donne lecture d'un Rapport sur un travail ayant pour titre : *les livres scolaires et la myopie*, par M. le Dr JAVAL, au nom d'une commission composée de MM. Giraud-Teulon et Maurice Perrin, rapporteur.

M. H. GUENEAU DE MUSSY offre, au nom de M. Catillon, pharmacien, un travail sur les *peptones*. L'auteur a étudié les modes de préparation et la réaction caractéristique. Par des expériences faites sur lui-même et sur des animaux il a fixé l'équivalent nutritif de peptone en recherchant quelle est la quantité de peptone nécessaire pour représenter la ration de viande quotidienne. Il a reconnu que l'action nutritive des peptones est la même, que les substances soient administrées par l'intestin ou par l'estomac. Si les observations cliniques viennent confirmer ces données expérimentales, les peptones pourront rendre de grands services en thérapeutique.

Séance du 30 mars 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

Election d'un membre correspondant dans la 4e Division : Physique et chimie médicales. Pharmacie. Sont présentés

en première ligne, M. Heckel (de Marseille); en deuxième ligne, M. Lepage (de Gisors); en troisième ligne, M. Boudier, (de Montmorency). Votants : 49. Majorité : 25. Au premier tour de scrutin, M. Heckel obtient 44 voix ; M. Lepage, 3 ; M. Boudier, 2. En conséquence, M. Heckel, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national dans la 4e Division : Physique et Chimie médicales. — Pharmacie.

M. Burq lit un mémoire sur l'*antisepticité du cuivre dans la fièvre typhoïde comme dans le choléra*. Il résulterait du volumineux travail de M. Burq, que, dans toutes les épidémies de choléra, les ouvriers en cuivre, les trompettes, les clairons et les musiciens de profession, dont les instruments à vent sont en cuivre, ont toujours joui d'une immunité proportionnelle au degré de leur imprégnation cuprique. Bien plus, l'imprégnation cuprique, de cause professionnelle, paraîtrait avoir joué un rôle préservatif dans la fièvre typhoïde.

M. Pidoux croit devoir ajouter un complément à la communication de M. Burq, sans toutefois le faire suivre de commentaires. Lors de la dernière épidémie de choléra, M. Burq insista auprès de M. Pidoux, à l'effet d'employer les préparations de cuivre contre cette redoutable maladie. M. Pidoux, ayant à cette époque confié quarante cholériques de son service à M. Burq, celui-ci resta entièrement libre de recourir aux préparations cupriques de son choix ; or, les quarante malades, atteints du choléra et traités par les sels de cuivre, moururent tous sans exception.

M. le Dr F. de Ranse donne communication d'un travail intitulé : *Etude physiologique et clinique sur les phénomènes d'excitation produits par une série de bains tempérés dans une eau minérale à faible minéralisation.* Après avoir fait ressortir la complexité d'un traitement hydro-minéral qui, par l'administration de l'eau en *boisson*, les bains, les divers moyens adjuvants, le régime diététique, répond à des médications multiples et est d'une analyse difficile, sinon impossible, l'auteur dit avoir soumis un grand nombre de malades à l'action exclusive des bains, et précise les conditions expérimentales dans lesquelles il s'est placé. Pour bien fixer les idées, dit-il, et présenter le problème dans sa plus grande simplicité, en écartant les circonstances qui pourraient en compliquer l'étude et par suite la solution, telle que la haute thermalité, les principes volatils qui, avec les vapeurs de l'eau minérale, peuvent agir par inhalation, pendant le bain, sur la suface pulmonaire, enfin les principes fixes qui, par leur nature et leur forte proportion, peuvent exercer sur la surface cutanée, une action topique irritante, je dois dire que l'eau minérale de Néris, classée parmis les indéterminées, ne contient ni principe volatil, ni principe fixe capable d'agir dans le sens qui vient d'être indiqué ; que, dans les faits que j'aurai à rapporter, la température de l'eau des bains a varié de 33° à 35° centigrades, c'est-à-dire dans les limites du point d'équilibre dit *isotherme*, limites dans lesquelles l'influence des bains sur l'absorption et l'exhalation cutanées est réduite au minimum ; que le bain a toujours été pris en baignoire, dans une cabine spacieuse et dont l'aération était assez facile pour qu'il soit permis de ne pas attacher une grande importance au rôle joué par l'inhalation pulmonaire ; enfin que la durée des bains, au commencement du traitement, et généralement avant la manifestation des phénomènes que j'aurai à décrire, a varié de 10 à 40 minutes. M. de Ranse a constamment observé, sauf dans un seul cas, et habituellement du cinquième au douzième bain, une excitation générale, d'ordre physiologique, et une excitation spéciale, propre à chaque malade et consistant dans une exacerbation des principaux phénomènes morbides. Il passe successivement en revue les différentes classes de maladies sur lesquelles ont porté ses recherches et démontre, par de nombreuses observations cliniques, l'exactitude du fait qu'il avance. Il cherche ensuite à interpréter physiologiquement les causes ou le mécanisme de cette double excitation, il discute à ce sujet les différentes hypothèses qui peuvent être émises, et, en terminant, résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Des bains à la température de 33° à 35° centigrades, et de 10 à 40 minutes de durée, pris dans une eau minérale naturelle ne contenant en dissolution que 1 gr. 1445 de principes fixes, produisent du cinquième au douzième jour des phénomènes d'excitation de deux ordres : d'abord une excitation générale d'ordre physiologique, caractérisée principalement par un mouvement fébrile plus ou moins marqué, de l'agitation pendant la nuit, de la courbature pendant le jour, des troubles variables de la digestion, parfois une légère poussée à la peau ; en second lieu une excitation spéciale, variant avec la nature de la maladie, les dispositions particulières de chaque malade, et consistant dans une exacerbation des symptômes qu'il présente, principalement de ceux qui dominent la scène morbide.

2° Cette excitation spéciale, dans les nombreuses observations que j'ai recueillies, n'a fait défaut qu'une fois (il est donc permis de dire qu'elle est à peu près constante). Elle porte, sans exception, sur tous les troubles fonctionnels, sur tous les symptômes que peuvent présenter les malades soumis à l'action des bains; il suffit, pour résumer les faits cliniques rapportés plus haut, d'énumérer rapidement : — les douleurs et les fluxions articulaires du rhumatisme, qui passent quelquefois à l'état aigu ; — les douleurs névralgiques, qu'elles soient primitives ou symptomatiques d'une autre affection, parfois d'une lésion des nerfs ; — les phénomènes protéiformes, douleurs, hypéresthésie ou anesthésie, vertiges, palpitations, lipothymies, agitation, insomnie, etc., qui marquent certains états névropathiques, tels que l'irritation spinale, la névropathie cérébro-cardiaque, la maladie de Ménière, l'agoraphobie, et tant d'autres que la clinique n'a pas encore défini ; — les troubles fonctionnels non moins variés de l'hystérie, névralgies, accès convulsifs, état syncopal, état cataleptique, spasmes, contractures, délire, hallucination, etc. ; — les mouvements incoordonnés de la chorée; — les oscillations rhythmiques de la paralysie agitante ; — d'une manière générale, les troubles sensitifs et moteurs des affections spinales, tels que les douleurs fulgurantes et l'incoordination motrice de l'ataxie, la faiblesse et la rigidité musculaires de la paraplégie spasmodique, les fourmillements, les picotements, les dysesthésies de certaines formes de myélite, etc. ; — les phénomènes nerveux et congestifs des affections utérines ; — les symptômes spasmodiques de certaines maladies des voies urinaires chez l'homme ; — l'irritation de la peau causée par les dermatoses, urticaire, eczéma, ecthyma, etc.

3° L'excitation qui se manifeste d'habitude du cinquième au douzième jour, est parfois tardive et n'apparaît que dans la dernière période du traitement. Assez souvent, dans les premières semaines qui suivent la cure, surviennent de nouveaux phénomènes d'excitation qui constituent une véritable crise post-thermale.

4° Si, dans les conditions expérimentales sus-mentionnées, on recherche la cause de cette excitation, on ne la trouve ni dans la thermalité de l'eau, ni dans l'absorption et l'action consécutive sur l'organisme des principes minéraux dissous, ni dans une action irritante et révulsive sur la surface tégumentaire de ces mêmes principes; cette cause semble plutôt résider dans une modification de l'innervation cutanée ; et, secondairement, par sympathie ou action réflexe, de l'innervation des autres systèmes ou appareils de l'économie, en particulier de ceux qui sont atteints par la maladie.

5° Cette modification de l'innervation cutanée ne saurait s'expliquer par une action dynamique mal définie ; il paraît rationnel de l'attribuer à une excitation directe des fibres nerveuses de la surface du derme par les principes minéraux dissous dans l'eau et jouant le rôle, soit d'excitants physiques, soit d'excitants chimiques, soit l'un et l'autre simultanément. C'est vers la détermination de ces actions élémentaires que doivent tendre les nouvelles recherches.

6° Au point de vue clinique, le degré de l'excitation thermale ne peut servir de critérium absolu pour faire préjuger les effets de la cure ; on peut dire cependant qu'une excitation franche et vive est en général d'un pronostic favorable.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 juin 1879. — Présidence de M. Charcot.

13. Accès épileptiforme, hémiplégie gauche, contracture du membre supérieur gauche. — Atrophie de l'hémisphère cérébral droit avec hypertrophie de la couche optique ; par L. Galliard, interne des hôpitaux.

Adolphe P... a eu à l'âge de deux mois des convulsions et une attaque épileptiforme avec cri et sommeil après l'accès ; à la suite, il est devenu subitement hémiplégique.

Depuis ce moment, les convulsions et les accès ont reparu d'une façon régulière à peu près tous les mois. C'est seulement à l'âge de 9 ans qu'il entre à l'hôpital Ste Eugénie, service de M. Cadet de Gassicourt. Il présente une hémiplégie très-nette à gauche, portant sur les deux membres et n'intéressant pas la face ; pas de troubles de la sensibilité mais atrophie des membres paralysés.

La raideur existe au membre supérieur, mais pas encore de contracture proprement dite. L'intelligence est très affaiblie.

En même temps, engorgements ganglionnaires, suppuration et fistules des ganglions cervicaux et sous-maxillaires. Le 9 juillet 1877, le malade part pour Bourges où il passe deux ans. A son retour, on constate les mêmes symptômes paralytiques, mais les convulsions ne se sont pas reproduites. Contracture du membre supérieur gauche; l'avant-bras est à angle droit sur le bras. Il meurt à l'hôpital Ste-Eugénie, le 10 juin 1879.

A L'AUTOPSIE nous constatons de la dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins. Après avoir enlevé la calotte crânienne, nous trouvons un épanchement de sérosité à la surface du lobe frontal droit. L'hémisphère de ce côté est notablement atrophié. Il pèse 365 gr. tandis que le gauche pèse 490. Il y a donc 125 gr. de différence entre les deux hémisphères. L'atrophie porte surtout sur les circonvolutions. La couche optique a un volume considérable; en la comparant à celle du côté opposé et en constatant la dureté qu'elle offre à la palpation, on croit même avoir affaire à une tumeur de la couche optique de forme ovalaire et faisant une saillie très apparente. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'une hypertrophie simple, et qu'il n'existait là que des éléments normaux.

La moelle sera examinée ultérieurement.

11. Abcès multiples du cerveau chez un alcoolique; par MAYOR, interne des hôpitaux.

Of.., chaudronnier, âgé de 41 ans, est amené le 27 mai dans le service de M. Siredey, à Lariboisière, par des amis qui donnent ce seul renseignement que depuis quinze jours il est tombé dans l'état où il est actuellement, et que, comme il délire un peu depuis ces derniers jours, ils craignent qu'il ne devienne difficile à surveiller.

Le lundi 27 *mai*, à la visite du soir, il est impossible d'obtenir le moindre renseignement du malade. On ne peut que constater les faits suivants : Il est étendu sur le dos, les yeux un peu hagards, sans déviation du regard, sans inégalité pupillaire très nette, sans paralysie faciale. Mais en examinant ses membres, on trouve le bras gauche absolument inerte. Il est incapable de serrer la main qu'on lui tend et même de soulever le moins du monde le bras au-dessus du plan du lit. Lorsqu'on le soulève, il retombe lourdement ; pas de contracture.

La jambe, faible aussi à ce que dit le malade, peut être soulevée au-dessus du plan du lit. Lorsque le malade exécute ce mouvement, il le fait absolument à la manière des ataxiques. Il en est de même lorsqu'on lui fait porter la jambe gauche sur la droite. Il nous est impossible d'explorer la force de la jambe par la méthode de flexion, le malade ne pouvant absolument pas comprendre qu'il doit résister. Alors nous le faisons lever et nous n'observons plus d'ataxie du mouvement, mais une faiblesse extrême de la jambe gauche qui ne peut plus soutenir le poids du corps. Quant au côté droit, nous n'avons rien d'anormal. La sensibilité est intacte des deux côtés, au moins pour ce qui est de la douleur, car l'exploration de la sensibilité tactile devient impossible, vu l'état intellectuel du malade. Les réflexes sont normaux.

A la fin de notre examen, le malade est pris d'un accès convulsif dans lequel il crie qu'il étouffe, qu'on veut l'étrangler. La poitrine est soulevée par la contracture des muscles inspirateurs et ne retombe plus que très incomplétement. Ses mouvements deviennent d'une amplitude très faible. Cependant, pendant l'attaque qui ne dure guère plus de deux minutes, le malade ne se cyanose pas beaucoup. En même temps que les troubles respiratoires, on observe de grands mouvements de défense du bras droit. Quant au bras gauche, il est porté dans la rotation en dedans et l'adduction, l'avant-bras étendu sur le bras, et en pronation forcée, les doigts fléchis sur le pouce. Ce membre est absolument rigide, et en même temps animé d'un mouvement de trépidation très accentuée. La jambe du même côté est également contracturée, agitée du même mouvement de trépidation. Rien du côté de la face. Bientôt l'attaque cesse et presque aussitôt le malade peut répondre à nos questions, bien qu'en divaguant un peu, comme avant l'accès. En examinant les autres organes, nous découvrons, à la percussion du poumon, une diminution évidente de sonorité au lobe inférieur du poumon gauche. Il y a même matité absolue sur une zone verticale de 4 travers de doigts de largeur, située en dehors de la gouttière costo-vertébrale. L'auscultation ne nous donne en ce point qu'une respiration un peu rude, mêlée de quelques râles de bronchite. Il y a plutôt un peu d'exagération des vibrations thoraciques. Rien au sommet ni dans le poumon droit.

Au cœur, absolument rien d'anormal, non plus que dans l'abdomen. Le malade urine sous lui sans qu'il y ait regorgement. Pas de fièvre.

28 *mai*. Rien de nouveau si ce n'est que l'affaiblissement du côté gauche parait plus marqué. On fait lever le malade et on lui fait faire quelques pas en le soutenant. La jambe gauche est trainée et son gros orteil vient heurter à chaque pas le talon droit. Céphalalgie violente, pas de nouvelles attaques convulsives.

29 *mai*. Le malade a repris suffisamment connaissance pour nous dire, de façon que nous puissions nous fier à ce renseignement, que sa maladie a débuté par un violent mal de tête; puis qu'il a perdu connaissance pendant deux heures après une attaque semblable à celle que nous avons vue, au moins pour ce qui est de la sensation pénible d'oppression qui l'accompagne. Lorsqu'il est revenu à lui, il était très fatigué et s'est aperçu que son bras gauche était paralysé. Ce jour-là, il s'est appliqué aux jambes des sinapismes qui ont amené par places la vésication.

31 *mai*. La peau parait un peu chaude, la respiration un peu accélérée. En examinant de nouveau la poitrine nous trouvons de la matité au sommet gauche, en avant et en arrière, avec souffle très intense, presque amphorique. sous l'épine de l'omoplate. A la base, quelques râles sous-crépitants.

Nous obtenons enfin des urines. Elles sont limpides, plutôt peu colorées et ne contiennent aucune trace d'albumine.

1er *juin*. Nous recueillons quelques renseignements de la sœur du malade, qui est assez au courant de la vie de celui-ci. Nous apprenons ainsi qu'il a une fille tuberculeuse ; qu'il a eu, il y a trois ans, une pleurésie ; qu'il n'y a pas d'antécédents syphilitiques probables, mais que le malade était porté à s'alcooliser. Nous interrogeons avec soin pour savoir s'il n'avait pas reçu de coup, s'il n'avait pas fait de chute sur la tête. Elle nous répond négativement quant à ce qui est de ces derniers temps et même de ces dernières années. Sa maladie a débuté graduellement. Depuis quelque temps, il était mal portant et se plaignait fréquemment de maux de tête, quand il a été pris de l'attaque qu'il nous a décrite.

2 *juin*. Agitation ; on est obligé d'attacher le bras droit du malade. Sensation d'étouffement.

4 *juin*. Gros râles bullaires humides, à timbre presque caverneux, sous la clavicule gauche. La température est de 38°, 4 le matin, 38°, 7 le soir.

5 *juin*. Nouvel examen des urines: elles sont rouges-brunâtres, foncées, cependant sans dépôt, mais contenant une forte quantité d'albumine. T. M. 38°, 2. — S. 38°, 3.

6 *juin*. Malgré la difficulté que l'on a à faire respirer le malade, on constate que les poumons sont dans le même état que les jours précédents. Le soir le malade est plus abattu que d'habitude, il n'a plus d'agitation. T. M. 38°. — S. 38°, 5.

7 *juin*. Abattement extrême, demi-coma. Le malade ne reconnait plus sa sœur. Il ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Le soir on le trouve dans un état encore plus grave, la perte de connaissance est complète. De plus on s'aperçoit que le bras droit qui était resté doué de ses mouvements jusqu'à aujourd'hui (le malade était délié depuis qu'il était plus calme), est absolument inerte comme le bras gauche, il retombe lourdement à côté du malade lorsqu'on le soulève.—Les jambes sont également paralysées. Le malade, en proie au stertor, présente l'aspect des individus atteints d'inondation ventriculaire alors que les contractures ont disparu. T. M. 38°, 1. — S. 39°, 4.

8 *juin*. Absolument même état. Mort à 2 h. après-midi.

AUTOPSIE faite le 10 juin.— *Cavité encéphalique*. Rien à noter pour ce qui est de la boite osseuse et de la dure-mère. La pie-mère parait un peu congestionnée ; le liquide céphalo-rachidien

est plutôt diminué. Le liquide ventriculaire est peu abondant ; les parois des ventricules offrent leur consistance normale : nous ne trouvons nulle part de tubercules dans les méninges.

Bulbe. — Protubérance. — Cervelet. — Pédoncules : absolument sains.

Hémisphères. — On voit affleurer à la surface des circonvolutions des foyers purulents, dont la situation est indiquée sur les schémas que nous présentons (1). L'étendue des points d'affleurement a été indiquée. A ce niveau, la substance cérébrale bombe, la méninge est adhérente. Il suffit d'arracher cette dernière pour enlever souvent en même temps la mince couche de tissu cérébral qui recouvre encore la collection purulente et pour la voir s'ouvrir, déversant un pus verdâtre, bien lié, qui ne contient aucune membrane ni aucun détritus caséeux. A la coupe on retrouve ces mêmes foyers, et d'autres plus profonds, disposés comme il suit :

Lobe droit : on ne trouve rien avant la coupe frontale. Là se voit l'origine d'un petit foyer purulent dans le faisceau frontal supérieur. Sur une coupe passant par le sillon de Rolando, on retrouve la continuation du foyer sus-indiqué et de plus on voit un foyer plus petit un peu au-dessus et en dedans de lui. Sur la coupe pariétale le premier foyer se continue et il en apparait un autre plus petit, à la surface, au tiers supérieur de la circonvolution. En outre, il existe un petit foyer superficiel à la partie postérieure du lobe paracentral. Sur la coupe qui passe dans la région antérieure des lobules pariétaux se trouve un foyer au niveau du lobe quadrilatère. Enfin on voit encore un petit abcès superficiel, à la partie postérieure du lobule pariétal supérieur. De tous ces abcès le plus volumineux, celui du lobe quadrilatère, atteint la grosseur d'une forte noix ; le premier et le dernier sont de la grosseur d'une fève ; les autres sont moins volumineux.

Nous n'avons pas trouvé la moindre altération dans la partie centrale de l'hémisphère droit, non plus du reste que dans les parties profondes de l'hémisphère gauche. Mais au niveau des circonvolutions, dans ce dernier, nous avons relevé les lésions suivantes : Deux petits foyers superficiels occupent la partie antérieure des sillons qui séparent entre elles les première, deuxième et troisième frontale. Puis, l'on ne trouve plus rien, jusqu'à la coupe pariétale. Celle-ci met à nu la partie antérieure d'un gros foyer, du volume d'un œuf de pigeon, qui se continue en arrière pour s'arrêter au niveau de la partie moyenne du lobule pariétal supérieur. En outre, un petit foyer se trouve à la partie postérieure de ce lobule et un abcès de la grosseur d'un pois existe profondément au milieu du lobe occipital.

La partie antérieure du gros foyer est entourée d'un piqueté hémorrhagique. C'est en ce point seulement qu'on rencontre cette particularité. Nulle part ailleurs le tissu n'est ramolli ni enflammé autour des abcès qui paraissent déjà limités.

La *moelle* et ses méninges paraissent absolument saines à l'œil nu. La colonne vertébrale ne nous a pas paru malade.

Cavité thoracique. — Adhérences des deux sommets surtout à droite. En ce dernier point, on trouve à la surface des dépressions, en forme de cicatrices étoilées, montrant à la coupe, dans le tissu gris-foncé qui les constitue quelques petites granulations tuberculeuses. Dans le reste du poumon droit, rien d'autre à noter que de la congestion.

Dans le *poumon gauche* la base est sclérosée en masse, plus flasque cependant qu'il n'est d'habitude de la voir dans ce genre d'altération. Les bronches sont volumineuses, dilatées (dilatation cylindrique), et pleines de pus.

Dans le lobe supérieur qui paraît entièrement hépatisé, la coupe est lisse ; on y voit, en regardant avec attention, une marbrure évidente, formée de plaques irrégulières, rouges noyées dans des parties violacées, qui sont tachetées elles-mêmes de petits points suppurés disséminés ou groupés. En avant, près du sommet, se voient deux cavernes de la grosseur d'une noix, remplies d'un pus verdâtre bien lié ; les cavernes paraissent avoir eu pour origine des abcès. Elles n'offrent aucun des caractères des dilatations bronchiques.

(1) V. Album de la Société.

Cœur. — Péricarde et endocarde, sains. Aucune insuffisance valvulaire, pas de rétrécissement d'orifice, myocarde un peu flasque, un peu feuille morte.

Cavité abdominale.—Foie.— Un peu gras et un peu congestionné, commençant à prendre l'aspect muscade.

Rate. — Volumineuse, un peu diffluente sans rien de spécial à la coupe.

Reins.—Offrent l'aspect, dans leur substance corticale, de la néphrite parenchymateuse au début. Le microscope a confirmé ce fait, en même temps qu'il montrait qu'un liquide puriforme, que l'on avait trouvé dans les calices, n'était que de l'urine, contenant un grand nombre de cellules rénales en voie de dégénérescence granulo-graisseuse plus ou moins avancée. Les unes étaient encore facilement reconnaissables, les autres étaient en débris mais restaient caractérisées par leurs noyaux. Le bassinet n'était nullement injecté. La vessie était saine. L'intestin et l'estomac n'offraient rien à noter.

A la surface du corps nous n'avons pas trouvé d'autre plaie que les excoriations dues au sinapisme et une plaie au sacrum, infiniment superficielle et d'origine très récente.

REMARQUES —Comme cause de ces abcès siégeant de chaque côté de la face du cerveau dans les bords supérieurs des hémisphères nous ne pouvons donc invoquer que l'alcoolisme. L'observation que nous venons de rapporter nous semble intéressante encore par ce fait que, tandis que l'hémiplégie gauche était le résultat des abcès, déjà relativement anciens, qui siégeaient dans les zones motrices de l'hémisphère droit, l'hémiplégie droite au contraire, qui n'est apparente que dans les derniers jours, était évidemment liée à la progression en avant, vers les zones motrices de l'hémisphère gauche, du foyer purulent qui avait pris naissance un peu en arrière d'elles. Cette progression nous semble démontrée par cela même que c'est seulement en avant de ce foyer que nous avons trouvé dans la substance cérébrale des traces d'inflammation récente.

15. Dégénérescence amyloïde généralisée chez un tuberculeux ; néphrite parenchymateuse ; hépatite et splénite interstitielles ; entérite ulcéreuse ; par Ch. TALAMON, interne des hôpitaux.

B.., âgé de 18 ans, entré, le 8 mars 1878, à la Maison de Santé, service de M. LECORCHÉ. — *Antécédents* : Mère morte tuberculeuse ; père mort aliéné ; une sœur de 15 ans bien portante. La maladie paraît avoir débuté il y a trois ans par des bronchites répétées, accompagnées d'une faiblesse et d'un amaigrissement rapides. L'enfant a continué depuis cette époque à tousser ; il y a six mois, aggravation des phénomènes pulmonaires ; amaigrissement et débilitation générale de plus en plus prononcés. Et pourtant, dit la personne qui a adopté l'enfant, il mangeait énormément et buvait en proportion ; il se plaignait d'avoir toujours la bouche sèche. Le médecin qui le soignait comme phthisique ne semble pas avoir examiné les urines à ce moment.

Vers le 15 janvier, le malade fut pris brusquement d'œdème de la face et des paupières. En deux jours, l'œdème se généralisa à tout le corps. Suppression presque absolue des urines ; la quantité rendue dans les vingt-quatre heures était à peine d'un demi-verre. En même temps, diarrhée abondante, incoercible. C'est alors que, M. Hérard ayant été appelé en consultation, on examina les urines, on y trouva de l'*albumine* et du *sucre* en notable quantité.

La diarrhée a persisté depuis, malgré tous les traitements employés ; l'urine, cependant, est devenue plus abondante ; l'œdème a disparu depuis trois semaines.

Etat actuel : Facies d'une blancheur de cire ; un peu de bouffissure des paupières. Pâleur et sécheresse de la peau. Pas d'œdème des membres inférieurs. Amaigrissement squelettique. Les mains, les pieds, le nez, sont absolument froids et glacés. Le malade se plaint d'une sécheresse continuelle de la bouche et de la gorge ; il a toujours soif. Appétit nul. Régime lacté exclusif depuis deux mois. Diarrhée incessante, séreuse, sans douleurs. Selles sanglantes il y a quelques jours. Le ventre est plat, excavé ; il est dur sous la main, mais sans douleur à la pression. Sonorité obscure, mais égale partout. Le foie est volumineux, déborde de deux travers de doigt les fausses côtes. Rate grosse.

Le malade tousse peu et ne crache plus. Pas d'oppression. Signes d'excavations pulmonaires aux deux sommets, en avant et en arrière ; râles sous-crépitants dans les bases. Battements du cœur faibles, sans bruit étranger. Pouls petit, fréquent. Urines peu abondantes, 7 à 800 grammes dans les 24 heures, de couleur pâle ; albumine à flots. Pas trace de sucre. Nombreux cylindres granuleux et épithéliaux au microscope. Affaiblissement rapide. Le 12 au matin, le malade tombe dans un état demi-comateux et meurt vers 7 heures du soir.

Autopsie faite 36 heures après la mort :

Thorax : Pas d'épanchement pleural. Le poumon gauche est affaissé contre la colonne vertébrale. Adhérences extrêmement fortes de la moitié supérieure des deux poumons. Il faut arracher les poumons en en laissant une partie à la paroi thoracique. Les bases sont libres. Les deux sommets sont creusés de plusieurs cavernes, dont deux pouvant loger une orange, les autres plus petites, toutes entourées d'un tissu fibreux, blanchâtre, induré, qui forme des tractus résistants, cloisonnant les deux lobes supérieurs, au milieu de tubercules caséeux. Le lobe moyen droit et le lobe inférieur gauche sont infiltrés de masses caséeuses, ramollies. Le lobe inférieur droit est congestionné, mais ne présente pas de granulations tuberculeuses.

Péricarde, normal. Le *cœur* est petit, vide ; le ventricule gauche est petit et comme atrophié ; les parois mesurent 12 millimètres d'épaisseur ; le tissu musculaire paraît sain. Valvules souples ; rien d'anormal aux orifices.

Foie volumineux, aspect de foie muscade ; il présente en outre par larges places des masses jaunâtres, lardacées, qui se colorent en brun par l'iode.

Rate excessivement dure, volumineuse ; coloration d'un rouge vif. Tissu induré, brillant sur la coupe, semé de grains demi-transparents, rapprochés les uns des autres, qui donnent la réaction amyloïde caractéristique.

Les *reins* sont gros ; le droit mesure 15 centimètres de long sur 8 de large, le gauche 14 sur 7. Ils sont mous, flasques ; coloration jaunâtre striée de rouge ; aspect du gros rein blanc. La capsule s'enlève facilement ; la surface est lisse. Sur une coupe, la substance corticale est très épaissie ; elle est infiltrée presque partout par une substance vitreuse, brillante, qui se colore en brun foncé par l'iode ; sur la surface de la coupe, les glomérules apparaissent comme des points brillants.

La *vessie* est ratatinée ; la muqueuse est grisâtre et ne paraît pas altérée.

L'*estomac* est élargi ; la muqueuse est pointillée de rouge par places le long de la grande courbure : dilatation des vaisseaux au niveau de la grosse tubérosité. Pas d'ulcérations.

Intestin grêle. La première partie jusqu'à l'iléon est le siége d'une injection vasculaire très prononcée ; les vaisseaux forment des arborisations fines, d'un rouge carminé. Tout l'iléon est criblé de petites ulcérations ; les unes arrondies, les autres sinueuses, plus ou moins allongées, formant des dessins bizarres, certaines comme trifoliées ; elles sont peu profondes, ne paraissent pas dépasser la muqueuse ; elles sont limitées par un rebord peu saillant, d'un rouge vif. Le plus grand nombre ressemble à des ulcérations aphtheuses de la bouche, elles ont la grandeur d'une lentille ; d'autres, plus grandes, ont les dimensions d'une pièce de vingt centimes. Les ulcérations paraissent débuter par les follicules clos ; la plupart de ces follicules forment un petit ulcère arrondi ; les autres sont saillants, rougeâtres. Toutes les plaques de Peyer sont tomenteuses, boursouflées, hérissées de petits mamelons rouges et semées de petites ulcérations superficielles. Le reste de la muqueuse est d'un rouge violacé, sombre, disposé par larges plaques diffuses.

Ni sur les bords des ulcérations, ni sur leur fond on ne voit rien qui ressemble à des granulations tuberculeuses. La surface péritonéale de l'intestin est lisse, comme à l'état normal, on n'y voit ni lymphatiques dilatés, ni granulations, comme cela est ordinaire au niveau des ulcérations tuberculeuses.

Les ganglions mésentériques ne sont pas augmentés de volume et sont à peine appréciables à la palpation du mésentère. Le cœcum présente la même coloration rouge que l'intestin grêle, et quelques ulcérations analogues. Le reste du gros intestin est rempli de matières fécales noirâtres ; on n'y rencontre aucune ulcération.

Examen microscopique. — Nous avons examiné au microscope l'intestin, l'estomac, le foie, le rein, la rate, le pancréas, un fragment du muscle cardiaque et du muscle vaste interne de la cuisse et enfin l'épiploon.

1° Ni dans le *myocarde*, ni dans le *vaste interne* nous n'avons trouvé trace de dégénérescence amyloïde. Les faisceaux musculaires étaient d'apparence normale.

2° Le *pancréas* ne présentait pas d'altérations des acini ni du tissu conjonctif interacineux. Sur des coupes colorées par le violet de Paris, on ne voyait que quelques artérioles teintes en rouge, à peine deux ou trois sur chaque coupe. Toutes les autres se coloraient en bleu et avaient l'aspect normal.

3° Sur des morceaux du *grand épiploon*, pris en différents points de la séreuse, étalés sur une plaque de verre et colorés par le violet de méthylaniline ou la teinture d'iode, la dégénérescence amyloïde occupe le plus grand nombre des petits vaisseaux. Le violet de Paris donne d'élégants dessins ; le long des mailles du tissu conjonctif, colorées en bleu, on voit les petites artérioles, colorées en rouge, se résoudre en un réseau capillaire, formant une sorte de peloton, qui présente la même coloration rouge ; c'est surtout autour des amas de vésicules adipeuses que les capillaires dégénérés forment les réseaux les plus nets. On ne trouve nulle part ni inflammation de la séreuse, ni granulation tuberculeuse.

4° *Foie*. Coupes colorées par le violet de Paris. A un faible grossissement, on voit les parties amyloïdes, colorées en rouge violet, disséminées dans les parties périphériques du lobule hépatique ; les parties centrales sont indemnes en général et colorées en bleu ; une petite zone externe existe aussi, le plus souvent colorée en bleu. C'est la disposition ordinaire, mais parfois l'infiltration amyloïde envahit les cellules qui entourent la veine centrale. Jamais tout le lobule n'est pris, à peine ordinairement le sixième ou le septième. Tantôt la dégénérescence est sous forme de traînées conservant encore la disposition des cellules hépatiques, tantôt en forme de blocs disséminés, englobant plusieurs cellules. Certains lobules sont presque absolument indemnes ; à peine y voit-on quelques points rouges épars. La veine centrale est toujours colorée en bleu. Dans les espaces triangulaires, on voit la coupe des artérioles hépatiques colorée en rouge, très souvent la coupe de la veine-porte, mais rarement dans tout son pourtour ; les canaux biliaires sont colorés en bleu. Le tissu cellulaire est épaissi dans ces espaces qui sont beaucoup plus larges qu'à l'état normal.

A un grossissement plus fort, on constate que la coloration rouge se fixe tantôt sur les cellules hépatiques, tantôt sur les capillaires qui forment alors comme un petit cylindre rouge compacte. Parfois au milieu d'un lobule absolument normal, on voit une ou deux cellules colorées en rouge. Un grand nombre de cellules sont remplies de gouttes de graisse. Les parois des artères hépatiques sont très épaissies et totalement rouges. La veine-porte fixe aussi la coloration rouge, mais jamais toutes la circonférence n'est prise ; le rouge tantôt occupe le tiers, la moitié du pourtour des vaisseaux, tantôt apparaît sous forme de points disséminés.

L'hyperplasie conjonctive est plus facile à étudier sur des coupes colorées au picro-carmin. Les espaces triangulaires sont élargis et contiennent de nombreuses cellules embryonnaires ; de là partent des traînées fibrillaires parfois assez épaisses, infiltrées aussi de cellules rondes, qui s'insinuent entre les lobules ; ces prolongements conjonctifs sont rares et ne s'étendent pas en général bien loin ; la plupart des lobules se touchent à leur périphérie comme à l'état normal. En plusieurs points, on trouve de petites granulations tuberculeuses, en forme de petits amas arrondis de cellules embryonnaires, siégeant à la périphérie des lobules. L'hépatite interstitielle est plus accusée au voisinage de ces amas tuberculeux.

5° La *rate* est le siége d'une infiltration amyloïde diffuse avec splénite interstitielle. Les corpuscules de Malpighi se

présentent sous forme de masses vitreuses colorées en rouge, presque complétement transformées en substances amyloïdes ; dans un certain nombre de grains, on trouve pourtant au centre l'artériole intacte, colorée en bleu et enveloppée d'une petite zone de cellules embryonnaires. Les trabécules sont très épaissies, infiltrées de cellules rondes, les vaisseaux qui les parcourent sont colorés en rouge. La pulpe splénique offre une coloration bleue ; mais ce fond bleu est ponctué et strié de points et de lignes rouges, que forme la coupe plus ou moins oblique des veines dégénérées.

6° Les *reins* présentent les lésions de la néphrite parenchymateuse pure. Il n'y a pas de prolifération embryonnaire entre les tubes de la couche corticale. Ces tubes sont dilatés, remplis de cellules granuleuses, de granulations et de gouttes graisseuses ; un grand nombre contiennent des cylindres colloïdes jaunâtres. On ne constate un certain degré d'hyperplasie conjonctive que dans les coupes qui portent sur la substance tubuleuse, à partir du milieu des pyramides. La dégénérescence amyloïde occupe tous les glomérules, qui sont infiltrés de masses vitreuses colorées en rouge par le violet de Paris ; dans quelques-uns de ces glomérules on voit des noyaux embryonnaires plus ou moins abondants. Les artères interlobulaires sont aussi colorées en rouge. Mais la dégénérescence amyloïde est surtout marquée dans les artères droites. La coupe de ces artérioles forme au milieu des tubes droits des agglomérations de cercles colorés en rouge. Les cellules épithéliales des tubes urinifères sont partout colorées en bleu et ne présentent nulle part la réaction amyloïde.

7° Les coupes de l'*estomac* montrent les capillaires interglandulaires colorés en rouge, ainsi qu'un certain nombre des artérioles de la couche sous-muqueuse. Les glandes sont intactes. On trouve, autour des vaisseaux, des cellules arrondies répandues dans la couche sous-muqueuse. La dégénérescence amyloïde est bien moins prononcée que dans l'intestin grêle.

8° *Intestin grêle.* Ici, elle occupe toute l'épaisseur de la muqueuse et les vaisseaux de la couche sous-muqueuse.

Dans les parties non ulcérées, le violet de Paris colore en rouge toute l'épaisseur de la muqueuse intestinale, sauf les glandes de Lieberkhun, qui restent colorées en bleu et apparaissent avec leur épithélium normal, enfonçant leurs culs-de-sac entre les capillaires d'un rouge vif. Au-dessus les villosités, hypertrophiées, infiltrées de cellules embryonnaires et colorées en rouge se confondent les unes avec les autres : au dessous, la muqueuse est limitée par une ligne rouge continue, très nette, qu'à un fort grossissement on reconnaît être la couche musculaire de la muqueuse, entièrement dégénérée.

Dans les parties ulcérées, la muqueuse a disparu ; le fond est formé par la couche sous-muqueuse infiltrée de cellules embryonnaires. Au-dessous de certaines de ces ulcérations, on voit un follicule lymphatique hypertrophié, séparé de l'ulcération par une mince couche de tissu conjonctif où se trouvent disséminées des cellules rondes. De chaque côté de l'ulcération la muqueuse avec ses villosités se relève progressivement. Nous n'avons vu nulle part l'ulcération envahissant bien nettement la couche sous-muqueuse.

Celle-ci est pourtant le siège d'une inflammation intense. Elle est partout infiltrée de cellules arrondies, volumineuses, tantôt disséminées sans ordre entre les mailles du tissu conjonctif, tantôt s'agglomérant autour des vaisseaux, parfois s'amassant en petits nodules. Nulle part on ne trouve de granulation tuberculeuse présentant la structure typique.

Les artères sont presque toutes colorées en rouge par le violet de Paris ; leurs parois sont épaissies ; les unes ont leur lumière vide, les autres contiennent des globules de sang. On ne voit pas de vaisseau oblitéré.

Les follicules clos sont toujours colorés en bleu ; ils sont hypertrophiés. Au-dessus, on voit la ligne rouge de la muqueuse en dégénérescence amyloïde. Dans certains points, la muqueuse manque, le follicule est alors séparé, comme nous l'avons dit, de la surface de l'ulcération par une mince couche de tissu conjonctif enflammé. L'ulcération ne parait donc pas débuter par le follicule, bien qu'en beaucoup d'endroits elle siége au niveau de ce follicule.

C'est là du moins ce que nous avons toujours constaté sur le grand nombre de coupes que nous avons faites en différents points de l'iléon.

Les deux couches musculaires de l'intestin sont normales à peu près partout. Nulle part on n'y voit de dégénérescence amyloïde. Par places seulement l'infiltration embryonnaire sous-muqueuse les envahit et dissocie les fibres musculaires. La couche sous-péritonéale est partout intacte.

Remarques. — Nous ne voulons pas insister sur tous les détails de l'observation ; nous appellerons seulement l'attention sur les altérations de l'intestin. De quelle nature sont les ulcérations qui criblaient la muqueuse de l'iléon? Sont-ce des ulcérations tuberculeuses? Nous ne le pensons pas. Macroscopiquement elles n'en avaient pas les caractères ordinaires et bien connus ; on ne voyait ni sur leur fond, ni sur leurs bords, ni à la surface péritonéale les granulations qui sont la règle en pareil cas. Au microscope, rien non plus qui ressemblât à une granulation tuberculeuse. Des petits amas de cellules embryonnaires qu'on rencontrait en certains points pourraient à la rigueur passer pour des tubercules élémentaires ; mais nulle part on ne voyait de tubercules proprement dits avec région centrale caséeuse, zones périphériques épithélioïdes et embryonnaires, vaisseaux oblitérés. Les amas cellulaires peuvent donc à juste titre être considérés comme des amas de cellules inflammatoires ; cette entérite sous-muqueuse étant la conséquence de la dégénérescence amyloïde des vaisseaux.

Quant aux ulcérations, bien que siégeant au niveau des follicules clos et paraissant, à l'œil nu, résulter de la fonte de ces follicules, sous le microscope elles se montraient toujours limitées à la muqueuse même et n'envahissaient nulle part la couche sous-muqueuse. A leur niveau les follicules étaient hypertrophiés, mais non ulcérés, et séparés en général de la surface de l'ulcère par une mince couche conjonctive. Il semble donc que ces ulcères proprement muqueux puissent être regardés comme la conséquence directe de l'infiltration amyloïde diffuse de la muqueuse intestinale qui, ainsi qu'on l'a vu, était envahie dans sa totalité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 *mars* 1880. — Présidence de M. Marjolin.

De l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle. — M. Terrillon. Dans une seconde série d'expériences, je me suis servi du bromure d'éthyle comme anesthésique général. En voici les premiers résultats : la malade est une femme de 30 ans, manifestement *hystérique*, avec hémianesthésie gauche, et atteinte de fissure anale. Dans les deux ou trois premières minutes de l'administration du bromure d'éthyle, survient une attaque d'hystérie légère. Puis tout se calme, et, au bout de sept minutes, l'anesthésie est complète. Un peu de contracture persiste néanmoins. Douze grammes de bromure d'éthyle avaient suffi. Sur le champ, l'anus est dilaté au moyen d'un spéculum largement ouvert, et, chose remarquable, l'opération aussitôt terminée, le réveil se fait prompt, sans la moindre hésitation, sans la moindre hébétude, si bien que la malade peut d'emblée répondre à toutes nos questions. Mais, pour être vrai, je dois ajouter que la malade ayant bu après l'opération, des nausées et même des vomissements, légers il est vrai, se sont montrés au bout de deux heures.

Ces premiers résultats, je me hâte de le dire, n'ont rien de concluant, d'abord parce qu'il s'agissait d'une hystérique, ensuite, parce que l'opération était d'une exécution trop rapide.

Des lésions des nerfs dans les fractures. — M. Terrier. La précédente communication de M. Duplay, m'a remis en mémoire une observation assez intéressante. Un étudiant en droit, tombant d'un escalier, se fait une fracture qui siége manifestement à l'extrémité supérieure du péroné.

Mais, ici, il n'y a pas écartement des fragments : le mécanisme de la fracture n'a pas été celui de l'arrachement ; elle s'est produite soit par diastasis tibio-tarsienne, soit, ce qui est plus probable, par choc direct. Rapidement, la jambe gonfle et d'une façon excessive ; et j'en suis réduit à me contenter

d'un appareil de Scultet. Mais voilà que des douleurs persistantes éclatent au niveau du cou-de-pied, en même temps que la face dorsale du pied devient absolument insensible. Il me paraît manifeste que le nerf musculo-cutané a été intéressé. Les douleurs vont s'aggravant, le malade les compare à la sensation d'un fer chaud, et, au bout de huit jours, survient de l'œdème ; puis, la peau devient *luisante*, des vésicules apparaissent sur le dos du pied (troubles si bien décrits par Weir Mitchell, dans son livre sur les lésions des nerfs), et, enfin, se montre de la parésie des muscles de la région antéro-externe de la jambe. Encore aujourd'hui, et la fracture remonte déjà à un an, une plaque d'anesthésie existe sur le dos du pied. Qu'est ce à dire, sinon qu'il y a eu lésion du sciatique poplité externe, avec névrite du nerf et troubles trophiques consécutifs ?

M. Verneuil. — J'ai observé un fait qui peut être rapproché de ceux si intéressants de MM. Duplay et Terrier.

Dans une excursion, en Suisse, un Américain se fait une fracture de jambe juste au niveau de la *tubérosité antérieure* du tibia. Rose (de Zurich), lui applique aussitôt un appareil silicaté, qui est levé au bout de six semaines. A ce moment, il existe bien au niveau de la fracture un cal volumineux et difforme, une saillie angulaire témoignant d'une réduction imparfaite, mais sa consolidation est obtenue.

Malheureusement, les muscles de la région antéro-externe de la jambe sont paralysés, le pied est dans l'équinisme, et le territoire du muscle cutané est anesthésié. Les téguments sont altérés et violacés. Il y a bien eu lésion nerveuse, mais cette lésion a-t-elle été *primitive*, c'est-à-dire contemporaine du traumatisme, ou bien *consécutive*, c'est ce que je ne peux décider. Quoi qu'il en soit, l'électricité a eu raison de la paralysie musculaire. Et, en terminant, je ne peux pas ne pas faire observer que, absolument immobilisé pendant *trois mois*, ce malade n'a eu aucune raideur de l'articulation du genou, et, cela, malgré une fracture juxta-articulaire.

M. Le Dentu n'est pas absolument édifié sur le mécanisme de la lésion nerveuse. Y a-t-il eu déchirure du nerf, élongation du nerf, ou bien choc direct ? Il vient d'observer un cas d'élongation accidentelle du sciatique poplité interne, et les symptômes sont à peu de chose près ceux qu'on vient d'observer. Un malade se fait une luxation des deux genoux et le fémur se place en arrière du tibia ; d'un côté, la réduction est immédiate, point d'accidents d'aucune sorte ; de l'autre, elle est tardive, mais au bout de trois jours, le malade accuse des douleurs à la plante du pied, et le côté interne du pied est anesthésié. La conclusion est que le sciatique poplité interne a été intéressé, et, en raison du déplacement des surfaces articulaires, il ne peut avoir été intéressé que par *élongation;* actuellement, le blessé a de la névrite du tibial postérieur.

M. Terrier croit que la question du mécanisme est une question difficile ; mais dans le cas qu'il a observé, il repousse absolument l'idée d'une élongation quelconque, pour se rattacher à l'idée de choc direct sur le sicatique poplité externe.

M. Périer cite un fait à l'appui de la contusion directe a été du nerf intéressé. Il a observé en effet dans son service un malade qui, ayant eu le coude tamponné entre deux wagons, a présenté successivement deux eschares au niveau des points contus, de l'œdème du membre, et une paralysie radiale due certainement à la contusion directe du nerf radial; car il n'y a pas eu la moindre fracture.

M. Desprès présente un malade qui s'est fait une *fracture du coude* compliquée de luxation et de plaie. Ce malade a été traité par la simple écharpe, il en est actuellement au 45e jour, et a recouvré la plus grande partie des mouvements de l'articulation.

Ligature de la carotide primitive. — M. Delens présente un malade auquel il a pratiqué la ligature de la carotide primitive pour un anévrysme situé à la naissance de l'artère. La ligature a été faite entre l'anévrysme et les capillaires, et, aujourd'hui, la tumeur est excessivement réduite de volume. Après la ligature, le malade n'a présenté aucun symptôme inquiétant ; point de modification de la pupille, point de phénomènes cérébraux, aucun affaiblissement de la motilité du côté opposé du corps ; c'est qu'en effet M. Delens, soucieux de n'apporter aucune modification brusque dans la circulation encéphalique, a étreint peu à peu dans un fil de catgut le tronc artériel, a fait en un mot ce qu'on pourrait appeler la ligature *progressive* de la carotide primitive.

M. Desprès. Au point de vue de l'absence des phénomènes cérébraux, le cas de M. Delens est un fait normal. Cette absence de phénomènes cérébraux, en effet, est la règle, lorsque la ligature est pratiquée pour une tumeur ; mais, en revanche, elle est l'exception, lorsque la ligature est faite pour un traumatisme ; tant il est vrai que les brusques modifications de la circulation encéphalique sont seules la cause immédiate de ces phénomènes.

M. E. Cruveilhier a pratiqué une fois la ligature de la carotide primitive, chez un malade qui s'était logé une balle dans le rocher. Si, contre la règle, ainsi que l'a justement fait observer M. Desprès, ce malade n'a pas présenté de phénomènes cérébraux, la raison en est dans ce fait que malgré la ligature, le blessé a eu par l'oreille des hémorrhagies abondantes, mais qui n'ont heureusement pas compromis le résultat de l'opération. Or, des statistiques de M. Lefort, il résulte que, chaque fois que des hémorrhagies surviennent après la ligature, les accidents cérébraux manquent.

M. Desprès. La raison en est bien simple : s'il se fait des hémorrhagies après la ligature (et ces hémorrhagies se font par le bout supérieur), c'est un signe que la suppléance artérielle s'est faite, que la circulation encéphalique est redevenue normale, et, en pareil cas, des accidents cérébraux ne sauraient exister. P. Méricamp.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

I. Traité d'orthophonie; par E. Colombat (de l'Isère). In-8° de 576 p. Paris, 1880. Asselin, éditeur.

II. De l'action nerveuse; par le Dr Rames. In-8° de 42 p. Paris, 1879. Masson, éditeur.

III. I Bactari; par C. Bergonzini (extr. de l'*Annuario della Societe dei naturalisti in Modena*). In 8° de 84 p. Modène, 1879.

I. Le livre de M. Colombat, quoi qu'en dise le titre, n'est point, à proprement parler, un traité didactique : il est composé de notes ne formant point entre elles un tout absolument homogène, mais qui s'éclairent cependant et se complètent les unes les autres.

Ce livre est divisé en trois parties, que précède une introduction dans laquelle est relatée l'histoire du cours d'orthophonie fondé en 1828 par le Dr Colombat. La première partie, composée de quatorze notes, est l'exposé des observations de l'auteur sur le rôle de la volonté, de la mémoire et de la docilité intellectuelle dans l'éducation vocale ; sur les manifestations internes et externes de la phonation ; sur le rôle de l'élément pédagogique dans le redressement vocal du bégaiement et des vices de la parole ; sur le rôle de l'enseignement de l'orthophonie technique dans l'étude de son esthétique. Les dernières notes de cette première partie renferment de nombreuses applications pratiques et de nombreux conseils qui seront extrêmement utiles aux professeurs d'orthophonie, aux éducateurs de l'enfance et de la jeunesse, aux professeurs de déclamation, à tous ceux enfin qui auront pour mission soit de redresser les vices de la parole, soit de perfectionner une parole déjà normale.

La deuxième partie, composée d'une seule note, est la synthèse de la méthode d'orthophonie du Dr Colombat. Ce chapitre, le plus important du livre, entre autres choses originales, renferme une classification des diverses anomalies de la parole. M. Colombat divise les vices de la parole en trois sections : 1° Vices *idiopathiques* ; 2° Vices *symptomatiques* ; 3° Vices de la parole dépendant d'une *lésion organique* primitive ou accidentelle. Chacune de ces sections comprend un grand nombre d'anomalies, qu'il serait trop long de rappeler ici. En prenant pour base de sa classification l'étiologie, le diagnostic et le traitement des différentes anomalies de l'articulation, M. Colombat arrive à les classer en *cacomuthies* et *dyslalies*. Les *cacomuthies* sont les défauts de prononciation

qui consistent soit dans l'altération du son que représentent certaines lettres, soit dans la substitution d'une articulation à une autre, comme cela a lieu dans les diverses espèces de grasseyement et de blésités. Les *dyslalies* sont tous les vices de l'articulation caractérisés par la répétition et la prononciation plus ou moins pénibles des syllabes et des mots, ainsi qu'on l'observe dans le bredouillement, le balbutiement et le bégaiement.

Après avoir ainsi longuement passé en revue les causes de chaque vice de la parole, M. Colombat recherche quels sont les moyens et procédés prophylactiques. Cette partie du livre sera consultée avec beaucoup de fruit par les spécialistes.

Quand le côté méthodique du redressement vocal a été enseigné aux bègues ou aux personnes affectées de tout autre vice de la parole, M. Colombat leur fait connaître la phonation esthétique, comme s'ils avaient toujours parlé librement et il leur apprend en même temps ce que dans l'art oratoire on nomme l'*action*. Il leur fait donc étudier les lois psycho-physiologiques qui président au jeu de la physionomie et donnent au geste et aux attitudes du corps une tonalité harmonique en rapport avec celle de la parole. C'est à l'exposé de cette méthode qu'est consacrée la troisième partie du livre.

En résumé, le livre de M. Colombat s'adresse à un public relativement restreint, mais nous ne ne saurions trop en recommander la lecture aux personnes qu'il intéresse : elles y trouveront beaucoup d'aperçus nouveaux. D'ailleurs le nom de M. Colombat, dont l'excellence de la méthode est prouvée depuis longtemps, suffit à assurer à son livre un grand et légitime et succès.

II. M. Rames (d'Aurillac) a déjà essayé, dans une brochure un peu plus considérable que celle-ci, de démontrer que « le système nerveux, au lieu de donner l'animation aux autres éléments anatomiques, recevrait d'eux ses moyens d'activité, aurait un rôle plutôt passif ». Cette conception était passée parfaitement inaperçue; mais M. Rames tient à son idée et aujourd'hui il revient à la charge.

Mais, monsieur Rames! ce que vous voulez là, c'est simplement faire table rase de la physiologie ! Les magnifiques travaux de Cl. Bernard seraient de grossières erreurs ! Désormais ce serait mon biceps qui ferait contracter les cellules de mes circonvolutions cérébrales. On m'avait enseigné jusqu'à présent le contraire. Voyez quelle erreur était la mienne, je croyais simplement ce qu'on m'avait dit, ce que j'avais lu partout, à savoir que les cellules de mes circonvolutions cérébrales donnaient à mes nerfs l'ordre de faire contracter mon biceps. Heureusement, M. Rames survient et nous tire de l'erreur.

Nous répèterons à propos de la brochure de M. Rames ce que nous avons dit déjà d'un ouvrage du même genre. Maintenant que la méthode expérimentale est créée et donne partout de si nombreux et si brillants résultats, ce n'est point par des raisonnements plus ou moins spécieux. mais par des expériences rigoureuses qu'on parviendra à battre en brèche les faits les plus solidement acquis de la physiologie. Toutes les théories ne prévaudront point contre le plus petit résultat expérimental et, pour toutes les sciences d'observation, pour la physiologie plus que pour tout autre, une simple expérience, faite dans de bonnes conditions, acquiert une valeur telle que tous les arguments du monde, s'ils ne sont point basés eux-mêmes sur des expériences, ne sauraient la faire abandonner.

III. L'auteur définit les bactéries « des êtres cellulaires (!) très petits, sans chlorophylle, de forme globuleuse ou linéaire constamment doués de mouvement et qui accompagnent avec une fréquence variable les décompositions organiques ». Il les considère comme appartenant au règne végétal.

Quant à la nature cellulaire des bactéries, rien n'est moins démontré. Pour les micrococcus (Cohn), cela pourrait peut-être se soutenir, mais pour les bactéries, pour les vibrions, etc.; il n'en est plus de même : ces êtres ne sont assurément pas des êtres cellulaires.

Bergonzini classe les bactéries à peu près comme l'avait fait Cohn, de la manière suivante :

Bactéries globuluses		genre	*Micrococcus.*
Bactéries linéaires droites	courtes		*Bacterium.*
	longues		*Bacillus.*
Bactéries linéaires spirales	à peine contournées		*Vibrio.*
	à spirale bien manifeste.	courte et à axe droit	*Spirillum.*
		long et à axe replié	*Spirochaete.*

Chacun de ces genres se subdivise en un certain nombre d'espèces, dont le nombre total ne dépasserait pas trente.

Après l'histoire de chacun de ces genres et celle des espèces qu'ils contiennent, Bergonzini passe à l'étude de la nutrition et de la reproduction des Bactéries, puis de l'action exercée sur elles par les divers agents physico-chimiques. Finalement il aborde l'étude des maladies « dans lesquelles les altérations organiques n'expliquent pas convenablement les symptômes, dans lesquelles ceux-ci et celles-là semblent être l'effet multiple d'une cause qui échappe au scalpel de l'anatomiste et au regard de l'histologiste ». Ces maladies, au cours desquelles on trouve des bactéries dans le sang, sont les maladies infectieuses.

L'auteur les passe rapidement en revue ; c'est ce que nous allons faire aussi.

Variole et vaccin. — Dans le sang des varioleux, Coze et Feltz ont trouvé le *Bacterium termo*. D'autres observateurs et parmi eux Cohn, ont trouvé un micrococcus dans le réseau de Malpighi des varioleux et dans les pustules de vaccin.

Diphthérie. — Dans les fausses membranes, Letzerich, Tommasi, Hueter ont trouvé des micrococcus, Eckert des bactéries, Laboulbène et Robin des bactéries, des vibrions et des micrococcus : mais il n'est pas démontré que ces êtres soient la cause du contage diphthéritique.

Erysipèle. — Hueter appela le premier l'attention sur les bactéries contenues dans les vésicules phlycténoïdes et considéra l'érysipèle comme dû à leur prolifération.

Fièvre typhoïde et scarlatine. — Coze et Feltz ont trouvé dans le sang des typhiques et des scarlatineux le *Bacterium catenula*; ce fait a été depuis contesté par beaucoup d'observateurs, confirmé par bien peu.

Syphilis. — Hallier a vu des micrococcus dans la gonorrhée, sur les ulcères primitifs et dans le sang des personnes atteintes de syphilis constitutionnelle.

Endocardite ulcéreuse. — Dans cette maladie végètent dans les parois cardiaques des amas notables de bactéries. Gerber et Birsch-Hirschfeld en ont observé un cas très manifeste.

Toux convulsive. — Suivant Letzerich, on trouve dans l'expectoration et dans les alvéoles pulmonaires un grand nombre de micrococcus.

Fièvre récurrente. — Obermeier, le premier, trouva dans le sang d'un malade, dans un cas de fièvre récurrente, un filament mobile et très fin, que Cohn nomma *Spirochaete Obermeieri*, mais qui n'est autre que le *Spirochaete plicatilis* (Ehrebnerg). Cet organisme ne se rencontrerait jamais dans l'intervalle des accès, mais seulement pendant la période fébrile.

Charbon. — Le *Bacillus anthracis* se rencontre dans le sang des animaux charbonneux. Davaine l'avait déjà vu en 1850. Cet organisme est devenu célèbre depuis les expériences dont il a été l'objet de la part de Pasteur (1863-1864), puis de Koch (1876) qui en a découvert les spores et décrit l'évolution.

Septicémie. — Sédillot, en 1849, pensait que la septicémie était due à des éléments figurés. Cette opinion reçut un commencement de preuve, en 1864, après les expériences de Billroth et fut définitivement démontrée comme exacte par Pasteur en 1864-1865. Coze et Feltz ont trouvé dans le sang le *Bacterinm punctum* et le *Bacterium catenula*. Cohn et Klebs y ont vu le *Micrococcus septicus*.

Telle est la substance du travail de Bergonzini. Quant au jugement à porter sur lui, le voici en deux mots : beaucoup de compilation, peu ou point d'observations personnelles.

R. BLANCHARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Vaillard, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé préparateur d'histologie à la dite Faculté en remplacement de M. d'Antin démissionnaire.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Lithophone; par le Dr LANGLEBERT.

M. le Dr LANGLEBERT a présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 30 mars 1880, un instrument nouveau, fabriqué sur ses indications, par MM. Mathieu fils, le Lithophone (*Fig. 33*), pour le diagnostic des calculs vésicaux.

Cet instrument se compose d'un petit tambour cylindro-cônique en carton à lisser ou carton d'orties, pouvant se fixer à frottement sur l'extrémité d'une sonde exploratrice à manche cannelé. Tel est le pouvoir résonnant de cet appareil, que le choc le plus petit, un frôlement insensible du bec de la sonde sur une pierre contenue dans la vessie, viennent aussitôt, en s'y amplifiant, retentir dans le tambour, où ils semblent se produire. Sous ce dernier rapport l'illusion est complète, la vessie se trouve, pour ainsi dire, amenée sous l'oreille du chirurgien. Il est inutile d'insister, pour faire comprendre de quelle utilité peut être le Lithophone, pour la recherche des calculs vésicaux et aussi de leurs derniers fragments après une opération de lithotritie.



Fig. 33

VARIA

Distribution des prix à l'école des enfants idiotes et épileptiques de la Salpêtrière.

Cette cérémonie, qui a eu lieu le 22 novembre dernier, avait attiré une notable affluence de spectateurs, curieux de voir l'attitude des élèves et d'assister à leurs exercices. Dans une allocution justement applaudie, M. le directeur général Möring, après avoir félicité l'excellente institutrice, Mlle Nicolle, de la magnifique récompense que lui avait récemment accordée une Société savante, s'est étendu sur les mérites de l'institution, pour laquelle il a manifesté le plus vif intérêt. S'adressant à toutes les personnes qui ont contribué à la prospérité de l'école, à MM. le directeur et l'économe, aux médecins, élèves et employés présents, il les remercie, en termes courtois, de leur zèle, et promet à tous son actif concours. M. Delasiauve, prenant alors la parole, prononce le discours suivant que nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Mesdames, Messieurs,

Qu'il me soit permis d'abord de réitérer nos sincères remerciments à M. le Directeur général qui, cette année comme la précédente, a voulu, se dérobant à ses instantes occupations, présider lui-même cette modeste cérémonie. Cette marque d'intérêt envers nos chères pupilles n'est pas la seule qui lui donne des droits à notre reconnaissance. Il n'est personne parmi nous qui n'ait apprécié les services et le zèle persévérant de notre digne institutrice, Mlle Nicolle. Tous ont applaudi à la récompense si légitime que lui a décernée une société savante, comme à la distinction honorifique qu'y a ajoutée M. le Ministre de l'Instruction publique. Mais combien n'avons-nous pas été touchés aussi du don gracieux par lequel M. le Directeur général s'est associé à ces deux actes, en les accentuant ?

Sa sollicitude ne s'est pas bornée là. Outre l'institution de cours pour les infirmières et nos malades adultes, l'école des enfants a été dotée de deux sous-maîtresses et de deux auxiliaires, également instruites et de bonne volonté. Chargée par surcroît du cours en question, Mlle Nicolle luttait péniblement avec sa seule adjointe, Mlle Florenza, ancienne élève très recommandable, et de jeunes monitrices, qu'elles avaient conjointement formées.

L'accession des nouvelles recrues ne tarda pas à manifester ses bienfaits, soit par la possibilité d'admettre, dans des divisions plus nombreuses, telles dégradées qu'on négligeait, soit par une meilleure tenue générale, soit par un progrès réel dans le degré et la variété des connaissances ou des aptitudes.

Moi-même, j'ai la présomption, équivalant à une certitude, que M. le Directeur général n'a pas été étranger à la décision prise à mon égard par l'autorité supérieure. L'âge, des souffrances anciennes s'aggravant, n'eussent pas suffi à me faire spontanément abandonner un poste que j'aimais. Mais il est une époque où, s'il reste quelques projets en tête, il est imprudent de remettre.

L'espace se resserrait; aurais-je le loisir d'utiliser, dans un suprême travail, des matériaux lentement accumulés ? Ma résolution était contrainte. Il s'agissait, d'ailleurs, des préoccupations de toute mon existence hospitalière, de la science mentale, du sort des aliénés, de celui, en particulier, des pauvres défectueux qui nous rassemblent ici, et dont je voudrais voir l'amélioration généralisée sur tous les points. Il importait à mes vues de conserver la direction de notre classe. En résignant mes fonctions, j'en exprimai le vœu motivé, que l'on agréa. On m'accorda de plus, par l'intercession spontanée de M. Herold : le titre de médecin honoraire des aliénées de la Salpêtrière. Double faveur, précieuse à mes yeux; tout lien n'était pas rompu avec des malades dont je ne me séparais qu'à regret.

Heureusement, quoi qu'il arrive, je n'entrevois pour elles que des conditions propices. M. le Directeur général peut, en toute sécurité, à leur égard, donner cours à ses tendances généreuses, sûr que ses intentions seront religieusement suivies, sinon devancées. Pour combien notre zélé directeur, M. Lebas, dont l'énergique activité féconde tous les services, n'a-t-il pas contribué, par son initiative et ses soins, à la transformation de notre section des enfants, à la réinstallation et à l'amélioration de notre école ? M. Beugniez, notre économe, s'il bon, ne s'est pas moins empressé, dans sa sphère, à procurer à nos enfants le bien-être et les moyens d'instruction. Tous deux, la main dans la main, usurpent une place de plus en plus profonde dans les cœurs reconnaisssants. Nous attendons beaucoup de leur concours.

Quant à mon successeur, M. Legrand du Saulle, ai-je besoin de vous énumérer ses brillantes qualités ? Sa notoriété, ses écrits, ses travaux les résument. Son savoir, son expérience, son élévation, il les doit à ses éminentes facultés, à ses habitudes régulières, à ses veilles laborieuses, à son attention clinique, à une vocation décidée. Si, à ces garanties d'une thérapeutique fructueuse, l'on ajoute l'appui qu'en faveur de sa division, il peut tirer de ses relations administratives et judiciaires, on sentira les chances que je cours d'être vite oublié dans ma retraite.

Il est un nom, enfin, que je ne saurais omettre sans injustice. Durant près de 15 ans, M. Bourneville a, en quelque sorte, été identifié avec la Salpêtrière. On sait les services qu'il y a rendus à la population, la part qu'il y a prise aux plus utiles créations : chacun en garde la mémoire. Il y a bien paru, lors des récentes épreuves qui lui ont valu sa nomination si méritée de médecin en chef d'une des sections d'aliénés à Bicêtre. Les vœux avaient été unanimes, et la joie du triomphe fut aussi vive que l'avaient été les anxiétés de la crainte et de l'espérance. Nul ne doute que le médecin devenu influent, que le conseiller municipal, en possession de la confiance de ses collègues, ne réserve, en attendant qu'il y revienne, pour l'établissement auquel il dut l'hospitalité scientifique, une part de son ardeur fébrile.

Après ces tributs, nés de la circonstance, il me reste, Mesdames et Messieurs, à préciser, par de brèves explications, le but que je poursuis. J'ai recueilli de nombreuses observations dans les sections des enfants à Bicêtre et à la Salpêtrière. J'ai aussi des notes assez explicites sur la plupart des petites filles qui sont actuellement dans le dernier asile. Mais, suffisantes pour mon édification, elles ont besoin, pour s'imposer aux savants et aux administrations, d'être complétées et révisées. Tel sera, si je puis y parvenir, l'objet d'une expérimentation nouvelle, variée, méthodique, et de constatations quotidiennes. Dans les exercices physiques et moraux, mettant en jeu toutes les aptitudes accessibles, et chiffrant les progrès réalisés depuis le point de départ, j'espère pouvoir, dans un délai rapproché, recueillir assez d'éléments de comparaison pour rendre saillants les changements obtenus, forcer les sceptiques à résipiscence, présenter comme un crime l'abandon des déshérités de l'esprit, constituer un programme pédagogique, et, finalement, disposant le gouvernement et les chambres à comprendre la haute utilité de notre enseignement, les engager, soit par des fondations *ad hoc* ou des instructions aux familles, à en propager le bienfait jusque dans les moindres localités.

Dès à présent, le contraste de ce qui serait et de ce qui est, saisit l'observateur. J'ai, huit ans, exercé en province. Dans l'étroit cercle de quelques communes, je n'ai pas rencontré moins d'une dizaine des parias dont il s'agit. Tous vaguaient dans les rues ou les champs, sans que les parents en eussent cure. Deux idiotes, à ma connaissance, devinrent enceintes. Une troisième, soupçonnée de l'être, succomba en six heures

à des symptômes que, tacitement, j'attribuai à des substances abortives. Parmi les hommes, trois frayaient dans les églises, attirés par les chants et le bruit des cloches. L'un d'eux accompagnait aussi les convois, s'apitoyant ou larmoyant avec les parents qui pleuraient. Un quatrième tua d'un coup de fourche un propriétaire ; un cinquième alluma deux incendies. Des gamins, qui se plaisent à agacer ces pauvres êtres, sont souvent victimes de leurs imprudentes taquineries.

Funeste préjugé ! Essaie-t'on d'appliquer à quelque chose les moins incapables ? au moindre échec, on répute cela du temps perdu et on les délaisse. La plupart, cependant, ont des forces corporelles ou certaines aptitudes dont, avec de la patience, on tirerait parti. Quand j'arrivai à Bicêtre, en 1844, on travaillait au fort, où nous envoyions des brigades d'ouvriers. Parmi le nombre, se trouvait Justin, idiot complet, dont la parole se limitait à ce grognement, *inronn* ; aucun n'accomplissait mieux sa besogne. Il tournait aussi le manège de notre grand puits légendaire. De moins dégradés étaient attachés aux divers travaux, agricoles ou domestiques. Et combien, dans notre propre section d'enfants, ne pourrait-on pas produire d'exemples analogues? Telle, incoercible, est devenue calme, a appris à lire, à s'occuper dans la maison. Il y a des transformations véritablement étonnantes !

Mais ce n'est pas le lieu de nous appesantir sur les histoires particulières, malgré l'instruction qui en jaillit. Je désire, avant de terminer, dire quelques mots du fonctionnement des classes. Plus vastes et mieux réparties que dans l'ancienne dépendance, jusqu'ici, néanmoins, nous n'avons pu jouir qu'incomplétement de cette amélioration, en grande partie à cause des réparations étendues entreprises dans la section, et qui ont mis nos enfants en contact avec les allées et venues d'une foule d'ouvriers. Au début, aussi, écueil qui mérite d'etre signalé, la tâche a été rude pour les sous-maîtresses et les auxiliaires, que désarçonnaient la turbulence et les cris de certaines élèves. Troublées, découragées, il nous a fallu les exhorter fortement pour les retenir. Cet obstacle est à peu près surmonté. Comprenant mieux et les tempéraments individuels et le mécanisme des procédés, ce qui était pour elles une torture ou un ennui, s'est peu à peu converti en un attrait. A la compassion tolérante pour les désordonnées, dont elles savent esquiver les écarts, s'unit l'affinité pour le plus grand nombre, en qui elles découvrent des rudiments, d'abord inaperçus, de douceur, de bon vouloir et de sensibilité morale : un échange magnétique a lieu. Le goût naît de l'intérêt, qui finit par les attacher à ces pauvres créatures.

C'est à développer, à régulariser ces bonnes dispositions que je me propose de consacrer mes efforts. Former le jugement, créer l'étoffe, dans la mesure du possible, voilà l'idéal. Mais les notions abstraites, étrangères aux intelligences débiles, ne sont pas généralement le plus court chemin pour l'atteindre. La mémoire ne donne pas la compréhension. L'application des sens, la variété des mouvements, l'exercice de la parole, les douces émotions, l'expérimentation des objets matériels ou des êtres animés, la désignation de leurs noms, de leurs propriétés, de leurs différences, la sollicitation des germes artistiques par des jeux ou des occupations appropriées, en un mot, tout ce qui, directement ou indirectement, est de nature à favoriser le jeu des organes, éveiller les sentiments, provoquer les désirs ou l'imitation, doit être mis à profit par l'éducateur. Point d'acte qui ne corresponde à quelque idée, ne contienne sa petite logique et ne tende à constituer, en l'élargissant, un horizon mental.

Toutefois, si l'on pouvait mieux, il y aurait tort de se borner à ces intuitions immédiates. A mesure que la perception se dessine, que des rayons plus abondants pénètrent dans l'obscurité intellectuelle, il convient de rendre les idées plus sensibles par des demandes et des explications corrélatives. Cette méthode oblige souvent le maître à des recherches et à un long parcours. Mais la peine n'est pas sans compensation. Peu ou prou, ses élèves y gagnent. En ce qui le concerne, il ne tarde pas à s'apercevoir des sérieux bénéfices que lui-même il en recueille.

Nos maîtresses ont dû s'en convaincre dans les exercices pratiques auxquels nous nous appliquons à les initier. Une idée, un acte, un objet, une réflexion, deviennent à l'improviste un texte fécond d'éclaircissements qui, s'appelant, s'enchaînant, nous reportent tantôt au dictionnaire simple ou à la grammaire, d'autrefois et surtout à l'un de ces utiles compendium des Bescherelle, Bouillet, Littré, etc., où se trouvent résumés les divers genres de connaissance, et à l'aide desquels chacun peut être son propre professeur.

En même temps que leur savoir, à force de compulser ces recueils, grandit proportionnellement leur vocation éducatrice. On l'a répété, d'ailleurs, depuis bien longtemps ; un des meilleurs moyens d'apprendre, c'est d'enseigner aux autres. Les explications boiteuses, équivoques, ont elles-mêmes leur utilité. Faisant sentir la double opportunité du doute et de la réserve, elles induisent à la vérification, et contribuent à donner à l'esprit un caractère positif. Qui ignore que, dans beaucoup de sciences, l'hypothèse précède souvent la découverte des principes, et que des théories hazardées ont plus d'une fois servi d'échelons pour s'élever à des théories exactes ?

Le procédé sur lequel nous insistons est si vrai, si naturel, qu'il commence à se généraliser dans l'enseignement ordinaire. Il sert également d'auxiliaire à une méthode dite *phonomimique*, applicable à l'éducation des sourds-muets ; à plus forte raison aux entendants-parlants. C'est le langage par gestes. Imaginée par un bienfaiteur de l'humanité, son ingénieux inventeur, M. Augustin Grosselin, vint, à diverses reprises, l'expérimenter, sous nos yeux, à Bicêtre et à la Salpêtrière, où elle fut utilisée fructueusement par M. Deleporte et Mlle Nicolle. Tout récemment, M. Emile Grosselin, qui poursuit avec la même ardeur que son regretté père la propagation de la méthode phonomimique, a daigné visiter notre école et, à notre sollicitation, constater l'avancement de nos élèves. Or, si l'examen en soi a été, pour nous, satisfaisant, nous n'avons pas été moins édifié par la série de remarques instructives dont chaque demande et chaque réponse étaient le point de départ ou l'occasion. M. Emile Grosselin vise, comme nous, à fortifier l'être intellectuel et moral. Un même principe nous a conduits à des errements communs.

Je m'arrête, Mesdames et Messieurs. Votre présence ici attestant votre sollicitude pour notre œuvre de réparation, il m'a paru convenable, en vous entretenant de l'état présent de notre école et des heureuses transformations qui s'y sont opérées, de vous confier nos espérances pour son avenir. Je n'ai pas cru moins opportun de vous indiquer les motifs qui, au moment de ma retraite, m'ont fait souhaiter de présider encore à ses destinées. Quelque douce que me soit la fonction, j'aurais eu scrupule de paraître empiéter sur les attributions de mon successeur, dont je ne veux être, transitoirement, que l'humble auxiliaire, si ma pensée n'avait depuis longtemps franchi les limites de cette étroite enceinte. Initiateurs, après nous avoir imités, on nous a laissés loin en arrière. Des établissements grandioses se sont notamment élevés en Angleterre et aux Etats-Unis. Il s'agit pour nous, ressaisissant la corde, non-seulement de marcher à l'unisson de ces nations rivales, mais de les dépasser. Le nombre des infirmes de l'esprit est considérable et réparti dans les moindres lieux. Tous ont droit au secours, au bienfait de l'éducation, et, autant que possible, sur place. On s'en doute peu dans les sphères élevées du pouvoir. Mettre en évidence cette véritable plaie sociale, faire comprendre à nos gouvernants et aux Chambres la nécessité de la tarir, telle serait mon ambition. Puisse à cet égard votre adhésion morale me venir en aide!

Le moyen, d'ailleurs, n'est pas hors portée. Il rentre dans un plan général et bien simple d'assistance hospitalière. Il suffirait, abandonnant l'initiative aux communes, les éclairant, les stimulant, leur attribuant les subventions nécessaires, de les exciter à se constituer en petits groupes, selon des affinités naturelles, pour fonder, sur des terrains passablement étendus, des refuges appropriés aux diverses infirmités et misères. Assez souvent j'en ai tracé l'esquisse pour être dispensé de revenir sur leur exécution et leurs avantages. J'en ai estimé le nombre à dix mille. Comparativement aux résultats, la dépense ne saurait arrêter. Toutes les souffrances soulagées, la France tendrait à son apogée et, par l'ascendant de son exemple, ramenant les peuples dans son orbite, deviendrait le ciment d'une sainte alliance universelle et féconde. C'est une réalité ; ne fût-ce qu'un rêve, qui n'en caresserait la perspective?

Académie des sciences. — Prix décernés en 1879.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon* : Le prix est décerné à M. de Saint-Genis, pour ses deux ouvrages publiés en 1877 et en 1879 sur la ville de Châtellerault. — La Commission accorde en outre : à M. Borius, pour ses recherches sur le climat de Brest, un rappel du prix que l'Académie lui a donné en 1875. — A M. G. Le Bon, encouragement de 400 francs pour ses « Recherches anatomiques et mathématiques sur les lois de la variation du volume du cerveau et sur leurs relations avec l'intelligence ». — Mention très honorable à M. Bonnange, pour son atlas graphique et statistique du commerce de la France.

CHIMIE. — *Prix Jecker* : Ce prix est partagé pour 1879, de la manière suivante : à **M. Riban**, pour l'ensemble de ses travaux, 4,000 fr. ; — à

M. Bourgoin pour ses travaux de chimie organique, 4,000 fr. ; — à M. Crafts, pour ses travaux relatifs à la chimie organique, 2,000 fr. — *Prix Lacaze* : à M. Lecocq de Boisbaudran, pour sa découverte du gallium.

Botanique. — *Prix Barbier :* à M. le Dr Manouviez (de Valenciennes), encouragement de 1,000 fr., pour ses mémoires sur « l'anémie des mineurs, dite d'Anzin » et « Maladies et hygiène des ouvriers travaillant à la fabrication des agglomérés de houille et de brai ».

Anatomie et Zoologie. — *Prix Thore* : à M. Edouard Brandt, pour ses « Etudes sur le système nerveux des insectes ».

Médecine et Chirurgie. — *Prix Montyon* : La Commission décerne un prix à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, pour leurs « Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools » ; — à M. Tillaux, un prix pour son « Traité d'anatomie topographique » ; — à M. A. Voisin, un prix pour son « Traité de la paralysie générale des aliénés » ; — trois mentions honorables : 1° à M. Bochefontaine, pour divers mémoires de médecine expérimentale ; — 2° à M. Lecorché, pour son ouvrage « Traité du diabète. Diabète sucré. Diabète insipide » ; — 3° à M. Simonin (de Nancy), pour son mémoire « De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme à la clinique chirurgicale de Nancy ».

Enfin la Commission a décidé qu'elle ferait les *citations* suivantes par lettre alphabétique : M. Azam, pour un mémoire intitulé « Réunion primitive et pansement des plaies » ; — M. Delaunay, pour ses « Etudes de biologie comparée, basées sur l'évolution organique » ; — M. Grasset, pour ses « Leçons sur les maladies du système nerveux » ; — M. Gréhant, pour un mémoire « Sur l'absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant » ; — M. Poncet, pour ses recherches sur « l'Anatomie pathologique de l'œil » ; — M. Porak, pour son mémoire « De l'absorption des médicaments par le placenta et de leur élimination par l'urine des enfants nouveau-nés » ; — M. Raimbault, pour un travail intitulé « Appareil de transport pour les blessés en général et notamment les blessés de mine ».

Prix Bréant : à M. Toussaint, pour ses deux travaux « Recherches expérimentales sur la maladie charbonneuse » et « Mémoire sur le choléra des oiseaux de basse-cour ».

Prix Godard : un prix de mille francs à M. Guérin, pour ses « Leçons cliniques sur les affections des organes génitaux internes de la femme » ; — un prix de même valeur à M. Ledouble (de Tours), pour son travail sur « l'épididymite blennorrhagique ».

Prix Chaussier : à M. Tardieu, pour ses deux ouvrages « Etude médico-légale sur les blessures » et « Etude médico-légale sur les maladies produites accidentellement ou involontairement par imprudence, négligence ou transmission contagieuse ».

Physiologie. — *Prix Montyon* : à M. François Franck, pour son travail intitulé « Recherches sur les nerfs dilateurs de la pupille ». — *Prix L. Lacaze* : à M. Davaine, pour l'ensemble de ses travaux.

Prix généraux. — *Prix Montyon* (arts insalubres) : à MM. Boutmy et Fauchez, 2,500 fr. pour un « Nouveau procédé de fabrication de la nitroglycérine » ; — Encouragement de 1,500 fr. à M. Haro, pour un mémoire « Sur une méthode économique de balnéation mise en usage au 69e régiment d'infanterie ».

Prix Trémont : à M. Thollon, pour l'encourager à continuer ses intéressantes recherches sur la spectroscopie.

Faculté de médecine.

Cours de thérapeutique médicale. — M. le professeur Hayem commencera son cours de thérapeutique et matière médicale, le mardi 6 avril 1880, à 5 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique médicale. — M. le professeur G. Sée recommencera les conférences de clinique médicale le lundi 5 avril, à 9 heures 1/4, à l'Hôtel-Dieu, et les continuera tous les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Les autres jours, après la visite, qui a lieu à 8 heures 1/4, tous les élèves qui voudront s'inscrire seront exercés, comme par le passé, aux travaux d'anatomie pathologique et de physiologie expérimentale, sous la direction du chef de laboratoire.

Cours de pathologie interne. — M. Duguet, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne, le lundi 5 avril 1880, à 5 heures du soir (petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Manipulations chimiques. Professeur : M. Wurtz, chef des travaux : M. Willm. — Les manipulations chimiques commenceront le jeudi 15 avril 1880. Elles auront lieu dans les laboratoires spéciaux installés dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis, à 8 heures du matin, et les mercredis et vendredis, à midi 1/2.

Les manipulations chimiques sont obligatoires pour tous les élèves de 1re année, c'est-à-dire pour tous ceux qui ont de 1 à 4 inscriptions.

Les élèves de cette catégorie seront inscrits sur la présentation : 1° de la carte d'admission aux travaux pratiques, qui leur aura été délivrée lors de la prise de l'inscription d'avril ; 2° de la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits prescrits par les règlements. Ces mêmes exercices sont facultatifs pour les élèves qui ont à préparer le 3e examen de doctorat (ancien mode) ; ils auront à présenter la carte spéciale qui leur aura été délivrée par le secrétariat, et leur donnant droit de prendre part aux exercices pratiques. Les étudiants des deux catégories sus-indiquées devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (cabinet M. Willm), à partir du lundi 5 avril, tous les jours, de 1 heure à 2 heures.

Création d'une nouvelle chaire d'anatomie pathologique. — La Faculté de médecine de Paris, extraordinairement réunie, a entendu le rapport présenté au nom d'une commission, dont M. le professeur G. Sée était le rapporteur, sur le projet de création, dans cette faculté, d'une chaire nouvelle d'anatomie pathologique. Les conclusions motivées de ce rapport étaient celles-ci : 1° cette création est inutile ; 2° elle serait dangereuse.

A l'*unanimité* de 28 professeurs présents, ces conclusions ont été adoptées. Le procès-verbal de cette séance et le rapport y annexé ont été immédiatement transmis à M. le Ministre de l'instruction publique. On s'attend aussi à une vive opposition, à la Chambre des Députés et au Sénat, contre cette création. (*Union médicale.*)

Actes de la Faculté de médecine.

Lundi 5. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Charcot, Cadiat. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Hayem, Monod. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnault, G. Bouchardat, de Lanessan. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Parrot, G. Bergeron. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Terrillon.

Mardi 6. — 1er *de Doctorat* : (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Lannelongue, Berger ; — 1re *série* : MM. Robin, B. Anger, Humbert ; — 2e *série* : MM. Gosselin, Delens, Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Peter, Brouardel, Legroux ; — 2e *série* : MM. Ball, Bouchard, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Hardy, Pinard, Richelot ; — 2e *série* (Charité) : MM. G. Sée, Panas, Charpentier.

Mercredi 7. — 2e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Pozzi. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, G. Bourchardat, Gay. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Béclard, Rendu. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Charcot, Guéniot, Monod ; — 2e *série* (Charité) : MM. Parrot, Nicaise, Chantreuil.

Jeudi 8. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, B. Anger, Richelot ; — 1re *série* : MM. Peter, Brouardel, Humbert ; — 2e *série* : MM. Lasègue, Lannelongue, Duguet. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Bouchard, Lancereaux.

Vendredi 9. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Guyon, Cadiat. — 2e *de Doctorat* : MM. Charcot, Parrot, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Regnauld, G. Bergeron. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Potain, Nicaise, Chantreuil ; — 2e *série* (Charité) : MM. Hayem, Guéniot, Monod.

Samedi 10. — 1er *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Robin, B. Anger, Duval ; — 2e *série* : MM. Sappey, Delens, Ch. Richet ; — 3e *série* : MM. Panas, Lannelongue, Farabeuf. — 2e *de doctorat* : 1re *série* : MM. Brouardel, Ball, Berger ; — 2e *série* : MM. Jaccoud, Peter, Humbert. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Gosselin, Lasègue, Charpentier ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Pinard, Richelot.

Thèses. — *Mercredi* 7 : 131. M. Marquie. — 132. M. Choquet. — *Jeudi* 8 : 133. M. Baralt. — 134. M. Romieux.

Asile d'aliénés de la Seine.

Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine sera ouvert le lundi 3 mai 1880, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries, depuis le jeudi 1er avril jusqu'au jeudi 15 avril 1880, inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

Conditions de l'admission au concours et formes à suivre. — Sont admis à prendre part au concours pour les places de pharmacien, les internes en pharmacie ayant exercé pendant trois ans au moins en cette qualité dans les asiles d'aliénés du département de la Seine ou dans les hôpitaux ou hospices de Paris. Le préfet peut, en outre, et par décisions spéciales, autoriser à concourir les pharmaciens de 1re classe qui lui présenteraient les garanties convenables. Les candidats devront produire : 1° Leur acte de naissance ; 2° Leur extrait du casier judiciaire ; 3° Les certificats ou diplômes constatant qu'ils ont exercé en qualité d'internes des hôpitaux ou qu'ils sont pharmaciens de 1re classe ; 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée en envoyant les pièces indiquées. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration. Le jury du concours pour les places de pharmacien est composé ainsi qu'il suit : 1° Six pharmaciens tirés au sort et pris : Un parmi les pharmaciens en chef des asiles d'aliénés de la Seine ; Quatre parmi les pharmaciens en chef ou honoraires des hôpitaux de Paris ;

Un parmi les pharmaciens de la ville ; — 2° Un médecin ou chirurgien tiré au sort parmi les médecins ou chirurgiens en chef titulaires ou honoraires des asiles publics d'aliénés de la Seine. Les épreuves du concours sont réglées comme il suit :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve pratique consistant dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites et dans une dissertation sur le mode par lequel on doit obtenir un ou plusieurs de ces médicaments désignés par le jury ; il sera accordé vingt minutes pour cette épreuve ; — 2° Une épreuve écrite qui portera obligatoirement sur la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle. Il sera accordé au candidat quatre heures pour cette épreuve.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve verbale sur la pharmacie et la chimie dont la durée sera de vingt minutes, après un temps égal de réflexion ; — 2° Une seconde épreuve pratique consistant dans une analyse qualitative d'un mélange de substances pharmaceutiques, et dans une relation écrite des résultats fournis par cette analyse, ainsi que des procédés employés pour les obtenir. Deux heures au moins et trois heures au plus seront accordées pour l'ensemble de cette épreuve ; — 3° Une épreuve pratique consistant dans la reconnaissance de trente plantes ou substances appartenant à l'histoire naturelle et à la chimie pharmaceutique, et dans une dissertation sur une ou plusieurs de ces substances ou plantes qui seront désignées par le jury ; quinze minutes seront accordées pour l'ensemble de cette épreuve.

Le *maximum* des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité.	
Pour l'épreuve pratique	20 points.
— écrite	45 —
Epreuves définitives.	
Pour l'épreuve verbale	20 points.
— l'analyse chimique	30 —
— l'épreuve pratique	20 —

Dans tous les cas où un concours est prescrit pour la nomination de pharmaciens dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les épreuves auxquelles les concurrents sont soumis se divisent en deux séries toutes les fois que le nombre des candidats dépasse cinq pour une place et huit pour deux places. Les épreuves de la première série sont communes à tous les candidats. Les épreuves de la seconde série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés admissibles. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série.

Les plantes et substances à reconnaître sont communes à tous les candidats ; elles seront choisies par le jury avant d'entrer en séance. — Pour les épreuves orales les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuve, au nombre de trois, avant d'entrer en séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. Pour les analyses chimiques et les épreuves pratiques, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuve avant l'ouverture de la séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Les élèves en pharmacie nommés pharmaciens des asiles et non encore pourvus du diplôme de pharmacien de 1re classe, devront justifier de l'obtention de ce diplôme dans le délai d'une année à dater du jour de leur entrée en fonctions, sous peine de déchéance.

Nous regrettons que l'Administration n'ait pas accordé aux concurrents un délai plus long, car il s'agit là d'un *nouveau concours* et non pas de concours connus à l'avance comme ceux qui ont lieu à l'Assistance publique. Il est à souhaiter que l'Administration accorde un nouveau délai, et reporte l'ouverture du concours au commencement de juin.

Election des membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, pour l'ordre de la médecine.

Nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs un compte-rendu sommaire des actes du Comité des délégués des cinq Facultés de médecine de province.

Ces délégués, nommés en vue d'arriver à une entente commune sur le choix de leurs représentants au Conseil supérieur de l'instruction publique, se sont réunis à Paris le 23 février 1880. Etaient présents : MM. Beaunis, pour Nancy ; Bouchard, pour Bordeaux ; Engel, pour Montpellier ; Lescœur, pour Lille ; Monoyer, pour Lyon. Le bureau constitué, chacun des délégués a pris la parole pour exposer les vues et les désirs de la faculté qu'il représentait. Ces diverses communications ont montré que l'accord existait sur les points suivants :

1° Prompte réorganisation de *centres universitaires régionaux*, établis sur les bases projetées par M. Waddington, par conséquent largement dotés et outillés, en possession de la personnalité civile mixte, et jouissant de toute l'autonomie compatible avec les droits de l'Etat, et le maintien de l'unité nationale ; — 2° Aggravation par le fait de la substitution de la section permanente du Conseil supérieur aux Conseils académiques, des inconvénients de la présentation des professeurs par une assemblée incompétente, et nécessité absolue de ne faire intervenir dans la nomination aux chaires que des considérations d'ordre purement scientifiques ; — 3° Soustraction des concours d'agrégation à une centralisation funeste autant aux intérêts de la science qu'à ceux des Facultés de province ; — 4° Suppression du mode actuel de répartitions des traitements des professeurs et établissement d'une règle fixe et commune à toutes les Facultés de médecine ; — 5° Incompatibilité du règlement du 23 août 1879, sur les bibliothèques dites *universitaires*, avec les besoins de l'instruction des élèves et les exigences de l'enseignement.

En résumé, les Facultés de province sont unanimes à demander des libertés effectives et une large décentralisation. Les cinq délégués assurés, que, à la suite d'une entente préalable, les Facultés de province pouvaient, vu le nombre de leurs électeurs, disposer à leur gré des élections, convinrent alors :

1° De ne choisir, pour être élus membres du Conseil supérieur, que des candidats professant sur les questions principales, des opinions conformes à celles de la grande majorité des électeurs, et d'éliminer plus spécialement tout candidat connu pour son amour exagéré de la centralisation à outrance et pour sa répugnance à accorder aux Facultés si peu que ce soit en liberté et en autonomie ; — 2° De communiquer à tous les candidats le titre des cinq articles du programme arrêté en commun et de leur demander de faire connaître leurs opinions à cet égard.

Cependant, une question importante restait à résoudre : c'était de savoir si on entrerait en pourparlers avec la Faculté de médecine de Paris pour le choix d'un candidat, pris dans son sein, ou si les deux seraient exclusivement pris parmi les candidats de province. Après avoir examiné les avantages et les inconvénients des deux solutions, et avoir reconnu que les intérêts de la Faculté de Paris étaient, dans une certaine mesure, solidaires de ceux des Facultés de province, le partage fut résolu. A la suite de cette résolution, les délégués eurent plusieurs entrevues avec M. Parrot, délégué à cette effet par la Faculté de Paris.

Nous sommes heureux d'apprendre que désormais, l'entente est complète entre les diverses Facultés. Il a été décidé que MM. Moitessier, doyen de la Faculté de Montpellier, et Vulpian (1), doyen de la Faculté de Paris, seraient recommandés aux suffrages des électeurs comme membres du Conseil de l'instruction publique.

Les principales idées formulées dans le programme des délégués de province ont été exprimées, il y a longtemps, par le *Progrès médical* (2). Nous pensons toujours que les *Facultés provinciales* doivent avoir leur vie propre, une certaine liberté d'allure, de même que nous pensons aussi que l'*Etat* a le devoir de surveiller les programmes d'enseignement et de procéder aux examens par un jury uniforme, indépendant du corps enseignant.

Ecole supérieure de pharmacie. — Cours d'été.

Pharmacie chimique. — M. le professeur BAUDRIMONT commencera le cours de pharmacie chimique le mardi 6 avril, à 8 h. 1/2 du matin, et le continuera les jeudis, samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

Chimie analytique. — M. le professeur PERSONNE commencera le cours complémentaire de chimie analytique le mardi 6 avril, à 4 h. 1/2, et le continuera les jeudis, samedis et mardis de chaque semaine à la même heure.

Toxicologie. — M. le professeur BOUIS commencera le cours de toxicologie le mercredi 7 avril, à 4 h., et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Hydrologie. Histoire des minéraux. — M. BOUCHARDAT, agrégé, commencera le cours complémentaire d'hydrologie et d'histoire des minéraux le mercredi 7 avril, à 8 h. 1/2 du matin, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Chimie organique. — M. le professeur JUNGFLEISCH commencera le cours de chimie organique le jeudi 8 avril, à 2 h. 1/2, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques ont commencé le vendredi 2 avril, ils ont lieu de midi à 4 heures ainsi qu'il suit : *1re année* (chimie) : M. Moisson, maître de conférences et chef des travaux, le lundi, le mercredi et le vendredi. — *2e année* (chimie) : M. Personne, chef des travaux chimiques, le lundi, le mercredi et le vendredi. — *3e année* (botanique) : M. Gérard, maître de conférences et chef des travaux, le lundi, le mercredi et le vendredi. — *3e année* (physique) : M. Le Roux, professeur le lundi et le mercredi. — *4e année* (botanique) : M. Chatin, le lundi, le mercredi et le vendredi. — *4e année* (zoologie) : M. Alphonse Milne-Edwards, professeur, le mardi, le jeudi et le samedi. — *4e année* (chimie) : M. Personne, chef des travaux chimiques, le lundi, le mercredi et le vendredi.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et RIBEMONT commenceront le lundi 5 avril à 4 heures un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Accouchement ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° Exercices cliniques et opératoires. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

(1) Dans une réunion qui avait eu lieu, pour la Faculté de Paris, le 2 mars, M. Vulpian avait été choisi à l'unanimité des membres présents comme candidat au Conseil supérieur de l'instruction publique.

(2) Voir n° 3 de 1873 ; nos 21, 22, 23, 26, 27, 28 de 1874.

Hôpital des Enfants malades. Clinique médicale. — M. le Dr Bouchut commencera un nouveau cours de clinique le mardi 6 avril, à 9 heures du matin, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

Hôpital Sainte-Eugénie. — M. le Dr Cadet de Gassicourt reprendra ses leçons cliniques le lundi 5 avril, à 9 heures 1/2, et les continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Hillairet reprendra ses leçons cliniques le jeudi 8 avril, à 8 heures 1/2, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique chirurgicale. — M. Péan reprendra ses leçons cliniques et ses opérations chirurgicales, le samedi 3 avril, à 9 heures et demie et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôpital Cochin. — Clinique médicale. — M. le Dr Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine, reprendra ses leçons de clinique médicale le vendredi 9 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mardis et vendredis de chaque semaine, à la même heure.

21. Traitement de l'intertrigo infantile. A. Wertheimber.

Les matières grasses abondent dans les sécrétions cutanées de l'enfant. L'intertrigo du voisinage de l'anus est souvent produit par un état dyspeptique ; du lait de vache frais avec du mucilage d'orge, parties égales, ou dans la proportion de un de lait pour deux d'orge, suffisent quelquefois à la guérison ; si les selles sont acides, donner trois fois par jour les prises suivantes :

Craie préparée....................	0 gr. 10
Sous-nitrate de bismuth...........	0 20
Sucre blanc.......................	0 20

ou de très faibles doses d'acide chlorhydrique. Laver l'enfant avec de l'eau de savon chaude ; bains de son. Poudrer la peau intacte avec le lycopode ou avec un mélange à parties égales d'oxyde de zinc et de sous-nitrate de bismuth.

Sur les parties humides, l'onguent de diachylon d'Hebra avec adjonction d'huile d'olives est préférable aux pommades zinciques ou plombiques. Dans les cas anciens, trois à quatre fois par jour, applications d'une solution de bichlorure de mercure :

Sublimé....................	0,05 centigr.
Eau distillée..............	100 grammes.

Pour achever la guérison, revenir à l'onguent de diachylon. Désinfectant s'il y a diphthérie ou gangrène (*Deustch Arch. f. klin. med.* 1878, XXI, p. 308).

L'onguent de diachylon d'Hebra est un mélange, fraîchement préparé à une chaleur douce, de parties égales d'emplâtre de litharge simple et d'huile de lin que l'on étendra sur du sparadrap. Hébra l'a recommandé contre les sueurs locales, surtout celle des pieds (*Lyon médical*).

22. Traitement des hémorrhoïdes de l'état puerpéral. Chéron.

M. Chéron indique les moyens suivants de traiter les hémorrhoïdes qui apparaissent après l'accouchement, chez les femmes arthritiques qui ont eu à souffrir pendant la grossesse de congestion exagérée et de constipation. Avec une petite seringue dont la canule est terminée par un renflement olivaire, il injecte matin et soir dans l'ampoule rectale une dizaine de grammes de la pommade suivante :

Poudre d'yeux d'écrevisse.....	1 gramme.
Axonge..................	60 —

De plus, il administre après chaque repas une des pilules suivantes :

Poudre de capsicum annuum..	5 grammes.

En 20 pilules.—Enfin il réagit sur la moelle lombaire par des frictions ou l'application d'une compresse de flanelle imbibée du mélange suivant :

Chloroforme................	25 grammes.
Alcoolat de Fioraventi........	150 —

(*Revue méd. chirur. des mal. des femmes.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 19 au jeudi 25 mars 1880, les naissances ont été au nombre de 1,102, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 411 ; illégitimes, 139. Total, 550. — *Sexe féminin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 149. Total 552.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 19 au jeudi 25 mars les décès ont été au nombre de 1,296, savoir : 671 hommes et 625 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : fièvre typhoïde : M. 36. F. 27. T. 63. — Variole : M. 29. F. 26. T. 55. — Rougeole : M. 7. F. 10. T. 17. — Scarlatine : M. ». F. 5. T. ». — Coqueluche : M. 3. F. 8. T. 11. — Diphtérie. Croup : M. 19. F. 26. T. 45. — Dysentérie : M. 2. — Erysipèle : M. 5. F. 3. T. 8. — Affections puerpérales : F. 7. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 104. F. 96. T. 200. — Autres tuberculoses : M. 37. F. 32. T. 69. — Autres affections générales : M. 52. F. 68. T. 120. — Bronchite aiguë : M. 44. F. 30. T. 74. — Pneumonie : M. 47. F. 49. T. 96. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 66. F. 68. T. 134. — Autres maladies

locales ; aiguës : M. 38. F. 48. T. 86 ; — chroniques : M. 112. F. 83. T. 195 ; — douteuses : M. 36. F. 24. T. 60. — Après traumatismes : M. 3. F. ». T. ». — Morts violentes : M. 27. F. 11. T. 38. — Causes non classées : M. 4. F. 4. T. 8.

Morts nés et prétendus tels : 88, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 15. Total, 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 15. Total, 43.

Hôpitaux de Paris. *Concours pour l'internat en pharmacie.* — Le résultat du concours pour l'internat en pharmacie a été proclamé dans la séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie, le mercredi 31 mars 1880. Les élèves ont été nommés dans l'ordre suivant :

1. Richard ; — Chicandard ; — Nardin ; — Grignon ; — Barruet ; — Gras ; — Reeb ; — Boisdon ; — Robert ; — Cavillier.
11. Odinet ; — Aulogne ; — Rouvet ; — Tercinet ; — Lesescq ; — Sonnié Moret ; — Fourmont ; — Rivière ; — Cheminais ; — Marchandize.
21. Chabault ; — Camus ; — Hubault ; — Hanotel ; — Prud'homme ; — Thabuis ; — Noël ; — Blot ; — Caen.
31. Vacher ; — Astier ; — Pasquier ; — Poteau ; — Mazeron.

Prix de l'internat en pharmacie. — 1re *Division.* Prix, médaille d'or : M. Guignard, interne de quatrième année à la Pitié ; — Accessit, médaille d'argent : M. Leidié, interne de troisième année à la Pitié ; — Mention honorable : M. Tourneux, interne de troisième année à l'hôpital St-Louis. 2e *Division.* — Prix, médaille d'argent : M. Lafont ; — Accessit : M. Anthoine ; — 1re mention honorable : M. Bouillot ; — 2e mention honorable : M. Jacquin.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le professeur Pouchet a commencé son cours d'anatomie comparée le jeudi 1er avril 1880, à onze heures du matin, et le continuera le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, à la même heure. Il traitera des divers appareils de la circulation du sang, de la lymphe et des organes dits hématopoiétiques. Les leçons auront lieu dans le laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55. La leçon du jeudi sera ordinairement consacrée aux démonstrations pratiques.

Médecins militaires. — Par décret en date du 28 mars 1880, sont nommés : *Au grade de médecin inspecteur* : M. Quesnoy (Ferdinand-Désiré), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Brault, admis dans la 2e section (réserve) ; — M. Champenois (Paul-Athanas), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Fropo, admis à la retraite.

Hospices civils de Grenoble. — Il sera ouvert, le lundi 2 août 1880, à 8 heures du matin, à l'hôpital civil de Grenoble, un concours public pour une place de médecin-adjoint et de chirurgien-adjoint. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration assisté d'un jury médical, et se composera de cinq épreuves. Les concurrents devront déposer leur diplôme de docteur de médecine et autres pièces nécessaires, au secrétariat de la commission des hospices, un mois avant l'ouverture du concours. Le médecin et le chirurgien nommés à la suite de ce concours entreront en fonctions le 1er novembre 1880. Ces fonctions sont gratuites, mais le praticien qui les exerce devient de plein droit titulaire après une suppléance de six ans.

Sixième Congrès ophtalmologique international. — Ce congrès se tiendra à Milan dans les quatre premiers jours du mois de septembre prochain. Les ophtalmologistes de tous les pays qui voudront y prendre part sont priés d'adresser, par lettre, leur adhésion, dans la première quinzaine de juin, au comité organisateur, via Saint-Andréa, 13, à Milan. Une circulaire fera connaître ultérieurement le lieu où seront reçues les souscriptions et où seront tenues les séances.

Statistique sur la population allemande. — En Allemagne, le bureau impérial de statistique vient de publier les relevés sur les mariages, naissances et décès dans l'empire allemand. Pour une population moyenne de 44,211,000 en 1878, le nombre des mariages a été de 340,016 ; celui des naissances de 1,785,000 ; celui des décès de 1,228,607. (Sous ces deux dernières rubriques, on compte 70,647 enfants mort-nés.) L'excédant des naissances sur les décès a donc été de 556,473.

Les mariages s'étaient élevés en 1872 au nombre de 423,900 ; depuis lors, ils sont tombés au chiffre donné ci-dessus. C'est en 1876, paraît-il, que les naissances ont atteint le chiffre maximum du siècle ; soit 1,831,218.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un profond regret la mort du Dr J. Viguier, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 33 ans, à St-Etienne. Le Dr Viguier avait collaboré au *Progrès médical* où, à la suite de son voyage en Egypte, il avait publié de remarquables articles sur les maladies des pays chauds. — *L'Osservatore* annonce la mort du Dr Marzolo, professeur de chirurgie et recteur de l'université de Padoue. — Le Dr Billet vient de mourir à Rimogne (Ardennes), où il exerçait depuis 1872. — M. A. Lambelin, pharmacien stagiaire, est mort le 4 mars, au Val-de-Grâce, à la suite d'un rhumatisme cérébral.

Librairie Ve Adrien DELAHAYE et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *mars* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements : 20 fr.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. Le Blond. Le numéro de *mars* est paru : Un an : Paris, 18 fr. Départements, 20 fr.

IMP. CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

8e ANNÉE. — N° 15. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 10 AVRIL 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

XVe LEÇON. — **Rôle physiologique du faisceau pyramidal dans la contracture permanente; hémiplégie, myélite par compression, tabes dorsal spasmodique ;**

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

A de certains indices qui ne sauraient guère échapper à un professeur depuis longtemps aux prises avec les difficultés de l'enseignement, j'ai cru reconnaître que la théorie proposée pour rendre compte physiologiquement de la contracture permanente des hémiplégiques n'a pas été saisie, dans tous ses détails, par quelques-uns de mes auditeurs. Je vous demande, en conséquence, la permission de revenir en quelques mots sur mon exposé. Ce n'est pas, tant s'en faut, que j'attache une importance exagérée à cette théorie dont je suis le premier à reconnaître toutes les imperfections. Si j'y insiste, c'est que je la crois vraiment supérieure à toutes celles qui, antérieurement, ont été proposées pour résoudre la question en litige ; c'est surtout parce qu'elle me semble faciliter l'interprétation de faits que le médecin est destiné à rencontrer journellement dans la pratique des maladies cérébro-spinales.

I. 1° J'ai rappelé tout d'abord les relations anatomiques, vraisemblablement très directes, qui paraissent exister entre les extrémités terminales des fibres nerveuses du faisceau pyramidal et les cellules motrices des cornes antérieures, dans toute la hauteur de la moelle épinière ; et j'ai proposé d'admettre que la lésion irritative, dont ces tubes nerveux en voie de destruction sont le siége, retentit sur l'élément ganglionnaire. Ainsi communiquée aux cellules motrices, cette lésion serait purement dynamique, ne s'accompagnant d'aucune altération matérielle appréciable par nos moyens d'investigation, comparable, si vous le voulez, à la modification que produit dans ces mêmes éléments l'intoxication strychnique, mais avec cette différence toutefois que la lésion du strychnisme est un phénomène essentiellement transitoire, tandis que celle dont j'ai supposé l'existence est éminemment durable, aussi durable que l'est la contracture permanente elle-même.

Cet état irritatif une fois admis, il y a lieu de reconnaître qu'il ne reste pas localisé dans l'élément ganglionnaire moteur. Il s'étendrait par diffusion aux autres éléments ganglionnaires de la région, avec lesquels il affecte d'ailleurs des connexions anatomiques plus ou moins directes, par l'intermédiaire de ce qu'on appelle, depuis les travaux de Gerlach, le *réticulum nerveux*. C'est ainsi que les cellules æsthésodiques qu'on suppose être l'aboutissant principal des tubes nerveux centripètes seraient touchées à leur tour d'une façon analogue. Or, les cellules motrices ou kinésodiques et les cellules sensitives ou æsthésodiques constituent la partie centrale des divers systèmes diastaltiques par la voie desquels s'effectuent les actes réflexes spinaux ; et, en conséquence de la lésion supposée, les propriétés des diverses parties de ce système doivent être exaltées. S'il en est ainsi, les moindres excitations venant de la périphérie, en retentissant sur les parties centrales des arcs diastaltiques, doivent se traduire par des phénomènes réflexes plus énergiques qu'à l'ordinaire. Ainsi les excitations permanentes émanant, à l'état normal, des muscles ou de leurs aponévroses, par la voie des nerfs musculaires centripètes, déterminent le phénomène d'activité réflexe incessante connu sous le nom de *tonus* et dont l'expression physiologique est une contraction légère et permanente des muscles. Dans l'état pathologique, ces mêmes excitations se traduiraient par une contraction également permanente, mais très intense, représentant en quelque sorte le tonus musculaire poussé à sa suprême puissance : et telle serait en somme la cause de la contracture permanente des hémiplégiques.

2° Je vous rappellerai après cela comment, me fondant sur des considérations d'ordre clinique, j'ai été amené à vous faire remarquer que les divers modes d'activité réflexe spinale que sépare l'analyse pathologique, paraissent être représentés dans la substance grise de la moelle épinière par autant de systèmes diastaltiques distincts. L'observation démontre, en effet, que si les divers modes d'activité réflexe peuvent être affectés quelquefois simultanément et au même degré, ils peuvent être aussi lésés séparément. Rappelez-vous les cas particuliers dont j'ai fait mention, l'ataxie locomotrice et l'hystérie.

Au contraire, dans l'hémiplégie, que nous avons considérée spécialement, les deux systèmes paraissent frappés d'une façon à peu près égale. Toutefois, il résulte de quelques observations faites par M. Rossenbach (1), que dans les premiers temps qui suivent l'attaque, après la période où tous les réflexes peuvent être momentanément abolis, les réflexes tendineux apparaissent beaucoup plus tôt que les réflexes cutanés. Certains d'entre eux surtout sont remarquables à cet égard, par exemple, celui du crémaster, déterminé par l'application d'un corps froid sur la cuisse du côté correspondant (2), ou encore le réflexe produit par l'excitation de la peau du ventre du côté paralysé. (*Bauchreflexe* de Rossenbach).

Des recherches suivies, faites dans les directions que je viens d'indiquer, fourniraient vraisemblablement des données intéressantes relativement au diagnostic et au pronostic dans un certain nombre de maladies cérébro-spinales.

3° En dernier lieu, je rappellerai encore les quelques exemples que j'ai invoqués pour montrer que les phénomènes cliniques, relevés chemin faisant dans notre étude descriptive des contractures permanentes, trouvent une interprétation facile dans l'hypothèse proposée.

a) Tous les éléments ganglionnaires de la substance grise spinale sont sans doute affectés simultanément par la strychnine introduite dans le sang en circulation. Mais ceux-là réagissent naturellement les premiers, qui sont les plus excitables. L'influence du traumatisme sur le développement de la contracture s'explique à peu près de la même façon.

b) Si l'on suppose que, par la voie des commissures, l'irritation ganglionnaire s'est répandue d'une corne grise à l'autre, on comprendra comment les mouvements volontaires qui ébranlent la substance grise de la corne gauche, par exemple, retentissent sur la corne droite, et déterminent là, soit un mouvement homologue involontaire, soit une aggravation de la contracture. On comprendra aussi pourquoi l'exaltation des réflexes et même la contracture permanente pourront, à un moment donné, se produire sur le côté sain.

(1) Voir les numéros 14, 19, 20, 31, 39, 44, 48, 51 de 1879 ; 7, 8, 9, 11, 12 13 et 14 de 1880.

(1) *Arch. f. Psych.* VI. Bd., S. 845.

(2) Jastrowitz. — *Berlin. klin. Wochensch.*, 1875.

II. C'est là, Messieurs, où nous nous étions arrêtés. Il nous restait encore à vous montrer que notre théorie est supérieure à toutes celles qui ont été proposées.

1° L'ancienne hypothèse de l'encéphalite développée autour du foyer n'est pas soutenable. Il n'y a pas d'autre encéphalite autour des foyers d'apoplexie que le travail de végétation conjonctive qui aboutit à la formation de ce que l'on appelle les cicatrices; et d'un autre côté, jamais les foyers ne déterminent la contracture permanente que lorsque, en raison de leur localisation, ils sont placés de façon à interrompre le cours des fibres du faisceau pyramidal — circonstance dans laquelle la dégénération secondaire est en jeu.

D'ailleurs nous pouvons citer au moins un exemple d'une lésion intéressant systématiquement les faisceaux pyramidaux, primitivement et indépendamment de l'intervention de toute lésion cérébrale en foyer, de toute encéphalite.

Il s'agit d'une affection que j'ai plusieurs fois déjà étudiée avec vous, et dont je veux seulement détacher aujourd'hui un épisode. J'ai proposé d'appeler *sclérose latérale amyotrophique* cette maladie dans laquelle les deux systèmes de faisceaux pyramidaux sont affectés dans la moelle et le bulbe. Seulement, par en haut, la lésion ne peut pas être suivie ordinairement au-delà du pédoncule cérébral; elle semble donc se développer de bas en haut(1). L'altération retentit sur la substance grise des cornes antérieures de la moelle et sur les parties grises analogues du bulbe rachidien; et elle se fait suivant deux modes. Dans certaines régions, c'est une lésion destructive des éléments cellulaires. La conséquence est alors une atrophie des muscles où se rendent les nerfs émanant des régions ainsi lésées de la substance grise. Dans d'autres parties, c'est une simple lésion fonctionnelle, irritative des éléments ganglionnaires. Il en résulte que, dans ces parties, outre la paralysie plus ou moins prononcée, il y a une exagération notable des réflexes tendineux, et même à un certain moment, une contracture parfois considérable des membres. La contracture et, à son défaut, l'exagération des réflexes musculaires et tendineux distinguent cliniquement, d'après mes observations, cette forme d'atrophie musculaire spinale de celle dans laquelle les éléments cellulaires sont détruits sans participation des faisceaux blancs. Je n'insiste pas plus longuement; il me suffit de relever que la théorie proposée trouve ici une éclatante confirmation.

2° Une autre explication pathogénique de la contracture permanente est la suivante: on suppose qu'elle résulte de l'irritation de tubes nerveux n'appartenant pas au faisceau pyramidal mais se mêlant à ses fibres. Ces tubes nerveux n'étant pas séparés de leurs centres trophiques, ne dégénèreraient pas, mais resteraient simplement irrités au sein des parties sclérosées. Je ferai remarquer que les tubes de ce genre sont rares au milieu du faisceau pyramidal; que quelquefois on ne trouve pas un seul tube sain au milieu des parties sclérosées, et que d'ailleurs, en supposant que ces tubes appartinssent au système des fibres commissurales courtes, ils ne pourraient jouer un rôle dans la production de la contracture, que par le fait de la participation de la substance grise.

III. Veuillez considérer, Messieurs, que dans la théorie proposée, et c'est par là que je terminerai, la cause immédiate de la contracture est dans la substance grise et non dans le faisceau latéral lui-même. Il s'agit donc là d'une lésion consécutive, deutéropathique, aléatoire en quelque sorte, dont le degré pourra varier, suivant les sujets, suivant les âges, et dont l'existence même n'est pas dans l'espèce un fait absolument nécessaire.

C'est là une remarque importante, car elle fait comprendre que la contracture permanente, bien qu'elle se rattache à la sclérose pyramidale primitive ou consécutive par un lien assez étroit, n'en est pas, cependant, un symptôme nécessaire, pathognomonique. Ainsi, quoique sclérose et contracture s'observent, en général, simultanément, on peut voir la sclérose sans contracture et la contracture sans sclérose, comme, par exemple, dans le cas de l'hystérie. On conçoit, en effet, que l'irritation ganglionnaire qui provoque la contracture s'établisse primitivement ou en conséquence de lésions autres que celle des faisceaux latéraux. Le fait ne me paraît pas avoir été démontré, mais je le considère comme très possible. En somme, Messieurs, je le répète à dessein, la situation peut être résumée en un mot: La contracture permanente n'est pas une fonction du faisceau pyramidal.

IV. Il n'en est pas moins certain que partout où dans la pathologie spinale la sclérose des faisceaux pyramidaux existe à un titre quelconque, la contracture permanente figure parmi les symptômes habituels.

1° Prenons le cas des dégénérations consécutives descendantes de cause spinale et supposons qu'il s'agisse d'un mal de Pott avec compression de la moelle épinière. Considérons exclusivement les troubles moteurs et admettons qu'ils ouvrent la scène. Cela, d'ailleurs, n'est pas rare. Ici il n'y a pas un début brusque, soudain, nettement déterminé comme dans l'apoplexie; les phénomènes paralytiques se développent le plus souvent avec lenteur, progressivement.

Quoi qu'il en soit, à un moment donné, s'accuse une certaine faiblesse parétique, puis à la longue une paralysie véritable, résultat évident de l'interruption des conducteurs des incitations motrices dans les cordons antéro-latéraux et plus particulièrement dans les faisceaux pyramidaux. Notez bien, Messieurs, ce fait que la paralysie en question n'a rien d'une paralysie avec contracture.

Mais au bout de quelques jours ou de quelques semaines la scène change: *a*) Des secousses, des crampes se font sentir, accompagnées d'une rigidité temporaire, rappelant les phénomènes correspondants observés chez les hémiplégiques. — *b*) D'ailleurs, auparavant, les réflexes tendineux (phénomène du genou, etc.), étaient assurément beaucoup plus prononcés que dans le cas de lésion encéphalique unilatérale.—*c*) Il en est de même des autres modes de l'activité réflexe. C'est en effet dans le cas de compression spinale que les mouvements réflexes sont le plus intenses; ils sont alors parfois comparables à ceux qu'on observe chez les grenouilles strychnisées; l'acte d'uriner, d'aller à la garde-robe, l'introduction d'un cathéter déterminent des secousses énergiques, des mouvements convulsifs involontaire dans les membres paralysés. — *d*) Enfin, tôt ou tard la contracture se manifeste et il est bien rare qu'elle fasse complétement défaut, à moins qu'il ne s'agisse d'une localisation particulière, par exemple lorsque la compression s'exerce sur la partie la plus inférieure du renflement lombaire. Dans la règle, c'est une contracture en extension qui se produit; et cependant il n'est pas rare de voir les membres inférieurs se ramasser sur le bassin en flexion forcée; il semble même que cette attitude soit plus commune dans les myélites par compression que dans les myélites transverses spontanées.

Il n'est pas non plus inutile de relever que tous ces phénomènes occupent un seul membre quand la compression est unilatérale et ce membre est naturellement celui qui répond au côté où siége la lésion. Mais, en général, les symptômes spasmodiques tels que la trépidation épileptoïde et la contracture sont beaucoup moins accentués que quand il s'agit d'une lésion *transverse totale*.

2° Que devient cette contracture? Tantôt les sujets s'affaiblissent, des eschares se forment, la fièvre hectique se déclare, et simultanément le pouvoir réflexe et la contracture disparaissent. Tantôt, au contraire, une amélioration progressive permet d'espérer une issue plus heureuse, et dans un certain nombre de cas la guérison absolue, complète, a pu être constatée. L'état spasmodique se dissipe, les mouvements volontaires s'exécutent de nouveau; seu-

(1) Quelques faits récemment observés établissent cependant la possibilité des lésions intra-encéphaliques du faisceau pyramidal. Voy. Charcot, *Conférence de la Salpêtrière, in Progrès Médical*, 1880, n° 3.

lement les membres conservent encore une certaine rigidité due à la rétraction tendineuse, mais la chirurgie peut y remédier. De ce mode de terminaison si favorable, M. Bouchard a relaté cinq cas. Pour ma part, j'en ai observé six ou sept.

Quant à déterminer les conditions anatomiques de ces guérisons presque inespérées, les examens microscopiques ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse rien dire d'absolument précis à cet égard. Néanmoins dans le cas observé dans mon service et étudié par Michaud, tout porte à croire qu'il s'était agi d'une régénération véritable.

Mais je ne puis à ce propos oublier de faire remarquer que les résultats de l'expérimentation sont bien peu favorables à l'idée d'une régénération, et pour ne parler que des expériences les plus récentes, je vous rappellerai que Eichorst et Naunyn ayant cru observer cette régénération chez les chiens, Schiefferdecker chercha à vérifier ces observations sur les chiens opérés par Goltz. Ces animaux étaient en nombre et quelques-uns d'entre eux avaient survécu dix, douze et même quinze mois à l'opération. Or, même dans ces conditions, aussi favorables que possible, Schiefferdecker ne put découvrir aucune trace de régénération dans le segment inférieur de la moelle; la cicatrice fibrillaire traitée par l'acide osmique, ne renfermait pas de tubes nerveux.

3° La myélite transverse primitive reproduit à peu de modifications près le tableau que je vous ai présenté de la myélite par compression, et ici encore le syndrome *paraplégie spasmodique* peut être, d'après les conditions qui précèdent, rattaché à la sclérose consécutive descendante.

Mais la paraplégie spasmodique peut assez fréquemment se présenter dans la clinique sous une forme qui pendant bien longtemps n'a pas été remarquée comme elle le mérite. Ici le malade n'est pas, ainsi que dans la plupart des cas supposés précédemment, condamné à garder le lit. Il peut souvent dès l'origine du mal marcher sans appui et faire même d'assez longues courses. Mais alors sa démarche est toute particulière. Ollivier (d'Angers) en avait présenté un tableau fidèle dans sa description de la myélite chronique; et tout récemment encore, M. Erb qui en a fait une étude minutieuse l'a désignée sous le nom de démarche spasmodique (*spasticher Gang*). M. Séguin qualifie le même syndrome de *paraplégie tétanoïde*.

Lorsque le malade est couché, la raideur des membres est déjà très sensible; lorsqu'il est assis, elle s'accuse encore davantage; les jambes s'étendent sur les cuisses et les pieds restent suspendus en l'air sans qu'il soit jamais possible au malade de les appuyer à terre. Enfin, dès les premiers mouvements de marche, « le tronc se redresse et se renverse en arrière comme pour contrebalancer le poids du membre inférieur qu'un tremblement involontaire agite avant qu'il soit appuyé de nouveau sur le sol ». Le pied est pris de trépidation chaque fois qu'il est porté en avant et le tremblement par moments s'étend à tout le corps.

Il n'est pas douteux que ce genre de paraplégie se rattache le plus souvent à des lésions spinales vulgaires, compression, myélites, etc.; d'ailleurs, outre la rigidité des membres, il existe encore d'autres symptômes concomitants ou antérieurs, qui ne permettent pas d'hésitation à cet égard. Mais, dans d'autres cas, la maladie date de l'enfance, ou bien elle s'est développée lentement, progressivement, en l'absence de tous symptômes autres que la rigidité musculaire qui, des membres inférieurs où elle reste fréquemment confinée, tend parfois à gagner les membres supérieurs.

M. Erb a émis l'idée que ces cas se rapportaient à une forme pathologique spéciale qu'il a proposé de caractériser du nom de *paraplégie spasmodique*. Il a considéré même comme très-vraisemblable que l'affection dont il s'agit se rattache à une sclérose primitive des cordons latéraux. J'ai partagé et je partage encore l'opinion de M. Erb en ce qui concerne le caractère particulier de bon nombre de ces cas qui affectent dans la clinique cette forme de la paralysie spasmodique; et j'ai proposé de les rassembler dans un groupe nosographique particulier sous le nom de *tabes dorsal spasmodique* (1). Ainsi, le tabes dorsal spasmodique serait une maladie particulière, et la paraplégie spasmodique représenterait un syndrome commun à plusieurs maladies, au tabes spasmodique entre autres.

Mais je suis le premier à reconnaître que le tabes dorsal spasmodique en tant qu'espèce nosographique distincte, ne saurait avoir d'existence réelle et définitive tant que l'anatomie pathologique n'aura pas parlé en faveur de son autonomie. S'il s'agit là effectivement d'une affection à part, l'autopsie révèlera une lésion également spéciale, peut-être la sclérose primitive des faisceaux pyramidaux soupçonnée par M. Erb. Si, au contraire, les nécropsies démontrent qu'il s'agit tantôt d'une myélite par compression, tantôt d'une myélite transverse syphilitique ou autre, il est clair que l'autonomie clinique n'est qu'une apparence.

La question n'est donc pas encore décidée. Je ferai remarquer seulement que les premiers résultats de l'épreuve anatomo-pathologique ne sont pas favorables à la doctrine de l'unité morbide du tabes dorsal spasmodique. En effet, quelques cas que j'avais rattachés à ce groupe nosographique ont dû, après l'autopsie, en être détachés et ramenés à une affection depuis longtemps connue comme pouvant donner lieu aux symptômes de la paraplégie spasmodique. Je veux parler de la sclérose en plaques; mais c'est là un point qui mérite d'être étudié avec certains détails et que le temps ne nous permet pas d'aborder aujourd'hui.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE.— **M. RANVIER.**

Vingt-neuvième leçon (2)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Propriétés physiologiques des fibres musculaires lisses.

I. Mouvements des fibres lisses *a*) spontanés ; *b*) provoqués par les agents mécaniques, chimiques, électriques. — Contraction péristaltique et antipéristaltique ; tétanos de l'intestin, son analogie avec le phénomène de la corde bicipitale. — Mouvements rhythmés des muscles des artères ; mouvements rhythmés de la tunique musculeuse de l'uretère, analyse du travail de M. Engelmann sur ce sujet : théorie d'Engelmann, *l'uretère se comporte comme une seule fibre musculaire dans laquelle se propage une onde* : discussion.

II. Étude expérimentale des mouvements rhythmés de l'uretère chez le rat. Disposition de l'appareil : il existe deux centres de mouvements, l'un supérieur rénal, l'autre inférieur vésical. — Le segment d'uretère isolé entre deux ligatures se comporte d'une façon analogue à la pointe du cœur réséquée. — Continuation du mouvement rhythmique après que l'excitation a cessé.

III. Etude des mouvements de l'intestin; travaux de Van Braam Houckgeest et de Sanders, reproduction de leurs expériences. — Expériences du cours ; contraction annulaire de l'estomac au point excité ; existence de mouvements musculaires obscurs échappant à l'observation superficielle ; nécessité d'instituer des méthodes de recherches appropriées au sujet. Construction de l'appareil à index liquide ; résultats.

Messieurs,

J'arrive aux propriétés physiologiques des fibres musculaires lisses. La contractilité des fibres musculaires lisses se manifeste à l'œil nu dans l'estomac, l'intestin, etc., par des mouvements spontanés et par des mouvements provoqués au moyen d'excitations chimiques, mécaniques et électriques.

Au début de ces leçons, je vous ai montré les mouvements péristaltiques de l'intestin du lapin. Je vous ai fait voir qu'un point de sa tunique musculaire, serré entre les mors d'une pince, se contracte énergiquement et qu'en même temps les mouvements péristaltiques s'activent dans le voisinage. L'excitation électrique déterminée par les interruptions d'un courant d'induction amène la formation d'une plaque dure, exsangue, entre les deux électrodes. Cette plaque est l'expression d'une contraction persistante

(1) Voir à ce sujet la thèse de M. Bétous. — *Etudes sur le tabes spasmodique*.

(2) Voir les nos 5, 8, 18, 22, 24, 33 35 et 39 de 1879 ; n° 6 et 7 de 1880.

de la masse musculaire en ce point, c'est le *tétanos* de la fibre musculaire lisse, pour conserver la même expression que nous avons employée pour les muscles striés.

Mais cette plaque de contraction est-elle spéciale aux fibres musculaires lisses? Nullement. Vous savez tous que quand on pince transversalement le biceps, il s'y produit une barre dure, qui est due également à la contraction tonique des fibres irritées. Ce phénomène est bien connu des cliniciens, qui l'appellent la *corde bicipitale*. Vous avez vu que, sur le cœur de la grenouille, lorsqu'il est près de mourir et qu'il ne bat plus que mollement, pour ainsi dire, l'excitation d'un point quelconque du myocarde avec une pince, détermine en ce point l'apparition d'une zone de contraction disposée en plaque. Mais c'est surtout chez la tortue, dans les muscles du tronc et des membres que les phénomènes sont bien marqués. Il suffit de prendre un muscle entre les mors d'une pince et de le serrer légèrement, pour voir se produire au point irrité un relief très-marqué, un véritable ventre, en même temps que le muscle se contracte. Dans ce cas même, la contraction active est passagère, mais le relief est persistant au niveau du point excité. Nous reviendrons sur les phénomènes qui accompagnent l'excitation des muscles lisses par les courants interrompus. Reprenons actuellement l'histoire de leurs contractions spontanées.

Ces contractions ont été constatées depuis longtemps à l'œil nu sur les artères. Schiff, en examinant à contre-jour l'oreille du lapin, a remarqué que les vaisseaux artériels n'y avaient pas constamment la même largeur : tantôt ils augmentaient, tantôt ils diminuaient de diamètre. Il existe donc, dans ces canaux sanguins, une sorte de contraction rhythmique. Cette contraction est d'ailleurs très-lente, et il faut observer le vaisseau pendant longtemps et avec un certain soin pour la découvrir. Sur le mésentère ou sur la membrane interdigitale de la grenouille, les artérioles présentent aussi le phénomène de la contraction rhythmique.

Je ne me propose pas, Messieurs, d'étudier, au point de vue de leurs mouvements, les fibres musculaires lisses dans tous les organes où elles se rencontrent. Il suffira, pour nous rendre compte des propriétés du tissu qu'elles forment par leur union, de l'étudier dans un organe bien approprié et où elles soient faciles à distinguer. C'est dans cet esprit que nous avons étudié l'estomac, l'intestin, les artères, l'uretère, qui sont des objets d'étude commodes et que l'expérimentateur a constamment à sa disposition.

Nous commencerons par étudier, au point de vue du fonctionnement, la tunique contractile de l'uretère. C'est, en effet, sur cet organe que les contractions rhythmiques spontanées sont le mieux marquées, le plus régulières, qu'elles se rapprochent le plus des contractions du cœur.

Engelmann, dans un mémoire récent (1), a fait après beaucoup d'autres une étude intéressante des mouvements qui nous occupent. Suivant l'habitude que j'ai pris d'exposer d'abord devant vous l'état des questions avant d'aborder la critique des opinions des auteurs qui s'en sont occupés, je vais vous indiquer les résultats auxquels celui-ci est parvenu dans son mémoire.

Il commence par décrire anatomiquement et avec détails l'uretère du lapin. Ce canal est constitué par la superposition de quatre tuniques, l'adventice, la musculaire composée d'une couche externe à fibres circulaires et d'une couche interne à fibres longitudinales (ordre inverse de celui de l'intestin), la tunique muqueuse et enfin l'épithélium.

Il reçoit par sa partie supérieure des vaisseaux qui viennent des artères du rein et par sa partie inférieure des rameaux des artères vésicales.

Il est donc possible d'avoir l'uretère isolé sur une grande partie de sa longueur sans rompre ses connexions vasculaires, et c'est pour cette raison qu'Engelmann l'a choisi pour faire ses observations.

La tunique musculeuse de l'uretère ne contiendrait pas de cellules nerveuses ; il y en aurait seulement, d'après l'auteur, dans la tunique adventice, au voisinage de la vessie, jamais au-dessus du tiers inférieur de l'uretère ; il y en aurait en outre quelquefois dans l'adventice au niveau du rein, mais toujours en très-petit nombre.

Les études d'Engelmann ont presque toutes été faites sur le lapin. Il recommande de choisir de préférence des animaux maigres, autrement on trouve l'uretère emprisonné dans une masse de tissu adipeux qui gêne ses mouvements, les masque, et en empêche l'observation. Engelmann faisait, pour plus de sûreté, jeûner les lapins dont il se servait, plusieurs jours avant de pratiquer l'expérience, mais, comme il est d'autre part nécessaire que l'animal sécrète abondamment l'urine pour remplir l'uretère et provoquer ses mouvements, il lui donnait du lait à boire auparavant. Et de cette façon l'inanition n'était pas à craindre. Voici maintenant comment il convient de faire l'expérience ; l'animal est attaché sur le dos ; une incision est pratiquée le long de la ligne blanche ; le paquet intestinal est recueilli dans une vessie de porc ramollie et chauffée à 37°, que l'on ferme avec une ligature assez lâche pour ne pas entraver la circulation des parties réclinées. Ainsi enveloppée, la masse intestinale peut être rejetée à volonté à droite ou à gauche. On commence par la porter à gauche, afin de découvrir l'uretère droit, qui est le plus long. Des linges chauds sont appliqués sur la vessie qui contient les intestins et sur tout le corps du lapin, pour éviter le refroidissement. L'animal étant maintenu autant que possible à une température convenable, voici maintenant ce que l'on observe :

Il se manifeste dans l'uretère des contractions rhythmées qui parcourent ce conduit dans toute sa longueur et qui, dit Engelmann, rappellent la contraction du cœur. Ces contractions ne sont pas très-rapides, elles se montrent toutes les dix secondes environ, et on peut en observer les phases. Lorsque l'on examine attentivement un point déterminé de l'uretère, voici comment l'onde de contraction y passe. L'uretère est d'abord tiré en haut, puis il subit une contraction légère, suivie d'une dilatation. Ensuite succède une pause d'environ dix secondes, jusqu'à ce qu'une nouvelle contraction se produise spontanément.

Les ondes qui parcourent ainsi l'uretère dans sa longueur ont une certaine vitesse qu'il est difficile d'apprécier en suivant des yeux l'onde dans son trajet. Voici du reste le procédé qu'Engelmann a employé dans ce but. Deux observateurs fixent de l'œil, l'un le bout supérieur, l'autre le bout inférieur de l'uretère. Au moment où le premier voit passer une onde, il donne un léger choc sur la table. Le second observateur compte à partir de ce moment les coups d'un métronome qui bat quatre fois à la seconde, jusqu'au moment où il voit l'onde passer au bout inférieur qu'il observe. La longueur de l'uretère entre les deux points observés étant mesurée, on calcule facilement la vitesse de l'onde musculaire. Engelmann a de la sorte trouvé qu'elle était de 20 à 30 millimètres par seconde.

Voilà ce que l'on observe sur l'onde normale ; mais peut-on modifier ce rhythme à volonté ?

Si, quelques secondes après le passage d'une onde, on excite l'uretère avec une pince, on voit se produire à partir du point excité deux ondes marchant en sens inverse, c'est-à-dire l'une en amont, l'autre en aval du point excité. Ces deux ondes ont la même vitesse, et cette vitesse est égale à celle de l'onde normale.

Une autre expérience intéressante consiste à lier l'uretère en son milieu. On supprime de cette façon les ondes du segment vésical, tandis que celles du segment rénal continuent de se produire sans aucune modification.

Si on détache l'uretère à ses deux extrémités il ne présente plus de mouvements spontanés, mais lorsqu'on l'excite en un point, il présente des ondes analogues à celles qui le parcouraient quand il était en place et dans sa si-

(1) Zur Physiologie des ureteres, in Archives de Pflüger

tuation normale. Un point bien établi par ce qui précède est donc qu'il se produit, dans l'uretère, sous l'influence des excitations mécaniques, une onde péristaltique et une onde antipéristaltique.

La température exerce une influence très considérable sur les contractions. Lorsqu'elle s'abaisse, les contractions diminuent de fréquence et ont une durée beaucoup plus longue ; leur propagation se fait aussi avec une vitesse beaucoup moindre ; quand l'abaissement de température est un peu considérable, les ondes parties du bassinet ne vont pas jusqu'à la vessie ; elles s'arrêtent souvent à moitié chemin : en mourant, pour ainsi dire.

Inversement, la chaleur ramène les mouvements à leur vitesse et à leur force normales, lorsque l'animal n'a pas été trop refroidi auparavant. Si la température est descendue au-dessous de 20°, par exemple, l'uretère ne reprend pas ses propriétés contractiles.

Tels sont les faits qui ont été observés par Engelmann. Voici maintenant la théorie qu'il a proposée :

L'uretère tout entier peut être considéré comme une seule fibre musculaire colossale ; l'onde s'y propage comme elle le ferait dans une fibre musculaire unique, dans celle de la patte de l'hydrophile, par exemple.

Mais comment se fait cette propagation ? D'après Engelmann, il se transmettrait de cellule en cellule *un processus moléculaire* (qu'il ne définit pas très-bien du reste), et qui transmettrait l'excitation de proche en proche aux divers points de la substance contractile.

Reste à savoir comment se produit l'incitation motrice. Les anciens auteurs, J. Müller, par exemple, admettent que c'est l'urine qui excite directement l'uretère. D'autres auteurs, et parmi eux Donders, pensent que l'urine est bien l'excitant initial, mais que c'est par action réflexe que la contraction se produit. Or, comme Engelmann le fait observer, on peut isoler complétement de l'organisme l'uretère avec le rein, sans qu'il cesse de battre. Les mouvements dont il est le siége ne sont donc pas des mouvements réflexes, à moins que l'on ne veuille admettre des centres nerveux réflexes dans le rein. Engelmann a fait à ce sujet des recherches minutieuses et n'a trouvé de cellules nerveuses dans aucune des parties de la tunique musculaire de l'uretère.

Enfin, chez le rat, M. Vulpian (Engelmann ne donne pas d'indication bibliographique, et nous n'avons pas pu retrouver ce fait dans les travaux de Vulpian) aurait remarqué qu'un segment isolé de l'uretère continue de battre. Sur ces données, l'auteur conclut que les mouvements rhythmiques seraient spontanés et appartiendraient en propre à l'uretère, qui, considéré en tant qu'organe, en serait le point de départ.

Vous voyez, Messieurs, que ce mémoire présente un grand intérêt, non-seulement pour les fibres musculaires lisses, mais au point de vue de la contraction musculaire en général. C'est aussi pourquoi nous avons répété les expériences d'Engelmann. Le lapin étant attaché sur le dos et ouvert, nous avons recueilli le paquet intestinal dans des linges chauds et humides; l'uretère a été mis à nu, nous l'avons réchauffé en l'entourant de linges chauds maintenus à distance. Dans ces conditions, nous avons observé exactement les mêmes faits qu'avait décrits Engelmann : Des contractions spontanées parcouraient l'uretère toutes les 10 ou 20 secondes ; les excitations mécaniques déterminaient à partir du point excité deux ondes en sens inverse, péristaltique et anti-péristaltique ; une ligature au milieu faisait cesser les ondes de la partie inférieure, tandis que celles du segment supérieur étaient conservées ; enfin, un fragment isolé de l'uretère ne présentait pas de contractions spontanées, mais réagissait à l'excitation.

Ces expériences établissent-elles complétement la théorie d'Engelmann ? Il y en a une qui, certainement, lui est très-favorable. C'est celle où, sur un segment séparé, deux ondes se produisent à partir d'un point excité quelconque Mais d'autres expériences lui sont tout à fait contraires. Ainsi, quand l'uretère est lié au milieu, si la théorie des mouvements spontanés de l'uretère est vraie, les deux segments séparés par la ligature devraient continuer à battre, et nous voyons, au contraire, que le segment inférieur reste indéfiniment immobile. Ce fait prouve que l'incitation motrice vient du rein ou de son voisinage, et que dans l'état normal cette partie supérieure voisine du rein se comporte à l'égard du reste de l'uretère, comme les oreillettes et la base du cœur, par rapport à la pointe de cet organe.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Muséum : ouverture du cours de M. G. Pouchet.

Le 1er avril, à onze heures, M. G. Pouchet, appelé récemment à la chaire d'anatomie comparée du Muséum, demeurée vacante par suite du décès de M. P. Gervais, ouvrait son cours devant un nombreux auditoire. Le sympathique professeur a consacré cette première leçon à retracer l'histoire de la chaire. Il a surtout attiré l'attention sur ce fait que, en France, l'anatomie comparée n'a point été fondée par Cuvier, mais bien par Vicq d'Azyr, dont les remarquables travaux sur le cerveau, sont bien connu des médecins.

Sous le ministère Duruy, M. Pouchet était aide-naturaliste de la chaire dont il est aujourd'hui titulaire. A la suite d'un article dirigé contre l'Administration du Muséum, M. Pouchet se vit révoquer de ses fonctions. Depuis lors (il y a plus de douze ans), le Muséum lui avait été fermé. Il vient d'y rentrer en qualité de professeur, et nous sommes heureux de saluer en lui un des rénovateurs de ce vieil et routinier établissement. Rénovateur, M. Pouchet le sera dans toute la force du terme ! Avant de classer sa collection d'anatomie comparée, la plus riche du monde après celle du *British Museum*, M. Pouchet a voulu se rendre compte par lui-même de l'aménagement des collections étrangères. Dans ce but, il a entrepris dernièrement un voyage à travers l'Allemagne, la Hollande et la Belgique et a visité Breslau, Gœttingue, Munich, Würzbourg, Prague, Tubingue, Giessen, Berlin, Leipsig, Francfort-sur-le-Mein, Leyde, Gand, Liège et Bruxelles.

Des importantes observations qu'il a faites pendant ce voyage M. Pouchet saura tirer le plus grand profit et, nous en avons la certitude, il saura faire de notre collection nationale, sinon la plus riche, du moins la plus belle collection du monde et celle qui sera la plus méthodiquement organisée. Le travail de révision est déjà commencé et il se poursuivra sans relâche jusqu'à son complet achèvement.

Clinique ophthalmologique de la Faculté : M. Panas.

M. le professeur Panas a commencé le lundi 5 avril ses leçons et exercices d'ophthalmologie pour le second semestre 1880. Le programme et l'installation de cet enseignement officiel répondent largement aux obligations que lui imposent son origine et sa nature même. La clinique magistrale de la Faculté possède aujourd'hui les ressources les plus complètes qui puissent se rencontrer à Paris.

M. le professeur Panas occupera les élèves aux exercices ophthalmoscopiques, aux recherches physiques, aux travaux d'anatomie pathologique et même gratuitement aux opérations sur des animaux. Le programme embrasse donc dans son ensemble toutes les branches de l'ophthalmologie. L'installation des amphithéâtres et des laboratoires est

supérieure à tout ce qui a été réalisé jusqu'ici en France; elle résume tous les progrès des cliniques étrangères que M. Panas a visitées et auxquelles il a emprunté ce qu'elles avaient de bien.

Nous signalerons surtout la salle destinée aux examens ophthalmoscopiques. Elle mesure 15 mètres de long, renferme des tables avec lampes toutes les échelles d'acuité et des couleurs un vaste campimètre, projection d'une sphère de 2 mètres de rayon, pour la recherche de la position des images du strabisme, des disques percés dans les volets avec verres colorés et diamètre différents.

Le laboratoire d'histologie est annexé au grand laboratoire de l'Hôtel-Dieu et bénéficie de toutes ses ressources en instruments.

Quant aux salles de malades, elles renferment une salle d'hommes avec salle d'examen, une salle de femmes et une crèche pour les maladies oculaires des nouveau-nés : en tout 80 lits. Nous donnerons une idée de l'hygiène de ces dernières salles en disant que 35 lits occupent tout le développement nord-sud d'un côté de l'Hôtel-Dieu, avec deux salons et deux jardins. C'est un luxe d'air, d'espace et de lumière qui frappe d'étonnement ceux qui ont connu les anciens services de Laugier et de Jobert.

Si, possédant d'aussi grandes ressources cliniques et scientifiques l'ophthalmologie française, dirigée par M. le professeur Panas, ne s'élève pas au-dessus des cliniques étrangères, il faudra dorénavant s'en prendre non pas à l'enseignement, mais bien à ceux qui le suivent. Or jamais la défaillance n'est venue de ce côté et nous espérons bien voir naître de ce centre d'étude des travaux dignes de l'Ecole française.

Ouverture du cours de thérapeutique : M. Hayem

M. le professeur Hayem a fait, mardi 6 avril, la leçon d'ouverture du cours de thérapeutique. Après quelques mots consacrés à la mémoire de M. Gubler, son prédécesseur, M. Hayem entre dans des considérations générales sur son sujet. Dans une rapide critique d'ensemble, il esquisse à larges traits les diverses phases par lesquelles a passé la thérapeutique ; il la montre forcément empirique à ses débuts, quittant peu à peu sa voie grossière et aveugle avec Hippocrate qui fonde la méthode d'observation ; restant ensuite stationnaire pendant des siècles, mais toujours pleine d'erreurs souvent entretenues par les maîtres ; puis devenant doctrinaire avec Broussais, qui met un talent incontestable au service de ses idées autoritaires, pour redevenir empirique avec Trousseau dont l'immortel travail est en quelque sorte une rénovation dans la thérapeutique.

Il fait voir, en même temps que se fait cette dernière évolution, la méthode expérimentale née, pour la médecine, avec Harvey, conquérir droit de cité avec Bichat et s'imposer définitivement avec Magendie et Claude Bernard. C'est avec cette méthode que la thérapeutique entre dans la phase véritablement scientifique; c'est la seule qui puisse donner des indications sérieuses et bien fondées, c'est sur les données qu'elle fournit qu'on s'appuie à notre époque actuelle, époque de transition, d'hésitation, mais qui marchera désormais car elle a sa voie trouvée.

M. Hayem étudie ensuite le mode d'action des médicaments et divise cette action en *pharmaco-dynamique* et *pharmaco-thérapique*. Cette action, en effet, n'est point la même suivant que l'on s'adresse à l'organisme sain ou à l'organisme malade. Si l'on se fiait aux seules indications fournies par la physiologie expérimentale on courrait des chances d'erreur, et ce n'est point par cette dernière que l'on a appris certains des effets produits par les médicaments. Dans cet ordre d'idées, il cite la digitale, que la physiologie n'a point indiquée comme diurétique, et qui rend cependant en cette qualité des services immenses dans les cas d'hydropisie; le mercure, ne fournissant que des effets douteux chez l'homme sain et se montrant médicament héroïque si l'on s'adresse à un syphilitique. Et cependant, pour le professeur, les lois doivent être les mêmes pour l'état morbide et pour l'état physiologique, et la solution du grand problème thérapeutique se trouve dans la découverte du lien intime qui unit ces deux états.

Après cet exposé, M. Hayem indique les désiderata que présentera encore cette année son enseignement. Il regrette que, comme cela se pratique dans les pays voisins où l'on ne marchande point à la science les moyens d'étude, il ne puisse faire son cours entre ses malades et son laboratoire, étudiant d'un côté l'action des médicaments, contrôlant de l'autre cette action et recherchant si les explications fournies par les expériences sont trouvées exactes par la clinique. Il remercie l'Administration de l'Assistance publique d'avoir bien voulu lui faciliter sa tâche dès cette année, en lui installant un laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine et annonce que la Faculté de médecine sera dotée l'année prochaine d'un laboratoire de thérapeutique expérimentale ; à ce moment seulement l'enseignement sera ce qu'il doit être.

La tâche qui incombe à M. Hayem est des plus difficiles. Il succède encore jeune à un professeur habile dans l'art de bien dire et qui mettait au service de ses théories une élocution souvent séduisante. M. Hayem a la parole sobre, brève, sa diction est un peu monotone, son geste froid ; ce sont là des imperfections que fera bientôt disparaître l'habitude de la chaire. L'auditeur est d'ailleurs vivement intéressé, car il se sent en présence d'un maître qui a le respect des élèves et qui étudie consciencieusement le sujet qu'il doit traiter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 *mars* 1880 (suite). — Présidence de M. de Sinéty.

Les succédanés du fer : le manganèse. M. Hayem a essayé contre la chlorose un succédané du fer, le manganèse, vanté par Terieussé. Il a administré à des chlorotiques de son service, de 20 à 30 centigrammes de chlorure de manganèse par jour, pendant plusieurs semaines, et il n'a constaté aucune amélioration. Les inhalations d'oxygène combinées avec l'administration du chlorure de manganèse à l'intérieur n'ont pas donné de meilleurs résultats. Par contre, les mêmes malades, soumises à la médication ferrugineuse, ont parfaitement guéri.

M. Galippe rappelle à ce propos que chez quelques animaux inférieurs l'hémoglobine du sang est bleue et non rouge, et qu'elle contient du cuivre au lieu de fer. Peut-être parviendrait-on aussi à guérir les anémiques et les chlorotiques en leur donnant du cuivre. Dans tous les cas, il y aurait une expérience à tenter dans cette direction.

M. Regnard fait une réclamation de priorité au sujet des

hémoglobines cuivrées. Ce n'est pas, comme on le croit généralement, M. Fredericq (de Gand) qui a constaté le premier la présence du cuivre dans l'hémoglobine de quelques animaux inférieurs : ses recherches ne datent que de l'année 1877. Or, dix ans auparavant, en 1867, M. P. Bert avait publié un mémoire sur le même sujet. Plus tard la question a été reprise, en 1876, par MM. Jolyet et Regnard.

Hygiène de la lecture. M. JAVAL s'est préoccupé de l'influence que peut exercer sur la vision la hauteur des chaises dont on se sert pour lire sur une table. Dans les familles, on ne connait que deux chaises : la chaise du bébé qui a 57 centimètres de hauteur, et la chaise de l'adulte qui en a 45. C'est une faute, car l'enfant en grandissant, a besoin de chaises intermédiaires pour lire à la lumière sur une table.

Dans les écoles, on a une série de six modèles intermédiaires qui s'appliquent aux différents âges. M. Javal est d'avis que cette disposition est appelée à rendre de grands services aux élèves.

Influence de l'abstinence sur le dégagement de la chaleur. M. D'ARSONVAL enferme dans un calorimètre un chien de 4 kilos qui vient de faire un bon repas. Au bout de la première heure, l'animal a dégagé 50 calories. Puis, le dégagement de chaleur devient graduellement moindre ; à la 21e heure on ne compte plus que 25 calories. Si l'on continue à laisser l'animal sans manger, le nombre des calories diminue encore : à la 50e heure, il dégage seulement 15 calories.

M. d'Arsonval retire alors l'animal du calorimètre, et lui présente de la nourriture : celui-ci mange gloutonnement. Dès qu'il a satisfait son appétit, on le replace dans le calorimètre : pendant la première heure, il dégage 70 calories : mais le refroidissement survient promptement, et l'animal meurt en présentant tous les symptômes de l'inanition.

Séance du 3 *avril* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Structure des bourses séreuses. M. POUCHET présente une note de MM. EHRMANN et TOURNEUX qui ont étudié la structure des bourses séreuses chez un supplicié, quelques heures après la mort. Il résulte de leurs recherches que les bourses séreuses doivent être rapprochées des synoviales articulaires.

M. MATHIAS DUVAL fait une communication relative au développement comparé de l'œuf de la grenouille et de l'œuf de la poule.

CH. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *avril* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. BURDEL (de Vierzon) fait la lecture d'un mémoire sur la *perniciosité* ou *anévrosthésie tellurique.* Il s'agit d'un état morbide spécial, causé par le tellurisme et connu sous le nom de fièvre pernicieuse. M. Burdel vient aujourd'hui élargir le cadre de nos connaissances, en apportant de nouveaux éléments de diagnostic plus précis et plus propres à éclairer cette terrible affection, et en indiquant les moyens infaillibles de la combattre. La perniciosité, en effet, c'est la mort, frappant ou prête à frapper dans le cours d'une fièvre ou d'une maladie ; c'est une manifestation tellurique agissant profondément sur le système nerveux ganglionnaire ou cérébro-spinal ; c'est enfin l'anévrosthésie tellurique du grand sympathique. Par anévrosthésie, M. Burdel comprend cet état dans lequel on voit tout à coup toutes les fonctions de la vie organique se troubler, s'anéantir et s'éteindre, sous l'influence de cet agent complexe et mystérieux, auquel on donne le nom de tellurisme. La périodicité et l'intermittence seraient loin de toujours accompagner l'état pernicieux et de l'annoncer ; c'est pourquoi cette intermittence, qui est un précurseur infaillible, manque le plus souvent au début, frappant l'individu en dehors de toute fièvre, comme aussi au milieu des conditions les moins suivies. Grâce à l'éther quinique, administré en injections sous-cutanées, cette perniciosité qui était considérée comme un véritable décret de mort, peut être influencée et censurée.

M. TILLAUX présente une femme, âgée de 29 ans et à laquelle il a pratiqué, au mois de janvier dernier, l'*extirpation du corps thyroïde.* Cette femme présentait alors un goître exophthalmique, entraînant des accès de suffocation nocturnes, de l'anxiété précordiale, des palpitations, etc. ; depuis qu'elle a subi l'opération, elle est complétement guérie et à l'abri de tous ces accidents.

M. GOSSELIN demande à M. Tillaux si, durant l'opération, la suffocation de l'opérée a été telle qu'il ait dû recourir à la trachéotomie.

M. TILLAUX répond qu'il n'a pas été contraint à recourir, pendant l'opération, à la trachéotomie primitive. Au surplus, il se propose de faire dans la prochaine séance une longue communication sur ce remarquable cas, qu'il se contente de signaler aujourd'hui.

M. BONDET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, fait une communication sur un *procédé de mensuration du cœur* basé sur le choc sygmoïdien de l'artère pulmonaire.

Dans ce travail, après avoir discuté dans une première partie la valeur et proclamé l'insuffisance des moyens généralement employés pour l'étude topographique et la mensuration du cœur, l'auteur insiste sur la fréquence des déplacements et l'extrême mobilité du cœur. Il décrit ensuite son procédé de mensuration basé sur le choc sygmoïdien de l'artère pulmonaire, sur le siége de ce choc et sur ses rapports avec le choc de la pointe, c'est-à-dire sur des points empruntés au cœur lui-même, mobiles comme lui et dont les rapports soit entre eux, soit avec la paroi thoracique, auront toujours, quels que soient les déplacements du cœur, la même signification.

Une seconde partie est consacrée à l'exposé des conditions nécessaires à une perception plus facile du phénomène sur lequel repose ce nouveau procédé de mensuration et à ses applications cliniques ; elle se termine par les conclusions suivantes :

1° Le choc sygmoïdien de ce déplissement des valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire, rapproché du choc de la pointe, peut servir de base à un procédé de mensuration du cœur ; — 2° ce procédé a sur les autres procédés employés jusqu'à ce jour l'avantage considérable de s'appuyer sur deux points de repère, mobiles comme le cœur lui-même ; les rapports de ces points de repère, soit entre eux, soit avec la paroi thoracique, auront donc toujours, quels que soient les déplacements de l'organe, la même signification ; — 3° grâce à ce procédé, par le fait de la mobilité et de la variation des points où l'on peut percevoir avec la main le claquement sygmoïdien de l'artère pulmonaire, on peut établir, contrairement à l'opinion généralement admise du pivotement du cœur sur sa base la fréquence de son déplacement en masse et l'influence de ce déplacement dans bien des erreurs de cardiométrie ; — 4° la précision des renseignements, fournis par ce procédé, sur la longueur, la direction des ventricules, sur le siége des orifices pulmonaire et aortique, permet d'invoquer, pour la détermination du volume et de la situation du cœur, des données infiniment plus sûres qu'aucune de celles connues jusqu'à ce jour.

M. FILHOL lit une *étude sur les circonstances qui déterminent le blanchiment de certaines eaux sulfurées thermales des Pyrénées.* Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes : 1° Les eaux sulfurées qui sont administrées en bains, sans aucun mélange d'eau aérée, ne doivent pas blanchir ; 2° si le mélange d'eau sulfurée et d'eau froide est fait au moment même où le malade va prendre son bain, le blanchiment pourra n'avoir pas lieu, parce qu'il faut un certain temps pour la formation du polysulfure ; 3° si la quantité d'eau aérée qu'on mêle à l'eau sulfurée est faible, on pourra obtenir la formation du polysulfure et non le blanchiment ; 4° si la quantité d'eau aérée qu'on ajoute est trop forte, l'eau sulfurée sera transformée en une eau sulfhydrique.

M. BOISSARIE (de Sarlat), lit un mémoire sur l'*ergotine, ses inconvénients et ses dangers.*

M. QUIEREU (de Marseille), présente une *tumeur fibreuse de la matrice* qu'il a extraite en pratiquant l'*hystérectomie* et en recourant à la méthode de Lister, suivant les préceptes de M. Lucas-Championnière.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 juin 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

16. Rapport sur la candidature de M. Barth au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par R. MOUTARD-MARTIN.

Parmi les neuf présentations sur lesquelles M. Barth appuie sa candidature, il en est une qui nous a paru mériter une mention spéciale, tant à cause de la rareté du fait, que de l'importance des phénomènes qui en découlent. Je veux parler d'un cas de persistance du conduit de Müller, avec anomalie de développement de l'utricule prostatique, chez un enfant de six ans.

Vous me permettrez de vous rappeler brièvement les faits : il s'agissait d'un enfant de la campagne, qui souffrait depuis longtemps d'une rétention d'urine d'origine inconnue. Amené à Paris, il fut admis à l'hôpital des Enfants-Malades, où on constata que la rétention d'urine n'était pas due à un calcul ni à un rétrécissement uréthral. Malgré l'emploi régulier du cathétérisme, le malade finit par présenter tous les symptômes de la dilatation des reins, puis de la pyélonéphrite, et succomba au bout de quelques mois.

A l'autopsie, on fut fort étonné de trouver, derrière l'uretère droit, fortement dilaté, un canal supplémentaire du volume d'un petit intestin, qui s'étendait depuis l'extrémité supérieure du rein jusqu'au bas-fond de la vessie. Fermé en cul-de-sac supérieurement, il s'insinuait en bas dans l'épaisseur de la paroi vésicale et venait s'ouvrir à la portion prostatique de l'urèthre, par l'orifice de l'utricule prostatique élargi. A ces caractères, il était facile de reconnaître le canal de Müller anormalement persistant, et, en effet, la pièce qui vous a été présentée, offrait l'exemple d'une anomalie fort curieuse et extrêmement rare, car c'est à peine si on en a signalé un ou deux cas.

Les arrêts et les déviations du développement sont, dans les recherches embryologiques, des documents fort précieux et ils éclairent d'un jour souvent inattendu les difficiles problèmes de l'organogénie. Le cas relaté par M. Barth fournissait une occasion peu ordinaire de se renseigner sur le rôle véritable du canal de Müller, dans la formation des organes définitifs de l'appareil génito-urinaire. Bien des points du développement de cet appareil sont encore aujourd'hui le sujet de nombreuses controverses. Cependant, d'après les travaux de Weber, de Robin, de Waldeyer, on admet généralement que le conduit de Müller forme, par son extrémité inférieure, l'utricule prostatique, par son extrémité supérieure, l'hydatide de Morgagni, tandis que toute la portion intermédiaire s'atrophie. Le cas actuel montre clairement les relations du canal de Müller avec l'utricule prostatique, mais, en revanche, il tend à renverser l'opinion admise quant à l'origine de l'hydatide de Morgagni : celle-ci, en effet, qui aurait dû manquer, l'extrémité supérieure du conduit de Müller n'ayant pas quitté la région des lombes, a été retrouvée par le docteur Ch. Rémy à sa place habituelle. Il faut donc lui chercher une autre origine.

En dehors de la question embryologique, l'observation de ce fait offre un autre intérêt. Elle montre comment un conduit anormal, creusé sous la muqueuse du bas-fond de la vessie, a pu soulever cette muqueuse en forme de valvule et déterminer ainsi un obstacle à la miction ; obstacle dont l'influence prolongée a fini par amener la dilatation des uretères et la formation d'une double hydronéphrose.

17. Note sur un cas d'épithelioma pavimenteux développé sur la cicatrice d'un moignon ; par M. le Dr PETITFILS, médecin de l'hôpital de Vierzon.

L'homme qui fait le sujet de mon observation est le même individu dont le Dr Burdel, correspondant de l'Académie, a retracé l'histoire, d'une façon d'ailleurs fort inexacte, dans une communication à l'Académie, le 22 avril dernier. J'ai souligné le passage où je rétablis l'exactitude des faits, afin de permettre de comparer plus facilement avec le compte-rendu *in-extenso* de l'Académie.

Le nommé Feuille, exerçant à Vierzon la profession de facteur, vint me consulter en avril 1876 pour une tumeur du poignet. Il me présente alors un moignon en forme de massue dont le squelette est constitué par le métocarpien. Il n'existe aucune phalange du pouce ou des doigts. Ce moignon n'est pas *congénital*, car cet homme me raconte qu'étant âgé de quinze mois il tomba dans le feu et se brûla grièvement la main gauche dont toutes les phalanges furent éliminées par la suppuration au niveau des métacarpiens. Il en résulta une sorte de massue couverte de cicatrices, sur les parties dorsale et externe, qui permit cependant à cet homme d'entreprendre certains travaux manuels, tels que la culture de son jardin.

Comme antécédents, sa mère est morte d'un cancer de la face, à 78 ans. Cet homme n'a eu que deux enfants, deux filles de sa seconde femme, âgée actuellement l'une de 7, l'autre de 9 ans, et *fort bien portantes toutes deux.* Il *n'a jamais perdu d'enfants, soit de méningite, soit de mésentérite ganglionnaire tuberculeuse.* Il a perdu une sœur tuberculeuse (?), mais sa nièce que j'ai soignée, la fille de cette femme, est morte d'une *fièvre typhoïde* compliquée d'une pneumonie double, et n'a *pas succombé à des tubercules pulmonaires.*

Cet individu d'ailleurs robuste, sanguin, avait une santé parfaite, lorsqu'en février 1876, à l'âge de 51 *ans*, une des cicatrices située au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne, sur le bord externe de l'avant-bras, s'entr'ouvrit légèrement, et quelques jours après livra passage à une petite masse charnue, rouge, du volume d'une lentille. Peu à peu ce bourgeon s'accrut et finit par inquiéter le malade qui vint me consulter. A ce moment, le 10 juin 1876, la tumeur avait le volume d'une noix coupée par la moitié, saignant au moindre contact, toujours recouverte d'un suintement purulent, et causant au malade, dans tout le bras et l'épaule, des douleurs considérables qui lui enlevaient complétement le sommeil. Pas de ganglions axillaires ni épitrochléens. Du 16 juin au 1er juillet, je traversai la tumeur avec des flèches en pâte de Canquoin, et après quatre cautérisations successives, la masse était un peu moins volumineuse. Mais bientôt l'accroissement fut si rapide qu'il devint évident que rien ne pouvait faire obstacle à l'envahissement des tissus sains. Je proposai l'amputation au malade, qui, jugeant le moyen trop héroïque, ne revint plus me voir. Ce ne fut qu'à la fin du mois de juillet, après avoir essayé de tous les moyens extra-médicaux, qu'il revint à la médecine et consulta à Bourges, M. Ch. Sarazin. L'amputation lui fut indiquée comme le seul moyen de guérison. Il revint me trouver en cette circonstance, et entra dans mon service à l'hôpital de Vierzon, où *je lui pratiquai l'amputation*, le 28 juillet 1876, *au tiers inférieur de l'avant-bras*, par la méthode à deux lambeaux. M. le Dr Burdel, médecin de l'hôpital à cette époque, voulut bien me prêter son concours.

L'opération ne présenta rien de remarquable, si ce n'est une anomalie de l'interosseux, qui fut introuvable, quelque attention qu'on mît à sa recherche. Grâce à l'appareil d'Esmarch, le patient ne perdit que très peu de sang. Je tentai la réunion immédiate en affrontant les bords de la plaie au moyen de sutures entortillées, et j'appliquai le pansement ouaté de M. Guérin, avec les badigeonnages de goudron introduits par M. Ch. Sarazin.

Le moignon n'a pas été examiné immédiatement, je le conservai dans le liquide de Müller.

Le second pansement eut lieu le 1er août, quatre jours après l'opération, sur les instances du malade. Le 3 août, dans l'après-midi, douleurs névralgiques du moignon, s'irradiant jusqu'à l'épaule, qui persistent jusqu'au milieu de la nuit. Le 4, nouvel accès que j'empêchai de reparaître, comme l'a du reste indiqué le professeur Verneuil, par l'emploi du sulfate de quinine. Les trois autres pansements furent faits de huit en huit jours, et le 30 août, le malade quittait l'hôpital complétement guéri pour reprendre son service de facteur.

L'année suivante, en août 1877, cet homme, dont la santé n'avait subi aucune atteinte jusqu'alors, vint me consulter pour une toux opiniâtre, sèche, quinteuse, causée, disait-il, par un picotement très douloureux et très tenace au côté gauche du larynx. Je le trouvai amaigri et fort inquiet de son état. Il fut convenu qu'il appliquerait *loco dolenti* un vésicatoire de

petite dimension. Je lui conseillai de se reposer un peu et, tout en le prévenant de ne pas s'inquiéter, je craignis une terminaison funeste. Je ne le revis plus, mais j'appris par la suite qu'il était mort vers le mois d'octobre de la même année, d'une affection pulmonaire, soignée par le docteur Burdel.

Le moignon a séjourné dans le liquide de Müller depuis le 28 juillet 1876 jusqu'au 9 mai 1879. L'examen de cette pièce démontre l'existence de cicatrices sur la partie dorsale; quant aux cicatrices du bord externe que j'avais vues au début de la tumeur, elles ont disparu par l'envahissement du néoplasme. Ce moignon n'est pas congénital, comme je l'ai dit plus haut, et la peau de la partie antérieure de la main a été entraînée en arrière, sur la partie dorsale ou postérieure, par la rétraction du tissu cicatriciel. La tumeur, dont le volume était plus considérable avant son durcissement, offre encore 0,07 dans l'axe du bras, 0,09 transversalement d'avant en arrière, et 0,07 environ d'épaisseur. Son accroissement en cinq mois a donc été considérable, surtout si l'on y joint la quantité de tissus enlevée par les cautérisations en flèche.

Je fais mouler le moignon avant de l'inciser. Au microscope une coupe de la tumeur, colorée par la solution ammoniacale de carmin, montée dans la glycérine, montra à 140 diamètres (Hartnack) un stroma de tissu conjonctif fibrillaire, parsemé d'îlots dont les dimensions sont variables. Ces groupes cellulaires sont plus ou moins nombreux, suivant le point de la préparation et l'aire limitée par le stroma n'est pas toujours remplie par les cellules. Autour de ces masses agglomérées, on trouve dans le stroma de petites cellules rondes très nombreuses, colorées fortement par le carmin.

A 300 et 450 diamètres, on distingue nettement la nature épithéliale des cellules dont le protoplasma amorphe, légèrement grenu, entoure le noyau brillant et son nucléole. Certaines cellules ont plusieurs noyaux. La périphérie de l'îlot est constituée par une rangée de cellules épithéliales pavimenteuses, polyédriques, se touchant par leurs bords; une seconde rangée tapisse la première, et ainsi jusqu'à ce que l'alvéole soit comblé. Ce n'est pas que les cellules remplissent toujours aussi régulièrement l'alvéole, car les manipulations subies par la coupe amènent souvent la disparition d'un certain nombre d'entre elles, sans compter la régression dont elles sont souvent le siége. On trouve encore des globules épidermiques dont la coupe ressemble au diagramme d'une fleur. Ces globes se rencontrent dans tous les points de la préparation, aussi bien au milieu du stroma que dans un îlot de cellules. On trouve enfin un grand nombre de cellules rondes, éparses dans le stroma, mais surtout plus abondantes autour des masses cellulaires qu'elles augmentent en certains points par apposition. Il existe aussi un certain nombre de vaisseaux. Le stroma est plus ou moins considérable, suivant la disposition plus ou moins rapprochée des îlots de cellules. Gouttelettes graisseuses, très abondantes parfois.

L'examen microscopique de cette tumeur n'a été fait pour la première fois que le 9 mai 1879.

En examinant l'ensemble de la préparation, les rapports des îlots avec la forme alvéolaire du stroma qui les entoure, on est conduit à comparer cette tumeur au carcinome, mais le contenu épithélial de l'alvéole et les globes épidermiques en font un épithélioma pavimenteux. Les Allemands, du reste, l'appellent carcinome épithélial.

En résumé, cet homme, fils d'une cancéreuse, est atteint à son tour de la même diathèse qui se localise sur un point déjà altéré, et meurt par le poumon.

Quelle est cette affection pulmonaire? Il eût été bien intéressant de pouvoir faire l'examen histologique des poumons de mon opéré et de déterminer bien nettement s'il est mort cancéreux ou tuberculeux comme l'a affirmé le docteur Burdel. Pour moi, je suis d'avis que cet homme a dû mourir d'une infiltration épithéliale du poumon, non pas que je repousse la coïncidence du tubercule et du cancer, c'est un fait bien connu depuis quelques années, mais l'infiltration épithéliale du poumon, la carcinose miliaire aiguë n'est pas rare non plus. Malheureusement, dans l'espèce, la question est insoluble, puisque l'autopsie du nommé Feuille n'a pu être faite.

Cette observation m'a paru avoir une certaine importance théorique et démontre une fois de plus la valeur de l'opinion que M. le professeur Verneuil a émise sur les manifestations des diathèses aux points faibles de l'économie, *locis minoris resistentiæ*.

Elle démontre encore que les névralgies douloureuses des moignons sont justiciables du sulfate de quinine, comme l'avait également démontré M. Verneuil. Cette médication est, du reste, largement employée dans notre contrée, où les accidents palustres prennent les formes les plus variées.

Il est certain, en revanche, qu'elle ne démontre pas la genèse du tubercule par le cancer, comme on l'a prétendu à l'Académie. Mais nous reviendrons sur ce sujet, particulièrement cher à son auteur.

Séance du 27 juin 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Maladie d'Addison; transformation granulo-graisseuse et fibreuse des capsules surrénales; néphrite interstitielle; ramollissement cérébral; athérome généralisé; par CH. TALAMON, interne des hôpitaux.

C..., âgé de cinquante-huit ans, tailleur, entre le 10 février 1879 à la Maison de santé, service de M. LECORCHÉ.

Antécédents. — Pas de rhumatisme, ni de syphilis. Le malade n'a jamais eu de fièvre intermittente; il est né et a vécu à Paris. Il aurait eu une méningite à l'âge de 24 ans. Il y a huit ans, hémiplégie droite à la suite d'un étourdissement. La paralysie a disparu progressivement au bout de neuf à dix mois. Depuis ce moment, il tousse habituellement l'hiver, et il a la respiration courte. Cet hiver il s'est senti plus malade; il a toussé davantage. Depuis quatre à cinq mois, il a beaucoup faibli; il a perdu l'appétit; il a maigri. En novembre 1878, éruption sur le tronc et les membres, avec démangeaisons vives et croûtes; on lui a dit, à l'hôpital Saint-Louis, que c'était un eczéma; des bains sulfureux et des onctions avec le glycérolé d'amidon ont fait disparaître l'éruption au bout d'une quinzaine de jours. C'est à ce moment que le malade a remarqué que sa peau devenait noirâtre; mais déjà depuis plusieurs mois il avait noté l'existence de taches blanches disséminées sur le thorax et l'abdomen. Au commencement de janvier 1879, nouvelle hémiplégie droite incomplète; depuis ce jour il a gardé le lit et s'est affaibli de plus en plus; depuis une semaine il laisse aller sous lui.

Etat actuel. — Vieillard très amaigri, très faible; intelligence notablement diminuée. Pas de troubles de la parole; *hémiplégie droite*, flasque, incomplète. La bouche est légèrement tirée à gauche. Le bras droit est parésié; le malade remue le bras, mais il ne peut porter la main sur sa tête, il meut difficilement les doigts et manque de force pour serrer. Ses jambes ne peuvent le porter; mais il les soulève dans le lit, la droite comme la gauche. Pas d'anesthésie.

Coloration brunâtre généralisée de la peau. La teinte la plus intense est aux membres inférieurs, aux parties génitales, sur le thorax et l'abdomen. La coloration dans ces régions varie du jaune brunâtre au noir grisâtre; sur ce fond se détachent de nombreuses plaques de vitiligo, blanches, de la grandeur d'un pois à celle d'une pièce de cinquante centimes, entourées d'un cercle de pigment plus foncé, tout à fait noir. La peau *de la face* et des bras est d'une couleur jaunâtre bronzée, comme enfumée. La face palmaire des mains est grisâtre, la face dorsale noirâtre. Sur *la lèvre inférieure* à gauche tache bleuâtre, grosse comme un pois; une autre, un peu plus petite sur la face interne de la commissure droite. Ces taches ressemblent à celles que certains chiens présentent sur leur muqueuse buccale.

Le malade n'a jamais eu ni vomissements, ni troubles digestifs. Parfois un peu de diarrhée. Il n'accuse aucune douleur spontanée. Mais la pression des deux hypochondres et des régions dorso-lombaires est excessivement douloureuse. Toux fréquente; oppression habituelle avec accès de dyspnée. Obscurité générale de la respiration avec quelques rhonchus sonores: voussure et sonorité exagérée du thorax. Battements de cœur réguliers. Le deuxième bruit aortique est sec et parcheminé. Artère radiale sinueuse et dure.

Le malade urine beaucoup depuis sept à huit ans, surtout la nuit. Comme il gâte depuis quelque temps il est difficile de noter exactement la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures. On peut l'évaluer pourtant à 2 litres environ. *Précipité albumineux* par la chaleur et l'acide azotique. Le dosage donne 1 gr. 50 par litre.

20 *février*. Faiblesse de plus en plus grande. Diarrhée abondante depuis quelques jours ; cinq à six selles liquides dans les vingt-quatre heures. Toux et oppression ; dyspnée la nuit. Matité et absence de vibrations vocales dans la base gauche. Râles muqueux disséminés à droite.

5 *mars*. Matité, souffle et égophonie dans l'aisselle et la base gauches. La diarrhée persiste.

Mort le 22, sans nouveau symptôme digne d'être noté.

AUTOPSIE faite quarante heures après la mort.— *Crâne*.—Un peu de liquide opalescent sous les méninges. Pas d'adhérence de la pie-mère. Rien d'appréciable à la surface des circonvolutions. Athérome de toutes les artères cérébrales et des artères de la base. A la coupe des hémisphères, on trouve à gauche, dans le noyau lenticulaire, vers les parties externes, un petit foyer ancien de ramollissement et aux environs plusieurs lacunes grosses comme des pois. Rien à droite.

Thorax. — Un litre et demi à deux litres de liquide séreux dans la plèvre gauche ; fausses membranes molles à la surface du poumon qui est refoulé contre la colonne vertébrale et atélectasié en partie. Pas de tubercules. Le poumon droit est d'apparence normale ; adhérence fibreuse du sommet ; congestion de la base. Pas de tubercules. Coloration violacée de la muqueuse bronchique.

Cœur.— Un peu gros. Caillot cruorique volumineux dans le cœur droit. Valvule mitrale un peu épaissie et jaunâtre. La paroi du ventricule gauche mesure de 18 à 20 millim. d'épaisseur. Athérome généralisé de *l'aorte;* plaques jaunâtres, épaisses, un grand nombre crétacées, tout le long de l'artère depuis sa naissance jusqu'à sa bifurcation. Les artères iliaques sont aussi athéromateuses.

Abdomen. — Le *foie* est petit, de consistance ferme. *Rate*, petite. Au sommet existe un petit infarctus blanchâtre. L'artère splénique est dilatée, indurée, tout le long de son trajet. Le *pancréas* ne présente pas de lésion appréciable.

La *muqueuse intestinale* est grisâtre dans toute son étendue; ni injection, ni ulcérations.

Les *reins* sont atrophiés et indurés. Ils mesurent à peine 7 à 8 cent. de long. La capsule est épaissie et ne peut être arrachée sans entraîner des lambeaux de substance corticale; par places elle est déprimée et forme comme des cicatrices linéaires sous forme de tractus blanchâtres. Plusieurs petits kystes, gros comme des têtes d'épingle, à la surface des deux reins. Cette surface est de couleur gris-rougeâtre et granuleuse. A la coupe la substance corticale est diminuée ; les vaisseaux apparaissent sur la coupe béants et épaissis. Les deux artères rénales sont très athéromateuses.

Au microscope on constate les lésions d'une néphrite interstitielle assez avancée; pourtant cette néphrite n'est pas généralisée ; il n'y a pas d'hyperplasie du tissu conjonctif en certains points. L'altération est toujours plus prononcée au voisinage des vaisseaux.

Toutes les coupes d'artères sont très épaissies ; la lumière du vaisseau est réduite à une fente ; les tuniques sont très épaisses et fortement réfringentes ; autour existe une zone de tissu conjonctif adulte, d'où partent des traînées conjonctives peu épaisses, mais très nettes, qui enveloppent les tubes corticaux ; rarement les traînées contiennent des cellules embryonnaires. Dans certaines régions, tous les glomérules de Malpighi sont atrophiés, très rapprochés, se touchant presque, transformés en petits pelotons de tissu fibroïde coloré en rose par le picro-carmin ; ils sont entourés d'une zone conjonctive qui envoie aussi dans la substance rénale avoisinante des tractus intertubulaires. Dans d'autres points, on ne voit que quelques glomérules atrophiés, la plupart ont conservé leur structure et leur aspect normal. Plusieurs, au lieu de se colorer en rose forment de petites masses rondes, opaques, infiltrées probablement de matière calcaire. Les tubes contournés paraissent normaux dans un grand nombre de points; dans d'autres, ils sont atrophiés, présentant un revêtement de cellules granuleuses, beaucoup plus petites qu'à l'état normal ; la plupart de ces tubes atrophiés sont remplis de granulations et de gouttes graisseuses; plusieurs contiennent des tubes colloïdes, jaunâtres.

Les *capsules surrénales* ont à peu près leur forme normale, la forme d'un casque aplati. Elles sont d'une coloration jaune d'ocre très prononcée. La capsule gauche mesure 5 cent. de long ; la capsule droite, manifestement atrophiée, n'en mesure que 3 ; elle est très aplatie, de couleur grisâtre dans sa moitié supérieure. La capsule gauche, plus épaisse, forme une masse entièrement jaune, un peu bosselée. Sur une coupe faite du bord convexe au bord concave on voit que la matière jaune rougeâtre forme la presque totalité de la capsule ; cette matière, qui représente la substance corticale, est ramollie et ne présente pas l'aspect strié normal ; le centre de la capsule est occupé par une cavité qui correspond à la substance médullaire détruite par le ramollissement cadavérique.

Sur des coupes faites perpendiculairement à l'axe des capsules, après durcissement, on constate : 1° un épaississement très marqué de la capsule fibreuse et des tractus conjonctifs qui en partent ; la glande est traversée en tous sens par des cloisons entre-croisées qui circonscrivent des espaces, de formes variées, où l'on ne voit que des granulations et de grosses gouttelettes graisseuses fortement réfringentes ; au lieu de la trame conjonctive fine et déliée qui existe normalement et que l'on rencontre d'ailleurs dans certaines régions moins altérées, ce sont des travées épaisses, formées de tissu adulte, au milieu desquelles on voit des cellules rondes disséminées ; 2° les artérioles qu'on rencontre soit dans la capsule fibreuse, soit dans les cloisons intra-glandulaires sont le siège d'une endartérite et d'une périartérite très marquées ; les tuniques sont épaissies, transformées en une substance amorphe, chondroïde ; autour existe du tissu fibrillaire contenant des noyaux et des cellules arrondies ; 3° la substance glandulaire a disparu ; il n'y a plus trace de cellules ou d'éléments figurés ; les alvéoles formés par les cloisons fibreuses ne contiennnent que de la graisse et un fin détritus granuleux; c'est là ce qui constitue les parties jaunâtres. Pourtant, par places, on voit encore quelques vestiges de la substance corticale, sous forme de petits cylindres remplis de granulations brunâtres; 4° enfin la substance médullaire ; à la limite de la cavité centrale n'est plus représentée que par une mince bande de tissu conjonctif cloisonné, à cloisons beaucoup moins épaisses que celles de la substance corticale, contenant aussi des granulations graisseuses.

REMARQUES. — Cette observation est bien évidemment un exemple de mélanodermie d'Addison. La coloration caractéristique de la peau, les taches brunâtres de la muqueuse buccale ne permettaient pas d'en douter. Les taches de vitiligo qui ponctuaient le fond jaune brunâtre de la peau ne sont pas absolument rares. On en trouve des exemples dans les observations d'Addison ; M. Féréol en a présenté un cas l'année dernière à la Société des hôpitaux. Ces troubles cutanés pigmentaires sont en rapport avec les lésions des capsules surrénales. Sont-ils dans leur dépendance ? C'est là toujours le point litigieux. En tout cas, on peut rapprocher les altérations fibro-graisseuses des capsules de l'inflammation interstitielle des deux reins, aussi bien que du ramollissement cérébral par trombose qui occupait le corps strié. Ces lésions diverses paraissent pouvoir être rapportées à une même cause, à une cause vasculaire, à l'athérome qui avait envahi tout le système artériel du malade.

19. Sarcome kystique du testicule et de l'épididyme ; par J. GIROU, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique provient d'un malade âgé d'une trentaine d'années, opéré le 10 juin dernier par M. Benjamin Anger.

Cet homme, vigoureux et de très bonne constitution en apparence, a eu ses testicules dans l'abdomen ou dans le canal inguinal jusqu'à l'âge de 18 ans. Alors ils sont subitement descendus dans le scrotum et, depuis lors, le porteur de ces tumeurs n'en a jamais souffert jusqu'au mois de février dernier.

A cette époque, il s'aperçut d'une petite induration commençant à la partie postérieure du testicule gauche. Cette induration devint bientôt douloureuse. Il la montra à un médecin qui, malgré l'absence de toute blennorrhagie actuelle, et quoiqu'il n'ait jamais eu d'orchite de cette nature, pensa immédiatement à une épididymite blennorrhagique.

L'induration présentait, en effet, alors la forme, le volume, les rapports d'un épididyme légèrement enflammé.

Malgré les applications résolutives, la tumeur continua à s'accroître rapidement, sans qu'on vit apparaitre de symptômes généraux.

Le jour de l'opération, le scrotum présente du côté gauche le volume d'une tête de fœtus à terme. La peau rosée, tendue, glisse assez facilement sur les parties profondes. La masse est dure, se laisse difficilement déprimer par le doigt, et ne présente en aucun point de transparence.

Le cordon n'est pas induré. Il est gros, lisse, probablement à cause d'un prolongement du péritoine non encore oblitéré depuis la descente du testicule.

La tumeur est énucléée par une incision faite le long de son bord antéro-externe. Elle se détache facilement de la tunique fibreuse, et elle sort accompagnée de la tunique vaginale. Une ligature en masse du cordon comprend avec les éléments normaux du cordon un prolongement du péritoine.

Examen de la tumeur. — Elle est recouverte par les deux feuillets de la tunique vaginale assez fermement adhérents entre eux sur toute leur étendue. Le cordon, émergeant à la partie postéro-supérieure de la tumeur, est entouré d'un cul-de-sac péritonéal.

La tumeur présente une forme ovalaire à grosse extrémité inférieure, légèrement aplatie dans le sens transversal.

Sur sa face antérieure serpente une veine grosse comme le tuyau d'un porte-plume, partant de son bord externe et montant en avant pour aller à son sommet rejoindre le cordon.

A la coupe, on la voit formée par une série de kystes à liquide séreux, présentant toutes les dimensions, depuis celles d'une noisette jusqu'à celles d'une tête d'épingle. Quand on décortique avec soin le feuillet pariétal de la tunique vaginale, on voit des kystes, plus volumineux encore en apparence, faire saillie sous l'albuginée et lui donner une teinte légèrement bleuâtre. La coupe de la tumeur présente en certains endroits des zones jaunâtres plus dures que les parties voisines et où il ne parait pas y avoir de kyste.

En somme, cet aspect est absolument celui décrit par Curling, dans son *Traité des maladies du testicule*, pour la maladie qu'il décrit sous le nom de testicule kystique (*cystic disease*).

A la partie inférieure de la tumeur, on trouve une masse allongée transversalement, présentant dans ce sens la forme d'un croissant, entièrement formée par les tubes séminifères se laissant facilement étirer.

L'examen microscopique de ces tubes ne révèle aucune lésion. Cette masse, paraissant formée par le testicule sain, mais aplatie par compression, est entourée par la tunique albuginée. Celle-ci, dans aucun point, ne présente les amincissements indiqués comme constants par Curling.

Examen microscopique. — Des fragments de la tumeur, pris dans divers points, ont été examinés au microscope après avoir été traités, soit par l'acide osmique, soit par la liqueur de Muller, soit par la solution concentrée de bichromate de potasse. Ces recherches ont été faites au laboratoire de M. Cornil, qui a bien voulu examiner les préparations et nous donner son avis.

1° *Kystes.* Il n'existe pas de point de la tumeur sans kystes. On en trouve des traces sur toutes les préparations. Indépendamment de ceux que nous avons indiqués, et qui étaient visibles à l'œil nu, ces kystes presque microscopiques, à peine plus volumineux qu'une coupe de canal séminifère normale, forment presque toute la masse des points où ils paraissaient faire défaut.

A. *Contenu des kystes.* Dans leur intérieur se trouve un liquide absolument séreux, présentant à peine quelques granulations protéiques en suspension avec quelques cellules épithéliales, mais sans trace de spermatozoïdes.

B. *Parois des kystes*: Ils présentent deux enveloppes, une externe, fibreuse, et une interne épithéliale. Les cellules qui forment celle-ci sont toutes des cellules cylindriques à noyau, posées les unes contre les autres, sans cils vibratiles. Elles forment un revêtement presque continu, encore adhérent aux parois au moment de l'examen, quelques jours après l'ablation de la tumeur. Ces cellules granuleuses, toutes semblables entre elles, sont fort analogues aux cellules des canaux de l'épididyme, quoiqu'elles ne présentent pas de cils vibratiles, mais elles n'ont aucune analogie avec les cellules des tubes séminifères proprement dits.

Indépendamment de ces kystes, on trouve sur quelques préparations des cavités tubuleuses allongées, présentant le même épithélium; mais ces cavités presque cylindriques présentent une trop faible longueur sur la coupe, pour que nous puissions affirmer leur nature. Au premier abord, on pense, en les voyant, à des tubes épididymaires. Mais ce pourrait bien être seulement des kystes vides, dont les parois, en se rapprochant, donneraient cette apparence trompeuse.

2° *Stroma de la tumeur.* Dans l'intervalle des kystes, la tumeur est complètement formée par des faisceaux serrés de fibres conjonctives, dans l'intervalle desquelles sont de nombreuses cellules de nouvelle formation.

Ces masses fibreuses, rarement très volumineuses à cause du nombre énorme et du rapprochement des kystes, sont nettement formées de tissu fibro-sarcomateux. Nulle part, on ne trouve de trace de l'épididyme sain, ni des corps d'Highmore. Nous avons donc affaire ici à un fibro-sarcome kystique du testicule, ayant évolué très rapidement (en quatre mois) comme un sarcocèle cancéreux, et présentant comme aspect macroscopique tous les caractères de la maladie kystique du testicule.

Le point de départ de cette néoformation morbide est au moins difficile à déterminer. Cependant, si on tient compte des points suivants: 1° le siège de la tumeur au-dessus et en arrière du testicule; 2° l'état absolument sain des tubes séminifères conservés, et leur nombre à peu près égal à celui des tubes d'un testicule normal; 3° l'absence complète de l'épididyme et la forme de l'épithélium qui tapisse les kystes; 4° le début de l'affection au mois de février, on arrive à conclure que la tumeur s'est probablement développée aux dépens de l'épididyme, et que les kystes sont dus au développement des canaux dilatés outre mesure. Cependant il peut rester quelques points de doute, car on ne trouve pas de cils vibratiles comme dans l'épithélium de cet organe, et, de plus, le liquide des kystes ne présente aucun des caractères du sperme. Ce cas diffère donc par quelques points essentiels du cas analogue observé par M. Terrier, et décrit histologiquement par M. Malassez (*Archives de physiologie*, 1875).

Ici, nous n'avons pas dans le stroma les fibres musculaires qui avaient été notées dans l'autre cas. Nous n'avons pas affaire à l'épithélium polymorphe des kystes décrit par M. Malassez; de plus, l'épididyme était sain dans l'autre cas; il est, dans celui-ci, le siège de l'affection. Le testicule avait ses tubes dissociés formant une enveloppe complète à la tumeur, tandis que, dans le cas actuel, il est complètement refoulé sur le côté, et il paraît n'avoir joué aucun rôle dans le développement de la production morbide.

20. Hémorrhagie cérébrale intra-ventriculaire et hémorrhagie méningée produites au moment de la naissance chez un enfant à terme; mort au 21e jour; par le Dr MAURICE LETULLE, interne des hôpitaux.

Taprout, Eugène, naît dans la nuit du 4 juin 1879 à la Pitié, dans le service de M. le professeur PETER. L'infirmière raconte que le travail a été laborieux: présentation du siége. L'enfant est somnolent, il n'a pas ouvert les yeux depuis sa naissance. La face est un peu cyanosée. Le maxillaire supérieur est mal formé, la région de l'os incisif fait une saillie considérable sur la ligne médiane; toutefois, il n'y a pas de bec de lièvre. La respiration est normale; rien au cœur; pas de convulsions ni de contractures.

Le lendemain, l'état de somnolence persiste. On a pu faire

prendre à l'enfant quelques cuillerées à café de lait. Il a rendu méconium et urines. Les yeux sont immobiles, rejetés en haut. Pas de convulsions.

Le 7, troisième jour de la vie, l'enfant a ouvert ses yeux à plusieurs reprises, mais il n'a pas encore tété. Il déglutit facilement les aliments qu'on introduit dans la bouche, mais il ne peut saisir avec ses lèvres le mamelon qu'on lui offre sans cesse. Pendant quinze jours, le même état persiste ; l'enfant reste assoupi toute la journée et toute la nuit, se plaignant peu, sauf lorsqu'on lui fait avaler un peu de lait.

Vers le 20 juin, il s'affaiblit beaucoup, commence à maigrir. La diarrhée verte s'est établie, mais l'enfant reste toujours assoupi, les yeux fermés, la respiration est suspirieuse, entrecoupée de cris aigus. — Il succombe le 26, à l'athrepsie.

Autopsie le 27 juin. — Encéphale : Suffusions hémorrhagiques noirâtres, de date ancienne, sur tout le pourtour du cervelet et sur la partie postérieure des hémisphères cérébraux ; quelques plaques d'hémorrhagie méningée sur le lobe sphénoïdal. Dans la cavité arachnoïdienne, existe une foule de petits grumeaux noirâtres hématiques, irréguliers, peu adhérents à la séreuse viscérale. La pie-mère est congestionnée sur presque toute la convexité des hémisphères cérébraux.

Dans les ventricules, surtout à droite, on trouve les traces d'une hémorrhagie ancienne, qui s'est en partie résorbée. Dans l'hémisphère droit, au niveau de la tête du noyau caudé, dans la cavité ventriculaire, on aperçoit une cicatrice brunâtre, longue d'un centimètre, qui paraît avoir été le point de départ de l'hémorrhagie intra-ventriculaire. Dans le liquide intra-ventriculaire, nombreux grumeaux noirâtres, friables, hématiques.

Les méninges spinales sont congestionnées et présentent des ecchymoses récentes et des traces d'une hémorrhagie ancienne. Grumeaux noirâtres disséminés le long du sillon médian postérieur.

La muqueuse gastrique est parsemée de petites plaques hémorrhagiques (érosions superficielles). Le foie est pâle, décoloré. Poumons. Atélectasie, surtout marquée à gauche ; quelques noyaux de broncho-pneumonie aux parties déclives.

Cette observation nous a paru remarquable à plusieurs titres. Elle montre en effet :

1° Des désordres graves peuvent se produire au niveau du cerveau et des méninges, au moment de la naissance, et ne donner lieu qu'à un état de somnolence prolongée.

2° Dans le cas actuel, malgré les conditions les plus défavorables pour l'alimentation du petit malade, la réparation des lésions s'est faite rapidement ; le sang s'est en grande partie résorbé, et la déchirure de l'épendyme, au niveau de la tête du noyau caudé, s'est cicatrisée complètement.

3° Si l'on peut en juger par l'observation qui précède, dans les hémorrhagies cérébrales rarement produites au moment de la naissance, le pronostic n'est pas toujours aussi sérieux qu'on devrait le supposer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Polaillon présente pour le prix Duval, au nom de M. le Dr Chevallereau, une thèse intitulée : *Recherches sur les paralysies oculaires consécutives aux traumatismes cérébraux.*

Anesthésie par le bromure d'éthyle. — M. P. Berger vient d'observer dans le service de M. le professeur Gosselin un cas d'anesthésie générale par le bromure d'éthyle ; il n'en dira que peu de mots. — Dès les premières secondes, le malade se colorait, prenait une teinte violette, asphyxique : la pupille se dilatait au maximum, le pouls devenait mauvais, ondulatoire, l'inquiétude était grande parmi les assistants. Au bout de quelques minutes, l'anesthésie étant encore incomplète, l'opération est commencée ; mais le sang est noir, comme le sang asphyxique. Cependant, l'opération est menée à bonne fin, le réveil se fait avec une grande promptitude.— Ces résultats, on le voit, sont loin d'être aussi favorables que ceux énoncés dans les précédentes séances.

Traitement des fractures du coude. — M. Desprès donne l'observation d'un malade qu'il a présenté dans la dernière séance. Ce malade, âgé de 60 ans, tombe sur le coude et se fait une fracture à trois fragments de l'humérus, une fracture intercondylienne, avec subluxation du coude en arrière. Malgré la gravité de la fracture, M. Desprès confiant, dans les principes de Giraldès, qui prohibait en pareil cas tout appareil inamovible, applique simplement une vulgaire écharpe avec de vulgaires cataplasmes. Il recommande au malade de se lever ; la contention des fragments étant incomparablement plus facile dans la station que dans la position horizontale. Jusqu'au vingtième jour, la crépitation persiste : dès le trentième, la consolidation est obtenue ; et déjà au quarante-cinquième jour la flexion et l'extension existent dans une notable étendue, la pronation et la supination sont presque complètes. M. Desprès est convaincu que pareil résultat n'eût été obtenu en si peu de temps chez un homme de cet âge par aucun autre procédé. Il s'engage à montrer de nouveau le malade dans un an, lorsque le cal provisoire si volumineux, qui gène les mouvements, aura fait place au cal définitif.

M. Marc Sée. — Lorsque j'étais chirurgien de Saint-Eugénie, j'ai vu nombre de petits malades traités inconsciemment par la méthode de M. Desprès, et à grand renfort de cataplasmes. Les résultats étaient déplorables, et les déformations telles que la chirurgie devait se déclarer impuissante. Les fractures à trois fragments de l'extrémité inférieure de l'humérus, se produisent en deux temps : dans un premier temps, la fracture est simplement transversale ; dans un second temps, le cubitus pressant contre la surface articulaire, l'extrémité humérale éclate et l'olécrâne se loge souvent entre les deux fragments. Que l'on se contente d'un simple cataplasme, et l'on verra les désastreux résultats d'une aussi désastreuse thérapeutique.

M. Desprès. — M. Marc Sée a fait la part trop grande au cataplasme ; dans la méthode de traitement que je préconise, il y a le cataplasme, c'est vrai ; mais il y a surtout l'écharpe, et l'écharpe le malade étant debout, le membre à angle droit. Dans cette position, la réduction et la contention des fragments se font d'elles-mêmes ; les fragments inférieurs sont attirés en bas ; l'olécrâne se dégage et se place en arrière, l'apophyse coronoïde presse contre les fragments et les pousse contre l'olécrâne. Ce n'est pas tout ; en raison de la même position à angle droit, les effets de la contracture musculaire, l'agent principal des positions vicieuses, sont abolis, les muscles sont dans le repos.

M. Verneuil. — De temps en temps, presque périodiquement, dans l'histoire de la chirurgie, on voit des chirurgiens faire la guerre aux appareils, et toujours, ces tentatives blâmables avorter. J'ai vu un excellent chirurgien, Robert, se contenter de la simple position dans les fractures du radius et de la clavicule, et n'avoir pas à s'en féliciter ; j'ai vu en revanche venir vers moi nombre de fractures du radius méconnues ou traitées par le mépris, et guérir en peu de temps par l'immobilisation méthodique dans un appareil ; non pas que des fractures même articulaires non réduites et non contenues ne peuvent guérir d'elles-mêmes ; mais que de fois ne sont-elles pas un prétexte à arthrite grave et à tumeur blanche ? Pour en donner des exemples, je n'aurai que l'embarras du choix. — Un jeune homme atteint de fracture du coude, depuis un mois, et traité par la simple écharpe, entre dans mon service, son coude est douloureux, et n'a pas un millimètre de mouvement ; je mets un appareil inamovible et, au bout de deux mois, presque tous les mouvements sont revenus. Dans deux autres circonstances, j'immobilise des coudes, dans l'*extension*, et rapidement les malades recouvrent tous leurs mouvements.

Je ne voudrais pas traiter incidemment la question de la position dans les fractures du coude, mais j'ai tellement confiance dans l'immobilisation et dans l'immobilisation par l'appareil ouaté, l'un des meilleurs parmi les anti-phlogistiques, que je n'hésite pas, moi qui ne suis pas un ankylophobe, à immobiliser les coudes dans l'*extension*, position qui a été vivement conseillée par plusieurs chirurgiens.

M. Lannelongue a eu très souvent à traiter des fractures du coude chez les enfants. Pendant 18 mois, il a adopté la

pratique de Giraldès, et s'est contenté de la simple écharpe ; les résultats ont été déplorables ; rien en effet n'est plus difficile et plus pénible que la réduction de ces fractures, rien n'est plus difficile que de les maintenir réduites ; se contenter de l'écharpe, c'est exposer les malades à l'arthrite, c'est les exposer surtout à des cals énormes, exubérants, d'autant plus exubérants, qu'on a affaire à un cartilage dia-épiphysaire plus actif ; ces cals exubérants, juxta-épiphysaires, l'immobilisation seule est capable de les atténuer. Aussi M. Lannelongue conseille-t-il vivement : 1° la réduction, et la réduction quand même ; 2° la contention, l'immobilisation. Il ne saurait trop s'élever contre l'écharpe.

Mais même avec ces précautions, les résultats ne sont pas toujours bons, le malade ne recouvre pas toujours tous ses mouvements ; il survient assez souvent de l'atrophie musculaire, mais on a l'électricité pour y remédier.

Luxation congénitale de la rotule. — Les luxations congénitales de la rotule, d'abord mises en doute par Malgaigne, existent ; en voici un exemple indiscutable. Un enfant de 6 ans et demi m'est amené : la rotule est située sur le côté externe du genou, le tendon et le ligament rotulien l'ont suivie ; le genou est aplati, le condyle interne fait une saillie considérable ; pas de foulée fémorale, la loge rotulienne manque, il n'y a donc pas de réduction à essayer.

La lésion est manifestement congénitale : dès le second jour de la naissance, on a remarqué que le genou était plus plat, que le membre correspondant avait un volume moins considérable ; cependant, les mouvements de l'articulation étaient faciles ; le petit enfant a, néanmoins, appris difficilement à marcher. Aujourd'hui, sa lésion le gêne à peine ; malgré une atrophie manifeste du membre qui, dans les divers diamètres longitudinaires ou transverses, a un centimètre et demi environ de moins que le membre sain ; la marche est aisée ; un seul temps en paraît pénible.

Si on commande au malade de détacher le talon du lit, il ne peut le faire qu'après avoir fléchi le genou ; le triceps, en effet, en raison de la direction vicieuse de son tendon, est fléchisseur avant d'être extenseur. Y a-t-il une corrélation entre la luxation congénitale et l'atrophie du membre ? Ne s'agirait-il là que d'une de ces luxations paralytiques décrites par MM. Verneuil et Paul Reclus ? C'est ce qui reste à décider.

M. Marc Sée présente un malade chez lequel il a pratiqué, avec un excellent résultat éloigné, une *amputation partielle de la main.*

M. Terrillon présente un *hystéromètre* très ingénieux, muni d'un embout élastique et qu'il a imaginé. Cet instrument a deux avantages considérables : 1° celui de ne pas léser la muqueuse utérine ; 2° celui de permettre d'*inscrire* la direction de la cavité de l'utérus. P. Méricamp.

BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu des thèses d'agrégation. Médecine.

1. Des différentes formes de la broncho-pneumonie ; par A. Joffroy. Vol. in-8°. Paris 1880. Ve Adrien Delahaye, éditeur.

I. Après les travaux de MM. Charcot et Balzer, la thèse de M. Joffroy est encore très originale et très instructive, et quiconque la lira saura gré à l'auteur d'avoir cherché et très-vraisemblablement trouvé l'explication d'un grand nombre de faits qui, jusqu'à ce jour, n'avaient pas reçu une interprétation satisfaisante. Les descriptions anatomo-pathologiques des classiques, Legendre et Bailly, Barrier, Hardy et Béhier, Rilliet et Barthez, toutes scrupuleusement exactes et minutieusement détaillées, ne font pas comprendre les rapports des symptômes avec les lésions ; et, certains de ces auteurs même, paraissent avoir renoncé à trouver la raison de la grande variété des altérations qui correspondent à la forme clinique ordinaire de la broncho-pneumonie aiguë ; en présence de cette difficulté ils pensaient suppléer à l'insuffisance ou à l'absence des données pathogéniques par la précision des détails anatomiques. Mais la plupart voyaient dans les nombreuses apparences des lésions des différences essentielles là où n'existent en réalité que des formes intermédiaires, des caractères de transition. M. Joffroy arrive à démontrer que tant d'altérations distinctes ne peuvent pas se produire indépendamment les unes des autres, dans une seule et même affection, et qu'elles doivent être ramenées à deux types principaux qui, au début de la maladie, sont facilement reconnaissables.

Mais avant d'aborder l'étude des lésions, l'auteur résume en quelques pages la description du lobule pulmonaire, telle qu'elle a été présentée par M. Charcot, insistant particulièrement sur les rapports de l'espace intra-lobulaire avec les alvéoles adjacentes, sur le régime circulatoire auquel sont soumis ces alvéoles et sur la structure des bronches aux différents degrés de leur ramification.

Alors seulement il aborde la description de ces altérations si variées qui s'appellent l'atélactasie, l'état fœtal, la splénisation, la carnification, la carnisation, les vacuoles, les grains jaunes, etc., en les réunissant dans un premier chapitre intitulé : *Etude des lésions élémentaires de la broncho-pneumonie.*

« Il n'y a pas de broncho-pneumomie sans bronchite, et en conséquence, si la bronchite n'est pas la lésion la plus importante elle est du moins une lésion nécessaire. » C'est la bronchite qui, en se propageant autour de l'espace intralobulaire jusqu'aux alvéoles adjacents à cet espace, donne naissance aux foyers d'induration qualifiés par M. Charcot de *nodules péribronchiques* ; et c'est encore la bronchite qui, par l'oblitération des conduits respiratoires, comparables sous beaucoup de rapports aux canaux d'excrétion des glandes, détermine dans les parties périphériques où l'air ne peut plus pénétrer des phénomènes inflammatoires analogues à ceux des cirrhoses épithéliales.

Ainsi la bronchite retentit sur le parenchyme alvéolaire de deux façons : dans le premier cas elle se propage par contiguité aux alvéoles voisins ; dans le second cas elle exerce son influence, à distance.

Les altérations qui résultent de l'inflammation bronchique proprement dite et qui se développent sur place sont les dilatations, les grains jaunes, les noyaux de broncho-pneumonie, (pneumomie suppurative ou phlegmoneuse), et même une certaine variété de vacuoles. La nature de cette dernière lésion est mal connue ; trois opinionos principales sont en présence. M. Joffroy est éclectique ; il pense que le nom de *vacuoles* doit être réservé aux dilatations emphysémateuses plus ou moins remplies de pus, qu'il faut donner celui de *dilatation bronchique ampullaire* à l'ectasie des petites bronches intralobulaires, et appeler *abcès péribronchiques* les collections formées par la fonte purulente des noyaux pneumonisés. Ces abcès ne sont pas sphériques ou ovalaires, et l'on s'en ferait une idée très-fausse si on ne les examinait que sur une coupe transversale ; la suppuration se ramifie dans le lobule en suivant la distribution des bronches. En supposant que le manchon péribronchique vienne à augmenter, on assistera à la fonte de tout le lobule, et c'est alors que la collection limitée par les septa interlobulaires pourra présenter les caractères des *vacuoles*.

En résumé, toutes les altérations du parenchyme pulmonaire, abcès, dilatations, nodules péribronchiques, etc, sont de nature phlegmoneuse.

Les lésions par oblitération sont toutes différentes, aucune d'elles ne manifestant la moindre tendance à suppurer. Les principales sont la splénisation et l'atélectasie. La splénisation est une pneumonie épithéliale, qui, microscopiquement, se rapproche des congestions hypostatiques et que Bazin a différencié de l'hépatisation pulmonaire dans une description très-exacte. Or, tantôt la splénisation se rattache au noyau de broncho-pneumonie, ainsi que l'ont bien fait voir MM. Charcot et Balzer ; tantôt elle en paraît à peu près complétement indépendante ; et c'est ici que M. Joffroy se sépare absolument de tous les autres auteurs. Jusqu'ici en effet on adoptait l'explication suivante : dans le nodule péribronchique la zone périphérique de splénisation serait un degré d'altération moins avancé que l'altération déjà fibrino purulente des parties centrales. Mais rien ne prouve, selon M. Joffroy, l'exactitude de cette hypothèse. Le centre du nodule est d'emblée le siége d'une inflammation phlegmoneuse qui se développe

autour d'une bronche présentant elle-même les signes non douteux d'une inflammation interstitielle aiguë et purulente. Quant à la zone périphérique de splénisation, loin de représenter le second degré de la broncho pneumomie dont le troisième degré existe au centre du nodule, elle évolue pour son propre compte et en conséquence d'une cause tout autre que la propagation de la pneumonie phlegmoneuse péribronchique. D'ailleurs la splénisation peut dans certains cas envahir une grande étendue des parties postéro-inférieures des deux poumons sans que les noyaux d'induration pneumonique soient abondants. Donc on ne peut pas songer à la rattacher à ces foyers d'induration. Les conclusions formulées à cet égard par l'auteur sont très-catégoriques : « Les noyaux de broncho pneumonie et les foyers de splénisation constituent deux lésions différentes, généralement associées, marchant souvent parallèlement, toutes deux de nature inflammatoire, l'une dépendant d'une inflammation phlegmoneuse, l'autre d'une inflammation épithéliale. Chacune de ces lésions est liée à un mode pathogénique différent. Enfin la splénisation peut facilement persister et passer à l'état chronique, et alors, comme dans toute cirrhose épithéliale, la prolifération du tissu conjonctif prend la première place. »

Quant à l'atélectasie, considérée aujourd'hui comme accessoire au même titre que l'emphysème, dans tous les traités classiques, elle prend dans cette synthèse anotomo-pathologique de M. Joffroy, une importance considérable. Faisant bon marché des théories mécaniques de Gairdner, de Bartels, qui attribuent l'état fœtal à un simple affaissement des alvéoles, M. Joffroy estime que l'atélectasie est le premier degré de la splénisation. L'étude microscopique, d'ailleurs, confirme absolument cette manière de voir ; d'autre part, Legendre et Bailly se fondant uniquement sur les caractères microscopiques du poumon avaient employé l'expression d'*état fœtal* pour désigner d'une part l'atélectasie, d'autre part la splénisation. Il n'a manqué à ces auteurs que de reconnaître la nature inflammatoire de cette lésion. En définitive, l'atélectasie caractérise le début d'un processus inflammatoire dont la splénisation constitue la période d'état.

A cette théorie anatomo-pathologique manquait la sanction de l'expérience. Il fallait démontrer que l'oblitération des bronches produit une cirrhose épithéliale du poumon et que la forme sous laquelle se présente cette altération correspond bien à la splénisation. Quelques résultats obtenus déjà par M. Joffroy plaident en faveur de la doctrine : l'atélectasie et la splénisation peuvent être créés à volonté et il est permis de les rattacher à l'oblitération inflammatoire ou mécanique des bronches.

La différenciation tranchée établie par l'auteur entre l'inflammation phlegmoneuse du noyau de broncho-pneumonie et l'inflammation épithéliale de l'atélectasie et de la splénisation, explique dès lors pourquoi la splénisation peut se développer isolément, sans noyau de broncho-pneumonie, ou bien au contraire comment des noyaux de broncho-pneumomie peuvent prendre naissance dans des parties atélectasiées. En supposant que les noyaux de broncho-pneumonie et les foyers de splénisation se produisent, selon les circonstances, dans des proportions d'intensité et de confluence variables, il est également facile de saisir les conditions spéciales qui caractérisent les différentes *formes anatomiques* de la broncho-pneumonie.

1° Dans le cas où les altérations occupent surtout le parenchyme, et lorsque la splénisation est très-étendue, c'est sur le fond sombre, bleuâtre ou violacé des parties splénisées qu'on voit saillir les noyaux indurés d'hépatisation. Afin de bien marquer l'association de ces deux lésions, splénisation et noyau de broncho-pneumonie, M. Joffroy propose la dénomination un peu bizarre de *spléno-pneumomie.* Mais peu importe la bâtardise du mot s'il est légitimé par les faits que l'auteur avance. Or c'est à la spléno-pneumonie aiguë qu'appartiennent la plupart des cas de broncho-pneumonie, du moins chez les enfants.

2° Si, au contraire, la splénisation disparaît et si les noyaux de broncho-pneumonie sont disséminés dans les deux poumons relativement sains, il s'agira de la *broncho-pneumonie mamelonnée* de Roger et Damaschino. Les cas de cette nature peuvent être réunis sous le nom de *broncho-pneumonie à noyaux disséminés.*

3° Enfin, on appellera *broncho-pneumonie à noyaux confluents* la forme si caractérisée que Barrier avait appelée *pneumonie lobulaire à forme pseudo-lobaire.* Il est certain que la préférence donnnée par M. Joffroy à la désignation de broncho-peumonie à noyaux confluents est fondée sur les anlogies que cette forme présente avec la broncho-pneumonie à noyaux disséminés ; mais peut-être ne faudrait-il pas bannir de la terminologie si compliquée de la broncho-pneumonie la dénomination de *broncho-pneumomie pseudo-lobaire* qui est très-explicite, et que l'usage a justement consacré.

4° Quant aux cas où la bronchite paraît jouer un rôle prépondérant, le terme de *bronchite capillaire* doit leur être exclusivement réservé.

La dernière partie du travail de M. Joffroy, moins personnelle que les précédentes, est consacrée à l'étude des variétés cliniques qui correspondent à ces quatre formes anatomo-patologiques, et dont la description est tracée dans les principaux ouvrages classiques, particulièrement dans les leçons de M. Cadet de Gassicourt. E. BRISSAUD.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Hystéro-Curvimètre ; par le Dr TERRILLON.

M. le Dr Tarnier a présenté à la dernière séance de l'Académie de médecine, au nom du Dr Terrillon, un hystéro-curvimètre, construit sur ses indications, par MM. Mathieu fils.



Fig. 34.

Cet instrument se compose d'une tige rigide et graduée et d'une patte formant manche afin qu'elle puisse facilement être tenue à la main.

Elle porte un cadran qui présente un certain nombre de divisions et autour duquel tourne une aiguille mobile. — A l'autre extrémité de la tige se trouve fixée une partie flexible, enveloppée par une membrane de caoutchouc. La flexion de cette pièce peut se faire en deux sens opposés ; elle se traduit instantanément par un mouvement correspondant de l'aiguille qui indique à la fois le degré et la direction.

Enfin un curseur formé d'une tige creuse, peut glisser le long de la partie flexible tandis qu'une échelle graduée placée sur la tige principale permet d'apprécier la quantité dont il se déplace, c'est-à-dire la longueur de la tige flexible engagée ou introduite.

Grâce à une petite vis de pression, on peut fixer le curseur en un point quelconque de sa course.

Cet instrument a pour but de mesurer la longueur de la cavité utérine, en même temps que d'indiquer la courbure de cet organe (ante ou retro-flexion).

L'instrument est introduit de la façon suivante : Le curseur étant mobilisé, on place l'extrémité de la partie mobile devant l'orifice utérin, une impulsion légère suffit pour introduire l'instrument qui en vertu de sa flexibilité s'introduit facilement jusqu'au fond de la cavité sans produire de désordre.

S'il y a eu flexion on voit l'aiguille se dévier dans un sens qui indique le sens de la flexion et s'arrêter sur une division du cadran. Cette division est notée avec soin. On fixe alors le curseur au moyen de la vis au point où il est arrivé lorsque la tige mobile a atteint le fond de l'utérus. L'instrument est alors retiré. On lit d'abord sur les divisions de la tige la longueur de la cavité. Puis, le curseur restant toujours en place, il suffit de faire décrire à l'extrémité de la tige une courbe telle que l'aiguille arrive au point où elle s'était arrêtée, pour avoir la figure de la courbure de la cavité. Le sens dans lequel l'aiguille s'était déviée indique le sens de la déviation utérine. On peut trouver également la latéroflexion en inclinant l'instrument dans le sens latéral. Le principe de cet instrument peut être utilisé pour rechercher la direction de certains trajets courbes.

VARIA

Etude sur les eaux de la Bourboule (1).

VI. M. F. Morin passe ensuite à l'étude des diathèses rhumatismale et goutteuse, qu'il considère comme absolument distinctes, quoique deux médecins éminents, MM. Bazin et Pidoux, les aient réunies sous le nom d'*Arthritis* ou *Arthritisme :*

« L'observation directe, dit M. Morin, tend de jour en jour à séparer ces deux espèces morbides. L'une est toujours caractérisée par la gravelle, les dépôts tophacés, et la présence dans le sang d'un excès d'urée. L'acide urique irrite les tissus blancs, les enflamme, les tuméfie, et produit le gonflement des articulations, avec ou sans dépôt. — Le rhumatisme, lui, est caractérisé à l'état aigu par un excès de fibrine dans le sang ; il attaque également les tissus fibro-séreux articulaires ou viscéraux ; mais ses dépôts sont toujours fibro-plastiques, et, s'il produit, comme la goutte, la gêne, voire même la soudure des articulations ; s'il enflamme jusqu'aux tendons et aux névrilèmes, d'où les douleurs névralgiques violentes qui les accompagnent, on ne constate jamais les dépôts calcaires de la première. » — Nous ne pouvons du reste rentrer ici dans l'examen de cette question qui est traitée d'une façon magistrale par M. Durand-Fardel dans les tomes XXIV et XXV des *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris.*

M. Morin, tout en reconnaissant qu'un grand nombre d'eaux minérales guérissent ou améliorent le rhumatisme, croit pouvoir recommander tout spécialement le traitement de la Bourboule pour certains cas. Ainsi les rhumatisants à forme arthritique, dont *les articulations sont perclues, avec engorgement des synoviales et rétraction des tendons fléchisseurs,* seront améliorés à La Bourboule.

Il convient de rappeler ici que M. le Dr Noir a communiqué en 1876, à la Société d'hydrologie médicale de Paris, plusieurs observations qu'il a recueillies sur le traitement du rhumatisme articulaire chronique déformant, dit noueux, par les eaux de La Bourboule. Les résultats qu'il a obtenus prouvent tout au moins que cette affection si rebelle, et contre laquelle les eaux minérales les plus diverses ont été conseillées, employées sans aucun succès, trouvent à La Bourboule une médication vraiment efficace, et, comme l'indique M. Noir, ses expériences confirment les paroles de M. Guéneau de Mussy qui, à une époque où La Bourbonle était dépourvue de toutes les installations balnéaires perfectionnées qu'elle possède aujourd'hui, disait :

« Les eaux minérales qui ont le plus de réputation dans le rhumatisme noueux sont les eaux salines arsenicales, dont la France possède, sinon le monopole, du moins les plus riches et les plus actives, telles que La Malou, Plombières, Royat...—La Bourboule, qui représente la note la plus élevée de cette gamme thermale, serait très utile dans cette affection, si son installation balnéaire répondait mieux à son admirable minéralisation. » (*Bulletin de thérapeutique.* Septembre 1864.)

Maintenant que les malades trouvent à La Bourboule les appareils les plus perfectionnés, il n'est donc pas téméraire d'admettre que les résultats signalés par M. Noir et par plusieurs de ses confrères témoignent de la réelle efficacité du traitement qui y est appliqué aux rhumatisants ; et la haute thermalité ainsi que la richesse de ses sources en arsenic suffisent à expliquer leur prédominance sur la plupart des autres eaux minérales. — Mais, comme l'indique M. Morin, il est souvent nécessaire de faire faire aux rhumatisants *au moins quatre saisons consécutives pour obtenir des succès définitifs,* et il faut les engager à ne pas se décourager après la première ou la seconde année.

Les eaux de La Bourboule sont généralement contre-indiquées dans la diathèse goutteuse franche, mais elles pourront améliorer l'état des malades atteints de goutte chronique, avec tendance à la cachexie.

C'est la diathèse glycosurique qu'examine ensuite M. F. Morin. Autrefois presque tous les diabétiques allaient à Vichy ou à Vals ; on leur appliquait le traitement alcalin. Aujourd'hui beaucoup viennent à La Bourboule et s'en trouvent bien ; l'action reconstituante de ses eaux, due à la présence simultanée de l'arsenic, du chlorure de sodium et du bicarbonate de soude les rend efficaces chez les diabétiques affaiblis, que les eaux de Vichy ne peuvent pas améliorer.

C'est ce qui a été établi péremptoirement par un mémoire de M. le Dr Danjoy, lu à la Société d'hydrologie en 1876, et qui contient des observations très concluantes. Nous ne pouvons donner ici qu'un aperçu sommaire de ce travail qui est, du reste, l'objet d'une étude assez complète que vient de publier l'*Union médicale.*

M. Danjoy commence par distinguer deux espèces de diabète, correspondant à ce qu'on a appelé en Allemagne le grand et le petit diabète. Le premier a une marche rapide, des symptômes très accusés, et aboutit promptement à la tuberculose. La sécrétion du sucre est abondante ; rarement au-dessous de 4 0/0 et souvent au-dessus de 10 à 12 0/0. En peu de temps, la santé générale est altérée ; l'affaiblissement et l'amaigrissement sont manifestes. L'usage des alcalins et la diète azotée n'amène aucune amélioration.

Dans le petit diabète, au contraire, les apparences de la santé restent entières, malgré l'élimination du sucre par les urines pendant plusieurs années. Une bonne hygiène et l'usage des alcalins suffisent à produire une amélioration notable. De plus la glycosurie cesse par suite de la privation des aliments hydrocarbonés, tandis que chez les malades atteints du grand diabète, la diète azotée la plus stricte n'arrête pas la sécrétion du sucre, qui a lieu surtout pendant les dernières heures de la nuit, et les premières du jour.

Dans les cas rangés sous le nom du petit diabète doivent figurer les glycosuries temporaires ou symptomatiques, parmi lesquelles on distinguera, avec M. le Dr Lécorché, la glycosurie azoturique qui se sépare tout d'abord du diabète vrai par ce fait que la quantité du sucre sécrété ne s'élève qu'à 8 ou 10 gr. par litre d'urine ; et aussi parce que le chiffre de l'urée peut être très élevé alors même que la glycosurie est très faible ; ce qui est le contraire de ce qui a lieu dans le diabète, où la glycosurie paraît d'abord, et l'azoturie n'est qu'un phénomène secondaire.

Le Dr Lécorché a fait remarquer en outre que les formes de diabète gras et de diabète maigre peuvent alterner ; mais aussi l'embonpoint fait complétement défaut dès le début dans les cas graves de diabète, de sorte que, pour ces faits au moins, l'émaciation peut acquérir une grande valeur au point de vue du pronostic.

M. le Dr Danjoy insiste assez longuement sur tous ces faits, parce qu'il attache une grande importance à la constatation de la perte des matériaux azotés dans le diabète, car il ne peut être alors « indifférent d'appliquer à un diabétique un traitement thermal qui, selon toute apparence, exagérera encore les pertes d'urée, comme les eaux alcalines, tandis qu'on peut le soigner à La Bourboule où à la perte des matériaux azotés ne s'élève pas, mais a plutôt tendance à diminuer. »

(*A suivre.*)

(1) Voir les nos 7, 8, 9, 11 et 13.

Projet de loi concernant l'obligation de la vaccination et de la revaccination.

M. le docteur H. Liouville a déposé à la Chambre des députés le projet de loi suivant :

Art. premier. — La vaccination est obligatoire ; elle doit être pratiquée dans les six premiers mois de l'existence.

Art. 2. — La revaccination est obligatoire tous les dix ans, dans les cours des 10e, 20e, 30e, 40e et 50e années.

Art. 3. — Lors de la déclaration de la naissance d'un enfant, il sera gratuitement remis au déclarant un bulletin de vaccine, détaché d'un livre à souche, et qui devra être présenté dans un délai de six mois ; ce bulletin de vaccine constatera le nombre de pustules vaccinales et sera signé par un docteur en médecine pratiquant dans la commune. La signature en sera légalisée.

Art. 4. — Le bulletin de vaccine devra être présenté tous les dix ans à l'officier de l'état civil, dans le cours des 10e, 20e, 30e, 40e, 50e années ; il portera la constatation des revaccinations pratiquées successivement à ces diverses époques, ainsi que de leurs résultats.

Art. 5 — Les parents et tuteurs, ainsi que les personnes convaincues d'infraction aux articles 3 et 4 de le présente loi seront passibles d'une

amende de 1 à 25 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 6. — La présentation du bulletin de vaccine, portant application de la présente loi, sera obligatoire pour l'entrée des établissements d'instruction primaire, secondaire, supérieure, à l'arrivée dans l'armée et dans les administrations de l'Etat.

Art. 7. — Les contraventions à l'article précédent seront passibles des peines édictées par l'art. 5 de la présente loi.

Art. 8. — Les officiers de l'état civil feront chaque année le relevé des noms de ceux qui n'auront pas produit le certificat exigé pendant l'année écoulée. Ce relevé sera envoyé aux juges de paix. Les contrevenants seront poursuivis d'office.

Art. 9. — Un règlement d'administration publique assurera l'exécution de la présente loi, conformément à l'ordonnance royale du 20 décembre 1820, à l'arrêté ministériel du 16 juillet 1823 et arrêtés des 10 août 1848 et 7 octobre 1879.

Art. 10. — La présente loi entrera en vigueur dans le délai d'un an à dater de sa promulgation.

Asiles d'aliénés de la Seine.

Concours pour la nomination aux deux places vacantes d'internes en pharmacie.— Le lundi 10 mai 1880, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination à deux places d'internes en pharmacie, vacantes dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse). Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (1), de 11 *heures à 3 heures*. Le registre d'inscriptions sera ouvert du 8 au 22 avril 1880 inclusivement.

Conditions d'admission.— Tout aspirant qui veut se présenter au concours ouvert pour les places d'élève interne en pharmacie doit être âgé de vingt ans au moins et de vingt-sept ans au plus. Il doit produire : 1° Son acte de naissance ; 2° Son extrait du casier judiciaire ; 3° Un certificat de vaccine ; 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ; 5° Des certificats constatant trois années d'exercice dans les pharmacies, dont une année dans la même maison.

Ces certificats devront, sous peine de nullité, indiquer quelle a été la conduite pendant son séjour dans les pharmacies. Ceux qui s'appliqueront à un stage fait dans les pharmacies hors de Paris, devront, sous peine de nullité, être visés par les maires des communes où elles sont situées. Les élèves des pharmacies de Paris justifieront, en outre, de leur inscription à l'école de pharmacie. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'élèves internes en pharmacie sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve de cinq minutes pour la reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle et à la chimie pharmaceutique ; 2° Une épreuve de dix minutes consistant dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites, et dans la description du mode par lequel on doit obtenir une ou plusieurs de ces préparations qui seront désignées par le Jury.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve verbale de dix minutes portant sur la pharmacie proprement dite et la chimie ; 2° Une épreuve écrite de trois heures embrassant la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : *Epreuve d'admissibilité*: reconnaissance des plantes et des substances, 20 points; reconnaissance des préparations pharmaceutiques, 20 points. *Epreuves définitives* : épreuve verbale, 20 points ; épreuve écrite, 30 points.

Les plantes et substances à reconnaître seront communes à tous les candidats qui subiront les épreuves dans la même séance ; elles seront choisies par le jury avant d'entrer en séance.

Pour les épreuves orales, les questions sont rédigées par le jury, chaque jour d'épreuve, au nombre de trois, avant d'entrer en séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats ; il est tiré au sort entre trois questions qui seront rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

A l'ouverture du concours, le 10 mai, à deux heures, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des élèves qui devront subir dans cette séance l'épreuve de la reconnaissance des plantes, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

Il sera nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires. La durée des fonctions d'interne titulaire est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire de un an. Les internes titulaires en pharmacie des asiles publics d'aliénés du département de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de huit cents francs. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages de l'interne, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

(1) Secrétariat général. — Bureau du personnel. — Entrée par le guichet des Lions, escalier A, 3e étage.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 12. — 3e *de doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Gay. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchand. — 2e *série* (Charité) : MM. Parrot, Nicaise, Chantreuil.

MARDI 13.— 1er *de Doctorat*, 1re *série* : MM. Sappey, B. Anger, Polaillon ; — 2e *série* : MM. Charcot, Lannelongue, Humbert ; — 3e *série* : MM. Gosselin, Delens, Berger. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Jaccoud, Panas, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Ball, Pinard, Richelot.

MERCREDI 14. — 1er *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, M. Sée, Ch. Richet. — 3e *de doctorat* : MM. Baillon, Gariel, Henninger. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Parrot, Nicaise, Chantreuil ; — 2e *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Terrillon.

JEUDI 15. — 1er *de doctorat*. 1re *série* : MM. Charcot, Lannelongue, Humbert; — 2e *série* : MM. Sappey, Delens, Polaillon; — 3e *série* : MM. Panas, B. Anger. Berger. — 4e *de doctorat* : MM. Brouardel, Bouchard, Grancher. — 2e *officier de santé* : MM. G. Sée, Pinard, Richelot.

VENDREDI 16. — 1er *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, M. Sée, Marchand. — 3e *de doctorat* : MM. Baillon, Regnauld, Gay. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Guyon, Hayem, Chantreuil; — 2e *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Pozzi.

SAMEDI 17. — 1er *de doctorat*, 1re *série* : MM. Panas, Lannelongue, Richelot ; — 2e *série* : MM. Charcot, Delens, Polaillon ; — 3e *série* : MM. Sappey, B. Anger, Duval. — 4e *de doctorat* : MM. Lasègue, Laboulbène, Hallopeau. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : Brouardel, Pinard, Humbert ; — 2e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Hardy, Charpentier.

THÈSES. — *Lundi* 12 : 135. M. Gailhard : Etude clinique sur la glossite tertiaire. — 136. M. Leroux : Des amputations et résections chez les phtisiques. — 137. M. Balczewski : Contribution à l'étude du traitement de la tumeur lacrymale. — 138. M. Eudes : Considérations sur quelques procédés employés pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. — *Mardi* 31 : 139. M. Raymondaud : Du retard de la consolidation dans les fractures du membre inférieur. — 140. M. Bontemps : De la gingivite, essai de classification, ses formes, son traitement. — *Mercredi* 14 : 141. M. Levêque : Traitement de l'épithélioma bénin de la face par le chlorate de potasse. — 142. M. Matouillet : Scaphocéphalie. — 143. M. Morand : Note sur quelques cas de guérison de l'infection purulente. — 144. M. Chatellier : De la pleurésie dans la grippe. — *Jeudi* 15 : 145. M. Guiraud : Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les jeunes filles avant la puberté. — 146. M. Jannet : De l'hystérie chez l'homme. — *Vendredi* 16 : 147. M. Pioger : De l'importance de l'hygiène dans la première enfance. — 148. M. Dureuil : Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques.

Faculté de Médecine.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur CHARCOT commencera son cours d'anatomie pathologique le vendredi 16 avril 1880, à 2 h. (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Concours pour le prosectorat. Jury. — MM. Sappey, Béclard, Robin, Trélat, Broca, juges ; — MM. Richet, Panas, Lefort, juges suppléants.

Concours pour l'adjuvat. Jury. — MM. Sappey, Farabeuf, Gosselin, Broca, Marchand, juges ; — MM. Trélat, Guyon, Pozzi, juges suppléants.

AVIS. — *Gratuité des inscriptions.* L'article 1er du décret du 20 mars 1880, pour l'application de la loi du 18 mars, sur la liberté de l'enseignement supérieur, porte : « Article 1er. Les droits d'inscriptions cesseront d'être » perçus à la date du 1er avril prochain, dans les Facultés de l'Etat, les » écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. La validation des inscriptions prises dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires ne donne lieu à la perception d'aucun droit, » à quelque époque que remontent ces inscriptions et quel que soit le régime » d'examen pour lequel les candidats ont opté. »

En conséquence, à partir du 1er avril prochain, MM. les étudiants n'auront à acquitter que les *droits de bibliothèque* et les *droits perçus pour travaux pratiques*. Ces droits sont ainsi fixés : droits de *bibliothèque*, 10 fr. par an ; droits pour *travaux pratiques* (Décrets des 20 juin 1878 et 14 octobre 1879).

Elèves de 1re année, 60 fr. par an ; de 2e année, 40 fr. ; de 3e année, 40 fr. ; de 4e année, 20 fr. Ces droits sont acquittés au moment même de la prise des inscriptions.

Exercices pratiques de physique. — Professeur : M. GAVARRET. Chef des travaux : M. GAY, agrégé. — Les exercices pratiques de physique commenceront le jeudi 22 avril 1880. Ils auront lieu dans les laboratoires spéciaux installés dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis et samedis, à midi 1/2.

Les exercices pratiques de physique sont obligatoires pour tous les élèves de 1re année, c'est-à-dire pour tous ceux qui ont de 1 à 4 inscriptions. Les élèves de cette catégorie seront inscrits sur la présentation : 1° de la carte d'admission aux travaux pratiques, qui leur aura été délivrée lors de la prise de l'inscription d'avril ; 2° de la quittance détachée du registre

souche attestant le paiement des droits prescrits par les règlements. — Ces mêmes travaux sont facultatifs pour les élèves qui ont à préparer le 3e examen de doctorat (ancien mode) ; ces élèves auront à présenter la carte spéciale qui leur aura été délivrée par le secrétariat, et leur donnant droit de prendre part aux exercices pratiques. — Les étudiants des deux catégories sus-indiquées devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (cabinet de M. Gay), à partir du lundi 12 avril, tous les jours, de 1 heure à 3 heures.

Physiologie. Travaux pratiques : Démonstrations de physiologie expérimentale. Professeur : M. BÉCLARD ; chef des travaux : M. le Dr LABORDE. — Les démonstrations de physiologie commenceront le samedi 24 avril 1880. Elles auront lieu dans les laboratoires spéciaux installés dans les dépendances de l'ancien collége Rollin, rue Vauquelin, les jeudis et samedis, à 1 h. 1/2.

Les travaux pratiques de physiologie sont obligatoires pour tous les élèves de doctorat qui ont à subir le 2e examen de doctorat depuis le nouveau régime. Les élèves de cette catégorie auront à présenter pour subir le 2e examen : 1° la carte d'admission aux travaux pratiques, qui leur aura été délivrée lors de la prise de l'inscription d'avril ; — 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits prescrits par les règlements. — Ces mêmes travaux sont facultatifs pour les élèves qui ont à préparer le 1er examen du doctorat (ancien mode) ; ils auront à présenter la carte spéciale qui leur aura été délivrée par le secrétariat, et leur donnant droit de prendre part aux exercices pratiques. — Les étudiants des deux catégories sus-indiquées devront se faire inscrire à l'Ecole pratique, (cabinet de M. le Dr Laborde), à partir du lundi 5 avril, tous les jours, de 1 heure à 3 heures.

Concours d'agrégation. (Chirurgie et accouchements).

La première épreuve s'est terminée le mercredi 7 avril. Le jeudi 8, les candidats ont été réunis pour le tirage au sort des questions qu'ils auront à traiter pour la seconde épreuve. (Leçon de trois quarts d'heure après deux heures de réflexions).

Les candidats feront cette leçon dans l'ordre suivant :

Chirurgie : *Vendredi* 9 : MM. Peyrot et Schwartz ; — *Lundi* 12 : MM. Reclus et Tédenot ; — *Mardi* 13 : MM. Weis et Bouilly ; — *Mercredi* 14 : MM. Guibal et Piéchaut ; — *Jeudi* 15 : MM. Boursier et Bar ; — *Vendredi* 16 : MM. Henriet et Kirmisson ; — *Lundi* 19 : MM. Campenon et Auquier ; — *Mardi* 20 : MM. Levrat et Duret ; — *Mercredi* 21 : M. Picqué.

Accouchements : *Mercredi* 21 : M. Porack ; — *Jeudi* 22 : MM. Hirigoyen et Bureau ; — *Vendredi* 23 : MM. Champetier de Ribes et Poullet ; — *Lundi* 26 : MM. Vermeil et Golard ; — *Mardi* 27 : MM. Lefour et Ribemont ; — *Mercredi* 28 : MM. Stappfer et Dumas ; *Jeudi* 29 : MM. Martel et Budin ; — *Vendredi* 30 : MM. Duchamp et Loviot.

Médecins militaires.

Par décret en date du 2 avril, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires, savoir :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. David de Lestrade, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Marseille, en remplacement de M. Quesnoy, promu. M. Castex, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Nancy, en remplacement de M. Champenois, promu. — *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — M. Frilley, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort, en remplacement de M. David de Lestrade, promu. — M. Accarias, médecin-major de 1re classe à l'hospice civil de Grenoble, en remplacement de M. Castex, promu. — *Au grade de médecin-major de 1re classe* : (Choix). M. Rapp, médecin-major de 2e classe, secrétaire-adjoint du conseil de santé des armées, en remplacement de M. Warion, décédé.—(Ancienneté). M. Pineau, médecin-major de 2e classe au 29e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Frétin, retraité.—(Choix). M. Roux, médecin-major de 2e classe au 2e régiment de dragons, en remplacement de M. Cogit, mis en non-activité pour infirmités temporaires.—(Ancienneté). M. Beauliès, médecin-major de 2e classe au 20e régiment de dragons, en remplacement de M. Frilley, promu. — (Choix). M. du Cazal, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. Accarias, promu.

Enseignement médical libre.

Cours libres à l'Ecole pratique. — Par arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique, en date du 18 mars 1880, et sur l'avis conforme de la Faculté, MM. les docteurs dont les noms suivent ont été autorisés à faire, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, pendant le 2e trimestre de l'année scolaire 1879-1880, des cours sur les matières ci-après indiquées, savoir :

Electricité médicale. — M. APOSTOLI, à 2 h., les lundi et vendredi, amphithéâtre n° 3.

Chirurgie opératoire. — M. AUBRY, à 4 h., le mardi, amphithéâtre n° 2, les lundi et vendredi, amphithéâtre n° 1.

Laryngoscopie et laryngologie. — M. CADIER, à midi, les mardi, jeudi et samedi, amphithéâtre n° 2.

Gynécologie. — M. CHÉRON, à 8 h. du soir, le jeudi, amphithéâtre n° 3.

Pathologie interne. — M. DANLOS, à 4 h., les lundi et vendredi, amphithéâtre n° 2.

Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — M. DUBUC, à 4 h., les mardi, jeudi et samedi, amphithéâtre n° 1.

Embryogénie et tératologie. — M. DARESTE, à 4 h., les samedi et mardi, au laboratoire de tératologie.

Médecine opératoire. — M. FORT.

Thérapeutique (Traitement des maladies du tube digestif.) — M. GALIPPE, à 4 h., les jeudi et samedi, amphithéâtre n° 2.

Otologie. — M. GELLÉ.

Technique microscopique. — M. LATTEUX, à 4 h , le mercredi, amphithéâtre n° 1.

Médecine opératoire. — M. LE NOIR.

Pathologie interne. — M. LOREY, à 5 h., les lundi, mercredi et vendredi, amphithéâtre n° 3.

Maladies des voies urinaires. — M. MALLEZ, à 5 h , les mardi, jeudi et samedi, amphithéâtre n° 3.

Opérations d'accouchements. — M. MIGON, à 4 h., les mardi, jeudi et samedi, amphithéâtre n° 3.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. PICARD, à 5 h., les lundi, mercredi et vendredi, amphithéâtre n° 2.

Histologie normale. — M. PLANTEAU, à 8 h., les lundi et vendredi, amphithéâtre n° 3.

Chirurgie des voies urinaires. — M. RELIQUET, à 5 h., les lundi, mercredi et vendredi, amphithéâtre n° 1.

Nota. L'ouverture de chaque cours sera annoncée par des affiches manuscrites qui seront placées à l'école pratique.

Cours d'embryogénie. — M. le Dr DARESTE commencera ses conférences d'embryogénie et de tératologie le mardi 13 avril, à quatre heures, dans le laboratoire d'embryogénie de l'Ecole pratique, et les continuera les samedis et mardis à la même heure.

Cours de chimie. Matière médicale. Botanique. — M. le Dr MARTIN-DAMOURETTE recommencera ses cours pour la préparation au 1er examen de doctorat (nouveau régime), et aux 3e et 4e examens (ancien régime). — Le cours pour les 1er et 3e examens recommencera le lundi 12 avril, par la chimie. Un soin tout particulier sera apporté à l'étude de la botanique, à la reconnaissance des substances et à l'analyse chimique. Le cours pour le 4e examen recommencera par la thérapeutique, le mardi 13 avril. — On s'inscrit à ces cours tous les jours de midi à une heure, boulevard Saint-Germain, 63.

Hôpital Saint-Antoine. Clinique thérapeutique. — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, commencera son cours à l'hôpital Saint-Antoine, le jeudi 15 avril, à 9 heures et demie et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Il traitera cette année de la thérapeutique des maladies du foie, des reins et des organes génitaux.

Hôpital des enfants malades. Clinique médicale. — Le Dr Jules SIMON a repris ses conférences le mercredi à 9 heures. Il les continuera tous les mercredis à la même heure.— Le samedi, consultation clinique.

FORMULES

23. Bons effets de l'iode dans le traitement des fièvres intermittentes. WADSWORTH.

Le Dr Wadsworth rapporte les résultats obtenus dans 260 cas de fièvre intermittente qu'il a traités par l'iode pendant une épidémie grave qui a sévi au commencement de cette année à Saltillo (Mexique). Beaucoup de ces cas étaient chroniques, durant depuis des semaines et même des mois.

Dans les cas graves, on donna généralement de 50 à 75 centigrammes de quinine en deux doses, pendant l'apyrexie, et immédiatement après de la teinture d'iode composée à doses de 10 à 15 gouttes, trois fois par jour. Dans les cas les plus graves, on a employé la formule suivante :

Liqueur d'arséniate de potasse .	4 grammes.
Teinture d'iode composée......	8 —
Teinture de serpentaire.......	15 —
Sirop simple.........·..........	15 —
Eau.....................	60 —

Une cuillerée à bouche trois fois par jour, après le repas. (*Abeille méd.*).

24. Traitement de l'asthme par les fumigations. R. THOMPSON.

L'asthme exige un double traitement : un traitement par le fer, l'iodure de potassium ou l'arsenic, qui doit modifier la constitution diathésique ; et un traitement destiné à combattre les manifestations spasmodiques de cette névrose. Ce dernier but est parfaitement atteint par les inhalations de vapeurs médicamenteuses, grâce à la rapidité de l'absorption des principes actifs par ce mode de traitement Comme les névroses, l'asthme donne des susceptibilités spéciales et différentes aux malades qui en sont atteints. Tel médicament qui a une action magique sur un sujet n'a aucune influence sur un autre.

L'auteur s'est efforcé de composer un mélange des différents médicaments qui, employés seuls, lui ont réussi le mieux, de façon à faire une sorte de

panacée à l'usage des asthmatiques. Il recommande la préparation suivante dans laquelle on trempe le papier destiné à faire des cigarettes :

Teinture de tabac...........	12 grammes.
Teinture de ciguë......... ..	8 —
Teinture de lobélie...........	8 —
Teinture de cannabis indica....	22 gouttes.
Extrait d'opium..............	0,06 centigr.
Extrait de stramonium.......	0,12 —
Essence d'anis..............	8 gouttes.
Nitrate de potasse...........	1 gramme.
Alcool.....................	75 —

Pour 64 cigarettes. (*The practitionner et Lyon. méd.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.— Du vendredi 26 mars au jeudi 1er avril 1880, les naissances ont été au nombre de 1,201, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 468 ; illégitimes, 141. Total, 609. — *Sexe féminin* : légitimes, 432 ; illégitimes, 160. Total 592.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1 876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 26 mars au jeudi 1er avril les décès ont été au nombre de 1,198, savoir : 633 hommes et 565 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 33. F. 24. T. 57. — Variole : M. 22. F. 23. T. 45. — Rougeole : M. 9. F. 10. T. 19. — Scarlatine : M. 2. F. 1. T. 3.—Coqueluche : M. 9. F. 8. T. 17. — Diphtérie. Croup : M. 11. F. 30. T. 41. — Dysentérie : M. ». — Erysipèle : M. 8. F. 2. T. 10. — Affections puerpérales : F. 13. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 114. F. 74. T. 188. — Autres tuberculoses : M. 34. F. 36. T. 70. — Autres affections générales : M. 61. F. 68. T. 129. — Bronchite aiguë : M. 29. F. 37. T. 66. — Pneumonie : M. 51. F. 27. T. 78. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 54. F. 46. T. 100. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 42. F. 38. T. 80 ; — chroniques : M. 102. F. 86. T. 188 ; — douteuses : M. 29. F. 30. T. 59.— Après traumatismes : M. 3. F. 1. T. 4. — Morts violentes : M. 19. F. 10. T. 29. — Causes non classées : M. 1. F. 1. T. 2.

Morts nés et prétendus tels : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 13. Total, 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 16 ; illégitimes, 13. Total, 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.— M. Bellouard est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1879-80, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique (emploi nouveau). — M. Desfosses est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique ophthalmologique (emploi nouveau).— M. le Dr Martin est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies des enfants (emploi nouveau). — M. Vuillemin est nommé aide d'histoire naturelle, en remplacement de M. Simon. — M. Baur est nommé aide préparateur de chimie en remplacement de M. Dorez.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central.* — Ce concours sera ouvert le jeudi 20 mai 1880, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. — MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 avril 1880, et sera clos définitivement le mardi 4 mai, à 3 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. *Banquet.* — Le Banquet de cette société aura lieu le dimanche 18 avril, à l'hôtel Continental, à 7 h. 1/2 très précises. Les membres qui désirent y assister sont priés de vouloir bien adresser le plus tôt possible leur adhésion au trésorier de la société, M. le Dr Thévenot, 44, rue de Londres. La cotisation est fixée à 20 fr.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Cette société tiendra sa prochaine séance mercredi 14 avril, à 8 heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique. — Ordre du jour : 1° élection d'un associé libre national ; 2° distribution de médailles d'argent aux membres de la Société qui ont assisté régulièrement aux séances ; 3° améliorations à apporter dans le service pharmaceutique des bureaux de bienfaisance, par M. Dupouy ; 4° thérapeutique usuelle des ophthalmies externes, par M. Fieuzal ; 5° résultats des revaccinations dans les écoles et aux Invalides, par M. Tolédano.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Cette société tiendra sa prochaine séance le lundi 12 avril 1880, à 3 h. précises, au palais de justice (salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil). — Ordre du jour : 1° note sur l'exercice de la médecine légale pendant une période de sept années, dans l'arrondissement de Clermont-Ferrand, par le Dr Fredet, membre correspondant ; 2° empoisonnement aigu par l'alcool. Observation de M. Leblond, interne de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon ; 3° communication de M. le Dr Liegey ; 4° suite de la discussion sur les voleurs aux étalages et dans les magasins.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. *Don Brunet.* — L'Association française pour l'avancement des sciences vient de recevoir un don de 20.000 fr. de M. B. Brunet, qui, frappé des progrès de cette société et des résultats qu'elle a déjà produits, a voulu contribuer à son développement. Par une décision du conseil d'administration, et conformément au désir exprimé par le donataire, ces fonds ont été placés, et les revenus en seront distribués annuellement sous le nom de subvention Brunet, en même temps que les autres subventions destinées à faciliter des recherches scientifiques, à contribuer à la réalisation d'expériences coûteuses et à aider à la publication d'ouvrages de science pure et appliquée.

RÉSERVE DE L'ARMÉE ACTIVE.— Nous rappelons à nos lecteurs que parmi les dispensés de répondre à l'appel se trouvent : les internes des hôpitaux de Paris et de Lyon ; — les médecins à l'étranger ayant obtenu la dispense ; — les médecins, les pharmaciens de première classe et les vétérinaires proposés pour un emploi de leur spécialité dans le cadre de la réserve.

EAUX MINÉRALES.— Par arrêté ministériel en date du 12 mars 1880, M. le Dr E. Philbert a été nommé médecin inspecteur des eaux de Brides-les-Bains (Savoie).

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. A. J. Martin, archiviste bibliothécaire de la société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, est chargé par la commission des missions et voyages scientifiques d'une mission à Turin pour assister au Congrès international d'hygiène qui se réunira dans cette ville le 6 septembre prochain.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Convers est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Rougier démissionnaire. — M. Brœmer est nommé préparateur de botanique et de matière médicale en remplacement de M. Kopp, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le Dr Baumel est chargé des fonctions de chef de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. Caizergues.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Sont nommés, pour une période de deux années, chefs de clinique à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, MM. Fioupe, clinique médicale (première chaire) ; — Jourdan, clinique chirurgicale (première chaire) ; — Reynaut, clinique chirurgicale (deuxième chaire) ; — Rompal, clinique obstétricale.

CRÉMATION. — De Rome, on écrit à la date du 17 mars, à la *Gazette d'Augsbourg*, que, pendant les deux derniers jours de la semaine précédente, il n'y avait pas eu moins de quatre crémations de corps, dans le cimetière monumental de Milan, d'après deux procédés différents, le système Gorini et le système Venini. Dans les deux cas, l'opération a parfaitement réussi.

Les NIHILISTES. — D'après une statistique publiée par le nouvel organe du gouvernement russe, le *Bereg* (*le Rivage*), on aurait arrêté 1,900 nihilistes pendant ces cinq dernières années. Dans ce nombre figurent 63 femmes dont 39 0/0 sortaient des gymnases ou collèges de filles, 25 0/0 des écoles de sages-femmes, 17 0/0 de l'Université (étudiantes en médecine).

ASSASSINAT D'UN MÉDECIN. — On lit dans le *Courrier de la Gironde* : Un crime épouvantable vient de jeter la consternation dans l'arrondissement de Lesparre et dans tout le Médoc. Le village de Saint-Laurent a été, dans la nuit de vendredi à samedi, le théâtre d'un double assassinat.

M. Eyffren, âgé de quarante-cinq ans, docteur-médecin, et Mme Eyffren, sa femme, âgée de trente-trois ans, habitaient une maison à Saint-Laurent, voisine de la gendarmerie. Comme d'habitude, les époux Eyffren ont dû aller se coucher dans leur chambre au premier étage. Ayant, sans nul doute, entendu la porte du corridor s'ouvrir après avoir été forcée, l'un d'eux a dû descendre pour se rendre compte du bruit. L'assassin, aposté au bas de l'escalier et armé d'un couteau ou d'un poignard, s'est alors précipité sur la première personne qui s'est présentée devant lui. Etait ce le mari ? Etait-ce la femme ? C'est ce qu'on ignore. Mais il est évident que l'une ou l'autre des deux victimes, ne voyant pas remonter celle qui était descendue pour s'informer de ce tapage insolite, est à son tour arrivée au bas de l'escalier où elle a été, elle aussi, abattue.

C'est une femme du voisinage qui la première a ouvert le matin la porte de l'habitation des époux Eyffren et a vu ce lugubre spectacle. Les deux cadavres nageaient dans une mare de sang. Celui de M. Eyffren, sur lequel le meurtrier s'est acharné, portait les traces de quinze coups de couteau, il était mutilé. La femme n'avait reçu que trois blessures, dont l'une très grave, portée dans la région du cœur, a dû instantanément déterminer la mort. On se perd en conjectures sur le mobile du crime. Les époux Eyffren n'avaient pas de fortune, et si les meubles ont été fouillés, bouleversés, on a seulement constaté la soustraction d'une montre en or. Le linge et les effets mobiliers ont été respectés.

Le parquet de Lesparre et la gendarmerie se sont aussitôt transportés sur les lieux pour les constatations légales et commencer une enquête.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Francisque Perret, décédé à 67 ans. Vice-président de l'Association des médecins du Rhône, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Villefranche, M. Perret avait acquis dans cette ville une haute et estimable situation. Fils lui-même de médecin, il a pu avant sa mort voir se continuer dignement la

valeur professionnelle de sa famille par la réception de son fils à l'agrégation. (*Lyon médical.*)

PRIX MONTYON (*Décerné par l'Institut de France*). — PHÉNOL BOBŒUF. Antiseptique par excellence. Très-recommandé pour désinfecter les appartements dans les cas de maladies contagieuses (variole, etc.)

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

LANDOUZY (L.). — Des paralysies dans les maladies aiguës, vol. in-8 de 360 pages. Paris, 1880.

Librairie Vᵒ Adrien DELAHAYE et Cⁱᵉ, place de l'Ecole-de-Médecine.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Depaul ; Secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro de *mars* vient de paraître. Un an : 18 fr., départements: 20 fr.

FERDAS (R.). — Accouplement des sexes et mariage, accouchement et embryologie selon les théologiens, vol. in-8° de 108 pages. Prix, 2 fr. Paris, 1880.

Octave DOIN, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.

ORMIÈRES (L.). — Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie, vol. in-8° de 82 pages. Paris, 1880.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et Cᵉ, 108, boulevard Saint-Germain.

GARNIER (M.-P.). — Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, vol. in-8° de 432 pages. Paris, 1879.

BRISSAUD (E.) et JOSIAS (A.). — Des gommes scrofuleuses et de leur nature tuberculeuse, vol. in-4° de 32 pages. Paris, 1879.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes, accouchements), publiées sous la direction de MM. Pajot, Courty et T. Gallard. Rédacteur en chef : A. LE BLOND. Le numéro de *mars* est paru: Un an : Paris, 18 fr. Départements, 20 fr.

Librairie G. MASSON, éditeur, boulevard Saint-Germain.

KRISHABER (M.). — Le cancer du larynx, vol. in-8° de 96 pages. Paris, 1880.

Institut. Electro-Balnéo-thérapique, 4, rue Turgot.

GOIZET (L.-H.). — Sa médication, 30 observations cliniques à l'appui, brochure in-8° de 40 pages. Paris, 1880.

Imprimerie Vᵉ CHANOINE, 18, place de la Charité, à Lyon.

CALIGNON (E.). — De l'extirpation des polypes naso-pharyngiens sans opération préalable, brochure in-8° de 68 pages. Lyon, 1880.

Imprimerie Nanceinne, 1, rue de la Pépinière, à Nancy.

BRUNET (A.). — De la fièvre typhoïde chez les aliénés, vol. in-8° de 42 pages. Nancy, 1880.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Tenon. — Service de M. RENDU. — Visite à 8 h. 30, consultation le samedi, spéculum le mardi. — Salle Sainte-Marguerite (F) : 17, insuffisance tricuspidienne, asystolie ; 18, fièvre typhoïde chez un vieillard. — Salle 1ʳᵉ à gauche (H): 18, urémie ; 20, péritonite tuberculeuse. — Salle Gerando (H) : 5, néphrite interstitielle ; 16, insuffisance aortique ; 20, enterite tuberculeuse. — Salle Tenon : varioles.

Service de M. GÉRIN-ROZE. — Salle Lelong : 4 et 9, pleurésie; 11 et 17, péritonite tuberculeuse; 12, tremblement mercuriel; 19, rhumatisme articulaire avec insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Honorine : 9, phlegmon périnéphrétique ; 14 et 25, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Marie : 5, phlegmon du ligament large ; 25, syphilis.

Service de M. GRANCHER. — Visite à 9 h. 30, consultation le mercredi. — Salle Andral : 16, pérityphlite; 22, pneumonie alcoolique. — Salle Sainte-Thérèse : 5 et 10, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Geneviève : 4, contracture hystérique; 13, pleurésie tuberculeuse; 21, ataxie. — Salle 1ʳᵉ à droite : 13, carcinome du foie ; 6, petit mal.

Service de M. HALLOPEAU. — Visite à 9 h. 1/4, consultation le vendredi. — Salle Bichat : 3, néphrite parenchymateuse ; 12, diabète sucré. — Salle Couverchel : 6, rétrécissement mitral ; 13 et 14, fièvre typhoïde. — Salle 2ᵉ à droite : 2, cirrhose hypertrophique ; 17, rétrécissement mitral ; 27, lithiase biliaire.

Service de M. DIEULAFOY. — Visite à 9 h. 1/4, consultation le lundi. — Salle Magendie : 3, lithiase biliaire; 4, ataxie locomotrice fruste ; 16, 17, rhumatisme articulaire aigu, endocardite. — Salle Laënnec : 3, fièvre typhoïde ; 9, hystérie ; 11, néphrite scarlatineuse ; 12, chlorose. — Salle Saint-Vincent : 8, pleurésie purulente ; 16, pleurésie aiguë. — 1ʳᵉ extrême gauche : 32, rétrécissement mitral ; 18, pneumonie franche.

Service de M. STRAUSS. — Visite à 9 h. 1/4, consultation le jeudi,

spéculum le mardi. — Salle Colin : 1. coliques hépatiques ; 7, chloro-anémie ; 15, phlegmon du ligament large ; 22, fièvre typhoïde. — Salle Saint-Augustin : 5, cirrhose atrophique ; 9. tumeur cérébrale ; 11, ataxie locomotrice ; 13, néphrite parenchymateuse ; 14, fièvre typhoïde ; 21, pneumonie gauche. — Salle 2e extrême gauche : 1, fièvre typhoïde ; 9, empyème ; 13, 24, fièvre typhoïde. — Salle Tenon : variole.

Chirurgie. — Service de M. Delens. — Visite à 9 h. — Salle Saint-Ferdinand : 9, chondrite et périchondrite. — Salle Boyer : 1, conjonctivite purulente ; 10, fracture de la rotule. — Salle Saint-Ferdinand : 5, œdème de la glotte ; 9, carie costale ; 22, tuberculose testiculaire double ; 23, tuberculose du testicule ; 24, amputation de la jambe. — Salle Saint-Michel : 5, fistule urinaire ; 8, tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire ; 12, lymphangite gangréneuse de la jambe ; 17, rétrécissement de l'œsophage. — Salle Velpeau : 2, nécrose du tibia ; 4, kyste de la tête de l'épididyme.

Service de M. Th. Anger, suppléé par M. Blum. — Salle Dupuytren : 12, ostéite épiphysaire du 2e métacarpien. — Salle Saymour : 21, fracture de la 3e côte, pneumonie traumatique ; 19, hyperostose du fémur, trépanation.

CERF ET FILS, IMP. 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 16. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 17 AVRIL 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DU MIDI. — M. CH. MAURIAC.

Formes cliniques, pathogénie et traitement de la rétention d'urine dans le cours de la blennorrhagie ;

Leçon recueillie par F. GUIARD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Conformément à la méthode d'enseignement que j'ai toujours suivie, je laisserai momentanément de côté la partie purement didactique de mes conférences, et je profiterai de la présence dans nos salles d'un malade des plus intéressants pour vous faire à son sujet une leçon clinique sur la rétention d'urine dans le cours de la blennorrhagie. Avant d'aborder l'étude des causes et des formes de cette affection, je vous rappellerai sommairement l'observation de ce malade.

Le nommé Bo..., Jules, âgé de 19 ans, mégissier, est entré le 2 décembre, au n° 29 de la salle 8.

Il a contracté, il y a deux ans, sa première blennorrhagie. D'une intensité moyenne, cette affection, après s'être manifestée par un écoulement épais et assez abondant, par des douleurs modérées pendant l'émission des urines et quelques érections pénibles qui le réveillaient pendant la nuit, a été complétement guérie au bout d'un mois et n'a laissé après elle aucune modification dans le jet de l'urine.

Il y a six mois, seconde blennorrhagie à manifestations symptomatiques, encore moins accusée que la première et qui a guéri comme elle, sans donner lieu à aucune complication, sans laisser aucune trace, après 5 à 6 semaines de durée. Enfin, il y a 4 semaines, troisième blennorrhagie plus aiguë plus intense que les deux premières. Le malade était venu à notre consultation et suivait plus ou moins régulièrement le traitement antiphlogistique que nous lui avions prescrit, lorsque, 8 jours environ avant son entrée, et 15 après le début de la maladie, il se livra à des excès de boisson non suivis, paraît-il, de rapports sexuels.

Pendant la soirée même où eurent lieu ces excès, il se produisit seulement des envies plus fréquentes d'uriner, comme en provoque d'ordinaire l'ingestion de boissons alcooliques. La miction s'accomplissait du reste facilement et sans douleurs, grâce probablement à l'anesthésie légère que détermine l'ivresse. Mais le lendemain matin, lorsque le malade, à son réveil, voulut uriner, c'est à peine s'il pût émettre quelques gouttes de liquide, sous forme d'un mince filet. Il n'en conçut pas néanmoins une grande inquiétude, car il recommença le matin même à boire du vin blanc. Mais quelques heures plus tard la rétention était à peu près complète, les envies d'uriner se reproduisaient avec une fréquence de plus en plus grande et, malgré tous ses efforts, le malade ne réussissait à expulser que quelques gouttes d'urine, tout-à-fait insuffisantes pour exonérer la vessie. Cependant, il parvint à supporter cet état pendant huit jours encore, quoiqu'il éprouvât dans l'hypogastre des douleurs extrêmement vives. Enfin, aucune amélioration ne s'étant produite spontanément, il se décida à revenir à la consultation et fut admis à l'hôpital.

La vessie énormément distendue formait alors un globe volumineux qui remontait au-dessus de l'ombilic, occupait exactement la ligne médiane, et présentait une dureté considérable. Le malade n'ayant accusé depuis le commencement des accidents aucune sensation spéciale du côté du rectum, il n'était pas probable que la rétention fût causée par une prostatite. Néanmoins, je pratiquai le toucher rectal et je sentis avec le doigt la paroi antérieure du rectum refoulée en arrière par la distension de la vessie; mais il n'y avait aucune saillie au niveau de la prostate et la pression en ce point n'y déterminait pas une douleur particulière. Certain, dès lors, qu'il n'existait aucune lésion de la prostate, je pratiquai le cathétérisme en me servant d'abord d'une sonde de caoutchouc, qui fut arrêtée par le collet du bulbe. J'eus recours alors à une sonde en argent qui pénétra facilement dans la vessie et donna issue à deux litres et demi d'une urine parfaitement limpide.

Depuis, le malade a pris des bains prolongés, mais le cathétérisme a été de nouveau rendu nécessaire par la distension de la vessie, qui s'est reproduite. Cependant une amélioration notable est survenue dans son état puisqu'il peut expulser maintenant sans le secours de la sonde une assez grande partie de ses urines.

Peu à peu la vessie va reprendre, je l'espère, sa tonicité, et je ne doute pas que le malade ne sorte dans peu de jours complétement guéri de cet accident.

Dans cet exemple, la rétention complète de l'urine, l'extrême distension de la vessie qui avait acquis des proportions énormes, font comprendre facilement qu'une intervention active et prompte de la part du médecin était devenue absolument nécessaire.

Mais, cette forme de rétention complète n'est pas la seule que vous observerez dans le cours de la blennorrhagie. Il en est une autre, qui, pour se présenter sous des apparences un peu moins inquiétantes et pour évoluer d'une façon plus lente, plus insidieuse, n'en exige pas moins une intervention prompte et décisive.

Avant de vous exposer la conduite à tenir en pareille circonstance, il est important de vous faire connaître, en premier lieu, les formes cliniques de l'affection qui nous occupe, en second lieu, ses causes et leur enchaînement pathogénique.

I. *Description clinique.* — Quelle que soit sa variété, la rétention d'urine ne se produit pas en général, chose digne de remarque, dans les premières semaines de la blennorrhagie, au moment où l'écoulement uréthral franchement purulent est très copieux, jaunâtre ou verdâtre, et où il existe de vives douleurs pendant la miction et les érections. L'inflammation de la muqueuse uréthrale est alors, il est vrai, très intense, mais elle reste encore limitée à la portion spongieuse du canal et cette localisation, comme vous le verrez, est loin d'être une circonstance indifférente. Vous pouvez, dans cette période de la blennorrhagie, observer assez fréquemment de la *dysurie.* C'est un phénomène facile à comprendre et qui résulte de l'épaississement inflammatoire de la muqueuse et du rétrécissement passager de l'urèthre qui en est la conséquence, ainsi que de la douleur qui porte instinctivement à modérer le jet de l'urine pour diminuer l'irritation qu'il détermine. Mais cette dysurie est bien différente de la rétention avec ou sans regorgement. Tant qu'elle existe seule, il n'y a pas d'obstacle sérieux, invincible, à la miction ; son mécanisme n'est pas encore compromis dans ses organes essentiels ; aussi l'intervention médicale ou chirurgicale n'est-elle pas absolument indispensable.

C'est à une époque plus avancée de la blennorrhagie que survient la *rétention*, alors que l'inflammation a franchi le collet du bulbe et envahi la portion membraneuse, la portion prostatique de l'urèthre ou le col de la vessie. L'écoulement est devenu médiocrement abondant et sa nature est presque toujours séreuse ou séro-muqueuse plutôt que purulente.

Dans ces conditions, on voit souvent les accidents succéder à l'action d'une *cause occasionnelle* plus ou moins énergique. Parmi les principales, je signalerai les excès de boisson, les coïts répétés ou prolongés, les marches forcées. Je dois ajouter, toutefois, qu'il est possible de voir apparaître la rétention sans cause déterminante appréciable.

Quoi qu'il en soit, cette complication se présente sous deux formes différentes :

1° *Rétention d'urine instantanée et complète.* — Le

malade, plus ou moins longtemps après l'action des causes précédemment indiquées, quelquefois le lendemain, éprouve un besoin d'uriner qu'il essaye de satisfaire comme d'habitude. Mais il constate avec étonnement que le jet d'urine ne se produit pas. Il se livre à des efforts plus ou moins pénibles, et parvient à peine à expulser quelques gouttes de liquide. Il s'arrête ; mais peu à peu la réplétion de la vessie augmentant, les besoins deviennent de plus en plus pressants et le malade espérant être plus heureux recommence une nouvelle série d'efforts tout aussi infructueux. On le voit s'accroupir et prendre parfois les attitudes les plus bizarres pour permettre une contraction plus énergique des muscles abdominaux sur le globe vésical. Malheureusement, ces tentatives restent stériles ; les angoisses du patient s'accroissent d'instant en instant et peu à peu la vessie, mécaniquement forcée par l'accumulation incessante de l'urine, se laisse distendre au point de remonter jusqu'à l'ombilic. Elle constitue alors, sur la ligne médiane, une tumeur arrondie, de consistance dure et peu ou point fluctuante, tant est grande la tension du contenu. Mais il a fallu en général pour arriver à ce point un temps assez long, trois, quatre, cinq jours et même davantage. Ordinairement les douleurs, très intenses au début, diminuent plus tard et il arrive un moment où elles sont assez peu marquées pour que des médecins aient pu méconnaître la véritable nature de la tumenr hypogastrique.

2° *Rétention d'urine progressive et incomplète.* — D'autrefois, le passage de l'urine, au lieu d'être ainsi brusquement supprimé, commence par subir une diminution progressive. D'abord large et bien lancé, le jet s'amincit, s'éparpille, s'interrompt brusquement, pour recommencer un instant plus tard et la vessie se vide ainsi d'une façon irrégulière et souvent incomplète. A la miction suivante, les mêmes phénomènes se reproduisent mais avec une intensité croissante. Quelquefois l'écoulement de l'urine, brusquement interrompu, après des péripéties variables, ne recommence plus. Les besoins d'uriner se reproduisent à intervalles de plus en plus rapprochés, et cependant la vessie ne parvient pas davantage à expulser son contenu. Peu à peu la distension s'effectue comme dans le premier cas, toujours au prix des douleurs les plus vives (*coliques vésicales*). Enfin s'établit la rétention, soit absolue, soit avec un regorgement douloureux et de plus en plus insuffisant pour ramener le calme. Alors la nécessité d'intervenir activement devient tout à fait urgente.

Les *douleurs* de la rétention ont pour foyer principal l'hypogastre et le périnée, avec des irradiations ano-uréthrales qui vont jusqu'à l'extrémité du gland. Presque toujours en ce point existe un foyer sympathique si distinct des autres, d'une acuité si prédominante, que les malades rapportent souvent à ce niveau l'obstacle à l'excrétion.

II. *Pathogénie.* — Il s'agit maintenant d'interpréter les phénomènes que je viens de vous décrire. Le gonflement inflammatoire de la muqueuse ne doit plus être en cause ; c'est l'élément nerveux qui joue le rôle principal, c'est lui qui excite et met en jeu la *contraction spasmodique réflexe* des éléments musculaires de la portion profonde du canal. Cette contraction réflexe se comprend d'autant mieux que l'inflammation de la muqueuse est, à cette période de la blennorrhagie, précisément confinée dans les régions de l'urèthre les plus riches en fibres musculaires, fibres qui affectent, comme vous le savez, dans les portions membraneuses et prostatiques une disposition circulaire très favorable à l'occlusion complète du canal.

Dans la *rétention complète d'emblée*, cette contraction réflexe, quelquefois inconsciente pour le malade, déterminée le plus souvent par les causes ci-dessus mentionnées, acquiert tout à coup la plus grande intensité. Il se produit une sorte de *tétanie uréthrale* qui s'oppose absolument au passage de l'urine. Ce qui la distingue, c'est l'absence ou du moins le caractère fugace et léger des sensations qui pourraient révéler aux malades la nature de l'obstacle qui siége dans leur canal. La cause pathogénique, par son caractère latent, est ici tout à fait en disproportion avec les effets si graves et si intenses qui en sont la conséquence.

Ce fait, qui parait singulier au premier abord, n'est pourtant pas en contradiction avec ce que nous savons des lois qui régissent les réflexes physiologiques ou morbides. L'*aura* ne se révèle pas toujours par des phénomènes éveillant la perception psychique ou troublant les centres sensitifs. Il reste souvent confiné dans le domaine des opérations les plus profondes et les plus élémentaires de la vie organique. Il n'arrive pas au cerveau et reste ignoré de celui qui en subit les effets. Il en est de même de ces effets dont nous n'avons pas conscience la plupart du temps, surtout quand ils sont physiologiques et que notre attention ne les surveille pas. Mais que le réflexe devienne morbide, qu'il soit dévié de sa direction normale, modifié dans son intensité, perturbé d'une façon quelconque dans son fonctionnement, et aussitôt nous en avons conscience. Pourtant le phénomène initial, l'acte centripède de l'aura, nous a échappé. — Remarquez que, pour rester à l'état latent, les réflexes que fait naître cet aura n'en sont pas moins violents et désordonnés ou tenaces et énergiques. Il ne faut donc pas les juger d'après l'acte excitateur. Ne voyez-vous pas aussi, par contre, les troubles les plus sérieux, les plus variés de la sensibilité consciente, ne produire que des réflexes insignifiants? J'ai constaté fréquemment, pour en revenir à notre sujet, des rétentions brusques consécutives à un réflexe spasmodique sur les muscles de l'urèthre, dont l'aura ou la sensation initiale n'avait nullement été perçu par le patient.

Dans la *rétention incomplète*, la dysurie s'établit progressivement et le malade peut lui-même en suivre toutes les étapes, en analysant ses sensations. Il éprouve d'abord un chatouillement désagréable, une sorte de prurit, de formication sur le trajet de l'urèthre, dans la profondeur du périnée, en avant de la prostate. Il sent parfois des gouttes de liquide qui parcourent les parties profondes du canal et sont expulsées par un mouvement péristaltique de l'appareil musculaire.

Au bout d'un temps plus ou moins long, ces sensations réagissent par voie réflexe et déterminent un certain degré de constriction spasmodique. Le jet de l'urine subit les modifications dont je vous ai parlé, mais son passage accroît l'hyperesthésie de la muqueuse. Le spasme réflexe redouble et il peut survenir sous cette influence une interruption brusque de la miction. Le malade est forcé d'ajourner l'évacuation vésicale. Mais la même succession de phénomènes se produisant chaque fois qu'il essaie d'uriner, il en arrive bientôt, mais toujours par degrés et après des alternatives variées, à l'occlusion absolue, tétanique, comme dans la rétention complète d'emblée.

J'ai vu ce mode de rétention se produire surtout chez des individus irritables et atteints de ces *uréthrorrhées catarrhales* légères qui n'avaient qu'un caractère de spécificité très obscur, de ces blennorrhagies bâtardes, mais interminables, que l'on contracte, par exemple, avec les femmes qui vont avoir, qui ont, ou qui viennent d'avoir leurs règles.

Ces sortes d'inflammations, si bénignes en apparence, participent de la nature des affections catarrhales. Elles sont envahissantes et gagnent avec une extrême facilité les parties profondes de l'urèthre, qui sont, ne l'oubliez pas, le centre de prédilection des irradiations spasmodiques réflexes. Il semble que dans ces irritations superficielles des muqueuses, propres au catarrhe, l'élément nerveux, l'appareil papillaire soit pour le moins aussi atteint que l'élément glandulaire. Il l'est même beaucoup plus, dans certains cas où la prédominance des sensations morbides fixes ou irradiantes, sur la sécrétion morbide, est le phénomène caractéristique de l'affection. Sur la muqueuse uréthrale les actes pathologiques naissent, évoluent, s'enchaînent et réagissent les uns sur les autres, suivant les mêmes modes que sur les autres muqueuses de l'économie.

C'est en raison de la fréquence des accidents nerveux dont elles se compliquent, que je désigne ces blennorrhagies catarrhales profondes, quand elles se compliquent des réflexes, sous le nom de *blennorrhagies spasmodiques*.

Ces phénomènes ne sont pas du reste sans présenter de grandes analogies avec ce qu'on observe sur d'autres muqueuses et notamment sur celle du larynx, dans la laryngite striduleuse. L'obstacle au passage de l'air qui caractérise cette affection tient essentiellement à un mode hyperesthésique particulier de l'inflammation catarrhale, qui suscite une action convulsive des muscles constricteurs de la glotte. L'inflammation légère de la muqueuse a été le point de départ du réflexe qui a déterminé l'explosion de ces accidents à grand fracas avec lesquels elle présente, si on la considère en elle-même, un si frappant contraste.

Dans le catarrhe suffocant (qu'il ne faut pas confondre avec la bronchite capillaire ou la broncho-pneumonie), vous voyez aussi que le processus inflammatoire est généralement modéré, et cependant il suffit pour provoquer par action réflexe la contraction spasmodique des muscles de Reissessen et la dyspnée si caractéristique de cette affection.

Il y a aussi des catarrhes du col de l'utérus qui suscitent des irradiations douloureuses dans les lombes, vers l'hypogastre, le long des cuisses et font naître différents phénomènes spasmodiques, d'où dérivent d'interminables séries d'accidents dysménorrhéiques.

Mais je ne veux pas prolonger indéfiniment des comparaisons que vous pourriez trouver dans la plupart des organes de l'économie, dans les conduits biliaires, dans les uretères par exemple. Je vous en ai dit assez pour vous convaincre que la pathogénie de la rétention d'urine dans le cours de la blennorrhagie ne constitue qu'une application isolée d'une loi générale de physiologie pathologique. Par conséquent, l'explication que je vous en ai donnée n'offre rien qui puisse vous surprendre.

Les uréthrorrhées catarrhales profondes, quelque bénigne que soit leur allure, quelque innocente que paraisse leur origine, se compliquent d'ailleurs tout aussi fréquemment que les blennorrhagies franchement purulentes d'accidents de voisinage tels que l'inflammation sécrétoire et non phlegmonneuse de la prostate, la cystite du col, l'orchi-épididymite et enfin, aussi souvent que les autres, elles suscitent le rhumatisme blennorrhagique. Ne vous fiez donc pas outre mesure à leur physionomie peu inquiétante pendant une période plus ou moins longue de leur évolution, et gardez-vous de trop rassurer vos malades sur les conséquences de ces sortes d'affections. Par leur durée souvent indéfinie, elles placent ceux qui les portent sous l'imminence continuelle des plus sérieuses complications.

Au nombre de ces dernières, il en est une qui mérite une mention toute spéciale, au point de vue qui nous intéresse aujourd'hui, parce qu'elle est par elle-même une cause puissante de rétention d'urine. C'est la *prostatite*. La tuméfaction congestive considérable que présente souvent la glande irritée, soit dans son ensemble, soit seulement dans l'un de ses lobes, apporte à l'excrétion de l'urine un obstacle matériel proportionné au volume de l'organe malade. Mais, en outre, il n'est pas rare qu'il se développe des actions réflexes qui impriment un caractère spasmodique à la dysurie mécanique déjà existante.

Ainsi, Messieurs, obstacle dynamique par contraction réflexe des fibres musculaires des régions profondes du canal, le plus souvent; obstacle matériel par gonflement inflammatoire de la prostate, quelquefois : tels sont les principaux facteurs pathologiques qui peuvent déterminer la rétention d'urine dans la blennorrhagie.

III. *Traitement*. — Nous voici maintenant en mesure d'étudier d'une façon rationnelle les principales indications du traitement.

a) Parmi ces indications, il en est qui sont plus urgentes les unes que les autres. Ainsi, lorsque vous êtes appelé auprès d'un malade dont la vessie est énormément distendue, comme dans le cas que je vous ai montré, lorsque la rétention est absolue et qu'elle dure depuis douze ou même vingt-quatre heures, vous n'avez qu'une chose à faire : prendre une sonde et pratiquer le *cathétérisme évacuateur*. Mais, préalablement, vous pouvez vous donner le temps de savoir comment les choses en sont venues à ce point ; vous pouvez et vous devez aussi introduire le doigt dans le rectum afin d'explorer la prostate. Si elle n'est pas volumineuse, le cathétérisme ne présentera, en général, aucune difficulté. Je vous engage à vous servir d'une sonde en gomme n° 10 ou 12, à bec un peu coudé. Peut-être aurez-vous quelque peine à franchir le collet du bulbe ou à vaincre la résistance produite par la contracture de la portion musculeuse du canal. Que vos tentatives soient toujours très douces ; n'agissez jamais brusquement, et, si vous ne pouvez pénétrer avec une sonde molle, recourez à la sonde en argent. Mais, avant de vous en servir, ayez soin de la chauffer ; sans cette précaution le froid du métal pourrait augmenter le spasme réflexe et ajouter aux difficultés du cathétérisme. C'est la conduite que j'ai tenue pour mon malade. J'ai ainsi pénétré facilement dans la vessie, et j'en ai retiré deux litres et demi d'urine.

b) Dans les rétentions qui s'établissent progressivement et qui sont incomplètes, vous n'aurez pas besoin de recourir d'emblée au cathétérisme. L'indication d'agir n'est pas absolument urgente. La lenteur ou la rémittence du processus vous permet de recourir à une *médication tout à la fois calmante et antiphlogistique*. En dégorgeant ainsi la prostate, le col et les parties profondes du canal, en assoupissant l'irritation de la muqueuse uréthrale, vous serez peut-être assez heureux pour obtenir une détente nerveuse qui mettra fin à l'enchaînement morbide des réflexes et rétablira l'harmonie dans leur fonctionnement. La vessie se débarrassera de son contenu sans le secours du cathétérisme.

Faites dès le début appliquer 15 ou 20 sangsues au périnée. Que le malade soit plongé dans un bain tiède et qu'il y séjourne une heure ou deux. Vous pourrez souvent, en agissant ainsi, obtenir la détente nerveuse et faire cesser le réflexe qui s'opposait au cours de l'urine. Si le malade n'a pas uriné dans le bain, faites-lui donner un quart de lavement d'amidon fortement laudanisé. Qu'on lui applique enfin des cataplasmes chauds et très humides sur toute l'étendue du périnée.

Mais si ces moyens ont échoué, si le spasme ne cède pas, si la rétention s'accentue, alors n'hésitez plus et recourez au cathétérisme.

Une seule évacuation par la sonde suffit, dans les cas les plus heureux, pour guérir définitivement la maladie. Mais d'habitude on est obligé d'en pratiquer de nouvelles pendant trois ou quatre jours. Il ne faut pas laisser l'urine distendre de nouveau la vessie et émousser de plus en plus sa contractilité.

Tant que le malade ne pourra pas uriner à peu près comme dans l'état normal et qu'il videra imparfaitement sa vessie, vous devez lui venir en aide par le cathétérisme. Ne négligez pas les bains, les applications calmantes. Enfin, surveillez toujours avec la plus grande sollicitude cette complication qui est une des plus douloureuses et des plus immédiatement graves de la blennorrhagie.

Médecins militaires. — En présence des tendances de plusieurs médecins et pharmaciens militaires, qui cherchent à se soustraire par démission à l'engagement d'honneur qu'ils ont souscrit de servir pendant dix ans dans l'armée active à partir du grade d'aide-major, le ministre de la guerre a décidé, le 9 de ce mois, que tout médecin ou pharmacien militaire ayant donné sa démission malgré cet engagement ne pourra occuper aucun grade, soit dans la réserve de l'armée active, soit dans l'armée territoriale.

Cette mesure est également applicable aux élèves démissionnaires de l'école du Val-de-Grâce et à ceux qui seront convaincus de s'être fait licencier pour se soustraire au même engagement. Les uns et les autres seront appelés comme simples soldats aux exercices de la réserve de l'armée active et à ceux de l'armée territoriale.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE.— **M. RANVIER.**

Vingt-neuvième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

Messieurs,

Ces analogies suffisent à montrer le grand intérêt qu'il y aurait à savoir si la tunique musculaire de l'uretère possède les mêmes propriétés générales que le cœur. Il serait, par exemple, très-intéressant de connaître si, comme nous l'avons démontré pour le muscle cardiaque, une excitation soutenue amènerait dans l'uretère des battements rhythmiques. Nous avons essayé de constater ce fait ; mais l'expérience est extrêmement difficile à disposer sur le lapin pour bien constater le rhythme et nous avons dû y renoncer.

Nous avons ensuite essayé de reproduire les faits sur le rat. Voici comment nous avons disposé l'expérience. Le rat est, commme vous le voyez, fixé sur une planchette au moyen d'un mors approprié et de liens qui retiennent ses membres. Un thermomètre, attaché à côté de l'animal sur la planchette, permet de noter la température du milieu où il se trouve. Nous avons placé cette planchette sur une brique et la brique elle-même sur une plaque métallique. Le tout est recouvert d'une grande cloche plate, d'un cristallisoir qui repose sur la plaque métallique. L'animal est de la sorte contenu dans une chambre fermée, et où il peut être observé facilement à travers la paroi transparente. Pour élever la température de cette chambre, nous avons placé la plaque métallique, qui en fait le plancher, sur une grande capsule remplie d'eau que nous pouvons chauffer avec un bec de gaz placé au-dessous et dont nous graduons la flamme à volonté.

Le rat ayant été attaché sur la planchette et disposé dans l'appareil, la température de ce dernier est graduellement élevée jusqu'à 36°. A ce moment, nous enlevons rapidement la cloche ; une incision faite dans toute la longueur de la ligne blanche met à nu les intestins qui sont recouverts d'un linge humide chauffé ; l'uretère étant mis à nu, la cloche est replacée par dessus l'animal. Il serait difficile d'observer exactement à l'œil nu les mouvements d'un organe aussi petit. Aussi avons-nous disposé les choses et élevé la planchette sous la cloche, de façon que l'uretère puisse arriver au foyer d'une loupe que nous plaçons sur la cloche. De cette façon, l'uretère, grossi 2 à 3 fois, se voit parfaitement bien, et il présente des mouvements péristaltiques comme celui du lapin.

Nous pourrons parfaitement, je pense, opérer dans ces conditions. Plaçons d'abord une ligature à la partie médiane de l'uretère, de manière à le diviser en deux parties égales, et observons : Au début, les deux segments continuent à battre ; puis le supérieur s'arrête et les mouvements ne persistent que dans le bout inférieur. En examinant de plus près, nous voyons que le segment supérieur est gonflé par l'urine accumulée dans son intérieur ; c'est ce gonflement qui arrête ces mouvements ; si, en effet, nous faisons une petite incision latérale au-dessus de la ligature, l'urine s'écoule et les battements rhythmés reprennent leur cours.

La direction des ondes dans les deux segments est intéressante à remarquer ; dans le segment supérieur, elle est normale, c'est-à-dire que les ondes se dirigent de haut en bas ; dans le segment vésical, au contraire, les ondes sont antipéristaltiques; elles partent de la vessie pour aller jusqu'au point serré par la ligature. Or, comme l'incitation motrice du rein qui détermine les mouvements du segment supérieur est arrêtée par le fil constricteur, il faut donc qu'il y ait pour le bout inférieur un second centre d'excitation, et la direction antipéristaltique des ondes nous indique que ce centre est placé dans la vessie.

Nous pouvons, en conséquence, déduire de ces faits que, chez le rat, il existe au moins deux centres d'incitation motrice pour l'uretère. Pour nous en assurer, nous avons fait une seconde expérience. Nous avons placé sur l'uretère deux ligatures, de manière à le diviser en trois segments, un rénal, un vésical et un médian. Dans ces conditions, nous avons constaté que, tandis que le segment vésical et le rénal continuent à battre, le segment médian reste immobile. Ce n'est pas tout : l'expérience ainsi pratiquée met à notre disposition un segment d'uretère immobile, ne présentant plus de contractions spontanées et sur lequel nous pourrons reconnaître si une excitation constante amène des contractions rhythmées ; et voici comment nous avons monté l'appareil à cet effet : Voici deux fils de cuivre recouverts de gutta-percha et courbés en crochets délicats que nous pourrons faire passer sous l'uretère, de manière à n'exciter que cet organe seul et sur un point donné. Nos fils étant mis en communication avec les électrodes d'une machine d'induction, et la cloche de verre qui recouvre le tout permettant une observation attentive au moyen de la loupe, nous électrisons le segment médian par les interruptions d'un courant d'induction de force moyenne, au nombre de 20 ou 30 par seconde. Nous voyons se produire dans le segment, immobile auparavant, des contractions rhythmées variées, il est vrai, mais bien marquées.

Voici donc un segment d'uretère qui ne contient pas de cellules nerveuses (puisqu'il ne bat pas spontanément) et qui se trouve par conséquent dans les mêmes conditions que la pointe du cœur réséquée; ce segment se comporte absolument de la même façon, en présence des interruptions rapprochées et soutenues d'une machine à induction. Les contractions une fois produites, nous avons alors arrêté l'excitation. Mais, à notre grand étonnement, les battements rhythmiques, au lieu de se suspendre, ont encore continué à se produire et se sont manifestés quatre ou cinq fois. Poursuivant l'observation, nous avons bientôt vu le segment rester ensuite immobile pendant une heure environ ; puis nous avons recommencé plusieurs fois l'excitation; les contractions rhythmées ont reparu chaque fois et se sont soutenues quelque temps après que l'excitation avait cessé.

Il serait néanmoins nécessaire de continuer les expériences pour en tirer des résultats plus nets. Nous nous sommes cependant arrêtés là. La mise en expérience de l'uretère (1) nous offrait trop de difficultés et nous pouvions espérer trouver, dans d'autres organes, ce que nous cherchions sur les fibres musculaires lisses en général.

Passons donc à d'autres organes et voyons si dans le tube digestif, dans l'estomac, dans l'intestin, nous ne pourrons pas trouver des objets d'étude qui nous permettent de résoudre la question des mouvements des fibres musculaires lisses. Je dois dire de suite, Messieurs, que nous avons obtenu des résultats très-satisfaisants.

Mais exposons d'abord l'état de la question. Le dernier mémoire qui ait paru sur ce sujet est de 1878 ; il a été publié par van Braam Houckgeest qui l'avait commencé avec Sanders, et l'a terminé seul par suite du départ de son collaborateur.

Sanders avait imaginé, pour l'observation des mouvements intestinaux, une méthode intéressante; elle consiste à observer ces mouvements à l'abri du contact de l'air. A cet effet, l'on dispose dans une caisse rectangulaire 20 à 30 litres d'une solution d'eau salée à 6 p. 1000. Ce bain est porté à la température de 38° centigrades. Avant d'y placer le lapin, on pratique la trachéotomie et l'on place dans la trachée une canule qui communique avec un tube en caoutchouc dont l'autre extrémité est fixée sur un des bords de la caisse. Cela fait, l'animal, attaché sur le dos à une planchette métallique, est immergé dans l'eau salée; l'on fait une incision sur la ligne blanche en ayant

(1) Voir les nos 5, 8, 18, 22, 24, 33 35 et 39 de 1879 ; no 6, 7 et 15 de 1880.

(1) Une difficulté que je dois encore signaler en passant, à propos de l'uretère, c'est que cet organe est tellement mince qu'il n'est pas possible de prendre un tracé graphique de ses contractions. Engelmann y a renoncé et nous aussi.

soin d'éviter les vaisseaux. Les intestins se dégagent et flottent dans le liquide qui ne les altère pas notablement.

Voici ce que M. Van Braam Houckgeest a observé dans ces conditions. L'estomac demeure immobile, l'iléon et le gros intestin sont également en repos, le duodénum et le jéjunum seuls sont animés de quelques légers mouvements.

Ces phénomènes sont, vous le voyez, tout à fait différents de ceux que présentent les intestins exposés à l'air libre. Vous avez tous été témoins des mouvements considérables qu'ils présentent à l'ordinaire quand on ouvre la cavité abdominale d'un lapin. Houckgeest et Sanders attribuent ces mouvements à l'excitation de l'air et pensent que leur solution salée agit comme un milieu indifférent.

Ces auteurs ont observé, en outre, qu'en irritant avec une pince un point de l'intestin, il s'y produit une contraction; mais cette contraction reste localisée et ne donne pas naissance à des ondes péristaltiques et antipéristaltiques qui se propageraient le long de l'intestin.

Un peu avant ces auteurs, en 1871, Engelmann, poursuivant l'idée qui avait donné naissance à son travail sur l'uretère, avait publié un mémoire sur la contraction des intestins et des autres organes contenant des fibres musculaires lisses. Voici comment il opérait : Les animaux étant chloroformés, les intestins étaient mis à nu. Au moment où survenait la mort de l'animal, une grande contraction péristaltique parcourait tout le tube intestinal, prenant son point de départ un peu au-dessous du pylore. — Quand l'on pinçait ensuite l'intestin en un point, il s'y produisait une contraction et en même temps l'on voyait partir du point excité une onde péristaltique et une onde antipéristaltique.

Houckgeest reconnaît l'exactitude des faits observés par Engelmann. Seulement, il prétend que les choses ne se passent ainsi qu'après la mort de l'animal, et que sur le vivant les phénomènes sont tout autres ; je dois noter ici que, pour étudier avec plus de soin les contractions intestinales, Engelmann appliquait à l'intestin un instrument analogue au cardiographe de Marey; il l'introduisait dans un fragment d'intestin et enregistrait ainsi les mouvements complexes qui s'y produisent. C'est d'un appareil très-semblable que se sont servis Legros et Onimus dans leurs recherches déjà anciennes sur le même sujet.

Je ne suivrai pas ces différents auteurs dans les détails de leurs observations. Nous ne nous occupons pas ici, en effet, des fonctions de l'intestin pris en particulier, mais uniquement des fonctions des fibres musculaires lisses, et une grande poche de caoutchouc introduite dans un segment d'intestin et en enregistrant les divers mouvements si complexes, ne nous apprendrait rien sur le mode de contraction de la fibre musculaire lisse considérée en elle-même. Je ne dirai rien non plus de la partie des travaux de ces auteurs qui a trait à l'influence du système nerveux sur la contraction. Pflüger a démontré, comme on sait, que le nerf splanchnique est un nerf d'arrêt pour les intestins, tandis que le pneumogastrique n'exerce pas d'influence sur leurs mouvements. Les discussions tournent autour de ce point; elles m'entraîneraient hors de mon sujet, je les laisse de côté et reviens à l'objet de nos études, aux mouvements rhythmés des muscles lisses tubuliformes.

Nous avons répété sur la grenouille les expériences faites par Houckgeest sur le lapin. A cet effet, nous avons fixé l'animal avec des épingles sur un disque de liége disposé au fond d'un cristallisoir rempli d'eau salée à 5 pour 1000 ; nous ouvrons ensuite la cavité abdominale sur la ligne blanche, après avoir pris soin de lier en haut et en bas la veine abdominale médiane pour éviter la perte de sang. Les intestins se dégagent et flottent dans le liquide. Immédiatement après l'opération, quelques mouvements se manifestent dans le chef supérieur de l'intestin grêle; l'estomac reste immobile, ainsi que la portion moyenne de l'intestin grêle et le rectum.

Si maintenant nous élevons la température du milieu, ce que nous faisons en remplaçant l'eau à 19° C. dans laquelle se trouvait la grenouille, par de l'eau à 32° C., les mouvements deviennent plus évidents, puis, après un certain temps ils cessent et les intestins se relâchent.

Mais, si nous irritons un point de l'estomac en pinçant avec une pince très-fine une petite portion de sa paroi, nous y faisons naître une contraction. La forme de cette dernière est intéressante à observer : l'estomac a été pincé longitudinalement ; au bout d'un certain temps, nous voyons se former en ce point un petit sillon ; ce sillon s'étend transversalement et finit par embrasser comme un anneau toute une zone de l'estomac ; celui-ci se trouve rétréci en ce point comme si on l'avait serré avec un lien. Son diamètre est diminué de plus de moitié.

Il y a aussi une petite extension de l'excitation en longueur, mais elle est à peine appréciable.

Le résultat de cette expérience se comprend facilement. L'estomac de la grenouille ne présente dans sa tunique musculaire que des fibres circulaires. Il y a bien en outre à la partie profonde de la muqueuse deux couches musculaires, l'une transversale, l'autre longitudinale (disposition analogue à celle qu'on observe dans le reste du tube digestif); mais ces couches minimes ont une importance relativement peu considérable, et que nous pouvons négliger dans l'espèce.

Dans l'intestin, qui renferme les deux ordres de fibres, longitudinales et transversales, le phénomène se produit absolument de la même façon. Sous l'influence de l'irritation, il y a constriction ou contraction annulaire très-énergique, le diamètre de l'intestin est très-notablement réduit au niveau du point excité, aucune propagation de l'irritation ne se manifeste, au contraire, dans le sens de la longueur.

Faut-il conclure de ces observations, comme l'a fait Houckgeest, qu'il n'existe pas de contraction péristaltique et antipéristaltique? Point du tout. Il est, en effet, des mouvements qui échappent complétement à notre observation à cause de leur extrême lenteur et qui se produisent néanmoins dans les parties excitées. Supposons une montre qui n'aurait qu'une aiguille marquant les heures et qui serait examinée par un observateur peu patient, cet observateur serait amené à conclure au bout de peu d'instants que l'aiguille ne se meut pas sur le cadran. Il en est ainsi pour certains mouvements de l'intestin; nous sommes obligés, pour les constater, de recourir à des moyens détournés, à des artifices.

Dans ce but, nous avons construit l'appareil suivant. Nous fixons un estomac de grenouille sur l'extrémité d'un tube de verre creusé d'une gorge pour qu'aucun déplacement ne se puisse opérer, l'autre extrémité du tube est fermée par un bouchon de caoutchouc percé d'un trou. Introduisons par ce trou la canule d'une seringue chargée d'eau salée et remplissons ainsi de liquide le tube et l'estomac. Les matières contenues dans la poche stomacale ayant été chassées par le courant d'eau, une ligature est appliquée sur le pylore, et dans le bouchon en caoutchouc l'on introduit un tube de verre effilé en pointe capillaire. L'eau en excès monte dans la partie effilée du tube. L'appareil étant ainsi disposé, nous plongeons tout le système dans l'eau salée.

Nous observons alors un phénomène très curieux. Pendant des heures entières, la colonne d'eau engagée dans le tube capillaire monte et descend alternativement, très-lentement il est vrai, mais d'une façon absolument rhythmée.

En un mot, cet estomac qui, à l'œil nu, paraissait complétement immobile présente une série de mouvements ; il possède, presque comme le cœur, une *systole*, une *diastole* et une *pause*.

Il n'est pas difficile d'enregistrer ces mouvements. Il suffit de faire communiquer le tube de verre par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc avec un des tambours enregistreurs de M. Marey pour voir le style écrivant marquer sur le cylindre les contractions de l'estomac.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Note sur les empoisonnements de Saint-Denis.

Le mercredi, 7 mars, visitant une famille de Saint-Denis, composée de six membres, je constate chez chacun d'eux des symptômes gastro-intestinaux : vomissements répétés, diarrhée, rougeur légère du pharynx. Interrogés sur leur alimentation ils répondent qu'ils ont mangé beaucoup de pain. C'est ainsi que nous fûmes amené à nous informer du nom de leur boulanger.

Peu après, dans un autre quartier de la ville, je visite une autre famille : mêmes symptômes, même boulanger. Je me rends immédiatement chez ce dernier : sa femme me raconte qu'elle a passé sa journée à vomir, que son mari, absent pour l'instant, et que ses employés ont eu aussi de fréquents vomissements. Désormais il n'y a plus de doute, je préviens la boulangère — à son grand étonnement — que son pain doit être la cause des accidents, qu'il y a lieu d'en surveiller la fabrication, et, en tous cas, de ne plus vendre de pain provenant des précédentes fournées.

Le lendemain, le bruit courait dans Saint-Denis que 200 personnes étaient plus ou moins malades pour avoir mangé du pain de la boulangerie Duboq : d'après les évaluations les plus rigoureuses, ce chiffre n'était point exagéré. Le pain de deux fournées, cuites le mardi matin, a seul causé des accidents ; chaque fournée représentant 60 kilogrammes de pain, il faut, en déduisant le pain non consommé, évaluer à 100 kilogrammes *au moins* la quantité de pain ayant servi à l'alimentation. Voici les effets toxiques qu'il a amenés :

a) Tube digestif. Vomissements répétés; évacuations alvines; langue couverte d'un enduit saburral et humide, exceptionnellement sèche; salivation abondante, parfois fétide; légère rougeur de la gorge (mon excellent ami le Dr Le Roy des Barres a constaté des pustules de la bouche, je n'ai pas eu occasion d'en observer) ; anorexie ; soif vive ; douleurs abdominales spontanées et à la pression ; ventre généralement dur, parfois rétracté.

b) Peau et muqueuses. Conjonctivite souvent intense ; rougeur et gonflement des paupières (*œdème arsenical*) ; larmoiement. — Erythème intense de la face et des mains. Eruption abondante de vésico-pustules à la bouche, aux lèvres, au menton et aux joues.

c) Système nerveux. Céphalalgie, spasme pharyngé, dépression générale, abattement; exceptionnellement et surtout chez des enfants, agitation la nuit.

d) Circulation. Pouls petit et dépressible chez quelques personnes exténuées par les vomissements. Dans la plus grande majorité des cas, normal. Fréquent chez quelques enfants, variant de 108 à 120 pulsations. Un grand nombre de malades accusaient des battements dans les tempes.

Des enfants du premier âge ont été intoxiqués, mais, chose curieuse, moins sérieusement que les adultes. Cela tient à ce que leur estomac, plus délicat, se révolte plus vite et plus facilement. M. Le Roy des Barres a observé un enfant de cinq mois, auquel on avait fait prendre une soupe au lait ! Il rejeta l'aliment toxique immédiatement après l'avoir avalé, et ne fut pas autrement incommodé. Nous avons constaté le même fait chez deux enfants de 12 à 14 mois.

Au contraire, ces phénomènes d'intoxication nous semblent avoir été très accusés chez les enfants de cinq à huit ans ; ils ont été généralement obligés de garder le lit, tant était grand leur état de débilitation ; ils accusaient de la fièvre, de l'accélération du pouls et des éruptions vésiculo-pustuleuses de la face. Beaucoup d'ouvriers ont été incapables, à la suite de vomissements répétés, de reprendre leur travail. Ce sont eux, en effet, qui ont absorbé la plus forte quantité du toxique ; on sait combien l'ouvrier parisien est fort mangeur de pain.

Actuellement, aucun cas n'a été suivi de mort, à ma connaissance. Tous les malades que j'ai eu l'occasion d'observer sont en voie de guérison, ou même complétement remis. La médication a été fort simple : vomitifs, purgatifs, eau albumineuse, lait, etc.

Une dernière question — et peut-être la plus intéressante — reste à résoudre : quelle est la substance qui, introduite dans le pain, a amené l'intoxication ? Les divers symptômes, que nous avons brièvement résumés, rappelaient beaucoup ceux de l'*empoisonnement par l'arsenic*. Et, de fait, un pharmacien de la ville, M. Abel Naline, ainsi qu'un chimiste industriel, ont trouvé ce corps avec des traces d'antimoine dans le pain, qu'une main criminelle aurait empoisonné. La chimie officielle n'a pas encore parlé, il est vrai, mais de l'aveu même de M. le professeur Brouardel, qui est venu à Saint-Denis étudier ces faits intéressants, M. Lhôte, chargé de l'examen des farines et du pain, ne dira probablement pas son dernier mot avant trois mois !

Dr DUPUY-WALBAUM,
Médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

L'allaitement artificiel et l'Académie de médecine.

A la dernière séance de l'Académie, M. Devilliers a jugé à propos de s'élever de nouveau contre l'établissement, à l'hospice des Enfants-Assistés, d'une nourricerie destinée à l'expérimentation de l'allaitement artificiel. Les attaques de M. Devilliers contre le projet voté par le Conseil municipal sur le rapport remarquable de notre ami Thulié lui ont valu une verte réplique de M. J. Guérin. L'Académie n'aime pas qu'on lui dise ses vérités ; aussi l'appréciation de M. J. Guérin a-t-elle été fort mal reçue. Afin de mettre nos lecteurs à même de juger pertinemment la question et à M. Devilliers de comprendre, s'il y a lieu, le but que s'est proposé le Conseil municipal, nous publierons dans le prochain numéro le rapport de M. Thulié.

Du service des bains externes dans les hôpitaux de Paris.

Dans une série d'articles sur les installations balnéaires et hydrothérapiques des hôpitaux et hospices de Paris (1), nous avons signalé les réformes urgentes qui étaient nécessaires. Nous avons démontré aussi que le jour où ces services seraient réorganisés, il serait possible de s'en servir comme moyen de traitement pour les malades du dehors. De plus, nous avons fait voir que, dès maintenant, il était très facile, avec un peu de bonne volonté, d'admettre dans beaucoup d'hôpitaux les malades externes à prendre des bains. Nous avons mentionné en particulier l'hôpital de la Pitié, l'hôpital Lariboisière, l'hôpital Tenon.

Or, divers peintres et enduiseurs demandent au Conseil

(1) *Progrès médical*, 1877, p. 449, 478, 498, 549, 759; 1879, p. 162, etc.

municipal la création d'un service spécial de bains sulfureux gratuits en dehors des heures ordinaire de travail. Ce sera là une nouvelle occasion pour le Conseil municipal d'insister auprès de l'Administration de l'Assistance publique : 1° Pour qu'elle réclame instamment les moyens d'organiser un bon service balnéaire et hydrothérapique dans tous les hôpitaux ; 2° Pour que, de suite, elle mette à certaines heures les services actuels à la disposition des malades du dehors.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance d'août.

M. Vulpian fait une communication sur les effets sécrétoires et circulatoires produits par la faradisation des nerfs qui traversent la *caisse du tympan*. Répétant les expériences d'Heidenhain, il a vu que l'excitation du nerf pétreux superficiel, ou tout au moins de la partie qui lui vient du rameau de Jacobson, amenait une salivation abondante par la glande parotide. — Passant ensuite aux effets vasculaires et cherchant à vérifier les expériences de MM. Jolyet et Laffont, il a vu que l'excitation du rameau de Jacobson, au niveau de la base du crâne, amenait une congestion intense du plancher de la bouche, des lèvres et de la langue du côté excité Cette congestion est de courte durée, mais il est toujours possible de la faire reparaître par une nouvelle faradisation.

M. Ranvier pose en principe que toute *cellule* vit d'une existence propre et possède en elle-même toutes les propriétés inhérentes au corps tout entier. C'est ainsi que les cellules lymphatiques peuvent digérer toutes les substances que leurs propriétés amiboïdes ont fait pénétrer dans leur intérieur. Ceci peut expliquer comment certaines cellules, celles de la cornée par exemple, montrent, après la mort, des noyaux que l'on ne pouvait apercevoir durant la vie. Il résulte d'expériences de M. Ranvier que cela tient à la digestion du protoplasma même de la cellule amenant une différence de réfringence qui n'existait pas pendant la vie.

M. Mendelssohn a fait quelques recherches sur le *temps perdu du muscle*. Il a vu qu'il variait avec la saison, avec l'amplitude de la courbe musculaire, avec la fatigue de l'animal, l'intensité du courant, la charge du muscle. Le curare, la strychnine, la vératrine ont aussi sur lui une grande influence. Enfin, l'expérimentateur a appliqué ses recherches à l'homme sain et malade et il a trouvé une diminution du temps perdu dans l'hémiplégie avec contractures, dans le tabes dorsalis et dans la contracture hystérique.

MM. Couty et de Lacerda ont examiné l'action sur l'économie du *venin du Bothrops Jararacussa*. se rapprochant de celui des Crotales, au moins par la rapidité de son action. Les accidents primitifs ont été variables, mais toujours la mort a été précédée d'une paralysie complète du myélencéphale avec résolution des membres et perte de tous les réflexes.

M. Arloing a fait des expériences qui démontrent que le *refroidissement des animaux anesthésiés* tient à la diminution des combustions organiques. Il pense qu'il faut encore tenir compte de l'état du réseau capillaire cutané et de la vaporisation de l'anesthésique par le poumon.

MM. Vulpian et Journiac ont faradisé la *caisse du tympan* chez un lapin. Ils ont vu qu'il y avait écoulement de liquide salivaire et, de plus, un épanchement abondant de larmes accompagné d'un liquide lactescent venant de la glande de Harder.

M. Esbach pense que dans le *dosage de l'urée* l'addition de glucose est nuisible et augmente beaucoup trop le dégagement de l'azote.

M. Galtier soumet à l'Académie les conclusions suivantes : La *rage* du chien est transmissible au lapin; la rage du lapin est transmissible au même animal. Celui-ci survit deux ou trois jours à la maladie. L'incubation dure de dix-huit à quarante jours. — La salive d'un chien enragé mélangée à l'eau est encore virulente le lendemain.

M. d'Arsonval présente son *calorimètre* pour l'étude de la chaleur animale. Ce calorimètre a ceci de particulier qu'il est dans une enceinte à température constante et qu'il règle automatiquement sa propre température qui reste toujours invariable.

P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 avril 1880. — Présidence de M. de Sinéty

M. Poncet présente une pièce d'anatomie pathologique doublement intéressante au point de vue chirurgical et des localisations cérébrales. Elle provient d'un jeune soldat incorporé depuis trois mois et mort des suites d'une fièvre typhoïde. A l'autopsie, on rencontre une fracture du frontal gauche, consolidée, avec une énorme *perte de substance du lobe antérieur du cerveau.*

Le frontal gauche présente immédiatement au-dessus de l'arcade sourcilière, une dépression de six centimètres de diamètre. La face externe recouverte par le cuir chevelu, non dépourvu de ses cheveux, laissait à peine soupçonner la lésion, car cet homme, malgré sa réclamation, n'avait pas été exempté du service militaire. Il n'y avait pas perte de substance, ni douleur à la cicatrice. La table interne du frontal porte, au contraire, une large esquille de 0 m. 035 de largeur sur 0 m. 04 de long et proéminente de 0 m. 02 en profondeur, elle est reliée à sa périphérie par des stalactites osseuses, irrégulières, qui forment pont avec la portion de la table interne restée adhérente. En regard de cette lésion osseuse, la dure-mère présente une large perte de substance de 0 m. 04 de diamètre et dans la faux du cerveau existent deux ou trois petites ossifications. Du côté des circonvolutions cérébrales, on constate à 0 m. 025 au-dessus du plan horizontal de ce lobe frontal gauche, une perte de substance qui coupe en deux la première circonvolution frontale; il y a à ce niveau une excavation de 0 m. 02 de diamètre et de 0 m. 022 de profondeur, elle a détruit cette première circonvolution dans toute son épaisseur, ainsi que la portion sous-jacente du corps calleux.

Le doigt introduit dans les ventricules constate qu'une épaisseur de 0 m. 001 à peine, sépare la perte de substance d'avec les ventricules moyen et latéraux. La deuxième circonvolution frontale est également atrophiée dans son tiers moyen, elle a perdu la moitié de son volume. La troisième circonvolution gauche et la frontale ascendante sont normales.

A l'hôpital, dans son lit, cet homme n'avait présenté aucun symptôme pouvant faire soupçonner une telle lésion ; les membres étaient parfaitement symétriques, le côté droit n'était pas atrophié, le langage était net, l'intelligence ouverte. Or, si nous comparons ce cerveau aux figures données par Ferrier, dans son ouvrage sur les localisations cérébrales, nous voyons que ce traumatisme répond exactement aux cercles 12 et 5. C'est-à-dire aux mouvements des yeux et de l'avant-bras chez le singe. Du côté des yeux, ce malade n'avait absolument rien d'anormal, car l'examen du fond de l'œil a été fait peu de jours avant la mort et n'a montré aucun symptôme du côté de l'orbiculaire, de l'iris et des muscles moteurs.

Quant à la motilité des membres du côté droit, voici ce que les renseignements nous ont appris : cet homme est tombé, il y a douze ans, au fond d'un puits. Il y a eu issue de matière cérébrale sur le coup. A la conscription, il a réclamé comme faiblesse d'esprit ; incorporé, il a pu faire son service, mais on avait remarqué qu'il était fortement gaucher ; il creusait la hanche droite et paraissait très gêné dans la position de l'arme sur l'épaule droite ; la mémoire était excellente. Cet homme, premier soldat, récitait parfaitement sa théorie. Ainsi une perte de substance cérébrale qu'on peut évaluer à 9 c.c., occupant la région moyenne de la première frontale, entamant le corps calleux jusqu'aux ventricules atrophiant la deuxième circonvolution et toute la partie inférieure du lobe frontal a pu exister pendant douze ans sans

amener d'autres troubles qu'une légère diminution dans la force des deux membres du côté opposé.

Les facultés intellectuelles, la mémoire, étaient restées saines. Cet homme n'avait jamais présenté d'attaques épileptiformes.

Il existe encore sur ce cerveau un détail intéressant. Les autres circonvolutions du lobe frontal sont parfaitement symétriques à droite et à gauche; seule, la frontale ascendante présente du côté droit une hypertrophie notable; ainsi le dernier pli qui limite le sillon de Rolando près de la scissure de Sylvius mesure sur cette frontale ascendante gauche une épaisseur de 0 m. 01 c., (le cerveau étant durci par l'acide azotique), or, du côté droit, le même pli absolument homologue mesure 0 m. 022 mm. Il faut évidemment tenir compte des variations physiologiques, mais il est permis de songer, pour ce côté droit, à une hypertrophie compensatrice de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante.

L'état des portions osseuses démontre une fois de plus que ces fractures avec enfoncement de la table interne et esquilles pénétrant dans le cerveau (car il y avait eu issue de la matière cérébrale et perforation des membranes) peuvent, en dehors de notre hygiène hospitalière, guérir sans la moindre intervention chirurgicale active.

M. d'Arsonval présente, au nom de M. Boudet de Paris, un *nouveau stéthoscope microphonique* : cet appareil se compose d'un microphone très sensible placé sur un tambour assez semblable à ceux de M. Marey. Un petit embout d'ivoire, en forme d'entonnoir, sert d'explorateur et s'applique sur les vaisseaux, sur les muscles ou sur le cœur. Un tube de caoutchouc relit cet embout au tambour récepteur dont la membrane est faite en vessie de porc très fortement tendue. Au centre de cette membrane est fixée une pastille de charbon au-dessus de laquelle un petit cylindre horizontal de charbon oscille autour d'un axe transversal. La pression réciproque des charbons est réglée par un V de papier écolier comme dans les autres appareils déjà connus (sphygmophone, myophone) de M. Boudet.

Deux fils conducteurs réunissent les charbons à la pile et au téléphone. On peut d'ailleurs intercaler dans le circuit un certain nombre de téléphones, de façon à permetire à plusieurs personnes d'ausculter en même temps.

Au premier abord, l'appareil de M. Boudet présente une certaine analogie avec le stéthoscope de M. Ducretet; il en diffère cependant complétement, tant par le système de transmission que par le microphone. En effet, dans l'instrument de M. Ducretet, les tambours explorateur et récepteur sont, comme ceux de M. Marey, recouverts d'une membrane de caoutchouc. Or, par sa nature même, cette membrane joue le rôle d'un étouffoir des vibrations sonores et ne peut transmettre que les impulsions mécaniques; on sait qu'il est impossible d'entendre les bruits du cœur en auscultant avec le tambour explorateur de M. Marey : on sent seulement des poussées d'air qui viennent frapper la membrane du tympan sans produire aucun son. Au contraire, la vessie de porc bien tendue sert de résonnateur pour les bruits qui lui sont transmis.

Quant au microphone dont se servait M. Ducretet, il est réglé par une masse métallique faisant contre-poids, et cette masse est énorme lorsqu'on la compare aux ébranlements infiniment petits que doit subir le contact des charbons. En outre, ce contact est disposé de telle façon que la moindre impulsion mécanique provoque une rupture complète du courant. Avec le réglage au papier, ces inconvénients disparaissent et l'instrument peut conserver toute sa sensibilité sans qu'il y ait à craindre les crachements produits par l'écartement brusque des charbons.

Lorsque l'on applique légèrement, et sans faire aucune pression, l'embout d'ivoire sur une artère superficielle, on entend non-seulement les bruits produits par le passage des ondes sanguines (pulsation vraie et dicrotisme) mais aussi tous les bruits de souffle qui ont lieu à l'intérieur du vaisseau. Ce qui démontre suffisamment que le microphone peut être influencé par des bruits autres que les bruits solidiens, ainsi que certains expérimentateurs l'avaient pensé. Car, dans cette expérience, le son est transmis par une colonne d'air à la membrane résonnante du tambour microphonique. Quant au bruit musculaire, il est également très bien entendu, lorsqu'on applique une seconde membrane de vessie sur l'orifice de l'embout explorateur. Cette membrane joue alors elle-même le rôle d'un premier résonnateur dont les vibrations sonores vont agir sur la membrane du tambour récepteur, en ébranlant la colonne d'air renfermée dans le tube de caoutchouc.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 avril 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. Devilliers, à l'occasion du récent vote du Conseil municipal de Paris sur la question de l'*allaitement artificiel*, rappelle les idées émises, soutenues et combattues dans le cours de l'année dernière par la plupart des membres de l'Académie. Sans méconnaître l'esprit essentiellement humanitaire qui anime le Conseil municipal, M. Devilliers combat les conclusions adoptées du rapport de M. le Dr Thulié et soutient que l'allaitement naturel, maternel, ne doit pas supporter la concurrence officielle de l'allaitement artificiel.

M. J. Guérin ne saurait s'associer au langage de M. Devilliers ; il y a en effet, dans l'Académie, des membres qui approuvent ou désapprouvent la pratique de l'allaitement artificiel. Or, M. J. Guérin considère le projet de l'Administration comme une tendance utile et progressive, et n'hésite pas à regarder le jugement de l'Académie comme une œuvre antihumanitaire. — Ces dernières paroles de M. J. Guérin soulèvent une protestation unanime.

M. J. Rochard lit la première partie de son rapport sur les recherches qu'il reste encore à faire pour élucider les points obscurs que présente l'*étude de la peste*. Les recherches des médecins qui seront un jour à même d'observer la peste devront porter sur deux points essentiellement différents : 1° sur son étude clinique ; 2° sur ses causes et sur sa prophylaxie. — L'étude clinique comportera des détails plus nombreux, sur le pouls, la température, les éruptions cutanées, les bubons, les charbons. — La forme et l'évolution de la maladie exigeront un examen plus sévère et plus complet, car il importe que nous sachions bien ce que signifient la peste fruste et la peste maligne. Quant aux recherches nécroscopiques, elles devront porter : 1° sur le sang ; 2° sur les liquides sécrétés; 3° sur les ecchymoses, les charbons internes ; 4° sur les altérations du système lymphatique; 5° sur les lésions du grand sympathique. Dans la prochaine séance, M. J. Rochard terminera la lecture de son important rapport.

M. Colin fait une communication sur la *chaleur animale* : cette communication est le complément de ses études antérieures sur les températures centrale et périphérique.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 juin 1879. — Présidence de M. Charcot.

21. Hydrocéphalie ventriculaire ; par Ern. Gaucher, interne des hôpitaux.

Un petit garçon de deux ans, hydrocéphale, entre, le 4 juin 1879, à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. le docteur Archambault (salle Saint-Louis, n° 5).

C'est un bel enfant, gros, bien constitué et qui ne présente pas la moindre déformation rachitique. Sa mère vient de mourir de la poitrine ; je n'ai pas trouvé d'autre antécédent héréditaire. La maladie a débuté à l'âge de cinq mois. Depuis cette époque, l'enfant est sujet à de fréquentes attaques de convulsions, et il pousse des cris la nuit.

Actuellement, la tête est très volumineuse et asymétrique; il y a une bosse au niveau de la région temporo-pariétale gauche. Pendant trois jours, le malade ne présente pas d'autres symptômes que des convulsions, prédominantes du côté droit, et atteignant surtout le membre supérieur.

Le 7 juin, l'enfant est pris de contractures de la main et de

l'avant-bras droits; il meurt le jour même, à cinq heures du soir.

L'*autopsie* est faite le 9 juin. Le crâne est asymétrique et plus développé à gauche.

La quantité totale du liquide qui s'écoule, tant des ventricules cérébraux, par ponction et aspiration, que de la cavité rachidienne, s'élève à un litre environ. C'est un liquide incolore, clair comme de l'eau de roche.

Les cavités cérébrales sont énormément dilatées. Le liquide pénètre librement des ventricules latéraux dans le ventricule moyen, par les *trous de Monro, dans lesquels on introduit facilement le doigt*; du ventricule moyen dans le quatrième ventricule, par l'aqueduc de Sylvius, qui présente le diamètre d'une plume d'oie. Aucune valvule, aucun obstacle ne s'opposent à la libre circulation du liquide céphalo-rachidien, qui, du quatrième ventricule, se répand dans la cavité rachidienne, mais sans pénétrer dans le canal épendymaire de la moelle. Celui-ci n'est pas dilaté et présente sa constitution normale.

La membrane ventriculaire est épaisse comme un parchemin et chagrinée; il est possible de la décoller avec les doigts, et de décortiquer, en quelque sorte, la surface interne des cavités cérébrales. Il n'y a aucune lésion des viscères de la poitrine ou de l'abdomen.

22. Tuberculose des voies biliaires; par Ern. Gaucher, interne des hôpitaux.

Un enfant de trois ans, très chétif, entre le 31 mars 1879 à l'hôpital des enfants, dans le service de M. le docteur Archambault (salle Saint-Louis, n° 6).

Il tousse depuis six mois environ, il a de la diarrhée, il est maigre et cachectique au dernier degré. A l'examen physique de la poitrine on trouve des râles sous-crépitants très nombreux, des deux côtés, surtout aux sommets, où ils feraient croire à un véritable gargouillement cavitaire. A ce niveau il existe aussi un peu de souffle et de submatité.

Cet enfant reste à peu près dans le même état, avec de la fièvre hectique tous les soirs, et s'affaiblissant de jour en jour, jusqu'au 12 avril où il succombe.

A l'*autopsie* on trouve les *ganglions du médiastin* très volumineux, quelques-uns gros comme une noix, tous caséeux, avec une petite caverne au centre.

Les *poumons* renferment des masses caséeuses ramollies, variant du volume d'un pois à celui d'une amande, mais pas de caverne. Il y a des tubercules des plèvres, du péritoine, du mésentère, de la rate et des reins; des ulcérations intestinales de nature tuberculeuse.

Dans le *foie*, la lésion tuberculeuse présente une localisation très précise *autour des voies biliaires*. Celles-ci sont dilatées en ampoules de place en place, et les dilatations renferment un amas de boue biliaire verdâtre. L'aspect général du foie sur une coupe est semblable à celui qui est figuré dans l'atlas d'anatomie pathologique de Cruveilhier.

Il est remarquable que les tubercules se soient exclusivement développés dans la paroi des vaisseaux biliaires, depuis les ramifications de petit diamètre jusqu'au canal cholédoque et à la vésicule, qui renferme dans son épaisseur une masse tuberculeuse grosse comme une noisette. Les vaisseaux portes sont absolument indemnes de toute lésion.

M. Letulle a vu trois fois des lésions analogues; les cavernes hépatiques tuberculeuses peuvent acquérir des dimensions relativement considérables, celles d'une noisette par exemple; souvent elles semblent développées autour des canaux biliaires.

23. Luxation ancienne du fémur (variété iliaque); par Havage, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 24 ans (service de M. Rendu), entrée avec des accidents de phthisie très avancée, et qu'il fut malheureusement impossible d'examiner d'une façon complète au point de vue qui nous occupe. Tout ce qu'on sait, c'est que la date de la luxation remonte aux premiers mois de la vie: l'enfant était tombé des bras de sa nourrice. — On ne se préoccupa pas de cet accident.

L'enfant marcha un peu plus tardivement que les autres et la marche était accompagnée d'un peu de claudication. — Avant d'entrer à l'hôpital, la malade était bonne d'enfants et logeait à un quatrième étage, ce qui prouve suffisamment que la marche était possible et peu pénible.

Pendant la vie, on constata à la hanche les déformations caractéristiques d'une luxation en arrière; la tête était facilement sentie à travers les parties molles. Il y avait de l'adduction, de la flexion et de la rotation en dedans; ces symptômes étaient peu prononcés d'ailleurs; celui qui dominait était l'adduction; la flexion était presque nulle. En même temps, raccourcissement du membre facilement apparent, mais qui ne fut pas mesuré. La malade marchait sur la pointe du pied.

Sur la pièce que je présente, on voit qu'il s'agit bien d'une luxation en arrière; la tête est déplacée en même temps un peu en haut, de sorte qu'on est en présence de la variété iliaque.

La capsule n'offre aucune solution de continuité et est partout très épaissie; elle s'étend surtout en avant et en bas où elle recouvre toute l'ancienne cavité articulaire. A cause de l'âge où s'est produite la luxation, il serait permis de se demander si, au lieu de s'être simplement déchirée et séparée ensuite, comme dans les cas habituels, la capsule n'aurait pas subi une sorte d'élongation et n'aurait pas accompagné en masse la tête fémorale, sans subir de rupture, au moins à son insertion inférieure. La capsule étant incisée parallèlement à l'axe du fémur, on peut voir les rapports des surfaces articulaires et les déformations qu'elles ont subies.

L'ancienne cavité articulaire, quoique peu profonde et en partie comblée par du tissu osseux, est très visible néanmoins, et elle est séparée de la nouvelle cavité par une saillie épaisse et assez élevée qui prouve bien que la luxation était complète. Nous avons déjà dit que la capsule la recouvrait en entier et que cette cavité se trouvait par conséquent faire encore partie de l'articulation. Le fond de cette cavité est rempli par du tissu graisseux assez diffluent.

La cavité cotyloïde de nouvelle formation est située immédiatement en arrière et un peu au-dessus du sourcil cotyloïdien de l'ancienne cavité. Elle offre la forme d'un ovale à grand axe parallèle au bord supéro-externe du sourcil cotyloïdien; elle est peu profonde et limitée en avant et en bas par le sourcil cotyloïdien, et en arrière et en haut par une saillie osseuse demi-circulaire très prononcée, véritable sourcil cotyloïdien de nouvelle formation, contre lequel la tête fémorale s'arc-boute puissamment.

La tête du fémur est déformée. Elle est taillée en biseau aux dépens de sa moitié inférieure, c'est-à-dire de celle qui se trouve au-dessous de l'insertion du ligament rond. C'est cette partie inférieure, légèrement convexe transversalement, qui se trouve en rapport avec l'ovale articulaire.

Entre cette surface et la partie supéro-externe de la tête fémorale, on voit un sillon transversal, demi-circulaire, de 4 centim. de long, large de un demi-centim. et qui est profond surtout en avant.

Il est facile de voir que ce sillon répond au sourcil cotyloïdien de la nouvelle cavité. Il s'ensuit que tout le reste de la tête fémorale n'est en rapport qu'avec les parties fibreuses.

Enfin on ne trouve ni du côté de la cavité cotyloïde, ni du côté de la tête fémorale, aucun vestige du ligament rond qui a complétement disparu. La tête fémorale et le col ont été sciés dans le sens de leur longueur; il n'y a aucune lésion à y signaler.

24. Ramollissement des régions motrices de l'écorce et de la partie postérieure de la 3e frontale gauche; hémiplégie droite avec contracture secondaire et aphasie; par Ch. Talamon, interne des hôpitaux.

P... André, âgé de 68 ans, entré à la maison de santé, service de M. Lecorché, le 18 décembre 1878. — Ce malade est paralysé du côté droit depuis le mois de septembre; il a perdu la parole à la même époque. Ce sont les seuls renseignements qu'ont donnés les personnes qui l'ont amené. Nous le trouvons au mois de janvier 1879 dans l'état suivant: la *face*

au premier abord ne paraît pas déviée, mais la physionomie offre un aspect bizarre qui tient à la contracture des muscles du côté droit ; quand on fait rire le malade la face est tirée à droite, la force des muscles contracturés l'emportant sur celle des muscles sains. Le sillon naso-labial et les plis du côté droit sont plus accusés qu'à gauche ; la bouche reste en général demi-entr'ouverte comme dans une sorte de sourire stéréotypé. Le *membre supérieur droit* est demi-fléchi, le malade le porte ainsi habituellement appuyé contre sa poitrine, le poignet est aussi dans la demi-flexion : les doigts sont fléchis dans la paume de la main qui reste fermée ; on ne peut redresser qu'incomplétement et avec difficulté ces différents segments du membre ; le malade peut seulement imprimer quelques mouvements à son épaule. — Le *membre inférieur* ne présente qu'un certain degré de roideur ; le malade ne peut fléchir ou étendre sa jambe qu'avec une certaine peine ; de même les mouvements provoqués manquent de souplesse, la jointure du genou est comme rouillée. Mais le malade marche sans difficulté, en s'aidant seulement d'une canne. Il va ainsi, le bras appuyé contre la poitrine sans se fatiguer, à pas précipités, et comme s'il voulait se prouver à lui-même qu'il n'est pas paralysé, pendant deux, trois heures de suite tous les matins, traversant en tous sens le jardin avec une rapidité de maniaque. Pas de troubles de la sensibilité ; pas de douleurs dans les parties contracturées.

Le réflexe rotulien est beaucoup plus marqué du côté paralysé que du côté sain. Pas de tremblement épileptoïde.

L'*aphasie* est absolue. Le malade ne peut dire ni son nom ni son âge, ni nommer le moindre objet. On est arrivé à lui apprendre à compter jusqu'à douze, mais il n'a jamais pu aller plus loin. Il paraît comprendre tout ce qu'on lui dit, et fait le geste d'impatience propre aux aphasiques quand il essaye de répondre. Aucun phénomène nouveau jusqu'au 19 avril. Ce jour-là il y a un frisson, puis tous les signes d'une pneumonie *droite*. Il meurt le 4 mai.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort.

Crâne. — Adhérences de la dure-mère au crâne dans les parties moyennes. Pas d'injection des méninges. Un peu de liquide opalescent dans les mailles de la pie-mère. Dans l'*hémisphère gauche* on constate : 1° une destruction de la substance grise, qui est remplacée par un détritus jaunâtre, dans la partie inférieure et la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes ; le tiers supérieur de ces circonvolutions n'est pas ramolli et paraît intact ; 2° une plaque jaune exactement limitée au pied de la circonvolution de Broca ; toute la partie antérieure de cette circonvolution est intacte ; 3° un ramollissement de toute l'étendue de la 2e frontale, dont le tissu se désagrège sous un filet d'eau ; 4° quelques points peu étendus de ramollissement dans les circonvolutions occipitales. Ces foyers, aussi bien que le ramollissement de la 2e frontale résultent de date beaucoup plus récente que les foyers jaunâtres des circonvolutions ascendantes et de la 3e frontale. Le lobule de l'insula est normal. Des coupes du reste de l'hémisphère montrent qu'il n'y a de ramollissement ni dans les noyaux centraux, ni dans le centre ovale. L'*hémisphère droit* est normal dans toutes ses parties.

La *protubérance* est asymétrique ; elle est atrophiée et aplatie dans sa moitié gauche. La moelle n'a pas été examinée.

Thorax. — Pneumonie suppurée du lobe supérieur droit. Le reste du poumon est seulement congestionné. Le poumon gauche est sain.

Le cœur est ramolli ; les parois du ventricule gauche sont grisâtres, friables. Caillot fibro-cruorique dans le cœur droit. Pas de lésion valvulaire. L'aorte est un peu athéromateuse.

Abdomen. — Le *foie* est de volume normal, congestionné, rougeâtre. La *rate* est grosse et ramollie. Les *reins* sont petits, mous, présentent une teinte blanc-jaunâtre de la substance corticale striée des vaisseaux et d'étoiles veineuses. Il n'y a pas de lésion des bassinets ni de la vessie.

REMARQUES. — Cette observation est un cas aussi net que possible de lésion limitée de l'écorce cérébrale ayant déterminé une paralysie du côté opposé du corps avec contracture, et de l'aphasie. On remarquera que les phénomènes hémiplégiques étaient exactement en rapport avec le siége des lésions dans les parties motrices. La paralysie avec contracture prédominait, en effet, à la face et au bras, le membre inférieur étant à peine compromis, puisque le malade pouvait marcher sans difficulté et en s'aidant seulement d'une canne, tandis qu'il ne pouvait se servir en aucune façon de son bras. Or, les parties ramollies étaient les deux tiers inférieur et moyen des circonvolutions ascendantes, le tiers supérieur était intact. C'est dans ces deux tiers inférieurs que l'analyse des observations connues a conduit MM. Charcot et Pitres aussi bien que M. C. de Boyer dans un travail plus récent, à placer le siége des mouvements de la face et du bras. Voici en effet les conclusions de M. de Boyer :

1° *Langage* : troisième frontale gauche dans son tiers postérieur ; 2° *Face* : le bas de la frontale et de la pariétale ascendantes ; 3° *Bras* : le tiers moyen de la frontale et de la pariétale ascendantes.

Quand tous les jours, des observations analogues à la nôtre viennent s'adapter d'une manière aussi précise à des conclusions ainsi formulées, que prouvent quelques faits contraires publiés de loin en loin, sinon qu'à toute règle il y a des exceptions ?

Il est inutile d'insister sur le ramollissement de la partie postérieure de la circonvolution de Broca coexistant avec l'aphasie de notre malade ; ce rapport n'a plus besoin de démonstration.

Quant à la contracture secondaire, elle est la règle dans les lésions destructives des régions motrices, et montre que certaines fibres de la capsule interne, correspondant au faisceau pyramidal, partent directement de l'écorce grise pour se rendre dans la moelle sans s'arrêter dans les noyaux centraux.

Séance du 4 juillet 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Rapport sur la candidature de M. Levrat au titre de membre adjoint de la Société anatomique; par le Dr HUTINEL.

Parmi les présentations faites à la Société anatomique par M. Levrat il en est plusieurs sur lesquelles nous pourrions appeler l'attention.

Ce sont d'abord trois présentations relatives aux affections du rein, les deux premières en 1876, la troisième en 1877.

Le premier cas était un rein trouvé chez un tuberculeux et présentant au premier abord l'aspect d'un rein tuberculeux ; mais les masses qui présentaient l'apparence de foyers tuberculeux n'étaient que renfermées dans des calices dilatés, dont la paroi présentait de petits points blancs brillants, formés par de petits cristaux uratiques et non par une infiltration tuberculeuse. Les deux autres cas avaient trait à une hydronéphrose et à une petit rein blanc.

Nous pourrions aussi signaler deux cas de fractures, dont l'un suivi de phlegmon diffus et de mort chez un albuminurique. Mais nous voulons surtout nous arrêter à la présentation d'une tumeur de l'abdomen assez rare, d'un myome kystique.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, entrée le 23 mars 1879, salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Lariboisière, pour une phlegmatia alba dolens et une tumeur abdominale.

Cette tumeur avait le volume d'un utérus à 7 mois. En l'examinant, M. Duplay fut frappé de ce que la tumeur présentait sur les côtés la consistance d'un fibrome et paraissait fluctuante en avant. Le toucher ne donnait aucune notion précise sur le corps de l'utérus dont le col était très haut. L'utérus était mobile avec la tumeur. Une ponction exploratrice donna issue à 2250 grammes d'un liquide brunâtre sirupeux, d'aspect analogue au liquide des kystes ovariques.

Après la ponction, il restait encore une tumeur volumineuse. Quelques accidents insignifiants, des frissons légers, etc., suivirent la ponction ; ils se calmèrent et la malade paraissait mieux lorsqu'elle mourut tout à coup d'embolie pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva une tumeur énorme située sur la face antérieure de l'utérus et confondue avec lui ; au centre de la masse, une cavité dont les parois étaient épaisses de trois à quatre centimètres et formées par des lames de myomes séparés par du tissu cellulaire et des vaisseaux considérables.

La poche centrale, d'une capacité de trois litres, était pleine d'un liquide rouge brun, sanglant.

La face interne était recouverte d'une membrane lisse analogue à une muqueuse et de légers dépôts d'apparence fibrineuse. (Elle ressemble un peu à la paroi d'un kyste hématique.) Dans l'épaisseur de la paroi on rencontrait un petit myome présentant l'aspect ordinaire de ces tumeurs.

Le diagnostic avait été longtemps hésitant, ce n'est qu'après la ponction exploratrice, en présence d'un liquide qui présentait à l'œil nu tout l'aspect d'un liquide de kyste ovarique, que l'on se décida à porter le diagnostic de kyste de l'ovaire, diagnostic que l'autopsie est venue infirmer. C'est pourquoi nous croyons devoir insister sur l'histoire de ces tumeurs.

Les myomes kystiques ont été décrits par la plupart des auteurs, mais peu de leurs descriptions nous paraissent analogues au cas qui nous occupe.

Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique générale*, tome III, page 689 (1856), admet dans l'épaisseur des corps fibreux deux espèces de kystes : 1° des kystes irréguliers, sans paroi, ou *géodes* qu'il regarde comme consécutifs à un œdème dont le liquide se réunit dans des cavités anfractueuses ayant pour paroi les lobules dissociés du corps fibreux ; 2° des kystes réguliers avec parois propres, susceptibles de dissection. Il en cite comme exemple un cas rapporté par Barth et communiqué en 1852 à la Société anatomique. La tumeur contenait à son centre dans une cavité unique trois litres d'un liquide jaune citron. Les parois extrêmement épaissies et vasculaires étaient constituées par un corps fibreux ramolli.

Cette seconde variété et surtout l'observation de Barth présente une grande analogie avec l'observation que nous signalons, mais pas la trace de ramollissement du corps fibreux.

M. Courty, page 933 (1872), après avoir signalé les géodes de Cruveilhier, ajoute : lorsque les fibromes sont agrégés on voit parfois se développer dans le tissu interposé des kystes uniques ou multiples pouvant acquérir un grand volume, devenir le siége d'hémorrhagie ou de suppuration ou même être pris pour des kystes de l'ovaire.

Dans l'observation recueillie par M. Levrat dans le service de M. Duplay il ne s'agit pas de fibromes agrégés, mais d'un fibrome au centre duquel est un kyste considérable. M. Pozzi, dans sa thèse pour le concours d'agrégation (1875) signale comme un type clinique les tumeurs fibro-cystiques, il leur assigne une marche rapide entraînant la mort par des phénomènes souvent comparables à ceux que produisent les kystes de l'ovaire, même sans métrorrhagie. Mais lorsqu'il parle de la nature de ces tumeurs il se demande et cela avec Virchow (tome III, page 313) si l'on n'a pas affaire à des sarcomes cystiques sans rejeter cependant l'existence des myomes cystiques vrais.

Or, dans le cas qui nous occupe, la nature n'est pas discutable. La marche au point de vue clinique n'a pu être appréciée, la malade ayant succombé à une affection intercurrente.

En dernier lieu, M. de Sinéty (1879), consacrant un chapitre aux tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, relate dans ces tumeurs l'existence d'un revêtement épithélial assez fréquent. Le liquide, dit-il, présente tous les caractères de la lymphe, plus tard le développement des vaisseaux amène des exsudats sanguins et le liquide se colore en brun ou rouge chocolat. Il ajoute que ces tumeurs sont généralement sous-séreuses. Enfin on a soutenu, dit-il, que les liquides spontanément coagulables provenaient toujours d'un myome.

Dans l'observation que nous examinons il y avait évidemment une paroi kystique, le liquide était gris brun épais, non spontanément coagulable. Après la ponction, il s'était produit dans la poche un liquide brun rouge hémorrhagique. Le kyste n'était pas sous-péritonéal et diffère en cela de la description de M. de Sinéty.

Enfin cette présentation a été pour M. Quinquaud l'occasion de faire connaître à la Société anatomique quelques particularités importantes pour le diagnostic des kystes formés dans les myomes utérins et des kystes de l'ovaire. M. Quinquaud a, dit-il, observé deux cas analogues; il reconnaît la difficulté du diagnostic avec les kystes de l'ovaire, mais le diagnostic, selon lui peut être fait par l'examen du sang d'une part et l'analyse chimique et histologique d'autre part.

Ainsi l'on devrait trouver un abaissement de la quantité d'hémoglobine du sang dans les myomes kystiques, ce qui n'existe pas dans les kystes de l'ovaire.

Dans les kystes de l'ovaire on rencontrerait constamment de la paralbumine, de la métalbumine, de l'hydropisine et des paillettes innombrables de cholestérine. Dans le myome kystique pas de paralbumine, pas de métalbumine, pas d'hydropisine et très peu de cholestérine.

Dans le kyste de l'ovaire, on rencontre des cellules épithéliales et rien dans le myome utérin. Ces analyses chimiques nous paraissent nouvelles et nous croyons que, vérifiées, leur utilité serait incontestable. Du reste, M. Quinquaud a remis une note à ce sujet. Quant à ce que dit M. Quinquaud, des cellules épithéliales, il se trouve en contradiction avec M. de Sinéty qui a rencontré un épithélium sur la paroi des kystes situés dans les myomes.

Au point de vue même de la nature du liquide contenu dans les myomes kystiques, nous croyons devoir opposer aux affirmations de M. Quinquaud, cette phrase de M. de Sinéty que nous rapportons textuellement. « Les caractères du liquide lui-même, sont loin d'offrir un signe certain » et plus loin : « l'examen histologique sera souvent négatif, la présence d'épithélium cylindrique ou caliciforme plaidrait en faveur d'un kyste de l'ovaire. Malheureusement il est rare de rencontrer ces éléments libres et flottant dans le liquide. »

Enfin il est un dernier point où MM. Quinquaud et de Sinéty nous paraissent en contradiction formelle. M. de Sinéty considère comme grave la ponction de ces kystes et notre observation paraîtrait lui donner raison. Tandis que M. Quinquaud la considère comme inoffensive.

Il est certain pour nous que la ponction expose à des hémorrhagies, et la nature franchement sanglante du liquide qui remplissait la poche à l'autopsie, ainsi que la sortie d'un peu de sang à la fin de la première ponction, nous portent à croire que la ponction est loin d'être inoffensive. D'ailleurs, dans l'observation de M. Levrat, en examinant attentivement la paroi, on a cru remarquer des ruptures vasculaires. Ces différents points nous ont paru intéressants à exposer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Traitement des fractures articulaires. — M. Després. A l'appui de la thérapeutique que je défends, j'ai un fait de plus à ajouter. Un enfant de douze ans tombe sur le coude et se fait une fracture. Vite, on fait la réduction au moyen du chloroforme et un appareil inamovible est appliqué. Mais, au bout de 55 jours, la raideur articulaire est tellement absolue qu'un second chirurgien n'a rien de plus pressé que d'enlever l'appareil, de rompre les adhérences et de faire exécuter des mouvements nombreux de flexion et d'extension.

A mon avis, ce chirurgien a on ne peut mieux agi : voici en effet, ce même jeune malade qui est entré dans mon service depuis deux jours seulement : je me suis contenté à mon tour de lui appliquer une simple écharpe (et pendant le jour seulement), de lui mettre des cataplasmes au niveau du coude et voilà qu'au 28ᵉ *jour* de la fracture, d'une fracture intercondylienne, il a presque tous les mouvements de son articulation : l'enfant peut appliquer sa main sur la bouche, et étendre ensuite le membre. Attendons pendant quelque temps encore que le cal contre lequel vient butter l'apophyse coronoïde soit usé, et l'articulation ne laissera plus rien à désirer. On se contente bien d'une simple gouttière de Bonnet pour les fractures du cal du fémur; pourquoi avec Giraldès et d'autres ne me contenterais-je pas d'une écharpe pour les fractures du coude? A moins que la gouttière de Bonnet n'ait le privilège d'être un appareil.

M. Verneuil. Quand on a vu les désastreux résultats obtenus par Jobert, qui se contentait de la position dans les fractures du col du fémur, on n'a pas de peine à se convertir aux appareils ; ils sont une nécessité : mais on immobilise

ce qu'on peut et comme on peut, et quoi qu'en dise M. Desprès la gouttière de Bonnet est un appareil et un excellent appareil. Mais revenons aux fractures du coude. Un enfant de douze ans tombe sur le coude et se fait une fracture telle de l'humérus, que le fragment supérieur, taillé en biseau, traversant le brachial antérieur et le biceps, déchirant la peau sur une étendue de 7 centimètres, fait saillie au dehors. Un traitement antiseptique est institué, une *immobilisation rigoureuse* est pratiquée pendant soixante-dix jours, et malgré la gravité de la fracture aucun accident ne survient; à ce moment des mouvements sont conseillés au malade, mais une paralysie du nerf radial, résultant du traumatisme, le gêne considérablement; grâce à l'électricité les mouvements reviennent en partie, l'extension se fait, la flexion également, mais, par suite d'un de ces cals énormes sur lesquels M. Lannelongue a si justement insisté, la flexion arrivée à l'angle droit s'arrête brusquement. En revanche, la pronation et la supination sont parfaites et l'ont toujours été. Qu'est-ce à dire, sinon que les deux articulations huméro-radiale et radio-cubitale sont libres et n'est-ce pas là une preuve qu'il n'y a pas eu la moindre arthrite traumatique? Dans deux présentations très anciennes à la Société anatomique, j'ai montré des pièces de fracture du coude dans lesquelles les cavités olécrâniennes et coronoïdiennes étaient comblées par des ostéophytes. Est-ce la mobilisation qui empêcherait leur développement et n'est-ce pas à l'immobilisation qu'il faut s'adresser pour empêcher le développement de ces végétations osseuses, les grands auteurs des raideurs articulaires? J'ai connu un autre malade qui, à la suite d'une fracture du coude traitée par l'indifférence, avait une ankylose rectiligne; je lui mets un appareil ouaté, mais, un jour, désireux de rompre des adhérences que je supposais, je lui administre du chloroforme. Voilà que tout aussitôt la flexion se fait d'elle-même; il s'agissait d'un *spasme musculaire*; quel beau triomphe les mobilisateurs eussent pu remporter en pareil cas? J'ai soigné enfin une dernière malade qui avait eu une arthrite consécutive à une contusion du coude. Trois fois on tente des mouvements, et trois fois surviennent des poussées aiguës. Une ankylose complète devait en être la conséquence. J'espère qu'après ces faits, la conclusion est facile.

M. Lucas-Championnière se dit injustement attaqué. Il n'a jamais entendu préconiser la mobilisation quand même. Il a simplement dit que c'est un bien de ne pas immobiliser les fractures articulaires si toutefois la chose se peut, et surtout s'il s'agit de vieillards plus disposés que tous autres aux raideurs articulaires. Il a extrait des corps étrangers articulaires et soigné des arthrites purulentes du genou; grâce au procédé de Lister, il a pu ne *jamais immobiliser* l'articulation malade, et n'avoir qu'à s'en louer.

M. Marc Sée, dans le cas de fractures du col du fémur, met des appareils inamovibles analogues à ceux de la coxalgie. De la sorte, il évite les accidents du décubitus dorsal, et, dans tous les cas, il a eu les résultats les plus remarquables.

M. Desprès. Lorsque Bonnet eut inventé sa gouttière, Nélaton, avec son sens chirurgical, vit tout le parti qu'on pouvait en tirer dans le traitement des fractures du col du fémur; mais il se gardait bien de laisser plus de 30 jours les malades en gouttière et ses résultats valaient bien ceux de M. Marc Sée. Pas plus que M. Marc Sée, il n'obtenait un cal osseux. Le décubitus dorsal avait bien ses accidents, mais M. Marc Sée prétendrait-il que ses malades puissent marcher avec leur appareil à coxalgie?

A propos d'un de ses blessés, M. Verneuil a insisté sur ce fait que les articulations huméro-radiales et radio-cubitales étaient libres; la raison en est bien simple, les articulations très mobiles étant moins sujettes aux raideurs que les autres articulations; de là, à nier l'arthrite, il y a loin. M. Verneuil croit-il en outre que l'immobilisation empêchera ces cals exubérants dont il s'est plaint? Je crois que dans cette discussion on a exagéré mes opinions; j'ai simplement voulu dire: L'immobilisation ne visant qu'à mettre les fragments en contact, ne mettez pas d'appareil lorsque vous ne pourrez pas y prétendre; ce serait accepter trop gratuitement la raideur articulaire.

M. Abadie fait une intéressante communication sur la *tenotomie partielle* contre la myopie progressive.

Fracture du crâne avec hernie du cerveau. — M. P. Berger. Dans un éboulement, un jeune enfant est atteint de fracture du crâne. Le frontal est enfoncé, de nombreuses esquilles existent à ce niveau, et, par la plaie extérieure, se fait une hernie du cerveau de la grosseur d'une noisette. La perte de connaissance est complète.

Un peu de pus se fait sous la dure-mère, mais s'évacue de lui-même; puis le bourgeon cérébral se met à granuler, se retire peu à peu, et aujourd'hui, nous voyons une cicatrice à laquelle sont adhérentes les enveloppes cérébrales. Chose remarquable, la cicatrice est animée de battements, et ces battements on les arrête en comprimant les veines du cou.

La guérison est complète; il n'existe aucune perturbation ni de la motilité, ni de la sensibilité; mais les pupilles sont dilatées, l'intelligence est affaiblie et le caractère difficile. L'accident remonte à six mois. P. Méricamp.

BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu des thèses d'agrégation. Médecine.

II. Phlegmatia alba dolens; par M. E. Troisier.

III. Des Températures basses centrales; par V. Hutinel, médecin des hôpitaux. Vol. in-8° de 244 pages. Paris, 1880, Ve Adrien Delahaye, éditeur.

IV. Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale; par M. Albert Robin. Vol. in-8° de 600 pages. Paris, 1880, J. B. Baillière et fils, éditeurs.

II. Après avoir défini la phlegmatia alba dolens une affection essentiellement caractérisée par un œdème particulier, accompagné de douleurs, M. Troisier indique quelles sont ses limites, quel en est le siége: de son étude il résulte que ce n'est pas une entité morbide spéciale, mais une affection secondaire se produisant dans le cours de différentes maladies.

Décrite, dès le début, comme affection de nature purement obstétricale par Mauriceau, 1721, Puzos, 1753, Levret et Astruc 1765, elle fut considérée comme la conséquence d'une métastase laiteuse. Puis, White (1784), en donne une bonne description clinique, et la rattache à une obstruction et un engorgement des voies lymphatiques. En 1823, Davis en donne l'anatomie pathologique véritable: puis paraissent les travaux de Velpeau, Guthrie, R. Lee.

Mais cette affection, que jusqu'alors on croyait liée à une cause obstétricale, entra, par les recherches de Bouillaud, en 1823, dans le domaine de la pathologie interne. Quelques observations avaient permis à ce savant clinicien de dire que la phlegmatia alba dolens était une maladie affectant les deux sexes, intéressant les membres supérieurs aussi bien que les inférieurs des tuberculeux, des typhiques et des cancéreux. Les recherches de Velpeau, Cruveilhier, etc., confirment ces données. Bouchut (1844), fait voir que la phlegmatia alba dolens non puerpérale se développe dans les maladies chroniques, mais en ignore la cause. Plus tard, en 1854 et 1856, Virchow, s'emparant des données fournies par Trousseau, Bayer, Pudagnel et Legroux, les développe dans des travaux sur la thrombose et l'embolie. Enfin, paraissent les travaux de Trousseau, de Charcot, de Bast.

Dans un premier chapitre, M. Troisier traite la question importante de l'anatomie pathologique: lésions du tissu cellulaire, infiltration de sérosité, les ganglions lymphatiques. Il insiste surtout sur les lésions veineuses, causes des deux symptômes: œdème et douleur; sur l'étude des caillots, leurs formes et leurs modifications suivant l'époque à laquelle on les examine, la régression de la fibrine, la transformation puriforme des caillots, leur émiettement, et la résorption du sang coagulé. Mais, au lieu de tous ces désordes, le caillot fibrineux peut persister, s'organiser; les parois des veines elles-mêmes finissent par se confondre avec lui. Ce caillot récent détermine une certaine inflammation des parois, il se forme un bourgeon endophlébitique: embryonnaire et vas-

culaire au début, qui devient fibreux plus tard. Les tuniques interne, moyenne externe participent au processus inflammatoire surtout quand la phlegmatia est un peu ancienne; enfin il y a parfois transformation caverneuse des veines.

Deux phénomènes ont eu lieu: d'une part la régression particulière du caillot; d'autre part, le travail inflammatoire des parois vasculaires. Dès lors, M. Troisier insiste sur la phlébite proliférante et la substitution du bourgeonnement endo-veineux au thrombus purement passif.

Il entre ensuite dans des considérations historiques, rappelle l'opinion de Hunter, Laënnec, Andral, Hope, Kreissig, Robin, Bucquoy, etc., sur l'organisation du sang coagulé.

M. Troisier étudie le phénomène au point de vue expérimental, en examinant ce qui succède à la ligature des vaisseaux et compare entre elles les différentes théories des savants qui ont traité cette question: « On peut, dit-il, affirmer que la coagulation du sang dans les vaisseaux s'accompagne d'une végétation conjonctive et vasculaire, qui, partie de la paroi, repousse et envahit le thrombus; que le thrombus se dissocie et se résorbe et ne prend aucune part à ce processus actif de néoformation. Loin de s'organiser, le sang coagulé meurt; il est destiné à disparaître et il ne fournit aucun élément au tissu qui va prendre sa place, tissu organisé sans doute mais qui ne peut donner la preuve de l'organisation de la fibrine et des éléments figurés du sang coagulé. Admettre l'organisation du caillot par le caillot n'est même plus une hypothèse, c'est une erreur. »

A propos de la pathogénie de l'affection, M. Troisier fait remarquer qu'il élimine tout ce qui a trait à la phlébite traumatique et aux coagulations veineuses de cause externe et passe successivement en revue les affections dans lesquelles peut apparaître la phlegmatia alba dolens, l'état puerpéral, la tuberculose, le cancer, la fièvre typhoïde, la chlorose, les maladies du cœur, les suppurations prolongées, l'intoxication paludéenne. On l'a encore signalée dans le cours de la convalescence des maladies les plus régulières: pleurésie simple, avec épanchement séro-fibrineux, pneumonie franche; à la suite de grandes opérations chirurgicales, l'ovariotomie par exemple, de la diphthérie, la dysenterie, la péricardite, l'érysipèle.

Puis il énonce et discute les doctrines émises sur la physiologie pathologique de cet état morbide et en arrive à la conclusion: « que la pathogénie de la phlegmatia alba dolens est loin d'être parfaitement élucidée; dans cette question, tout se réduit à des hypothèses. »

Un chapitre est consacré à l'analyse des symptômes généraux, insommie, fièvre légère; locaux, tels que œdème, l'aspect de la peau d'un blanc mat remarquable: l'attitude du membre le plus souvent dans l'extension avec légère rotation; la température locale, le cordon veineux, l'épanchement articulaire, la douleur, les troubles de la sensibilité, l'impotence du membre. Un autre, aux variétés anatomiques et cliniques de la phlegmatia alba dolens; à sa marche, sa durée, sa terminaison, ses complications, et son diagnostic différentiel.

Enfin, M. Troisier termine cette longue et belle étude par un chapitre de physiologie pathologique dans lequel il traite de l'obstruction veineuse, des douleurs dans la phlegmatia, du rôle des sympathiques dans la production de l'œdème. à ce sujet, il est en harmonie de vues avec le professeur Renaut (de Lyon) et exprime à la fin de son travail l'opinion que « l'œdème douloureux est dû à la coagulation spontanée du sang dans l'intérieur des veines. » P. Bitot.

III. L'histoire des températures morbides est sans contredit une des questions de physiologie pathologique dont l'étude est aujourd'hui le plus avancée; toutefois, si les températures fébriles, les hyperthermies, paraissent maintenant bien connues, il est loin d'en être de même en ce qui concerne les abaissements de température, les *hypothermies*. Malgré de nombreuses observations isolées, ce point de la question est longtemps resté dans l'ombre. MM. les prof. Charcot (1869) et Peter (1872) sont les premiers qui, reprenant les recherches de Roger, en aient entrepris l'étude. L'excellente thèse de M. Hutinel nous présente sous une forme claire et précise le résumé des travaux qui ont paru sur ce sujet et l'état actuel de la question.

Que faut-il entendre par température *basse*? Tel est naturellement la première question qui se pose dans une étude sur les hypothermies. « La température basse est évidemment celle qui est inférieure à la moyenne normale. Mais cette moyenne n'est pas elle-même absolument fixée »; elle varie selon les auteurs de 36°,8 jusqu'à 38°. M. Hutinel, tout en considérant une température rectale de 37° comme la température normale minima, admet, à côté des températures basses *absolues* de Wunderlich, des températures basses *relatives*: « Quand, dit-il, dans une fièvre typhoïde en pleine évolution, le thermomètre tombe brusquement de 39°,5 ou 40° à 36°,8, n'est-ce pas là une température basse, et cependant le chiffre de 36°,8 est presque normal ». On ne peut donc en réalité assigner au terme « température basse » aucun chiffre précis.

Après avoir mentionné les travaux de ses devanciers, l'auteur aborde la classification des faits qu'il divise en trois groupes étudiés dans autant de chapitres: 1° températures basses en dehors des états morbides; 2° températures dans les états morbides; 3° températures basses dans les intoxications.

Les faits du premier groupe sont relatifs à l'influence du *froid extérieur* et de l'*inanition*. M. Hutinel rapporte à ce sujet les expériences récentes de M. Collin et des observations de M. Peter et de M. Bourneville où des sujets refroidis présentaient des températures vaginale et rectale de 26° et 27°,4, ce sont des chiffres intéressants à retenir. Les recherches de MM. Carville et Bochefontaine sur les effets de l'inanition n'ont fait que confirmer celles de Chossat (1842) qui a vu les animaux succomber avec une température moyenne de 34°,2.

Passant ensuite aux faits du second groupe, l'auteur étudie les températures basses dans un certain nombre de maladies. Nous ne pouvons que mentionner quelques points de cet important chapitre.

Au sujet de la prétendue hyperthermie qui accompagnait le frisson initial de certaines phlegmasies et notamment de la pneumomie, M. Hutinel croit devoir faire quelques réserves d'après plusieurs *observations de températures basses* (36°,2, 36°,3) *pendant le frisson* (Bouchard). — La péricardite et l'endopéricardite ont pu également présenter des abaissements de température allant jusqu'à 35°,4 ou même 34°,5. « L'altération des fibres musculaires sous-jacentes à la séreuse enflammée, paraît jouer un rôle important dans ces péricardites algides ». — Dans les affections rénales, les hypothermies s'observent fréquemment, en particulier dans la néphrite interstitielle, dans les néphrites consécutives aux rétentions d'urine; on trouve dans la thèse récente de Bazy un certain nombre d'observations de ce genre, où les malades succombaient avec des températures ultimes de 31°,4 à 35°,5. Ces faits ressortissent d'ailleurs à l'intoxication urémique où l'abaissement considérable de la température a été depuis longtemps constaté (Bourneville); quant au mécanisme physiologique de ces hypothermies, M. Hutinel admet avec MM. Bouchard et Debove qu'elles reconnaissent pour cause « un trouble de la nutrition, un ralentissement des combustions intimes et non l'action plus ou moins hypothétique de tel ou tel produit toxique à l'exclusion des autres ». Les accidents comateux et dyspnéiques présentés par certains diabétiques et rapportés à une « *acétonémie* problématique » seraient dus de même à une sorte de saturation du sang par les déchets de la nutrition cellulaire.

L'auteur étudie ensuite longuement les températures basses dans les affections du système nerveux; il rappelle les expériences de Duret (1878) qui a vu dans la compression de l'encéphale la température baisser jusqu'à 28°, et les observations de M. Bourneville sur l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau. « Faut-il, dit M. Hutinel, pour expliquer ces abaissements de température invoquer les modifications de la circulation périphérique déterminant une déperdition plus ou moins grande de calorique ou bien admettre une diminution notable dans la production de la chaleur? Existe-t-il, comme

le veut Tscherchichin, des centres, l'un excitateur, l'autre modérateur de la calorification. Doit-on enfin admettre avec Cl. Bernard l'hypothèse des nerfs *thermiques?* » Ce sont là des problèmes complexes dont M. Hutinel reprend l'étude détaillée dans la partie physiologique de sa thèse. Pour Lorain et M. Brouardel, « le système nerveux central et surtout la moelle et le bulbe auraient une influence réelle sur la calorification, mais cette action paraîtrait s'exercer surtout par l'intermédiaire des petits vaisseaux ». M. Hutinel fait de plus remarquer qu'en ce qui concerne les empoisonnements « il est probable qu'à côté de l'influence paralysante exercée par les substances toxiques sur les vaisseaux cutanés, il faut placer les modifications du sang si l'on veut se rendre un compte exact de l'hypothermie produite. »

L'auteur s'occupe ensuite des températures basses dans les *fièvres*, la *gangrène*, le *choléra*, l'*œdème des nouveau-nés*. Nous ne pouvons que mentionner ces divers paragraphes, dont le dernier nous offre les exemples les plus remarquables d'abaissements excessifs de la température. C'est en effet dans le sclérème qu'ont été observés les chiffres invraisemblables de 23° et de 19°, l'athrepsie a pu également, dans quelques cas, produire des hypothermies allant jusqu'à 25° et 24°. Le mécanisme est le même que nous avons déjà vu pour l'urémie : trouble de la nutrition élémentaire, rétention des matériaux. de dé assimilation, dyscrasie sanguine, diminution des combustions intimes et par conséquent de la calorification, le ralentissement des échanges cellulaires peut quelquefois être tel que les complications phlegmasiques n'élèvent même plus la température (Parrot).

Le chapitre suivant traite des températures basses dans les intoxications. M. Hutinel examine successivement les effets thermiques d'un grand nombre de substances médicamenteuses : la vératrine, l'alcool, l'ipéca, l'arsenic, le chloral donnés à dose suffisante pourraient produire des abaissements de température de plusieurs degrés.

Nous n'insisterons pas sur les considérations physiologiques qui terminent la thèse de M. Hutinel et dont nous avons déjà, chemin faisant, donné un aperçu. Le fait à retenir : c'est que l'hypothermie relève toujours de causes multiples, insuffisance de la calorification, état de l'appareil cardio vasculaire et du système nerveux exagération de la dépense thermique, etc. etc. Déterminer maintenant la part d'action qui revient à chacune de ces causes, telle est la voie tracée par M. Hutinel pour arriver à la solution du problème général des abaissements de température. H. D'OLIER.

IV. Réunir en vingt jours les matériaux, épars dans la science, sur un sujet tellement scabreux qu'aucun auteur classique ne l'avait encore traité dans son ensemble : voilà ce qu'avait demandé le jury. M. A. Robin a répondu en un volume de 600 pages, abordant toutes les parties de la question : ici, avec une originalité incontestable; là, et peut-être même dans les points plus particulièrement du domaine ophthalmologique, avec moins de bonheur et d'exactitude. Aussi bien, ce gros volume, qui résume tout l'effort que peut fournir une intelligence d'élite en vingt jours, est-il un argument décisif pour juger l'épreuve ultime imposée aux candidats. Non, après une lutte engagée pendant deux mois sur le véritable terrain de la pathologie générale et médicale, il n'est pas rationnel de lancer au hasard des sujets de thèse exigeant antérieurement des études aussi spéciales. Tel concurrent pourrait avoir traversé victorieusement toute la série des épreuves, avoir mérité unanimement le triomphe, et succomber, s'il était livré à lui seul, devant un obstacle aussi imprévu.

Le plan adopté par M. A. Robin est véritablement magistral; il dénote chez son auteur une rare et très remarquable originalité comme conception d'anatomie philosophique. C'est, en effet, à l'embryologie de l'œil qu'il fallait s'adresser pour trouver un fil conducteur, au milieu de ce chaos de matériaux contradictoires. Les travaux isolés ne manquent point, les observations, les théories, les examens histologiques se rencontrent partout en abondance; mais comment les grouper. comment agencer ces éléments pour en faire sortir un ensemble solide et lumineux. Or, l'anatomie nous enseigne dans l'embryon le mode de développement, les relations, la notion des différents tissus de l'œil.

Cet organe est une émanation du cerveau, de la vésicule encéphalique ; il est en rapport avec lui par un nerf spécial, par des vaisseaux, des membranes, des nerfs moteurs et sensitifs. L'analyse des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale doit donc porter sur chacun de ces groupes. Voilà, assurément, une excellente idée : la meilleure, croyons-nous, de cette longue monographie ; elle suffirait, à elle seule, pour assurer au travail de M. Robin une bonne place dans la bibliographie ophthalmologique. Pourquoi donc l'avoir, plus tard, complétement oubliée, à tel point qu'au moment précis, aux lésions du N. O., il n'en est même plus question. On dirait que la main qui a tracé ces premières pages n'a plus souvenance, à la fin, des idées qu'elle a suivies tout d'abord.

L'auteur étudie donc : 1° Les connexions *motrices* de l'œil et de l'encéphale, et les troubles oculaires qui en dépendent ; 2° Les connexions *sensorielles* (optiques) et leurs lésions ; 3° Les connexions de *sensibilité générale* (5e paire) et leurs lésions ; 4° Les connexions *circulatoires*.

Quelques considérations sont consacrées aux lésions congénitales, aux troubles oculaires liés chez les animaux aux maladies de l'encéphale. Enfin, les dernières pages forment un résumé sur la mise en valeur de ces troubles oculaires dans le diagnostic et le pronostic des maladies de l'encéphale.

Voilà le programme adopté pour répondre à la question posée par le jury ; il a bien ses inconvénients, car il est difficile, par exemple, d'isoler, dans une maladie, les troubles vasculaires, des troubles nerveux ; il expose à des répétitions; toutefois, nous pensons qu'il est encore le meilleur parce qu'il est basé, non pas sur une division artificielle, mais bien sur un fait anatomique. Malgré l'amplitude d'un pareil cadre, l'auteur ne s'est pas débarrassé de certaines longueurs inutiles. Arrivé à ces hauteurs de conceptions philosophiques, il était, croyons-nous, permis de ne pas s'arrêter à des notions élémentaires comme celles que nous rencontrons sur les symptômes du strabisme, le mécanisme de l'accommodation, l'anatomie de l'iris, la structure de la rétine, l'aspect du fond de l'œil, inutile surtout de donner un spécimen malheureux de papille physiologique.

M. Robin a traité, en somme, quatre chapitres principaux : 1° Les paralysies motrices et de l'iris; 2° Les névrites et les amblyopies; 3° Les troubles de la 5e paire; 4° Les lésions vasculaires.

L'étude des paralysies motrices et de l'iris n'occupe pas moins de 165 pages dans cette thèse. Après un aperçu rapide, mais fort complet, et enrichi d'excellentes figures, sur les origines et les connexions des nerfs moteurs, utilisant les travaux de Meynert, et surtout les belles recherches récentes de Laborde et M. Duval, M. Robin étudie les paralysies des nerfs moteurs. Paralysies partielles, isolées, doubles ; il examine la valeur de ce symptôme dans la syphilis, le tabès, la sclérose, les méningites, et la paralysie bulbaire. Puis il tente de remonter au siége précis des lésions encéphaliques, ce qui nous ramène à l'extrême périphérie du trajet des nerfs, aux localisations cérebrales dans leur plus minutieux détail. Rappelons à ce sujet les travaux de Fournier, Magnan, Hallopeau, Grasset et Grault. Nous retrouvons, au chapitre de la déviation conjuguée, le résumé des mémoires de Prevost, Coingt et Landouzy; pour le nystagmus, l'auteur a développé les idées de Ravaud et Charcot.

Cette première partie se termine par une excellente appréciation de la valeur de la mydriase et du myosis, dans les maladies mentales : la méningite, les hémorrhagies, les tumeurs, les paralysies, le tabès, la sclérose, l'hystérie. M. Drouin, en 1876, avait publié à Paris une remarquable thèse sur ce sujet elle a été suivie de travaux de Frank, Boy, Dautheville et Vincent.

Cette portion de la thèse de M. Robin est importante parce qu'elle utilise pour la première fois des travaux tout modernes, que nul n'avait adaptés encore à un résumé d'ensemble. Nous voulons parler des mémoires de M. Duval sur l'origine des nerfs crâniens, et de cette série de recherches auxquelles l'Ecole de Paris, et plus spécialement celle de la Salpêtrière ont donné

naissance depuis quelques années pour établir la localisation périphérique des plus fines racines. Les paralysies motrices n'avaient pas encore été analysées jusque dans les circonvolutions ni dans leurs nouveaux noyaux bulbaires ou protubérantiels.

La troisième partie comprend l'étude des névrites, des atrophies et des amblyopies. Quelques pages consacrées à l'investigation du centre de la vision nous ont valu la primeur des recherches inédites de M. Vulpian sur ce point de localisation si discuté : c'est à la partie postérieure de la deuxième circonvolution cérébrale, chez le chien, que M. Vulpian a constaté une atrophie résultant de l'extirpation de l'œil opposé, pratiquée quatre mois auparavant. Mais dans cette importante partie de l'ouvrage, nous ne pouvons constater ce que nous cherchions, c'est-à-dire la description méthodique, claire, des inflammations du nerf optique. M. Robin a cru devoir décrire bien à part la névrite et l'atrophie, comme si le processus pathologique était différent, comme si la névrite ne passait pas à l'atrophie : de là une description incomplète au début, puis des répétitions obligatoires. C'est ici que nous aurions voulu voir mettre à profit l'idée sur le connectif nerveux de la vésicule encéphalique : Alors, dans cette pathologie du nerf optique, M. Robin n'aurait pas oublié l'élément le plus important de la névrite : la névroglie, dont il semble ignorer l'existence; alors il eût compris que la division des atrophies en parenchymateuses et interstitielles était insuffisante, et que cette dernière devait se diviser en névrite connective et en névrite névroglique; l'atrophie n'étant du reste qu'une phase de la névrite. En s'appuyant en un mot sur la structure particulière du nerf optique, si différente de celle des nerfs ordinaires, il eut évité toutes les obscurités, toutes les incertitudes venues des dénominations cliniques : Le type de l'atrophie blanche se rencontre, par exemple, dans les atrophies qui succèdent aux lésions destructives d'emblée du centre optique et des bandelettes : le nerf optique subit pour ainsi dire la dégénérescence wallérienne; c'est bien là le type de l'atrophie blanche, parenchymateuse. Mais il en est tout autrement de l'atrophie, qu'il nomme parenchymateuse, du tabès. Elle est bien parenchymateuse, il est vrai, mais consécutivement à la sclérose connective et périvasculaire; elle est grise, tous les cliniciens l'admettent et le disent. Or qui dit papille grise, verdâtre, dit sclérose et vascularisation exagérées.

Ce chapitre est du reste peu au courant de la bibliographie récente, et l'auteur paraît surtout s'être borné à la lecture de deux mémoires nouveaux, intéressants, il est vrai, mais fort incomplets sous plusieurs rapports et qui ne font pas loi en la matière. Il étudie ensuite les amblyopies et les amauroses *sine materia*, les modifications du champ visuel, les scotomes, et enfin l'hémiopie dont la thèse toute nouvelle de Bellouard nous a donné la meilleure description.

La quatrième partie est consacrée à la pathologie de la cinquième paire, aux troubles trophiques dépendant des lésions expérimentales, au zona, aux ophthalmies sympathiques, etc., chapitre assez bref et suivi de l'étude sur les connexions circulatoires. L'auteur n'accorde pas une grande confiance aux signes donnés par Bouchut qui a si largement généralisé les troubles de vascularisation papillaire. Il y aurait peut-être beaucoup à dire sur la façon dont les travaux persévérants de M. Bouchut ont été accueillis dans sa patrie même. Car, si nous voulons bien faire la part de certaines exagérations inévitables chez l'auteur d'une méthode, il faut reconnaître que les Allemands et les Anglais font aujourd'hui de larges emprunts à la cérébroscopie.

Ce qui suit n'est qu'une revue rapide des troubles oculaires dans les hémorrhagies cérébrales, les embolies, la méningite, l'exophtalmie et la tuberculose. Noterons-nous le chapitre consacré aux lésions congénitales et à la pathologie comparée ?

M. Robin termine sa thèse en jugeant ainsi les troubles oculaires dans leurs rapports avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de l'encéphale.

La valeur intrinsèque des symptômes oculaires les mieux étudiés est fort minime (p. 532), ce qui ne lui empêche pas de reconnaître que, réunis avec discernement, ils acquièrent de suite une importance majeure. Nous ne nous attendions pas à une conclusion aussi froide ! mais quelle est donc en médecine le symptôme qui absolument isolé conduit à la certitude ? Non, toute cette thèse le prouve, son auteur n'est pas un ophtalmologiste : il n'a pas foi dans la science dont il avait à traiter le plus beau chapitre.

Pour terminer, nous dirons que ce travail si volumineux, remarquable à plus d'un titre, contenant des parties supérieurement traitées, pèche cependant par des défaillances singulières, inexplicables, et surtout par son homogénéité. Un tel sujet ne s'aborde pas d'emblée, et pour le conduire à bien dans son ensemble, il eût fallu plus de vingt jours, même après de longues études spéciales. Les lacunes que nous regrettons dans cet ouvrage sont donc attribuables avant tout au mode de loterie qui répartit au hasard les numéros gagnants.

F. P.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Bistouri lithotome; par FORT.

M. Béclard présente un *bistouri lithotome* construit par M. Guenin sur les indications de M. Fort. (*Fig. 35 et 36.*)

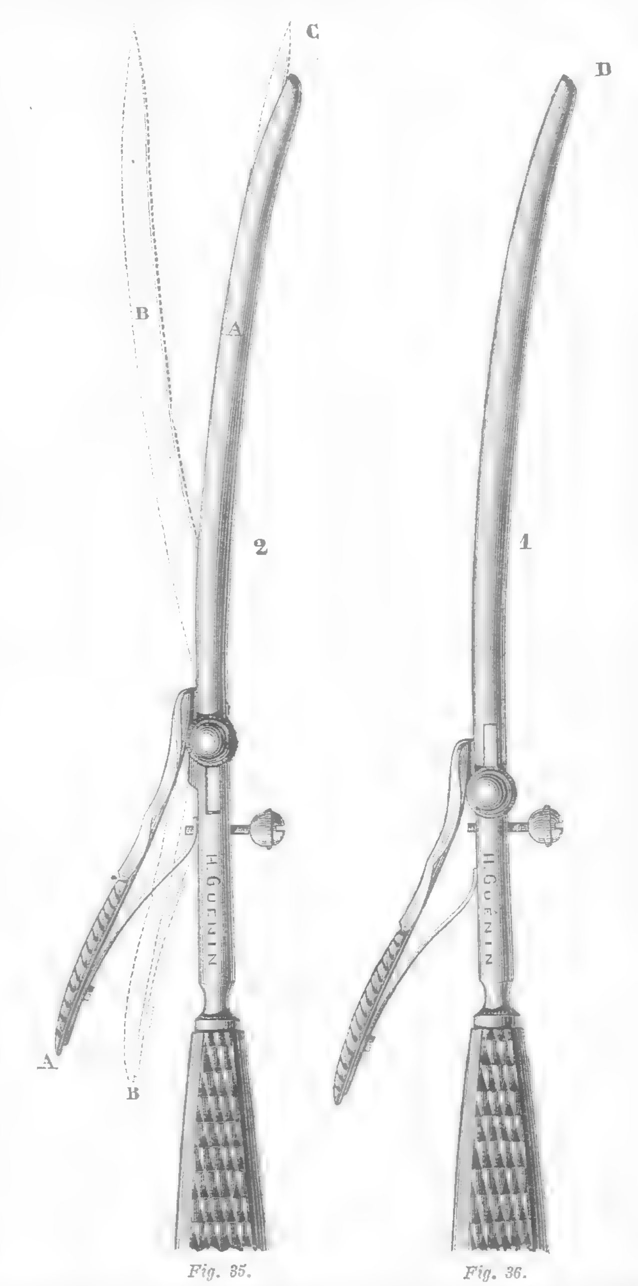


Fig. 35. *Fig. 36.*

Cet instrument est un lithotome simple ou pourvu d'une lame à coulisse.

Lorsque le chirurgien a fait la ponction de l'urèthre dans le cathéter, il fait rentrer la lame dans sa gaîne en appuyant le doigt sur un bouton. L'instrument pénètre alors dans la vessie comme le lithotome ordinaire. Le reste de l'opération se fait selon les règles générales. La figure 36 montre le bistouri lithotome fermé; la figure 35 montre en AA l'instrument fermé avec la pointe poussée hors de l'instrument. BB représente le bistouri ouvert.

VARIA

Rapport sur le Project de création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique à la Faculté de médecine de Paris.

M. G. Sée, au nom d'une commission composée de MM. les professeurs Lasègue, Verneuil, Charcot, Le Fort et G. Sée, a présenté à la Faculté le rapport suivant :

Au projet de budget présenté à la Chambre par M. le ministre de l'instruction publique pour l'année 1881, se trouve inscrite une somme de 27,400 francs pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique et d'un laboratoire, qui doivent être installés dans l'Institut clinique de l'Hôtel-Dieu.

Le gouvernement, usant d'un droit strict, décide *proprio motu* l'établissement d'une chaire nouvelle ; la Faculté perd ainsi à la fois la prérogative d'être consultée sur l'opportunité d'une innovation, et le privilège de son initiative en matière de réformes, qu'elle a exercée de tout temps, avec l'unique préoccupation d'élever les études médicales au niveau de la science moderne. La nomination directe, dont on nous menace, serait encore un mode inusité, dont jusqu'ici il n'y a eu qu'un seul et d'ailleurs heureux exemple ; la Faculté n'aurait plus dès lors le droit de se prononcer sur le choix des candidats qui briguent les chaires nouvellement créées ; on se passerait de son suffrage, on nous imposerait arbitrairement des collègues nouveaux. L'Empire lui-même, après 1862, date du décannat et de l'investiture directe de M. Rayer, a fini par demander l'opinion de la Faculté sur la valeur des institutions nouvelles, et sur le mérite respectif des candidats. C'est ce qui eut lieu lors de la fondation, par un généreux donateur, de la chaire d'histoire de la médecine.

Le gouvernement de la République a fait mieux ; il a laissé à la Faculté l'initiative de toutes les innovations, et le choix des candidats ; c'est ce qui se passa à l'occasion des cliniques spéciales créées avant l'année 1880.

Mais faisons abstraction de ces formalités, qui sont cependant en réalité un hommage rendu à la Faculté, et ne nous préoccupons que de l'utilité, de l'opportunité de l'enseignement qu'on appelle nouveau, bien qu'il soit en réalité le dédoublement d'une chaire préexistante. Si cette institution est indispensable, ou même simplement utile, la Faculté est prête à lui assurer son existence, et même à en favoriser le développement ; mais en est-il ainsi ? Voyons les considérants : « L'enseignement de l'anatomie pathologique à la Faculté de Paris, dit l'auteur du projet budgétaire, est avant tout théorique ; la pratique journalière des autopsies et les démonstrations qui s'y rapportent ne sont l'objet d'aucun cours régulier ; cependant, rien ne serait plus utile que d'apprendre, *de visu*, l'anatomie pathologique, qui est la base scientifique de l'enseignement médical. »

La réponse à ces étranges allégations peut être facilement formulée. Le cours dogmatique d'anatomie pathologique se compose de deux parties, distinctes en apparence, mais tendant toutes deux au même but, c'est-à-dire à la pratique vraie de l'anatomie morbide : l'une comprend ce qu'on appelle aujourd'hui en pédagogie les leçons de choses, c'est une suite de démonstrations publiques, pratiquées sur des dessins, des schémas, qui reproduisent d'une manière saisissante les formes apparentes et la texture intime des organes lésés ; l'autre partie du cours consiste en conférences dans le laboratoire même, où les cadavres, les pièces pathologiques, les préparations histologiques sont mises sous les yeux et à la disposition temporaire des élèves, qui sont exercés ainsi aux examens les plus sérieux, les plus délicats.

Ce n'est là qu'une partie de l'enseignement anatomique ; nous possédons neuf cliniques médicales, chirurgicales et d'obstétrique ; et quatre cliniques spéciales, abstraction faite des services hospitaliers dirigés par nos collègues et nos agrégés en exercice ; or, c'est là, dans cette immense école d'observation, que l'anatomie pathologique est enseignée tous les jours de toute l'année scolaire, avec son véritable caractère utilitaire ; les autopsies, les dissections, les analyses texturales se pratiquent là sous les yeux, sous la direction du maître et dans un but d'autant plus utile, d'autant plus pratique, que le professeur est tenu pour ainsi dire de vérifier, c'est-à-dire d'infirmer ou de confirmer le diagnostic qu'il a posé, discuté publiquement pendant la vie du malade ; l'autopsie est le vrai moyen de contrôle, c'est le complément de l'instruction ; l'enquête pendant la vie se trouve fixée ainsi par les révélations posthumes.

Il est étrange qu'on dénigre ou qu'on oublie ce genre d'instruction qui de tout temps a fait la gloire de l'école de Paris ; c'est grâce à cette méthode combinée de l'investigation rigoureuse pendant la vie, et de l'inspection minutieuse des organes lésés, que nos grands maîtres, les Corvisart, les Dupuytren, les Laënnec, les Cruveilhier sont arrivés à ces hauteurs que le génie médical n'avait jamais atteintes, Laënnec, sans la clinique, n'eût jamais imaginé l'auscultation, et sans l'étude des lésions il ne l'eût jamais démontrée.

Cette étude elle-même des altérations de tissus ne se borne plus aujourd'hui à de simples descriptions, elle pénètre dans l'intimité des tissus et de leurs éléments constituants ; les recherches microscopiques sont pratiquées dans nos cliniques, ou plutôt dans les laboratoires de clinique, avec le plus grand soin et une suffisante compétence, par nos chefs de cliniques, par les chefs de laboratoire, par les aides, les préparateurs, les internes, dont l'instruction est préparée, même perfectionnée, par les professeurs d'histologie normale et d'anatomie morbide.

Rien n'échappe donc à l'analyse anatomique ; rien ne manque à la pratique des autopsies, qui se font avec autant de ménagement que de méthode; les démonstrations qui en sont la conséquence se font dans la leçon publique sur des préparations nécroscopiques, et l'étude de ces pièces de conviction, de ces témoins de la vie s'achève sous les yeux des élèves, souvent par leurs propres soins, sans présenter la moindre lacune, sans soulever la moindre objection, et *c'est pourtant* là l'argument principal, ou plutôt le prétexte avéré pour l'intronisation de cette chaire, soi-disant appliquée d'anatomie morbide.

La véritable innovation qu'on veut introduire dans notre enseignement n'est donc pas la pratique des autopsies : la nouveauté est une imitation d'un procédé allemand, une importation de mauvais aloi. Dans certaines Facultés de l'étranger, le professeur de clinique est, en effet, tenu de livrer le cadavre à l'anatomiste de profession ; c'est, non la division, mais la dislocation du travail, c'est la disjonction des questions fatalement connexes, qui se résument ainsi : cause et mécanisme de la maladie ; cause et mécanisme de la mort.

Le clinicien allemand s'attache à observer, à décrire la phénoménalité ; puis son observation, sous le nom de protocole, s'égare dans la salle d'autopsie, où, la vie en étant bannie, l'on dissèque, l'on analyse scrupuleusement un corps inconnu, un cadavre, qu'on pourrait appeler *abstrait*. Le médecin ne reconnaît plus son malade mort ; l'anatomiste ignore comment le malade a vécu ; le trait-d'union fait défaut et le jugement définitif du problème ne saurait être prononcé en connaissance de cause.

Qu'on ne croie pas d'ailleurs que le monopole de l'anatomie ait produit des résultats incomparables ; il me suffit de citer un seul exemple : les études innombrables accumulées depuis l'invention de l'histologie, sur la nature du tubercule, ont fini par aboutir à quoi ? à démontrer comme la seule vraie l'opinion de Laënnec, qui ne connaissait pas le microscope.

L'enthousiasme des savants étrangers est singulièrement refroidi à l'égard de la disjonction ; ils tendent à s'affranchir du joug qui leur avait été imposé, et on peut lire, dans la nouvelle organisation de l'Institut clinique de Munich, la liste d'une dizaine de chaires, mais pas d'anatomie pathologique.

Cette séparation des pouvoirs scientifiques en Allemagne est si stérile, l'histologie morbide y est tellement dénuée d'intérêt, que les meilleurs professeurs, qui enseignent l'anatomie pathologique dans les Instituts cliniques mêmes : ainsi Recklinghausen, Cohnheim, ne se livrent plus qu'à l'étude de l'histologie normale, ou bien aux travaux de physiologie expérimentale. (*A suivre.*)

Les peintures du musée pathologique de la Salpêtrière.

Le musée pathologique récemment créé à la Salpêtrière, grâce à l'initiative de M. le professeur Charcot, secondé par MM. Bourneville et Loreau, grâce également à l'aide bienveillante de MM. Michel Möring et Lebas, est installé définitivement depuis quelque temps. Nous parlerons un jour de la partie scientifique et médicale du musée ; pour le moment nous entretiendrons nos lecteurs de la partie artistique, partie due à M. Henri Cros, peintre de talent, qui a enrichi le musée de peintures décoratives.

Notre compétence pour porter un jugement sur cette œuvre d'art ne nous semblant pas suffisante, nous reproduisons l'appréciation de deux critiques d'art, dont l'autorité est incontestable en pareille matière.

M. Ch. Burty (*République Française*, n° du 31 octobre) s'exprime ainsi : « M. Henry Cros, sculpteur du talent le plus fin et cirier, décore en ce moment les parois et le plafond du musée de la Salpêtrière. M. Cros a retrouvé ou réinventé les secrets de la peinture à la cire, pouvant s'appliquer aux travaux décoratifs comme aux figures les plus délicates. La Renaissance n'a rien produit de plus original que ses bustes en cire colorées et rien non plus de plus exquis que la décoration qu'il est en train d'achever. Sur les murs du fond, ce sont de grandes figures, moitié nues, moitié drapées, qui rappellent par l'ampleur du style et la simplicité des indications les fresques de Pompéi et les mosaïques. Sur les bandeaux des poutres saillantes qui soutiennent le plafond, ce sont des allégories continuées telles que les quatre Saisons et les quatre Eléments. Une imagination ingénieuse a présidé aux choix des figures, des emblèmes, des accessoires. On n'a rien dit qui fut plus charmant et plus vrai depuis l'anthologie. »

De son côté, M. Fr. de Syenne, dans le journal l'*Artiste*, après avoir fait ressortir les côtés multiples du talent de M. Cros et indiqué les œuvres qu'il a déjà produites, juge l'œuvre nouvelle dans les termes suivants :

« Aujourd'hui nous retrouvons M. Henri Cros achevant un ensemble décoratif, que peuvent seuls admirer quelques rares privilégiés. Il s'agissait d'une tâche difficile : la décoration d'un musée pathologique qui s'organise à la Salpêtrière. On livrait à l'artiste une salle prise aux dépens d'un long dortoir et divisée en sortes de travées par trois piliers tout au plus dégrossis soutenant autant de poutres boiteuses. Des vitrines masquant les murailles,

c'était précisément cette charpente épanelée à coup de hache qu'il restait à décorer. A travers une telle architecture — vénérable sans doute, mais un peu trop élémentaire — quelle ornementation distributive qui n'en fit point saillir l'irrégularité ? Mais avant tout, dans ce musée, quelles visions évoquer qui ne fussent point lugubres ou malencontreuses ? N'importe quel décorateur eût renoncé à l'entreprise. C'était le renversement de toutes les traditions du métier. Heureusement, M. Henri Cros ne voit pas l'art par le métier. Il est d'abord poète. Ce fut de haut qu'il attaqua les difficultés.

» La régularité et la correction ne pouvaient être rendues à l'architecture. Il s'en passa. Et comme son audace était inspirée par un profond sentiment l'art, avec lui ce qui était rustique devint pittoresque, ce qui était imparfait amena l'imprévu, ce qui était barbare devint superbe et revêtit la gravité mystérieuse des grands siècles qui ont passé. L'œuvre serait une merveille lors même qu'elle ne parlerait qu'aux yeux. Mais M. Henri Cros ne pouvait se contenter d'une ornementation qui ne fût que décorative. Dans cet asile de la vieillesse, de la misère et de la douleur il voulait écrire des pages austères. Du milieu où il se trouvait, il prit son essor et ses peintures sont autant de strophes du poème de la vie et de la nature. Elle résume l'éternelle genèse. Une suite de symboles met en présence les forces qui créent et les forces qui détruisent. C'est d'abord le temps dont toute chose procède ; il relie par une même chaîne les quatre âges géologiques qui représentent des débris de plantes et d'animaux. A demi cachées, quelques constellations nous font pressentir l'immensité. Le dessin domine les éléments. Il gouverne aussi les peuples ainsi que l'indique un profil de l'île de la cité opposé aux ruines d'un temple grec. La nature engendre les quatre races humaines qui entre elles alternativement font la paix et la guerre. Les plantes, les animaux, les matières minérales, productions inférieures et surabondantes de la nature, se répandent sur les piliers et sur leurs chapiteaux. Un sphinx pose l'énigme du mal inconnu, de la perversité inévitable et mystérieuse. Mais l'espérance entourée de saisons, du crépuscule et de l'aurore, rappelle la révolution constante des choses, le renouvellement incessant de la vie. Enfin les deux notes humaines les plus pures, la charité et la science, cette lumière de l'âme et cette lumière de l'esprit, s'ajoutent à l'ensemble décoratif. Elles viennnt en éclairer le sens et en justifier la destination. »

Serment exigé par la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain.

Nous trouvons dans le *Journal des sciences médicales de Louvain*, organe des professeurs de la Faculté de médecine de l'Université catholique de cette ville, la formule du serment exigé des jeunes gens auxquels elle accorde le titre honorifique de docteur de Louvain. Nous la reproduisons en son entier, persuadés qu'elle intéressera nos lecteurs :

« Ego N..... testor *Deum omnipotentem* me in curandis ægris diætatem aliaque remedia, quantum ingenii viribus assequar, ex Artis regulis ad ægrotantium salutem et commodum commandaturum, nec prece nec pretio aliâve de causâ pharmacum noxium cuiquam propinaturum ; audita vel visa inter curandum silentio suppressurum ; in disquisitione forensi ad judicem fideliter relaturum quid actum, quid repertum sit, et de indole mali ex animi sententiâ religiose prononciaturum ; *eos qui quartâ die morbo acuto decumbunt, moniturum ut rebus suis spiritualibus et temporalibus mature provideant* ; in his denique omnibus quæ ad Artis exercitium pertinent, pietati, honestati et conscientiæ operam daturum.

» *Ego* idem sancte promitto me, ad quemcumque statum devenero, curaturum, quantum in me erit, honorem et prosperitatem UNIVERSITATIS CATHOLICÆ.

» Hæc spondeo, voveo ac juro. SIC ME DEUS ADJUVET ET HÆC SANCTA DEI EVANGELIA. »

Le drame de Clermont (Oise).

Nos lecteurs ont appris, d'après les journaux quotidiens, les circonstances détaillées d'un crime commis sur un aliéné, Appert, par Estoret, l'un des gardiens de l'établissement de Clermont (Oise). Nous n'insisterons pas aujourd'hui sur l'odieux de ce crime qui a soulevé une indignation générale et a fait réclamer, avec raison, une enquête d'urgence ayant pour but d'établir jusqu'à quel point la responsabilité du directeur se trouvait engagée dans cette affaire.

Nous trouvons, dans le journal la *France*, les renseignements suivants relatifs à cette enquête :

« A la suite du rapport transmis par M. Pélissier, inspecteur des services administratifs, à M. Camescasse, directeur des affaires départementales et communales au ministère de l'intérieur, un arrêté vient d'être rendu qui suspend pour un mois, M. Labitte, directeur de la maison d'aliénés de cette ville. Les dates des différentes péripéties de l'affaire opposées à l'inertie du directeur engagent très lourdement sa responsabilité et constituent le plus sévère des réquisitoires. C'est en effet, le 3 mars que le malheureux Appert a le bras cassé ; le 8, M. Labitte est prévenu de sa prétendue évasion, et ce n'est que le 16 qu'il en fait part au préfet. Le 25, M. Labitte est prévenu par Chauveau, qui faisait chaque jour des sondages, qu'il y a un cadavre, et c'est seulement après que le cadavre a été exhumé du silo qu'il se décide à prévenir le parquet. De plus, Estoret fait l'aveu de son crime à M. Labitte, il l'avoue également à un interne, et ceux-ci ne prennent pas sur eux de le faire arrêter.

Pendant un mois l'établissement en question sera administré par M. Gustave Labitte, médecin de la maison, frère de M. Labitte. Après cette période, selon les résultats de l'enquête judiciaire qui est faite simultanément le gouvernement avisera ; mais la procédure commencée lui a été dictée par les dispositions de l'ordonnance de 1839 sur les établissements libres d'aliénés.

Le rapport de M. Pélissier a révélé un autre fait. Au mois de janvier dernier, un berger mourait après quelques mois de maladie. Le gérant Estoret, qui était maire de la commune de Villerie où habitait ce berger, répandit le bruit qu'il était mort de la rage, sans que personne ait pu remarquer chez le défunt les caractères de cette maladie. Or ce berger, était, paraît-il, le mari de la maîtresse d'Estoret. On craint que ce malheureux ait été empoisonné par Estoret, aujourd'hui en fuite, qui avait à sa disposition la pharmacie de la succursale.

Dans une de ses dernières séances, le Conseil général de Seine-et-Oise a reçu communication d'une lettre de M. le directeur de l'asile d'aliénés de Clermont lui annonçant le décès tragique du nommé Appert, qui était un de ses pensionnaires. Le Conseil général a adopté une délibération invitant M. le Préfet à nommer une commission chargée de faire une enquête sur le régime des aliénés détenus à Clermont et de lui faire un rapport à la session d'août.

Une facétie cléricale.

Il y a quelques jours, on pouvait lire sur la porte du laboratoire de physiologie de la Sorbonne l'inscription suivante : *P. Bert : Infection de radicalisme et de chiens.*

L'auteur de cette plaisanterie et ses quelques amis ont dû rire de bon cœur et trouver la chose fort spirituelle. Nous ne les chicanerons pas à ce sujet : l'esprit n'étant pas monnaie courante chez ces messieurs, ils ont le droit de ne pas se montrer exigeants. Où nous ne sommes plus d'accord, c'est sur le sens qu'on a voulu donner à l'inscription, car, à notre avis, le radicalisme doit être considéré comme un désinfectant, le seul qui soit assez puissant pour assainir ce qui a été infecté par la peste cléricale. Pour ce qui est de l'*infection de chiens*, nous avouerons volontiers que ces pauvres bêtes ne fleurent pas le lis; mais est-ce bien aux disciples et aux fervents adorateurs du bienheureux saint Labre, de pouilleuse mémoire, de se montrer difficiles en fait d'odeur ?

Association française pour l'avancement des sciences.

Le Conseil d'administration de l'association vient d'accorder, sur la proposition des sections qui la composent, un certain nombre de subventions aux savants dont les noms suivent :

M. l'abbé Rougerie, pour lui permettre de continuer ses recherches sur les courants atmosphériques, 300 fr.; — M. Rivière, pour aider à la publication de ses recherches sur la paléontologie humaine et aux nouvelles fouilles qu'il compte entreprendre, 500 fr.; — M. Jobert, pour l'achat d'un moteur électrique, d'un appareil à respiration artificielle et d'un saccharimètre Laurent qui lui permettront de continuer ses recherches personnelles sur les plantes médicinales qu'il a rapportées du Mexique, 1,000 fr.; — M. Gros, pour aider à la suite de ses études sur la télégraphie hydrostatique, 200 fr.; — M. Sabatier, pour l'achat d'une drague et les dépenses qu'entraînera l'exploration zoologique de l'étang de Thau, 1,000 fr.; — M. Moniez, pour contribuer à l'achat et à l'entretien des animaux nécessaires pour la continuation de ses recherches, 200 fr.; — M. Delort, pour contribuer aux dépenses occasionnées par ses fouilles dans les grottes-abri, les dolmens, etc., etc., de l'Auvergne, 300 fr. ; — M. Salmon, pour contribuer aux dépenses occasionnées par la publication d'une carte d'archéologie celtique du département de l'Aube, 500 fr; — M. Fière, pour contribuer aux aux dépenses occasionnées par des fouilles dans les grottes préhistoriques du Dauphiné (grotte d'Aizy), 300 fr.; — M. Maury, pour contribuer aux recherches relatives à la multiplication des vignes américaines, 300 fr.; — M. Giard, pour achat d'appareils de pêche spécialement disposés pour les recherches d'animaux marins, 500 fr.; — M. Cartailhac, pour contribuer à l'installation d'un laboratoire d'anthropologie, 500 fr.; — M. Lescarbaut, pour l'aider à contribuer à ses importantes recherches astronomiques, 550 fr.; — M. de Lacaze-Duthiers, une somme de 3,000 fr. dont on porte sur l'exercice actuel pour l'achat d'un scaphandre complet, 2,000 fr.; — M. Leveau, pour second versement de sa subvention de 1,000 fr. votée pour lui faciliter l'exécution de calculs se rapportant à la théorie de la planète Vesta. 400 fr.; — Observatoire du mont Ventoux (2[e] versement sur la subvention de 2,000 fr.) installation scientifique et achat d'appareils d'observations, 1,000 fr. — Total, 9,550 fr.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Elections.

Jeudi dernier, 15 avril, ont eu lieu, dans toute la France, les élections pour le Conseil supérieur de l'Instruction publique. Voici les résultats connus :

Collège de France : MM. Laboulaye et Berthelot ; Ecole Polytechnique : M. le colonel Laussedat ; Ecole des Chartes : M. L. Quicherat ; Conservatoire des arts et métiers : M. Hervé-Mangon ; Institut agronomique : M. Risler, directeur ; Ecole normale : MM. Gaston Boissier et Sainte-Claire Deville ; Ecole des beaux-arts : M. Dubois, directeur ; Ecole centrale :

M. Amédée Burat, doyen des professeurs; Ecoles des langues orientales vivantes : M. Schefer ; Muséum : M. Frémy. L'Institut s'est réuni en assemblée générale à deux heures, et, conformément aux désignations faites précédemment par les cinq classes, a élu : MM. Jules Simon, Egger, Joseph Bertrand, le vicomte Delaborde, Ch. Giraud.

Reste à connaître les nominations des délégués des Facultés de lettres, de sciences, de droit et de médecine.

Actes de la Faculté de Médecine

LUNDI 19. — 2e *de Doctorat* : (Epreuve pratique) : MM. Nicaise, M. Sée, Farabeuf. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnault, Gariel, de Lanessan, — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Dieulafoy.— 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchand.

MARDI 20. — 1er *de Doctorat* : (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Lannelongue, Cadiat. — 2e *de Doctorat* : 1re *série* : Peter, Delens, Debove ; — 2e *série* : MM. Ball, Brouardel, Richelot ; — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Jaccoud, Panas, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Bouchard, Pinard, Berger; — 3e *de fin d'année* : MM. Laboulbène, Hallopeau, Humbert.

MERCREDI 21. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, M. Sée, Pozzi. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Parrot, Nicaise, Chantreuil ; — 2e *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Terrillon.

JEUDI 22.—1er *de Doctorat*, 1re *série* : MM. Panas, Lannelongue, Humbert ; — 2e *série* : MM. Sappey, B. Anger, Ch. Richet; — 2e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Peter, Delens, Debove ; — 2e *série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Berger. — 4e *de Doctorat* : MM. Charcot, Laboulbène, Hallopeau. — 3e *de fin d'année* : MM. Bouchard, Legroux, Richelot.

VENDREDI 23. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, M. Sée, Terrillon.—3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan ; — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Fournier, Guéniot, Pozzi; — 2e *série* : (Charité) : MM. Potain, Nicaise, Chantreuil.

SAMEDI 24. — 1er *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Sappey, Delens, Ch. Richet ; — 2e *série* : MM. Gosselin, Lannelongue, Humbert.—3e *série* : MM. Charcot, B. Anger, Berger. — 4e *de doctorat* : MM. Peter, Laboulbène, Rigal. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Hardy, Panas, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Jaccoud, Pinard, Richelot.

THÈSES. — *Mardi* 20 : 149. M. Capdupuy: Essai sur le diagnostic de la qualité des liquides pleurétiques. — 150. M. Selle : Contribution à l'étude symptomatologique des affections épilepto-hystéroïdes et hystéro-épileptoïdes. — 151. M. Mouveroux : Compression des nerfs récurrents ; trachéotomie. — 152. M. Rimbert. — *Mercredi* 21 : 153. M. Fatin : Contribution à l'étude du traitement des varices. — 154. M. Delisle : Contribution à l'étude des déformations artificielles du crâne. — 155. M. Rol : De l'hydrocèle vaginale simple et de son traitement par le procédé opératoire de Defer. — 156. M. Balczewski : Contribution à l'étude du traitement de la tumeur lacrymale. — *Jeudi* 22 : 157. M. Fourguette : Contribution à l'étude de l'adéno-lymphite de la métrite. — 158. M. Barthélemy : Considération sur quelques formes irrégulières de fièvre typhoïde dans leurs rapports avec la grippe. — 159. M. Alphen. — 160. M. Colombat : Contribution à l'étude des paraplégies gravides. — 161. M. Langlé-Ferrière : Etude sur l'eczéma scrofuleux.—*Vendredi* 23 : 162. M. Beaufinet : Etude clinique sur le colchique d'automne. — 163. M. Coindreau : Des symptômes physiques de la folie au point de vue de la simulation. — *Samedi* 24 : 164. M. Gignac : Etude sur les troubles de la parole chez les phthisiques présentant des complications méningo-encéphaliques. — 165. M. Akermann : Des maladies spéciales aux ouvriers employés dans les fabriques de sulfate de quinine.

Enseignement médical libre

Hôpital des Enfants malades. Clinique médicale. — M. le Dr Jules SIMON a repris ses conférences de clinique médicale. Elles ont lieu tous les mercredis à 9 heures. Le samedi à 9 heures, consultation clinique.

Hôpital Saint-Louis. Maladies de la peau. — M. le Dr GUIBOUT reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le samedi 17 avril, à 8 h. 1/2 du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants à la même heure. Les lundis seront consacrés aux maladies des femmes.

Hôpital de Lourcine. Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie. — M. le Dr L. MARTINEAU reprendra ses leçons le mercredi 21 avril, à 9 h., et les continuera les samedis et mercredi à la même heure.—La leçon du mercredi aura pour objet la gynécologie, celle du samedi la syphilis. Les leçons seront précédées de l'examen des malades.

Hôpital Lariboisière. Clinique chirurgicale. — M. le Dr DUPLAY a repris ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi 15 avril, à 9 heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Visite des malades à 8 h. 1/2. Opérations à 10 h.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr RELIQUET commencera son cours sur les *opérations des voies urinaires*, le lundi 19 avril, à 5 h., dans l'amphithéâtre no 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis à la même heure.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr MALLEZ a repris son cours le jeudi 15, à 4 h., amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Voies urinaires. — Le Dr H. PICARD commencera le mardi 20 avril 1880, à 1 h. 1/2, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire et il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera d'abord des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse.

Accouchement. — M. le Dr MIGON commencera un nouveau cours d'obstétrique le mardi 24 avril, à 4 h., amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Cours de thérapeutique. — M. le Dr GALIPPE commencera son cours le samedi 17 avril, à 4 h., amphithéâtre no 2 de l'Ecole pratique, et le continuera à la même heure les jeudi et le samedi. Ce cours sera spécialement consacré au traitement des *affections du tube digestif.* — Cours particulier pour la préparation aux 3e et 4e examens de doctorat (ancien régime).

FORMULES

25. Traitement des hémorrhoïdes par la Glycérine. YOUNG.

Hémorrhoïdes externes enflammées. — Faire baigner la région malade dans de l'eau aussi chaude que peut la supporter le patient et la frotter avec du savon de Castille ; puis appliquer un mélange de pommade au tannin opiacée et d'extrait de belladone. Répéter ce traitement toutes les trois ou quatre heures tant que persiste la douleur.

Hémorrhoïdes internes engorgées. — Ici se présentent deux indications : 1o diminuer la congestion du système porte (usage prudent des stimulants du foie, podophyllin, évonymine, mercure) ; 2o combattre l'irritation. Cette indication est parfaitement remplie par la glycérine Sargo, employée deux fois par jour à la dose d'une petite cuillerée à l'intérieur. Elle constipe légèrement. L'auteur neutralise cet effet en faisant prendre le soir une poudre composée de :

Soufre....................	0 gr. 60.
Sulfate de potasse..........	0 60.

En une pilule faite avec :

Bichlorure de mercure........	0 gr. 002.
Strychnine..................	0 002.
Extrait de belladone	0 020.
Bisulfate de quinine	0 060.
Extrait d'aloès..............	0 030.

L'auteur recommande une grande propreté, et, pour cela, faire usage d'une éponge imbibée d'eau fraîche ou tiède après chaque évacuation (*The Practitionner et Lyon. Méd.*)

26. Badigeonnage au chloral pour le traitement des affections du pharynx. CHITWOOD.

Le Dr E. Chitwood emploie le gargarisme suivant dans l'amygdalite et la diphthérie :

Hydrate de chloral	31 grammes.
Glycérine................	30 —

Badigeonnage toutes les six heures. Donner en outre un traitement général approprié (*London. med. Record*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 2 avril au jeudi 8 avril 1880, les naissances ont été au nombre de 1,134, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 423 ; illégitimes, 151. Total, 574. — *Sexe féminin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 139. Total 560.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 2 avril au jeudi 8 avril les décès ont été au nombre de 1,239, savoir : 645 hommes et 594 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 23. F. 27. T. 50. — Variole : M. 27. F. 25. T. 52. — Rougeole : M. 7. F. 7. T. 14. — Scarlatine : M. 2. F. ». T. ».— Coqueluche : M. 2. F. 3. T. 5. — Diphtérie. Croup : M. 30. F. 22. T. 52. — Dysentérie : M. ». — Erysipèle : M. 4. F. 3. T. 7. — Affections puerpérales : F. 7. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 132. F. 96. T. 228. — Autres tuberculoses : M. 43. F. 47. T. 90. — Autres affections générales : M. 54. F. 70. T. 124. — Bronchite aiguë : M. 31. F. 22. T. 53. — Pneumonie : M. 49. F. 58. T. 107. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 42. F. 34. T. 76. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 36. F. 35. T. 71 ; — chroniques : M. 99. F. 105. T. 204; — douteuses : M. 33. F. 23. T. 56.— Après traumatismes : M. 1. F. ». T. ». — Morts violentes : M. 29. F. 6. T. 35. — Causes non classées : M. 3. F. 2. T. 5.

Morts nés et prétendus tels : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 42 ; illégitimes, 17. Total, 59. — *Sexe féminin* : légitimes, 19 ; illégitimes, 8. Total, 27.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Concours pour le prosectorat.— Candidats.* — Se sont fait inscrire pour subir le concours pour le prosectorat : MM. Brun, Jarjarvay, Marchant, Ramonède et Routier.

Concours pour l'adjuvat. — *Candidats.* — Se sont fait inscrire pour

subir le concours pour l'adjuvat : MM. Barette, Berne, Boulay, Carafi, Castex, Defontaine, Desnos, Despines, Ferrand, Labbé, Luizy, Menard, Méricamp, Mériot, Michaux, Ozenne, Poirier et Trousseau.

Prix Corvisard. — Le prix Corvisard, pour l'année 1879, a été partagé de la manière suivante : M. Giraudeau, 300 fr. ; M. Ratel, 100 fr.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Chirurgie et accouchements.* — La deuxième série d'épreuves (leçon de trois quarts d'heure) a commencé le 9 avril. Les questions traitées ont été les suivantes : Vendredi 9. MM. Peyrot et Schwartz : *Des corps étrangers des voies aériennes.* — Lundi, 12. MM. Reclus et Tédenat : *De l'ostéomyélite traumatique.* — Mardi, 13. MM. Weis et Bouilly : *Du resserrement permanent des mâchoires.* — Mercredi, 14, MM. Guibal et Piéchaud : *Des luxations du coude en arrière et de leur traitement.* — Jeudi, 15. MM. Boursier et Baraban : *Des kystes congénitaux du cou.*

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de médecin au bureau central.* — La première épreuve de ce concours s'est terminée samedi 17 avril. Ont été admis à subir la seconde épreuve : MM. Carrère, Chouppe, Cuffer, Danlos, de Beurmann, Dreyfous, Dreyfus-Brissac, Du Castel, Gaillard-Lacombe, Gingeot, Hanot, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Moizard, Moutard-Martin, Muselier, Renault, Robin, Roques, Sanné et Tapret.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le professeur DEHÉRAIN a commencé son cours de physiologie végétale, le mardi 13 avril 1880, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera le samedi et le mardi de chaque semaine, à la même heure. Il traitera du développement des végétaux, de la germination, de la nutrition des plantes, de la formation et de la migration des principes immédiats et de la maturation. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63. Elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Concours pour une place de chef de clinique médicale.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination du Dr Davezac. Les épreuves ont été les suivantes : 1° Epreuve clinique : tuberculeux ; — 2° Epreuve manuelle : poumon tuberleux ; foie muscade ; cœur dilaté et dégénéré ; urine albumineuse ; — 3° Epreuve clinique : insuffisance mitrale ; hémiplégie et hémianesthésie hystérique.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Bourienne, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école en remplacement de M. Leroy de Langevinière, dont le mandat est expiré. — M. Pihier, pharmacien de première classe, préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé du cours d'histoire naturelle.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, est chargé d'une mission scientifique en Syrie, à l'effet d'étudier la faune de ce pays et de pratiquer des fouilles dans une ancienne nécropole phénicienne. — M. Fr. Franck, préparateur au Collège de France, est chargée d'une mission scientifique à l'effet d'étudier l'organisation des laboratoires de Belgique et de Hollande.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. *Séance solennelle. Banquet.* — La séance solennelle de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 26 avril 1880. Le même jour aura lieu le banquet annuel, à 7 heures, chez Bignon (restaurant du café Riche, rue Lepelletier, n° 1). Le prix de la cotisation est de 20 francs. Adresser les adhésions à M. Motet, secrétaire général, 161, rue de Charonne.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. *Association contre l'abus des boissons alcooliques.* — Cette société (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. le professseur BOUILLAUD, membre de l'Institut, le dimanche 18 avril 1880, à 2 heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, n° 84. — Ordre du jour : 1° allocution de M. le professeur Bouillaud, président ; — 2° rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, secrétaire général ; — 3° rapport présenté au nom de la première commission des prix, par M. le Dr Motet ; — 4° rapport présenté au nom de la deuxième commission des prix, par M. le Dr Decaisne ; — 5° rapport sur les récompenses à décerner en 1880, par M. le baron Pron.

MÉDECINS DE LA MARINE. — Par décret en date du 8 avril 1880, rendu sur le rapport du Ministre de la Marine et des Colonies, M. Pavot, médecin de 1re classe de la marine a été promu au grade de médecin principal.

HÔPITAUX CIVILS D'ALGÉRIE. — Le Sénat et la Chambre des députés viennent d'adopter une loi ayant pour objet d'affecter à la constitution d'une première dotation des hôpitaux civils en Algérie, les sommes qui pourraient être perçues en sus du montant de la contribution de guerre infligée aux tribus révoltées de la colonie.

UN INCIDENT A L'HÔPITAL POMMATOME (GÊNES). — Le 14 avril, au soir, sur la place de l'hôpital Pommatome, des scènes de désordre se sont produites, provoquées par les femmes renfermées dans l'hôpital. Une collision a eu lieu entre quelques individus et les agents de la force publique ; quelques personnes ont été blessées de part et d'autre. L'autorité a fait occuper militairement la place et les rues voisines. L'ordre est rétabli.

M. le professeur VIRCHOW, progressiste, a été élu le 14 avril, député au Reichstag, dans la 2e circonscription de Berlin.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr HUTIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir. On lui doit de nombreux travaux parmi lesquels :

Manuel de physiologie, 1825; — *Examen pratique des maladies de matrice*, 1840; — *Etude de la stérilité de la femme*, 1849; — *Guide baigneur des eaux de Plombières*, en collaboration avec le Dr Bottentuit. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Martial BELIN, élève de la Faculté de médecine de Paris, mort à l'âge de 25 ans, au sixième jour d'une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital militaire de Lyon où il faisait son volontariat. — M. le Dr TREMBLEZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, est mort à Deuil (Seine-et-Oise), à l'âge de 33 ans. Il avait soutenu en 1876 une thèse sur les *Eruptions cutanées survenant dans le cours des affections chirurgicales.*

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. MICHEL MÖRING, directeur de l'Assistance publique.

Librairie ASSELIN et Cie, place de l'École-de-Médecine.

BARTH (H.). — De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, vol. in-8° de 170 pages avec 2 planches en chromo-lithographie. Prix, 5 fr. Paris, 1880.

BÉCLARD (J.). — Traité élémentaire de physiologie comprenant les principales notions de la physiologie comparée, gr. vol. in-8° de 774 pages avec 112 figures intercalées dans le texte. Prix, 10 fr. La seconde partie paraîtra à la fin de l'année 1880. Paris, 1880.

LANNELONGUE. — De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, grand vol. in-8° avec 6 planches dont 4 en chromo-lithographie. Prix, 6 fr. Paris, 1880.

MOREAU (P.) (de Tours). — Des aberrations du sens génésique, un beau volume in-8° de 304 pages. Prix, 5 fr. Paris, 1880.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Charité.— *Médecine.*— Service de M. HARDY. — Clinique le mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2.

Service de M. VULPIAN. — Salle Saint-Jean-de-Dieu : 1, ataxie; 2, tuberculose miliaire; 3, pneumonie caséeuse; 4, tumeur cérébrale; 5, myocardite; 6, fièvre typhoïde; 15, pleurésie; 19 bis, rhumatisme blennorrhagique. — Salle Sainte-Madeleine : 1, asystolie; 2, gastralgie; 4 bis, méningo-myélite; 7, chloro-anémie; 15, pneumonie double; 22, syphilis cérébrale.

Service de M. BERNUTZ. — Salle Saint-Bazile : 1, pelvipéritonite; 3, tumeur fibreuse de l'utérus; 12, vaginite granuleuse; 14, néphrite interstitielle; 19, rétrécissement de l'artère pulmonaire; 22, corps fibreux. — Salle Saint-Louis : 5, paralysie saturnine; 16, méningo-myélite syphilitique; 4 bis, néphrite interstitielle; 28, tuberculose aiguë.

Service de M. RAYNAUD. — Clinique le vendredi à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Ferdinand : 1, sciatique, atrophie musculaire; 3, pneumothorax : 13, vomique pleurale; 15, péritonite tuberculeuse; 16, pleurésie; 19, pleurésie purulente; 28, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Saint-Joseph : 3, rhumatisme, insuffisance mitrale; 5, pelvipéritonite; 7, sclérose en plaque; 15, néphrite parenchymateuse; 17, pneumonie; 18, fièvre typhoïde.

Service de M. LABOULBÈNE. — Salle Saint-Michel : 1, gastrique alcoolique : 2, rhumatisme articulaire aigu; 5, fièvre typhoïde; 6 bis, purpura rhumatismal; 11, fièvre typhoïde; 17, pneumonie double; 18, cirrhose. — Salle Sainte-Marthe : 4, syphilis, 8, fièvre typhoïde; 10, typhlite; 15, emphysème et bronchite; 20, lupus vorex de la gorge.

Chirurgie. — Service de M. GOSSELIN. — Clinique le mercredi et le vendredi à 10 heures. — Salle Sainte-Catherine : 13, fistule à l'anus; 14, arthrite traumatique; 22, tumeur blanche du genou; 25, brûlure par l'acide sulfurique; 28, sacro-coxalgie blennorrhagique. — Salle Sainte-Vierge : 1 bis, épithélioma de la conjonctive; 6, fracture de l'humérus et du col du fémur; 10, fracture compliquée de la jambe; 13, adéno-phlegmon sus-claviculaire, érysipèle; 16, paralysie de la 3° paire; 20, sarcome de la région thoracique antérieure.

Service de M. TRÉLAT. — Salle Saint-Jean : 3, rétrécissement de l'urèthre; 5, pied bot paralytique; 7, cancer de la langue; 10, arthrite fongueuse du coude; 11, fracture du fémur (corps); 13, fracture du col du fémur; 17, tubercules de l'anus et du rectum.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. BERGERON. — Salle Sainte-Mathilde : 3, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale; 5, 8, 29, fièvre continue; 28, fièvre typhoïde, érysipèle de la face; 25, fièvre herpétique; 6, rhumatisme articulaire, pleurésie gauche; 7, chorée. — Salles annexes : scarlatines, rougeoles. — Salle Saint-Benjamin : 2, paraplégie; 4, insuffisance et rétrécissement mitral; 7, 24, 27, fièvre continue; 25, rechute de fièvre typhoïde; 9, pleurésie purulente, empyème; 21, 22, tuberculose pulmonaire.

Service de M. CADET DE GASSICOURT. — Salle Saint-Joseph : 11, pleurésie purulente enkystée, empyème; 12, broncho-pneumonie tuberculeuse, adénopathie bronchique; 13, 24, fièvre continue; 16, péritonite tuberculeuse; 19, néphrite scarlatineuse.

Service de M. TRIBOULET. — Salle Sainte-Rosalie : teignes. — Pavillon des diphtériques. Filles : 1, croup, trachéotomie; 2, angine; 4, croup, trachéotomie; 5, croup; 7, diphthérie des conjonctives. Garçons : 2, diphthérie buccale; 10, paralysie du voile du palais.

Service de M. LANNELONGUE. — Salle Napoléon : 1, polype naso-pharyngien; 2, arthrite purulente du genou consécutive à une ostéomyélite ancienne, arthrotomie; 12, fracture des deux cuisses; 15, ostéo-myélite du fémur, désarticulation de la hanche. — Salle Sainte-Eugénie : 1, ouverture congénitale du rectum dans le vagin, opération; 3, ostéo-myélite du fémur, amputation; 6, genu valgum; 36, genu valgum consécutif à une consolidation vicieuse d'une fracture du fémur.

CERF ET FILS, IMP. 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 17. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 24 AVRIL 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

L'Enseignement actuel de l'Anatomie pathologique à la Faculté.

Messieurs,

Avant d'entrer dans l'objet spécial du cours que vous venez entendre, il ne sera pas inutile, je crois, d'indiquer en quelques traits — ainsi que je me trouve d'ailleurs entraîné à le faire pour ainsi dire chaque année, en pareille circonstance, dans le but d'éclairer les nouveaux venus, — il ne sera pas inutile, dis-je, d'indiquer les errements que j'ai l'habitude de suivre dans la pratique de mon enseignement.

La méthode que j'ai suivie jusqu'ici et à laquelle, je le dis par avance, je compte rester attaché, je l'ai exposée déjà maintes fois soit par écrit, soit oralement et elle est vraisemblablement connue de la plupart d'entre vous. Mais aujourd'hui je crois opportun, plus que jamais, d'entrer dans quelques développements à son sujet.

C'est qu'en effet, Messieurs, vous ne l'ignorez pas, l'enseignement auquel est spécialement consacrée la chaire que j'ai l'honneur d'occuper a été dans ces derniers temps l'objet de quelques critiques.

A la vérité ces critiques, j'ai cru le comprendre du moins, ne visent pas directement le professeur lui-même, non plus que sa manière de procéder. Elles paraissent s'attacher uniquement à relever l'insuffisance des moyens d'action qui sont mis à sa disposition, certains défauts d'organisation, toutes choses qui ne lui sont pas imputables, puisqu'il n'est pas en son pouvoir de les modifier.

Quoi qu'il en soit, bien qu'elles ne me concernent pas personnellement, ces critiques émanant d'hommes incontestablement fort compétents, ne pouvaient guère me laisser indifférent. De fait, elles ont éveillé en moi des réflexions que je ne vois aucun motif de taire, puisqu'il s'agit après tout d'une question d'intérêt général.

Quelques-unes de ces critiques m'ont paru porter juste, d'autres m'ont semblé moins opportunes, moins fondées. Je trouverai, chemin faisant, l'occasion de dire mon sentiment à cet égard,

A côté de ces critiques hautement formulées, il en est d'autres qui ne l'ont pas été, que je sache, mais qui pourraient l'être quelque jour. Celles-ci se sont bien des fois présentées à mon esprit depuis huit ans que mes labeurs sont consacrés à cet enseignement ; elles me toucheraient de fort près, car il s'agirait des questions de principe et de méthode, et, ici, je ne saurais me le dissimuler, la responsabilité m'incombe toute entière. Je voudrais aller au devant de ces critiques, de ces objections et présenter à leur sujet ma justification en quelque sorte anticipée.

Je dois dire tout d'abord, Messieurs, pourquoi, dans ce cours, je ne crois pas devoir m'astreindre à suivre le développement régulier des programmes tracés dans les livres classiques consacrés à l'étude de l'anatomie pathologique.

C'est, Messieurs, qu'avec le temps qui nous est donné, je ne pourrais guère en suivant cette voie relativement facile que vous présenter des têtes de chapitre, des esquisses faites à grands traits, des tableaux sans relief.

J'ai cru me rendre plus utile et me conformer mieux à l'esprit d'un enseignement magistral donné dans notre Faculté parisienne, en m'attachant a étudier avec vous, chaque année, quelques-uns des grands épisodes de l'anatomie pathologique. Ne m'écartant jamais des sujets qui intéressent le plus le clinicien, je choisis de préférence parmi eux les questions d'un abord difficile, non encore complétement élucidées, m'efforçant de les fouiller profondément jusques dans les moindres détails et de montrer chemin faisant les relations qui les rattachent à l'ensemble pathologique.

L'enseignement ainsi fait à pour but principal d'éveiller chez l'auditeur le sentiment de la réalité concrète, l'esprit critique, le goût de la recherche personnelle en même temps qu'il lui rend facile de compléter soit par la lecture des livres, soit à l'aide d'observations directes, l'instruction qu'il n'aura pu, faute de temps, recevoir tout entière de la bouche du professeur.

Est-il possible de douter que l'enseignement ainsi compris, si il répondait à l'idéal — hélas toujours si peu accessible — aurait pour effet de contribuer à élever sans cesse parmi nous le niveau scientifique des études médicales.

Une circonstance, qui m'a en quelque sorte poussé à entrer, dès le début de mon exercice, dans la voie que je viens d'indiquer, c'est que l'étude, si je puis ainsi parler, de l'anatomie pathologique immédiatement utile, est faite chaque jour, devant vous, un peu partout dans l'enceinte de cette Faculté : Ici par les professeurs de pathologie interne et externe, là par les professeurs de clinique médicale ou chirurgicale. Mes collègues ne sauraient évidemment, dans leurs leçons, sans courir le risque de morceler l'enseignement pathologique d'une façon déplorable, traiter des lésions fonctionnelles abstractivement, et sans les mettre en rapport avec les lésions révélées par l'examen nécroscopique. Dans ces conditions, il ne me restait plus guère, dans le domaine anatomo-pathologique, qu'à m'attacher surtout au débrouillement des questions délicates, pendantes, controversées, et c'est là, en réalité, la tâche vers laquelle ont été principalement dirigés mes efforts.

Une autre circonstance m'engage à persister plus que jamais dans cette voie. Par suite d'une innovation toute récente et dont la grande utilité ne saurait être contestée un instant, un enseignement complémentaire a été annexé à la chaire principale d'anatomie pathologique. Cet enseignement, confié à nos professeurs agrégés, doit présenter un caractère essentiellement didactique et élémentaire. Il doit épuiser les programmes classiques dans l'espace de deux ou trois années. Il est destiné surtout à l'instruction des commençants qui, n'ayant pas encore appris à étudier par eux-mêmes, ont besoin d'être dirigés dans leurs premiers pas par la parole du maître. Cet enseignement fonctionne actuellement entre les mains d'un homme particulièrement compétent dans la matière. J'ai nommé M. le Dr Lancereaux, dont les nombreux et importants travaux relatifs à l'anatomo-pathologie, mémoires originaux et traités classiques sont connus et appréciés de tous.

Je viens de chercher à caractériser, d'une façon très générale, notre enseignement en tant surtout qu'il s'adresse au côté théorique. Quelques personnes, qui ne l'ont pas encore fréquenté, pourraient supposer, d'après les bruits qui ont couru récemment, que les questions anatomo-pathologiques, faute d'une organisation appropriée, n'y sont jamais envisagées que par ce côté et sans l'intervention du substratum matériel, indispensable pour la démonstration pratique.

Il n'en est pas tout à fait ainsi, Messieurs, et le côté pratique n'est pas, tant s'en faut, négligé dans notre enseignement ; vous allez immédiatement le reconnaître.

L'enseignement de l'anatomie pathologique à la Faculté de Paris était resté, cela est vrai, purement théorique jusqu'en 1868. Mais, à partir de cette époque, grâce à l'initia-

tive de M. le professeur Wurtz, alors doyen, et à celle de mon éminent prédécesseur dans cette chaire, M. le professeur Vulpian, notre doyen actuel, la situation s'est notablement modifiée.

De cette année, date, en effet, la création d'un laboratoire de recherches et l'institution d'un cours de démonstrations pratiques annexés à ce laboratoire, lequel, subventionné d'abord par la Faculté seule, l'a été ensuite par l'Ecole des hautes études (1).

Il ne m'appartient pas de faire ressortir les services qu'a rendus, depuis douze ans, ce laboratoire de recherches. Il me suffira de rappeler qu'il en est sorti de nombreux travaux relatifs soit à l'anatomie pathologique proprement dite, soit à l'anatomie et à la physiologie pathologiques expérimentales, et qu'à ces travaux sont attachés des noms tels que ceux de M. Hayem, aujourd'hui notre collègue à la Faculté, Gombault, sous-directeur actuel du laboratoire, Joffroy, agrégé de la Faculté, et bien d'autres qu'il serait trop long d'énumérer.

J'ajouterai que le laboratoire est ouvert journellement à tous les élèves qui veulent s'instruire dans la pratique de l'histologie pathologique, où ils y sont exercés par le sous-directeur ou par ses aides.

Pour ce qui est de la démonstration pratique, je ferai ressortir que, pendant toute la durée du cours, une leçon tout entière est, chaque semaine, le mercredi, employée par le professeur à faire passer sous les yeux des élèves, soit des pièces macroscopiques, soit des préparations microscopiques se rapportant à l'objet du cours théorique et qui font le sujet d'une description détaillée. On doit compter dans le matériel de démonstration un grand nombre de figures murales empruntées aux différents atlas d'anatomie pathologique, ou faites d'après nature et destinées à remplacer, dans une certaine mesure, les pièces originales qu'on n'a pas toujours sous la main. Vous voyez, Messieurs, que notre cours de démonstrations est fait, autant que possible, sur le modèle de ces *leçons de choses* si fort appréciées aujourd'hui.

Je tiens à relever également, que le cours pratique, comme on l'appelle, est fréquenté d'une façon assidue par un nombre fort respectable d'élèves (2), c'est que chacun sent, qu'en matière d'anatomie pathologique, les développements théoriques ne sauraient laisser dans l'esprit que des empreintes bien imparfaites et bien fugaces, lorsqu'elles ne sont pas soutenues par la démonstration des parties lésées. De fait, dans cette catégorie de l'anatomie pathologique, la théorie et la pratique sont liées l'une à l'autre d'une façon indissoluble, plus peut-être que partout ailleurs en pathologie.

Tout serait donc pour le mieux, si nous n'avions pas à signaler dans nos horizons *quelques points noirs*. Pour soutenir un enseignement pratique de ce genre, un apport incessant de pièces anatomiques nombreuses et variées est, vous le comprenez aisément, absolument indispensable. Or, le professeur ne peut naturellement compter exclusivement sur son service d'hôpital, nécessairement insuffisant, devant l'étendue du but à atteindre. Dans les conditions actuelles, il en est donc réduit à vivre surtout d'emprunts.

Jusqu'ici, je m'empresse de le proclamer, grâce surtout à la bienveillance de MM. les professeurs de clinique, grâce aussi à la libéralité des membres de la Société anatomique, les matériaux ne m'ont pas fait défaut et je saisis avec empressement l'occasion qui se présente de remercier mes collègues de leur précieux concours. Mais il faut bien le dire, ces matériaux d'étude ne nous sont jamais fournis, en somme, qu'à titre gracieux et non par le fait d'une organisation régulière. Or, avec le temps, les personnes doivent changer, c'est la loi fatale, ainsi que les relations de collègue à collègue, et il n'est pas difficile d'imaginer, pour l'avenir, telles circonstances par suite desquelles le professeur d'anatomie pathologique, en ce qui concerne les matériaux d'enseignement pratique, se trouverait réduit à la *portion congrue*, c'est-à-dire presque à l'impuissance. Il est évident que, de ce côté, la sécurité de son enseignement ne saurait être assurée que par une réglementation équitable qui, tout en respectant les droits sacrés de l'enseignement clinique, détournerait au profit des cours d'anatomie pathologique, une partie des richesses que les laboratoires de nos hôpitaux d'instruction reçoivent à profusion, et qu'il leur est vraisemblablement impossible de toutes utiliser.

La nécessité impérieuse d'une organisation de ce genre sera rendue plus évidente encore lorsque sera mis en vigueur le décret en date du 20 juin 1878, décret par suite duquel les *travaux pratiques d'anatomie pathologique* deviendront obligatoires pour les élèves qui se prépareront à subir la deuxième partie du cinquième examen. Ces travaux s'exécuteront pendant toute la durée de l'année scolaire. On peut calculer que 500 élèves environ seront exercés chaque année, et, si l'on fixe à deux mois, ce qui est certainement le minimum du temps nécessaire, la durée du séjour de chacun d'eux dans le *laboratoire des exercices pratiques*, on voit que ce laboratoire devra être aménagé de façon à permettre à 100 élèves de travailler à la fois (1).

Où trouvera-t-on, quand le temps sera venu, les éléments nécessaires à la vitalité d'une pareille institution. Dans l'état actuel des choses on ne le prévoit guère. Il est donc tout à fait évident qu'en ce qui concerne la répartition des matériaux d'autopsie, entre les divers services de notre Faculté, *il y a beaucoup à faire.*

Mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ces questions de réglementation, dont la solution, d'ailleurs, je le reconnais, n'est pas sans présenter des difficultés de tout genre. J'en reviens donc aux *principes* qui doivent nous servir de fil conducteur dans le cours de nos études.

Dans ces leçons, dont le but est l'enseignement de l'anatomie pathologique, vous me verrez bien souvent m'arrêter sur des questions qui sont plus spécialement du ressort soit de la clinique, soit de la physiologie pathologique, soit même de l'anatomie pure. On pourrait m'en faire un reproche et objecter que c'est là m'écarter des limites et des attributs de ma chaire, que ces questions sont étrangères à ma compétence et qu'il ne m'appartient pas d'y toucher.

Pour que je devinsse sensible à ces observations, il faudrait qu'il me fût démontré que ce domaine anatomo-pathologique qui m'est confié est, en réalité, aussi étroitement limité qu'il semble l'être au premier abord. Je me vois obligé de déclarer, Messieurs, ainsi que je l'ai fait maintes fois déjà, qu'au contraire, dans mon opinion, aucune limite fixe, précise, philosophiquement établie, ne sépare ce domaine des autres parties de la science biologique, que l'étude de la lésion organique considérée exclusivement en elle-même et pour elle-même n'a pas de vitalité qui lui soit propre et que, réduit à ce seul point de vue, notre enseignement tomberait bientôt dans le formalisme et le marasme.

Je n'ignore pas que quelques grands esprits ont autrefois parlé d'une anatomie pathologique constituant une science à part. « Cette science doit, disait Laënnec, trouver en elle-même une méthode qui lui soit propre, une classification fondée sur la nature des objets dont elle s'occupe, c'est-à-dire sur celle des lésions considérées indépendamment des symptômes qui les accompagnent et des lieux où elles siégent. » « Je ne veux pas, disait Dupuytren, en fondant cette chaire que Cruveilhier devait occuper le premier, je ne veux pas que le cours d'anatomie pathologique soit un cours de *pathologie retournée* ; l'anatomie pathologique doit y être traitée comme une science à part, ayant ses méthodes et ses classifications propres. »

(1) Subvention fournie par la Faculté, 4,200 fr. Subvention fournie par le budget des hautes études 2,000 fr.

(2) Soixante élèves environ.

(1) Frais d'entretien annuel : Somme accordée : 12,700 francs. — Frais de première installation : Somme accordée : 11,925 francs.

Ainsi ont parlé Dupuytren et Laënnec. Mais on ne saurait, Messieurs, s'incliner jamais sans discussion devant l'autorité des noms, quelque imposante qu'elle soit.

Dans la réalité, cette autonomie rêvée pour l'anatomie pathologique n'a jamais pu se constituer sérieusement.

J'ajouterai qu'elle ne pouvait pas l'être, par cette seule raison que cette autonomie n'est pas dans la nature des choses, qu'elle manque de fondement philosophique.

« L'anatomie et la physiologie normales, disait tout récemment un des anatomo-pathologistes les plus autorisés de l'Allemagne, M. Cohnheim — et j'ai maintes fois exprimé la même opinion — peuvent vivre séparément parce qu'elles sont réellement des sciences distinctes et autonomes, possédant chacune en propre des méthodes différentes. Mais l'anatomo-pathologiste, pour qui resterait fermé le domaine de la physiologie pathologique, serait privé de la plus belle partie du sujet de ses études. On pourrait le comparer à un clinicien qui, après avoir étudié soigneusement l'appareil symptomatique, croirait avoir épuisé sa tâche. »

Incontestablement, dans la situation qui lui serait faite, si on la voulait limiter à la culture des procédés techniques et à la seule étude morphologique des organes lésés, l'anatomie pathologique, ou bien serait absorbée dans l'anatomie normale, dont elle deviendrait comme un appendice, ou bien les faits partiels laissés à son autonomie précaire serviraient tout au plus à constituer une sorte de musée plus ou moins encombré de pièces cataloguées, suivant un arrangement nécessairement arbitraire.

C'est qu'en réalité les attaches de l'anatomie pathologique avec les départements limitrophes de la biologie, sont on ne peut plus étroits en quelque sorte indissolubles. Placée dans une situation intermédiaire entre l'anatomie normale d'un côté, et la pathologie proprement dite de l'autre, elle les relie l'une à l'autre en même temps qu'elle se confond avec elles par une transition insensible.

Si nous considérons d'abord les rapports qui l'attachent à l'anatomie normale, nous voyons qu'elle emprunte à celle-ci ses méthodes, sa technique sans y changer rien d'essentiel : dans l'examen de la lésion elle n'a pas de procédés qui lui appartiennent en propre : mêmes microscopes, mêmes procédés de dissection, de dilacération, de durcissement, de conservation, etc. etc.

Elle lui emprunte même ses matériaux d'étude, son subtratum ; car la lésion considérée dans l'organe, dans le tissu, dans l'élément, ne représente jamais, à tout prendre, qu'une modification plus ou moins accentuée de l'élément, du tissu de l'organe préexistants. L'état pathologique ne peut être dégagé dans ces diverses parties de l'état normal que par le rapprochement minutieux des deux termes de comparaison.

Ces remarques suffiront pour justifier, je pense, les incursions quelquefois prolongées que nous ferons dans le domaine de l'anatomie normale. A la vérité, je pourrais à la rigueur supposer connues de mes auditeurs les particularités d'anatomie descriptive ou histologique relatives aux parties malades qu'il s'agit d'étudier. Mais il y a lieu de remarquer, Messieurs, que les descriptions des anatomistes, quelque excellentes qu'elles soient, n'ont pas toujours été faites en vue d'une application immédiate à l'étude des lésions. Or, Messieurs, il peut arriver que tel détail de configuration, ou de structure qui n'a pour l'anatomie pure qu'un intérêt des plus médiocres, acquière au contraire, au point de vue de l'anatomie pathologique une importance considérable. Le pathologiste se trouve ainsi parfois conduit, pour les besoins de sa cause, à refaire, sur certains points, l'anatomie à son usage.

Cela m'a conduit à dire que, à côté de l'anatomie normale descriptive ou de structure, il y avait lieu de donner place à une anatomie macroscopique ou microscopique suivant les cas, faite en vue de l'application à la pathologie et destinée spécialement à guider le médecin qui cherche à s'orienter dans l'étude des altérations organiques. Il y a là un point de vue qui mérite peut-être d'être relevé et pour ne point rester dans la généralité vague, je vous demande la permission de faire appel à quelques exemples concrets.

. . . .

Je viens de citer un exemple propre à montrer l'intérêt qui s'attache à cette anatomie appliquée à la pathologie et qui se préoccupe surtout, vous l'avez vu, de détails topographiques. Ce genre d'anatomie ne s'arrête pas nécessairement à l'examen macroscopique ; il peut pénétrer jusqu'aux parties dont l'étude exige l'emploi du microscope.

Il s'agit alors d'une sorte d'anatomie microscopique topographique. Il me suffira de citer un exemple du dernier genre.

. . . .

Je pourrais aisément multiplier ces exemples, mais j'en ai dit assez pour mettre en évidence qu'une bonne description d'anatomie normale, faite au point de vue que je viens d'indiquer, est un préliminaire indispensable pour entreprendre avec fruit l'étude régulière des lésions anatomiques.

D'ailleurs, le temps presse et je voudrais indiquer encore, avant de conclure, les rapports qui lient l'anatomie pathologique à la clinique. Ils ne sont pas moins resserrés que ceux qui la rattachent à l'anatomie normale ; ainsi que Lobstein l'a le premier peut-être proclamé, ce n'est pas l'organe altéré mort que l'anatomo-pathologiste doit connaître, c'est l'organe altéré vivant exerçant les fonctions qui lui sont propres.

C'est dire que pour rendre vraiment fructueuses les investigations anatomiques, il lui faut posséder une connaissance approfondie des troubles fonctionnels dont il cherche la raison organique, le mécanisme. Or comment pourrait-il, sans la fréquentation constante des malades, apprécier la portée des problèmes qu'il est appelé à résoudre. Pour ne citer qu'un exemple propre à faire comprendre les nécessités de la situation, je me bornerai à rappeler que les progrès récents accomplis dans le champ de la pathologie des centres nerveux et dans d'autres domaines encore, sont surtout incontestablement le fruit de la doctrine qui réclame la confrontation incessante faite, autant que possible, par le même observateur, des données anatomo-pathologiques avec celles de la clinique.

Vous voyez que, suivant mon idéal, si l'anatomo-pathologiste est dans l'obligation de concentrer une bonne partie de ses efforts dans les travaux du laboratoire et de la salle d'autopsie, il ne devra jamais déserter cependant la pratique assidue d'un service d'hôpital.

A ces vues, on opposera, je le sais, ce qui se passe dans un pays voisin du nôtre, en Allemagne, où les choses sont réglementées tout autrement.

Là, le clinicien enseignant ne prend à l'autopsie qu'une part *fort indirecte*. L'examen du cadavre appartient de droit au professeur d'anatomie pathologique, qu'aucune obligation n'appelle d'ailleurs dans la salle des malades, et qui ne peut connaître par conséquent que par les renseignements qui lui sont transmis plus ou moins bénévolement l'histoire clinique des sujets qui lui sont confiés.

Ainsi se trouvent constituées côte à côte deux spécialités bien tranchées, séparées souvent, quoi qu'on en dise, par une barrière infranchissable : car, ainsi qu'on pouvait le pressentir l'*Anatom* et le *Kliniker* ne sont pas nécessairement toujours en parfaite intelligence.

Quoi qu'il en soit, personne ne songe à contester que dans le pays où règne cette discipline, l'anatomie pathologique brille d'un vif éclat.

Mais, je l'ai déjà observé, il ne faut pas se laisser prendre aux apparences et il y aurait lieu de rechercher si les progrès de l'anatomie pathologique, sous le régime en question, sont bien les effets de l'application du régime et ne relèvent pas plutôt de causes extrinsèques.

En premier lieu, on peut invoquer pour une part dans le succès obtenu, l'influence toute puissante de personnalités

de premier ordre, exceptionnelles, et qu'il ne sera pas facile de remplacer lorsqu'elles auront disparu (1).

Il faudrait sans doute tenir compte aussi du génie spécial à la race, de ses aptitudes vraiment particulières pour les recherches minutieuses et patientes d'anatomie délicate.

D'un autre côté, le système offre des inconvénients et ils semblent être ressentis chaque jour plus vivement par nos voisins eux-mêmes. Je pourrais relever à ce propos quelques indices significatifs.

Je signalerai que l'un des professeurs éminents auxquels je faisais allusion tout à l'heure, voulant se soustraire à l'obligation de ne considérer jamais les phénomènes pathologiques que par un côté, a réclamé et obtenu qu'un service de médecine fût attaché à sa chaire (2).

J'ignore si son exemple a été suivi; mais j'ai eu dans ces derniers temps l'occasion de recevoir les confidences de quelques-uns de mes collègues de l'étranger, et je ne crois pas être indiscret en disant que j'ai entendu plusieurs d'entre eux déplorer la scission profonde établie dans leur enseignement, entre l'anatomie pathologique et la clinique.

L'un d'eux, qui compte à bon droit parmi les plus éminents, s'est exprimé d'ailleurs, là-dessus, d'une façon fort explicite, dans le discours que j'ai déjà eu l'occasion de citer.

« Si le professeur d'anatomie pathologique, dit M. Cohnheim, n'avait d'autre rôle que de pratiquer soigneusement ses autopsies, de bien préparer ses pièces, de les bien examiner au microscope, et enfin de décrire exactement et fidèlement le résultat de son examen, il ne pourrait guère, si utiles que soient ses travaux, prétendre à exercer une influence sérieuse sur l'esprit des étudiants. C'est seulement à condition d'être pathologiste, à condition de tenir l'anatomie pathologique en contact intime et permanent avec la pathologie générale et la clinique qu'il l'élève à la hauteur d'une science véritable. » Cela est clair et cela peint bien la situation, et il est évident que notre collègue se sentirait fort à l'étroit dans son laboratoire, s'il s'y voyait jamais réduit à la seule contemplation de la lésion morte.

Enfin, un dernier point mérite encore d'être relevé parce que c'est là un trait caractéristique. Il ne sera pas difficile de reconnaître, si l'on veut bien prendre la peine d'y regarder d'un peu près, que la plupart des professeurs chargés à l'étranger de l'enseignement de l'anatomie pathologique, privés qu'ils sont du stimulant de l'observation clinique, en arrivent peu à peu fatalement à se désintéresser du point de vue pathologique. On les voit, entraînés par une pente naturelle s'attacher presque exclusivement aux études d'histologie pure, qui dans la situation qui leur est faite, leur offre seule un attrait vraiment scientifique.

Je m'arrête, car une étude en règle de ces questions serait ici déplacée. J'ai seulement voulu indiquer sur quels fondements multiples doit reposer l'enseignement de l'anatomie pathologique. — Puissent ces vues être prises en considération dans la réorganisation, dit-on pendante, de notre enseignement! Autant que personne peut-être je suis partisan des importations étrangères dans ce qu'elles ont de légitime. Je ne suis pas, tant s'en faut, l'ennemi des spécialités et je sais par expérience jusqu'à quel point les investigations anatomo-pathologiques réclament des études spéciales. Mais je regretterais amèrement que, dans l'espèce, nos efforts dussent aboutir à une imitation servile de ce qui se fait à l'étranger. — Je fais des vœux en particulier pour que, dans notre pays, tout professeur chargé d'enseigner, *ex cathedrâ* l'anatomie pathologique, soit mis à même, conformément à ce que l'on pourrait appeler la tradition française, de rester par un côté un clinicien.

(1) M. Virchow.
(2) M. Virchow.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. **HILLAIRET.**

IVe LEÇON. — Diagnostic. — Etiologie. — Anatomie pathologique et traitement de l'acné inflammatoire ;

Leçon recueillie par M. BRAULT, interne des hopitaux (1).

L'acné inflammatoire, comme nous l'avons déjà dit, occupe de préférence le nez, le visage, les épaules et la poitrine, elle se présente sous forme disséminée ou confluente. Les croûtes sont généralement peu persistantes, et il reste au-dessous, pendant quelque temps, une base légèrement indurée.

L'*impetigo* n'a avec l'affection précédente que de légers points de contact. Les pustules de l'impetigo sont coalescentes, confluentes, purulentes dans toute leur étendue, et ne présentent jamais d'induration à leur base, soit avant l'apparition des croûtes, soit après leur disparition. Et cela, par ce seul fait que la pustule dans l'impetigo est mince, superficielle, développée dans l'épiderme. Les croûtes sont jaunâtres, analogues à du miel concrété.

Une forme particulière de l'acné, l'*acné pilaris*, qui siége au front, peut, à un examen superficiel, donner le change et être confondu avec la syphilis acnéique. Mais, dans l'acné pilaris la lésion est limitées au front; l'éruption évolue rapidement, la croûte et la pustule qui l'a précédée, est traversée par un poil; la terminaison est presque toujours une cicatrice déprimée.

Dans la syphilis, au contraire, l'éruption est généralisée, lorsqu'elle occupe le front elle occupe aussi les membres; elle succède à la roséole, elle est lente dans sa marche, elle n'occupe que rarement les glandes à poils bien développés (l'élevure boutonneuse est entourée d'une auréole cuivreuse), la croûte qui en résulte est mince, sèche, adhérente sans suintement et non suivie de cicatrice déprimée, mais d'abord bistre, puis blanche et lisse.

Pronostic. L'acné inflammatoire, dans l'une ou l'autre de ces formes, est une affection qui ne porte aucune atteinte à la santé générale et partant ne présente, au point de vue de l'existence, aucune gravité; mais il faut bien le dire, elle est grave en ce sens, qu'elle est d'une très grande persistance, revient sans cesse par poussées successives et peut durer un temps infini, donner au visage un aspect presque repoussant, soit qu'elle le recouvre de pustules nombreuses, ou de tumeurs kystiques, ou encore qu'elle se transforme en acné hypertrophique, déformant ainsi les parties sur lesquelles elle siége: le nez, par exemple, en une difformité repoussante, qu'une action chirurgicale seule peut faire disparaître.

Anatomie pathologique. Nous abordons maintenant un point intéressant de l'histoire de l'acné. En décrivant l'anatomie pathologique et la pathogénie, nous essaierons d'indiquer la nature même de l'affection.

Les premières recherches touchant l'anatomie pathologique de l'acné, ont été faites par Alibert et ses élèves. Avant eux, Willam et Bateman avaient localisé la maladie dans les glandes pileuses et les glandes annexes des poils.

La lésion déterminée, il fallut l'interpréter. Or, pour la plupart des auteurs allemands, Hebra, Auspitz, Rindfleisch, l'acné ne serait pas une inflammation primitive, l'inflammation surviendrait toujours consécutivement à l'accumulation de la matière sébacée, dans la glande et dans la partie supérieure des follicules.

Pour les auteurs français, au contraire, à l'avis desquels je me range, ainsi que G. Simon (de Berlin), l'inflammation est primitive, car on trouve du pus dans le centre du follicule, tout à fait au début, quand on vient à l'inciser, et si la maladie débutait toujours par une accumulation de

(1) Voir les numéros 6, 10 et 13.

la matière sébacée, c'est elle qui devrait faire issue à l'extérieur et non du pus.

Est-ce à dire que le mécanisme invoqué par les auteurs allemands ne soit possible? Nullement, nous admettons, pour notre part, qu'il est des cas où l'on peut déterminer une certaine inflammation des glandes sébacées par l'obstruction mécanique de leurs conduits.

Cette obstruction peut être réalisée par l'emploi des corps gras, par l'huile du cade. Mais encore, dans ces circonstances, il faut faire la part de tout, car pour l'huile de cade, par exemple, on peut tout aussi bien soutenir qu'elle amène la production de l'acné par l'irritation directe du follicule au moins autant que par son obstruction.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation établie suit son cours et, selon son degré, constitue toutes les variétés que je vous ai décrites précédemment.

L'acné simple résulte de la suppuration de la glande sébacée, l'acné indurée de la congestion chronique périglandulaire avec production de nodule fibreux. Si l'inflammation s'étend aux tissus avoisinants, on a la forme phlegmoneuse. Si l'inflammation marche rapidement et qu'il y ait rupture vasculaire, il y a du sang dans la pustule. S'il y a perte de substance, on a soit une ombilication, soit une cicatrice déprimée. Si l'inflammation gagne le follicule pileux en partant de la glande sébacée, et si le follicule contient un poil développé sous l'influence de la folliculite, le poil se détache et tombe. Quand le follicule reste congestionné et enflammé, il se fait un véritable travail pathologique qui amène l'obstruction du follicule par un bouchon fibreux. Cette complication est fréquente dans le sycosis invétéré. La conséquence la plus habituelle de cet accident dans la destruction complète du bulbe est la non reproduction du poil, en ce point, tous les éléments du poil deviennent fibreux, ils sont détruits à tout jamais.

Dans l'*acné pilaris* (variété intéressante) les glandes sébacées, étant distendues par le pus et le sebum hypersecrété, font une saillie exagérée tandis que l'orifice du follicule adhérent au poil ne subit aucun déplacement, d'où résulte une dépression centrale qui fait ressembler, jusqu'à un certain point, ces élevures boutonneuses à une pustule de variole ombilique.

Enfin, quand l'inflammation devient chronique, comme dans l'acné hypertrophique, outre l'augmentation très accusée des glandes sébacées, et du tissu vasculaire, il y a une prolifération exagérée et le tissu conjonctif du derme et tous ses éléments constitutifs sont augmentés en nombre et en volume. Cette prolifération peut même s'étendre sur le tissu conjonctif dermique environnant, qui s'hypertrophie dans des proportions plus ou moins considérables.

Dans les variétés mélicériques et stéatomateuses, il semble se produire un phénomène inverse de celui signalé par les auteurs allemands ; c'est-à-dire que l'inflammation paraît avoir été très nettement le point de départ de l'obstruction, secondairement de l'accumulation de matière sébacée et, en dernier lieu, de la production de kystes contenant de la matière sébacée ou mélicérique. La clinique semble nous donner raison, puisque nous avons vu qu'au-dessus de ces productions il restait une partie sébacée et folliculaire qu'on était obligé de traverser pour arriver jusqu'à la fluctuation profonde prise pour une fluctuation purulente ; et les parties situées au-dessus des kystes sont des parties enflammées.

Etiologie. Quelles sont les causes de l'acné inflammatoire? Nous retrouvons ici les mêmes difficultés que pour la couperose. Rien n'est plus difficile à déterminer d'une façon rigoureuse.

Vous verrez combien les assertions des auteurs sont contradictoires à cet égard Certains ont soutenu, et c'est aujourd'hui une opinion généralement admise, que l'âge adulte était une cause prédisposante de l'acné ; je pense ainsi : il est en effet exceptionnel de voir l'acné se développer dans l'enfance. Néanmoins, je puis en citer un cas, observé par moi, chez une jeune fille de neuf ans, qui était parfaitement réglée. Une autre circonstance vient plaider en faveur de l'existence de l'acné juvenilis, c'est qu'elle est susceptible de disparaître spontanément.

La continence, l'onanisme, les excès vénériens ont tour à tour été placés parmi les causes les plus puissantes de l'apparition et du développement successif de l'acné inflammatoire, et comme preuve irréfragable de l'action de ces deux dernières, on a cité l'absence de cette maladie chez les eunuques.

Après l'âge, nous admettrons comme cause prédisposante d'une certaine valeur l'alcoolisme. Bazin, fidèle à sa méthode, admet deux variétés importantes d acné : l'*acné arthritique* et l'*acné scrofuleuse* ; il est cependant parfaitement établi que l'acné peut s'observer chez des sujets sobres, non rhumatisants et non goutteux, et qu'il est des scrofuleux en un nombre assez considérable qui n'en ont jamais été atteints. Il est possible cependant que certaines de ces causes agissent, mais nous ne pouvons dire dans quelle mesure.

De plus, certains agents physiques peuvent amener à la longue une irritation qui se produit par de l'acné (telle est l'acné des fondeurs), mais il y a lieu de se demander, dans cette circonstance, s'il n'y entre pas un peu d'alcoolisme.

Parmi les acnés pathogénétiques, nous signalerons ceux qui résultent de l'usage prolongé de l'huile de cade surtout. Il est extrêmement fréquent, et vous le verrez se produire pendant la cure des psoriasis, vous serez quelquefois et à plusieurs reprises obligés de cesser momentanément ce traitement. D'autres médicaments, administrés à l'intérieur, peuvent amener un résultat analogue, je veux parler du bromure et de l'iodure de potassium. On est aussi dans la nécessité de suspendre ce traitement.

Citons, en terminant, l'influence de l'exposition constante à l'air froid et vif ; l'influence de l'air des bords de la mer a surtout été invoquée comme une des causes les plus actives. Mais, au milieu de tant d'incertitudes, il n'est pas possible de ne pas admettre une certaine disposition spéciale de la peau, dont la structure offre certaines particularités. Ainsi les peaux épaisses, huileuses, à follicules béants, qui s'injectent facilement à la moindre impression, sont certainement celles qui sont le plus sujettes à cette affection.

Vous voyez qu'en dehors des acnés par cause externe et pathogénétique, nous connaissons peu de chose sur la question.

Traitement. Jusqu'à ces dernières années, la thérapeutique a été certainement la partie la moins satisfaisante de l'histoire de l'acné inflammatoire. Tantôt on a eu recours aux moyens généraux, tantôt aux topiques les plus variés, mais toujours administrés d'une manière empirique. C'est qu'alors la thérapeutique reposait sur des bases insuffisantes.

Quelle est donc la conduite à tenir? L'acné simple, rosée d'abord, puis pustuleuse, puis indurée, est, ainsi que nous l'avons dit avec les dermatologistes français, de nature inflammatoire. A une période avancée de son évolution elle entraîne, du côté des parois de la glande sébacée, une prolifération plus ou moins considérable de cellules conjonctives, d'où l'induration persistante, l'inertie dans la marche et plus tard l'hypertrophie poussée jusqu'à ses extrêmes limites dans certains cas ci-dessus indiqués.

De ces deux grandes périodes bien distinctes dans l'évolution de l'acné : période inflammatoire, période hypertrophique, résultent des indications thérapeutiques différentes. Quelle que soit l'idée qu'on se fasse de la genèse de l'acné, c'est surtout au traitement local qu'il faut accorder la première place dans la thérapeutique de cette affection.

Dans la période inflammatoire, les topiques émollients, les agents substitutifs ont joué le principal rôle. Mais les topiques émollients, toujours inoffensifs, restent le plus habituellement sans action curative. On doit tout au plus les utiliser lorsque, sur une région, des pustules nombreuses et confluentes déterminent de la congestion des parties voisines menacées, de participer à l'inflammation folliculaire.

★

La médication efficace par excellence, c'est la médication substitutive sous toutes ses formes, en éliminant cependant, autant que possible, l'huile de cade et l'huile de noix d'acajou. Vous pourrez essayer la pommade au biiodure de mercure ou à l'iodure de chlorure mercureux, encore le soufre, la teinture d'iode, la teinture de cantharide, les caustiques (mais ils sont douloureux). Hébra emploie avec avantage les lotions à l'essence de savon, qui nous ont quelquefois donné de bons résultats également.

A côté de ces topiques, plaçons l'un des moyens les plus puissants dans la cure du bouton d'acné : l'incision à l'aide d'une lancette acérée, moyen préconisé par Groen, dès 1834, et remis en vigueur par Hébra et ses disciples.

On a également et utilement recommandé les douches de vapeur, les douches d'eau chaude simple ou alcalinée, ou sulfureuses ou sulfo-alcalines. Parmi les stations thermales que nous devons recommander, je citerai Saint-Gervais, Dax, Luchon, Barèges, Aix en Savoie, Néris, Luchon et dans des conditions toutes particulières Royat.

En ce qui me concerne, voici la pratique que vous m'avez vu suivre et dont vous avez constaté les heureux résultats. Je commence par inciser les boutons d'acné soit avec une lancette, soit avec un petit instrument en fer de lance fixé sur un manche, puis, après avoir fait sourdre par la pression la petite gouttelette de pus de la pustule et laissé couler le sang, j'essuie et je badigeonne avec un pinceau de blaireau trempé dans la teinture d'iode. Je renouvelle deux jours de suite cette cautérisation superficielle, et je recommande ensuite l'usage de la médication que j'ai appliquée à la couperose. Mais quelle que soit la valeur de cette médication, il faut bien dire que le traitement est toujours long, qu'il faut sans cesse combattre les pustules naissantes et que souvent on rencontre des cas rebelles.

Pour ce qui concerne la médication générale elle doit se borner à rétablir les fonctions altérées. Ainsi, souvent, l'acné s'accompagne de dyspepsie, de constipation, de dérangements dans les fonctions cataméniales qui exigent une médication appropriée. Lorsque l'acné survient sur un tempérament lymphatique, chez un scrofuleux, l'huile de foie morue, les toniques reconstituants sont naturellement indiqués. Enfin, chez des sujets sanguins, l'usage répété de laxatifs légers, de boissons alcalines donnent quelquefois des résultats satisfaisants.

Dans la seconde période de l'évolution de l'acné inflammatoire, c'est-à-dire dans la période de prolifération conjonctive ou hypertrophique, les agents substitutifs ne donnent aucuns bons résultats. Les seuls moyens à mettre en pratique sont les incisions fréquentes, les scarifications, et enfin l'ablation des parties trop fortement hypertrophiées.

Un mot encore en terminant. Sachez bien que l'acné inflammatoire, dans toutes ses périodes, est une affection longue et difficile à guérir; qu'elle exige des soins assidus, une grande patience et que souvent, malgré tout, on ne parvient pas à en avoir raison. Il est des médecins qui affirment qu'ils guérissent l'acné en quelques jours. Cela n'est pas vrai.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. *Prix Fauré à décerner en 1881.* — Les Médecins qui se sont occupés jusqu'à ce jour de l'alimentation de la première enfance, n'ont pas assez tenu compte dans leurs traités, des difficultés que rencontre cette alimentation dans les classes peu aisées. Aussi la Société, autant pour répondre à l'intention du fondateur du prix que pour combler cette lacune, met au concours la question suivante : *De l'alimentation de la première enfance dans ses rapports avec la situation des classes peu aisées.*

Le prix, d'une valeur de 300 fr., sera décerné à la fin de l'année 1880. Les mémoires, écrits très lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. Douaud, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1881, limite de rigueur. Les membres associés résidents de la société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Casernes et hôpitaux militaires.

En présence des épidémies de fièvres typhoïdes, de rougeoles, de scarlatines, d'érysipèles, qui prélèvent cette année, comme toutes les autres, un tribut assez considérable sur la garnison de Paris, il est permis de chercher quels seraient les moyens à employer pour arriver contre cette endémie aux résultats qu'ont obtenu les médecins militaires pour la variole, à peu près éteinte aujourd'hui dans l'armée.

C'est dans les casernes, la plupart situées au milieu des quartiers populeux de la ville, que naissent les maladies : les contagionés sont transportés dans les hôpitaux militaires dont quelques-uns sont placés aussi dans des conditions hygiéniques laissant beaucoup à désirer. Or, dépenserait-on des millions à réformer l'hygiène de ces casernes, de ces hôpitaux, habités en permanence, que le résultat serait nul. Si la chirurgie, grâce aux méthodes nouvelles de pansements, peut, jusqu'à un certain point, combattre avec succès les défauts du milieu hygiénique en créant à ses plaies une atmosphère pure et bien protégée, il n'en est pas de même en médecine, et l'empoisonnement de l'homme par l'homme existe toujours avec ses dangers inévitables, dans tous les endroits encombrés, ou constamment imprégnés d'effluves humains.

A ces maux, il n'existe qu'un seul remède : la décentralisation ; non pas celle qui fut essayée en 1871 ; le baraquement insalubre, cause de refroidissements et d'épidémies typhoïdes aussi graves que dans les plus anciennes casernes; mais la décentralisation avec tout le confortable des hôpitaux et des casernes modernes.

Les casernes comme les hôpitaux militaires doivent disparaître du centre de Paris. L'enceinte fortifiée de la capitale s'est élargie; il n'existe donc plus aucun motif pour conserver dans le milieu de la ville ces foyers de contagion, et pour ne pas diminuer la mortalité de nos soldats quand on peut le faire avec certitude.

Cette mesure de translation de certains hôpitaux et des casernes ne serait pas une cause de dépenses nouvelles au budget : la vente des bâtiments actuels devant rapporter beaucoup plus que ne coûteraient les constructions nouvelles extra-urbains, édifiées d'après le système Tollet.

L'objection même de la distance cesse d'exister avec la rapidité des moyens de communications, les tramways qui sillonnent Paris dans tous les sens. De ce chef, les restrictions d'ordre politique sont même à négliger.

Nous avions songé depuis longtemps à proposer l'éloignement d'abord des hôpitaux, et il nous paraissait simple de répondre aux difficultés que nécessitaient les transports quotidiens des malades, par l'adaptation des casernes aux lignes de tramways. C'est, du reste, ce qui se pratique maintenant à Berlin pour l'hôpital militaire de Tempelhof. Le ministre de la guerre a fait construire des voitures-wagons pour 4 malades couchés ou 8 assis; ces voitures partent deux fois par jour sur des rails placés dans la cour des quartiers et les malades arrivent par la ligne des tramways, sans la moindre secousse, à l'hôpital.

A Madrid, notre confrère qui rédige la *Gazette de santé militaire* réclame pour les troupes espagnoles cette amélioration si précieuse.

Pour Paris, les tramways pourront relier entr'eux les casernes et hôpitaux, voire même les casernes, aux lignes de la ville ; mais, sans attendre davantage, il faut couper court aux foyers d'infection. Le soldat, qui contracte toutes les maladies de l'enfance, doit vivre comme eux au grand air, au soleil ; respirer à pleins poumons un oxygène pur dont le volume ne lui sera pas marchandé. Au centre de Paris, cela n'est possible ni à la caserne, ni à l'hôpital. Toutes les petites mesures de blanchiment, de peinture, d'aération momentanée, de déménagement provisoire, de nettoyages d'égout, sont illusoires, et faites pour donner un semblant de satisfaction. *Delenda Carthago!* A l'avenir plus de casernes, plus d'hôpitaux urbains. En ce qui concerne les vieux établissements hospitaliers, comme l'Hôtel-Dieu annexe, il n'y a pas à songer à leur conservation ; il faut les remplacer par des hôpitaux extra-urbains ou par quelques-uns des postes-casernes des fortifications, aménagés pour la circonstance.

La vie des hommes est un capital qui ne figure pas, il est vrai, sur le papier; mais on nous accordera bien qu'il faut en user avec économie.

Ouverture du cours d'anatomie pathologique : M. Charcot.

La presse médicale s'est vivement occupée, depuis quelques semaines, de la proposition faite à la Commission du Budget, par M. le ministre de l'instruction publique, de créer une deuxième chaire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons signalé le fait sans insister autrement. Voici pourquoi; c'est, que dans ce projet, il y a une question d'intérêt général et une affaire pour ainsi dire personnelle.

En ce qui concerne le premier point nos lecteurs savent que, plus qu'aucun journal, le *Progrès médical* s'est intéressé aux réformes qu'il est urgent d'apporter dans les différentes branches de l'enseignement, et, en particulier de l'anatomie pathologique. Outre des articles spéciaux, nous avons publié les leçons d'ouverture du cours de M. Charcot (1) et la traduction d'une leçon d'un homme très autorisé, M. le professeur Cohnheim (2).

Aujourd'hui, nous complétons ces renseignements en plaçant sous les yeux de nos lecteurs le discours magistral prononcé devant un auditoire nombreux et sympathique par notre cher maître, M. le professeur Charcot, à la reprise de son cours vendredi dernier.

Laissant de côté les intérêts purement individuels, M. Charcot s'est préoccupé d'une manière exclusive d'intérêts bien supérieurs : l'instruction des étudiants, l'élévation de l'enseignement à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 avril 1880. (Suite). — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Emploi du collodion en histologie. M. Mathias DUVAL signale les bons résultats qu'il a obtenus en se servant du collodion pour examiner au microscope des coupes d'œufs de grenouille. Le collodion fixe bien les cellules de l'œuf les unes contre les autres ; mais à la coupe les cellules se divisent et se désagrègent. Pour remédier à cet inconvénient M. Duval a eu l'idée de badigeonner la surface de la coupe après la section : le collodion ainsi employé maintient les cellules dans leurs rapports respectifs. Selon M. Duval, la coupe d'un œuf de grenouille peut facilement être comparée à une coupe de cendres de cigare.

M. MALASSEZ déclare avoir souvent employé avec succès la gélatine pour des coupes délicates.

Mesure de l'astigmatisme. M. JAVAL présente à la Société un carton rempli de petits carrés de différentes teintes, et permettant par un moyen très simple de trouver sans tâtonnements le verre de lunette qui convient à un presbyte.

Séance du 17 avril 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Anatomie de la rétine. M. POUCHET a fait de nouvelles recherches sur la véritable disposition de la couche à noyaux internes de la rétine. Il a examiné plusieurs rétines de pigeons et de colombes, et il s'est assuré que sur ces pièces les deux espèces de noyaux ne sont pas mélangées. Il y a dans cette couche de la rétine deux séries séparées de noyaux, ayant chacune trois ou quatre rangs.

Action physiologique de l'eau de Châtel-Guyon. M. VOURY donne lecture d'une note où sont résumées les recherches qu'il a entreprises sur des chiens, au laboratoire de M. Béclard, pour connaître l'action physiologique des eaux de Châtel-Guyon. Dans toutes les expériences, l'eau de Châtel-Guyon a eu une action laxative et purgative. Cette action a pu être obtenue sans interruption aucune pendant une période de dix jours. L'appétit a été exagéré. Des effets diurétiques puissants ont été constamment produits sans variation dans la réaction de l'urine. Des doses fortes ont toujours déterminé, après une phase d'excitation, des phénomènes d'hyposthénie se traduisant : sur le système nerveux par de la somnolence, et de la prostration ; sur le cœur, par un ralentissement de ses battements et une faiblesse prononcée de l'impulsion ; sur la respiration, par une amplitude exagérée des mouvements respiratoires et une diminution du nombre des inspirations ; et, sur la température, par un léger abaissement.

Une ingestion quotidienne a amené un amaigrissement rapide et une diminution de poids. Des doses massives, données coup sur coup dans le but d'obtenir une intoxication, n'ont produit aucun phénomène qu'on puisse appeler toxique.

L'autopsie de l'animal sacrifié a révélé, dans ce cas, une inflammation catarrhale de l'estomac et des intestins avec plaques ecchymotiques et tuméfaction des glandes de Peyer, ainsi qu'une coloration violette toute particulière du sang veineux.

M. LABORDE signale le grand intérêt que présente cette communication surtout au point de vue de la méthode qu'a suivie l'expérimentateur.

Production artificielle des taches bleues. M. DUGUET rappelle les incertitudes qui ont régné longtemps dans la science au sujet de la signification des taches bleues. Ainsi, Monneret affirme que ces taches se montrent dans les fièvres typhoïdes légères et dans les fièvres synoques. Béhier considère qu'elles appartiennent en propre à la fièvre typhoïde. M. Jaccoud les a observées très nettement dans le cours d'une fièvre intermittente tierce. Plus récemment (1878), un chirurgien de marine, M. Mourson, à conclu de l'examen de 250 cas que les taches ombrées coïncident toujours avec la présence de poux du pubis, et cela sous toutes les latitudes, non seulement chez des malades atteints de fièvre typhoïde, mais encore chez des malades présentant les affections les plus diverses, telles que synoques, fièvres bilieuses, embarras gastriques, pleurésies, etc. ; chez des blessés, des syphilitiques, et même chez des individus bien portants.

Depuis la publication du mémoire de M. Mourson, M. Duguet a repris la question. Il a trouvé des taches ombrées sur 24 malades atteints d'affections diverses, et ces malades étaient tous porteurs de poux du pubis. Y avait il simple coïncidence ou bien relation de cause à effet ? Les expériences de M. Duguet font à cet égard disparaître les incertitudes.

(1) *Progrès méd.*, 1876, p. 230 ; — *Les Instituts pathologiques et la clinique*, 1877, p. 261 ; — 1878, p. 558.
(2) Cohnheim, 1878, p. 568 et 585.

Après avoir recueilli 25 poux du pubis, M. Duguet les a pilés ensemble de manière à obtenir une pâte molle ; puis il a inoculé plusieurs malades avec cette pâte. Le lendemain de l'inoculation, il voyait toujours apparaître, au niveau des piqûres, des taches bleues qui duraient 7 à 8 jours.

En résumé, M. Duguet tire de ses expériences les conclusions suivantes :

1° Les taches bleues se rencontrent dans un grand nombre de maladies absolument disparates; on les retrouve également chez l'homme sain; par conséquent elles n'ont aucun rapport, aucun lien qui les rattache directement à certaines maladies;

2° Elles tiennent uniquement à la présence, au passage, à l'action du *phthirius inguinalis*;

3° Elles n'ont plus aucune signification au point de vue du diagnostic; elles n'ont pas de valeur plus grande au point de vue du pronostic; elles n'ont plus, en un mot, aucune signification clinique.

4° Enfin, si elles signifient encore quelque chose, leur signification est désormais singulièrement restreinte et comparable à celle de l'urticaire des processionnaires, de la piqûre du moustique ou de la puce, de la vésicule et du sillon du sarcopte de la gale, du collier pédiculaire dans la phthiriase, en un mot elles sont à l'avenir exclusivement du ressort des dermatologistes.

M. Pouchet s'appuie sur les expériences de M. Duguet pour montrer combien est virulent le venin du *phthirius inguinalis*. Peut-être ce venin est-il contenu dans des glandes salivaires spéciales de l'animal.

M. Mégnin rappelle à son tour que des recherches analogues aux précédentes ont été faites en Allemagne par Guerbatt, avec le sarcopte de la gale. Des sarcoptes furent pilés et la matière inoculée sur des malades. Il se produisit au niveau de l'inoculation des vésicules analogues à l'ecthyma de la gale.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 avril 1880. — Présidence de M. Roger.

M. Delpech, à l'occasion de la récente communication de M. Devilliers, touchant le rapport de M. Thulié sur la question de l'*allaitement artificiel*, est d'avis que l'Académie doit, contrairement à l'opinion de M. J. Guérin, maintenir ses premières conclusions sur l'allaitement artificiel. Interprétant les considérants du rapport, adopté par le Conseil municipal de Paris, M. Delpech pense que le lait de jument ne sera pas aisé à se procurer, d'autant plus qu'il est peu abondant; le lait d'ânesse présentera également des inconvénients, car il coûte cher et n'est pas à la portée de tout le monde ; le lait de chèvre ne saurait présenter moins d'inconvénients, car les chèvres ne mettent bas qu'une fois par an et, pendant la gestation, leur sécrétion lactée est tarie. Le lait de chienne, enfin, ne mérite pas le moindre crédit. Si l'Académie semblait donner son approbation à l'allaitement artificiel, elle pourrait, d'après M. Delpech, jeter quelque défaveur sur l'allaitement maternel.

M. Jules Guérin n'entend défendre que les intérêts de la science. Il n'a jamais songé à battre en brèche l'allaitement maternel, qui s'impose à tous les médecins. Ce qu'il tient à mettre en évidence, c'est la nécessité, dans bien des cas, de recourir à l'allaitement artificiel. Or, ce fait étant généralement admis, il veut que l'allaitement artificiel soit aussi profitable que possible à l'enfant et n'hésite pas à donner la préférence au lait de vache.

M. J. Rochard continue la lecture de son rappart sur la *peste*, lecture qu'il terminera dans la prochaine séance.

M. J. Lefort lit un rapport officiel sur les *eaux minérales*.

M. J. Guérin a présenté à l'Académie la première livraison de la publication générale de ses travaux. Elle a trait aux *difformités congénitales* chez les *monstres*, le *fœtus* et l'*enfant*.

Il s'est exprimé dans les termes suivants : Jusqu'ici, les auteurs qui se sont occupés de tératologie avaient laissé une grande lacune à combler. La plupart d'entre eux, étrangers aux notions spéciales qui se rapportent à l'histoire anatomique des difformités, les avaient considérées comme des complications accessoires de la monstruosité, ou même les avaient complétement passées sous silence. J'ai cherché à combler cette lacune : 1° en rapportant et décrivant anatomiquement un certain nombre de monstruosités nouvelles, chez lesquelles toutes les difformités du squelette sont réunies; 2° en faisant voir que ces difformités, parties intégrantes de la monstruosité, sont produites par une seule et même cause, diversifiée seulement par son siége et ses degrés; 3° en montrant que ces deux ordres de faits, monstruosités et difformités, sont des produits collectifs et permanents d'une affection cérébro-spinale, embryonnaire ou fœtale à ses différents degrés, affection se résolvant dans deux effets principaux : le *développement vicieux* et *incomplet* des parties, et la *rétraction musculaire convulsive* qui en change et bouleverse les rapports.

De cet exposé, j'ai tiré les trois conclusions suivantes : 1° Que les nouvelles lumières fournies par le mécanisme des difformités accompagnant les monstruosités ,sont destinées à fixer désormais la science sur la véritable origine de cette classe de monstruosités; 2° que, réciproquement, ces monstruosités, en offrant la réunion, chez le même individu, de l'ensemble des difformités qui sont éparses, une à une, dans le plus grand nombre des cas, permet de mieux saisir leur origine commune, et de les rattacher à leur véritable cause; contrairement aux traditions scientifiques précédentes, qui avaient supposé une cause différente pour chaque genre de difformités; 3° que toutes les difformités causées par la rétraction musculaire convulsive, *strabisme*, *torticolis*, *déviations de l'épaule et de l'epine*, *luxations et subluxations du fémur* et autres, *déviations des genoux*, *pieds-bots*, etc., légitiment la généralisation de la ténotomie sous-cutanée, telle que je l'ai établie dès 1837.

Je crois devoir ajouter que les faits et les vues qui font l'objet de cette première livraison de mes travaux, n'avaient jamais été publiés, ni dans leurs détails, ni dans leur ensemble, et que leur coordination systématique est le produit de l'application de la *méthode étiologique*, méthode que j'ai appliquée à tous mes travaux, et dont j'ai placé un exposé général en tête de cette première livraison.

A cinq heures, l'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du rapport sur le prix de l'Académie.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril 1880 — Présidence de M. Tillaux.

Traitement des fractures articulaires. M. Marjolin. Mon nom ayant été mêlé à ce débat, je viens dire à mon tour comment je traitais à l'hôpital des enfants les fractures du coude. Les fractures sus ou intra-condyliennes sont très fréquentes chez les enfants ; lorsqu'ils arrivent à l'hôpital leur coude est déjà excessivement tuméfié, déformé, et la lésion a été souvent prise pour une luxation ; pendant les premiers jours, je me contentais de mettre le membre dans une demi-flexion, et d'apppliquer sur l'articulation soit des cataplasmes froids, soit des compresses résolutives. Une fois le gonflement disparu, je cherchais à pratiquer la coaptation des fragments au moyen de mes doigts ; puis j'entourais le membre d'une bande de flanelle, et l'immobilisais par un simple *bandage de corps*. Au bout de quelques jours, après quelques bains de bras préalables, je faisais exécuter au petit malade des mouvements de flexion et d'extension.

Vous le voyez, je me gardais absolument de tout appareil inamovible, de toute immobilisation prolongée et cela dans la crainte des ankyloses ou des pseudo-ankyloses. Mais, si je n'ai jamais mis d'appareils pour les fractures du coude, je les crois nécessaires pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius et surtout pour les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus situées *au-dessus* du coude.

M. Verneuil. La question pendante est de celles qui se jugent non par des souvenirs ou des impressions, mais par des

faits, et par des faits actuels. Je viens d'observer un jeune homme de 28 ans qui, il y a 9 mois, s'est fait une luxation du coude, compliquée de fracture, à en juger par la difformité présente. La réduction faite, on s'est contenté d'une simple écharpe ; mais quelques jours après survenait une douleur violente et un gonflement excessif ; au bout de 15 jours on mobilisait l'articulation. De cette thérapeutique voici le résultat : arthrite traumatique et ankylose totale, absolue.

Voici un cas un peu différent. J'ai vu ce matin même une blanchisseuse qui a eu une fracture du coude avec paralysie du nerf cubital. L'écharpe a été le seul traitement, mais pendant *un an et demi* elle n'a pas eu le moindre mouvement dans son articulation, par la suite, en revanche, les mouvements sont revenus peu à peu, et aujourd'hui ils ont recouvré toute leur intégrité, l'écharpe donc a produit une roideur d'un an et demi, qui, il est vrai, a disparu ensuite.

M. Lucas-Championnière est un des adversaires des appareils dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Est-il bien vrai que ce chirurgien en soit l'adversaire dans tous les cas, et sa pensée n'est-elle pas plutôt celle-ci : il est des cas dans lesquels ces fractures peuvent se passer de tout appareil, il en est d'autres dans lesquels ils sont utiles ou nécessaires. A mon avis, ces derniers cas sont les plus fréquents, on me dit qu'il faut savoir tenir compte de l'âge, c'est vrai ; M. Lucas-Championnière en outre, me cite un cas dans lequel, ayant immobilisé une fracture du radius, il a eu une ankylose du coude et de l'épaule ; l'observation, je ne la conteste pas ; mais est-il bien vrai que l'immobilité soit la coupable, et ne pourrait-on pas par exemple, songer à du rhumatisme concomitant ainsi que j'en ai observé un cas? Pareillement, M. Duplay a parlé d'un de ses malades, qui immobilisé pour un érysipèle phlegmoneux du membre supérieur a eu une ankylose de l'épaule. Toujours l'immobilité ! mais est-ce donc si rare de voir des arthrites succéder à des érysipèles ou à des lymphangites ?

J'ai observé à mon tour un malade qui, à la suite d'une luxation de l'épaule réduite, avait une ankylose de toutes les articulations du membre supérieur. Il avait été immobilisé, c'est vrai, mais il avait aussi une atrophie du membre et une contusion du plexus brachial, et là était la cause des lésions articulaires (Weir Mitchell). Ma conclusion est la suivante : dans la pathogénie des ankyloses, on donne trop à l'immobilité, ce qui appartient à toute autre cause; les causes vraies demandent à être recherchées, il faut savoir les trouver.

M. Marjolin. Il importe de faire une différence entre les fractures articulaires des enfants et celles des adultes ; chez les adultes, il faut un grand traumatisme : chez les enfants, un léger traumatisme suffit; et, pour ma part, je n'ai jamais eu à donner un certificat d'exemption du service militaire pour une fracture du coude, remontant à l'enfance.

M. Desprès fait pour les adultes et les vieillards ce que M. Marjolin fait pour les enfants ; mais il croit inutile la coaptation, il est illusoire de chercher à la réaliser ; elle se fait d'elle-même ; point n'est besoin de chirurgien. Mais M. Desprès est partisan de l'immobilisation pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius ; il prohibe tout appareil qui engloberait le pouce, et se déclare chaud partisan de l'admirable appareil de Nélaton ; cet appareil, il ne le laisse pas au-delà de 8 à 15 jours, et le remplace par un appareil silicaté qui s'arrête à la naissance du pouce.

M. Trélat. La question actuellement pendante est une grosse question ; elle demande pour être résolue un grand nombre d'observations. Pour ma part, il est une chose que je ne peux pas comprendre ; je ne peux pas admettre que étant donnée une fracture du coude ou toute autre fracture, on ne songe pas tout aussitôt à l'immobiliser rigoureusement et j'ai là-dessus une certaine pratique hospitalière et même très personnelle, puisque à moi seul, j'ai été trois fois fracturé. Toujours appelé à soigner une fracture, j'ai réduit cette fracture, et, secondement, j'ai assuré cette réduction par l'*immobilisation*. Mais combien de temps faut-il immobiliser? Là, est à mon avis, le nœud du débat, et dans une question aussi controversée, la raison des divergences. Eh bien, il faut immobiliser plus ou moins longtemps, suivant la nature de la fracture, suivant la variété, suivant l'individu. Il ressort de mon expérience qu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, par exemple, ne doit pas être immobilisée au-delà de 15 à 22 jours ; l'immobiliser plus longtemps c'est courir au-devant d'une raideur articulaire certaine ; je suis convaincu, en outre, que de quelque fracture qu'il s'agisse, il ne faut pas recourir à une immobilisation prolongée ; et si, par exemple, j'avais à soigner une fracture du coude chez un enfant de 10 ans, je ne laisserais pas l'appareil au-delà de 15 jours ; et si j'étais en présence d'accidents inflammatoires consécutifs à une fracture articulaire, je recourrais à l'immobilisation, aidée de la compression ouatée, cette méthode thérapeutique je l'emploie pour tous les traumatismes d'ordre contusif, à l'exclusion de tout onguent ou résolutif et je le regarde comme le meilleur des antiphlogistiques.

M. Marc Sée. Se servir d'attelles trop longues dans le traitement des fractures du radius, c'est s'exposer à ce que H. de Chégouin appelait *la main de justice* : les attelles palmaires et dorsales doivent être très courtes et pour ma part, si la réduction se maintient, j'enlève l'attelle dorsale au bout de quelques jours.

Anesthésie par le bromure d'éthyle. M. Terrillon a expérimenté de nouveau le bromure d'éthyle combiné au thermocautère dans le traitement de certaines collections purulentes superficielles. Le bromure d'éthyle produit une plaque blanche d'anesthésie ; si on incise sur cette plaque, la douleur est nulle, et dans un cas même M. Terrillon a pu pénétrer à un centimètre de profondeur ; il est bon d'ajouter que l'anesthésie peut exister sans que la plaque blanche se montre. Les résultats ont toujours été excellents ; mais, si le jet du pulvérisateur est trop fin, si l'on éloigne par trop le bec de l'instrument, l'anesthésie est insuffisante, la plaque trop circonscrite. Aussi M. Terrillon se sert-il d'un pulvérisateur à jet étalé qu'il a fait construire, et tient-il toujours l'instrument à 8 ou 10 centimètres de la peau. P. Méricamp.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance de novembre 1879. — Présidence de M. Hervieux.

Anurie calculeuse. — M. Tenneson présente à la Société des pièces qui proviennent d'un malade mort par anurie d'origine calculeuse. Cet homme, atteint de néphrite interstitielle, rendait par jour 4 à 5 litres d'urine claire, ne contenant que des traces d'albumine, et cela d'une façon intermittente ; il présentait, en outre, une amblyopie double et une hypertrophie cardiaque. Au mois d'août, l'anurie est survenue et le malade a rapidement succombé. A l'autopsie, on a rencontré des reins petits et blancs, de nombreux calculs dans les uretères, les calices et les bassinets, et une hypertrophie cardiaque, sans lésions valvulaires, consécutive à la néphrite interstitielle diffuse, dont le microscope a montré l'existence dans les deux reins.

Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice, d'hémichorée, de contracture, et sur leur curabilité par les agents æsthésiogènes. — M Debove fait d'abord remarquer que les faits dont il entretient la Société et sur lesquels repose sa très originale et très intéressante communication sont tous étrangers à l'hystérie. Les guérisons obtenues ont consisté dans le retour, non pas seulement de la sensibilité, mais aussi de la motilité dans la moitié du corps primitivement atteinte. Il rappelle les obs. de MM. Charcot, Vigouroux, Proust, celle qu'il a lui-même publiée, en 1879, dans les Bulletins de la Société, et relate quatre observations nouvelles. Chez tous les malades observés par M. Debove, *le transfert a manqué*, et toujours, après l'application plus ou moins prolongée d'un aimant, tous les phénomènes, et en particulier l'hémiparésie, ont disparu avec l'hémianestésie. Une seule séance a souvent suffi pour amener ce résultat. Les malades très dissemblables, dont il cite l'histoire, présentent cependant un caractère commun, c'est une hémianesthésie qui permet de supposer que la lésion (différente dans chaque cas : ici,

syphilome, là, un ramollissement probable, etc.) siégeait dans le tiers postérieur de la capsule interne. Pour expliquer la guérison, M. Debove propose d'admettre que les fibres sensitives de l'encéphale présentent une conductibilité indifférente admise pour celle de la moelle par les physiologistes ; par suite, les impressions pourraient suivre dans le cerveau des voies collatérales lorsque les voies habituelles seraient interceptées, et l'application de l'aimant ouvrirait en quelque sorte ces voies collatérales.

La guérison des hémiparésies, fait absolument nouveau, est bien due à la guérison de l'hémianesthésie. Car M. Debove ayant essayé l'application de l'aimant chez les hémiplégiques dont la sensibilité était intacte, n'a obtenu aucun résultat. En outre, il y avait hémianesthésie chez tous les malades dont l'hémiparésie a disparu ; il s'est passé là, avec cette différence que le transfert ne s'est jamais produit, ce qui se passe avec transfert chez les hystériques dont on déplace à la fois et l'hémiparésie et l'hémianesthésie.

Les hémicontractures et l'hémichorée seraient également sous la dépendance de l'hémianesthésie : chez une hystérique, on déplace la contracture avec l'anesthésie. De telle sorte que, en ramenant la sensibilité, c'est-à-dire en faisant disparaître l'anesthésie, on voit disparaître avec elle la contracture, la parésie, la chorée.

M. C. PAUL a observé dans son service un saturnin atteint d'hémiplégie avec hémianesthésie et contracture chez lequel l'application de plaques d'or a ramené la sensibilité et fait disparaître la contracture d'une façon définitive.

M. DUMONTPALLIER constate que tous les malades de M. Debove avaient une anesthésie générale et sensorielle. C'est dans ces cas seulement que l'on a une action sur l'hémianesthésie.

Hémiplégie alterne ; lésion cérébrale du côté de la paralysie des membres. — M. M. RAYNAUD présente le cerveau d'une femme de 25 ans chez laquelle on a pu constater, dans les quelques heures qu'elle a passées à l'hôpital, une hémiplégie alterne du mouvement ; il n'y avait aucune altération de la sensibilité. Une enquête de police faite à cause des circonstances au milieu desquelles cette femme était morte, a permis de reconstituer en partie son histoire et de constater qu'elle n'avait, la veille de son entrée à l'hôpital, aucune paralysie. La protubérance est intacte. A la surface de l'hémisphère droit, il y a destruction de la substance cérébrale à la partie postérieure des 2e et 3e frontales ; du même côté, on voit dans le centre ovale une masse qui a l'apparence d'une gomme suppurée. L'hémiplégie faciale peut bien être regardée comme corticale, mais comment expliquer la paralysie des membres du côté correspondant à la lésion.

MM. VOISIN et BOURNEVILLE sont élus membres de la Société médicale des hôpitaux.

Hémianesthésie de cause cérébrale. Application d'un aimant. Transfert par plaques. — M. LABOULBÈNE relate l'histoire d'un homme de 67 ans, anesthésique du côté gauche, entré récemment à l'hôpital. Il est tuberculeux et peut-être s'agit-il de tubercules cérébraux ou peut-être seulement de phénomènes d'ischémie cérébrale. L'application d'un aimant pratiquée par M. Debove a fait renaître la sensibilité au bout d'une demi-heure ; il est survenu une céphalalgie violente. Le lendemain, le genou et la jambe étaient à peu près dans le même état. Au bout de huit jours, on constatait, de la façon la plus évidente, qu'il y avait eu transfert par plaques. Ceci est intéressant, car cet homme n'est pas hystérique et le transfert s'est effectué par plaques.

M. DEBOVE. Outre ces deux points intéressants, je ferai remarquer que la paralysie du mouvement n'a pas disparu, parce que la paralysie de la sensibilité a elle-même persisté en partie. J'ai obtenu, depuis l'observation de cet homme, un autre fait de transfert en plaques. Je noterai encore ce fait que le transfert se voit dans des cas de lésions cérébrales, témoin le fait de M. Vigouroux, celui de M. Laboulbène, etc., et n'est pas caractéristique de l'hystérie, comme le pense M. Dumontpallier ; il peut même manquer dans cette dernière maladie.

M. DUMONTPALLIER pense qu'il y a lieu, néanmoins, de conserver cette conclusion générale à laquelle conduit l'étude de presque tous les faits publiés : le transfert s'observe généralement dans l'hystérie ; il est exceptionnel dans les autres cas.

Pemphigus congénital non syphilitique. — M. HERVIEUX. M. Quinquaud a examiné à la Maternité les malades dont j'ai entretenu la Société dans l'avant-dernière séance. Il a constaté que les bulles renferment de la sérosité purulente. Chez l'un des enfants, l'éruption a disparu brusquement et la santé a périclité ; chez l'autre, l'éruption a continué et la santé n'a pas été profondément atteinte. Au début, j'avais pensé à un pemphigus syphilitique ; mais le siége de la lésion, son absence à la paume des mains et à la plante des pieds ; enfin, la conservation de la santé de l'enfant m'ont éloigné de cette idée. Il est inexact de soutenir, avec M. Dumontpallier, que le pemphigus syphilitique n'est pas congénital ; L. Dubois a montré que l'apparition de cette éruption précède la naissance, et Cullerier, Danyau, Laborie, Depaul ont confirmé cette notion. Il est également inexact que les bulles de pemphigus ne contiennent pas de pus. La lecture des observations permet de constater que les bulles de pemphigus, qu'il soit ou non syphilitique, peuvent contenir de la sérosité externe ou purulente, du pus ou du sang.

Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie. — M. DEBOVE relate l'histoire d'une femme de 60 ans qui se présente à la consultation parce qu'elle n'urinait pas. On la sonde, et le cathétérisme n'évacue pas d'urine ; de même, anurie le lendemain, le surlendemain et ainsi pendant quinze jours ; le quinzième jour, la miction donne quelques gouttes d'urine, et la malade succombe le vingtième jour. A l'autopsie, on trouvait un cancer de l'utérus limité, oblitérant les uretères par tiraillement de leur muqueuse et non par envahissement du cancer.

Cette femme se trouvait dans des conditions assez analogues à celles dans lesquelles le physiologiste place un animal par la ligature des deux uretères. Aussi en ai-je profité pour faire avec M. Dreyfous quelques recherches physiologiques. Nous avons pu examiner la température et voir que, de 34°,8 au dixième jour, elle est toujours restée basse, bien que la malade éprouvât de temps à autre des bouffées de chaleur. L'accumulation de l'urée dans le sang a été suivie en quelque sorte jour par jour ; elle s'est élevée au chiffre de 4 gr. 4 par litre de sang. L'abstinence de la malade ne suffit pas à expliquer ce petit chiffre (un adulte produit par jour 24 gr. d'urée), il faut encore admettre que l'accumulation d'urée dans le sang empêche la formation de l'urée. Ce fait pourrait expliquer la rareté relative de l'urémie dans les affections des reins : l'accumulation de l'urée dans le sang empêcherait la production d'une quantité mortelle d'urée.

Les vomissements, les garde-robes, les sueurs contenaient peu d'urée. Dans la sueur il y avait par litre 2 gr. 64. Dans le sang, la quantité d'urée a été à peine modifiée après une injection de pilocarpine ; les soins supplémentaires ont donc éliminé très peu du produit. Et l'on peut se demander si une purgation énergique n'aurait pas un mauvais effet en privant le sujet d'eau beaucoup plus que d'urée : et en l'exposant à résorber des liquides épanchés qui sont très riches en urée et peuvent devenir une nouvelle cause d'urémie.

Anévrysmes multiples de l'aorte. — M. GÉRIN-ROZE présente au nom de M. Dujardin-Beaumetz un malade atteint de trois anévrysmes de l'aorte. R. M. M.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.

Un concours sur titre est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique, interne, et de quatre élèves externes à la clinique nationale ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé pour le chef de clinique. Les élèves externes devront justifier de la prise de douze inscriptions ; ils devront avoir subi les examens correspondants à ces douze inscriptions.

MM. les candidats sont priés de s'inscrire au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures. Ils remettront toutes les pièces justificatives, sus-indiquées, qu'ils accompagneront de leur extrait de naissance. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 juin 1880.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation. Médecine (1).

V. Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central; par M. Ch. Chauvet. Vol. in-8°. Paris, 1880. Ve Adrien Delahaye, éditeur.

V. Comme M. Chauvet le dit lui-même, dès le début de sa thèse, la question que lui proposait la Faculté n'était pas celle de la syphilis des centres nerveux, mais bien la discussion des faits qui tendraient à attribuer une origine syphilitique à quelques-unes des maladies du cerveau ou de la moelle. Le plan suivi par l'auteur consiste à étudier successivement : 1° L'influence de la syphilis sur les maladies du cerveau ; 2° l'influence de la syphilis sur les maladies de la moelle ; 3° cette influence sur les névroses. Il résulte de cette division un grand nombre de petits chapitres, ayant trait à chacune des affections du système nerveux central, mais plusieurs de ces chapitres sont forcément réduits à une simple constatation de l'influence possible, problématique de la syphilis sur telle ou telle maladie des centres nerveux. C'est là le côté défectueux du plan de M. Chauvet ; il eût peut-être été préférable de prendre la question au point de vue de la pathologie générale et de la physiologie pathologique, et de sacrifier les quelques chapitres auxquels nous faisions allusion plus haut. On eût ainsi mis en lumière les quelques affections nerveuses qui sont justiciables de l'étiologie syphilitique; quant aux autres, en l'absence de faits démonstratifs, il suffisait de les énumérer en quelques paragraphes aussi brefs que possible.

Ces réserves faites sur le plan adopté par M. Chauvet, nous devons reconnaître que son travail est fort complet ; les conclusions sont données à la fin de chaque chapitre ; elles seraient longues à reproduire *in extenso* ; en les examinant par appareil, nous voyons que M. Chauvet n'admet pas l'influence de la syphilis sur la congestion, l'anémie cérébrales, ni sur l'hémorrhagie cérébrale, mais qu'il reconnaît l'influence de cette diathèse sur la production de l'hémorrhagie méningée, du ramollissement cérébral, de la méningite cérébrale et de l'encéphalite. M. Chauvet ne croit pas que la syphilis seule puisse causer la méningo-périencéphalite diffuse, mais il reconnait que « la syphilis peut produire dans l'encéphale des lésions variées comme siége, comme étendue (tumeurs, artérites avec ramollissement, etc.) qui, dans quelques circonstances, pourront se traduire symptomatiquement par une sorte de paralysie générale. »

La deuxième partie de la thèse de M. Chauvet est la plus importante, c'est celle qui traite de l'influence de la syphilis sur les maladies de la moelle épinière et de ses enveloppes : l'auteur divise cette étude en deux chapitres : Influence de la syphilis sur les myélites interstitielles et sur les méningites spinales ; influence de la syphilis sur les myélites systématisées. Pour le premier groupe de faits, celui des myélites diffuses, interstitielles, M. Chauvet reconnaît avec nombre d'auteurs que la syphilis peut donner lieu à une myélite interstitielle affectant une grande extension et une excessive irrégularité dans la distribution des lésions. Par contre, M. Chauvet est peu enclin à admettre l'influence de la syphilis sur les myélites systématisées. Il dit même, à propos de l'ataxie locomotrice (p. 55) : « Nous affirmons donc que la syphilis ne donnera jamais lieu au développement d'une sclérose primitive des zones radiculaires postérieures. » Sous cette forme, et même en conservant le mot « *primitive* » la conclusion de M. Chauvet n'est peut-être pas assez prudente : il ne faut sans doute pas déclarer que l'ataxie locomotrice est sous la dépendance de la syphilis, mais il serait téméraire d'*affirmer* que la syphilis et l'ataxie locomotrice ne seront jamais en rapport de causalité. Certes, l'opinion de MM. Fournier, Vulpian, Féréol, Siredey, Drysdale, Caizergues, etc., vaut la peine d'être discutée, surtout quand elle s'appuie sur une donnée clinique aussi vulgaire : on note bien souvent la syphilis comme seul antécédent non pas, dirons-nous, de l'ataxie, mais dans l'observation d'un ataxique : quelle est la valeur de cette donnée ? C'est ce que nous aurions voulu voir discuter par M. Chauvet. Il est vrai que la dissémination des lésions et la disparité des symptômes dans la myélite syphilitique vraie semblaient s'opposer à l'idée de systématisation qu'entraîne la sclérose des cordons postérieurs, mais il faut aussi, bien probablement, tenir compte de l'époque éloignée de l'accident primitif à laquelle se manifeste l'incoordination motrice chez les ataxiques ayant été syphilitiques ; la question est de savoir si la syphilis prédispose aux scléroses des centres nerveux, et, par conséquent, si parmi ces scléroses, une des plus fréquentes, celle des cordons postérieurs, peut reconnaitre comme origine la syphilis, quelque éloignée et indirecte que soit la manifestation diathésique. Passant ensuite en revue les autres myélites systématisées, M. Chauvet ne leur reconnaît pas une origine syphilitique quand elles sont primitives, mais il indique quelques cas dans lesquels des scléroses secondaires ascendantes ou descendantes se sont produites après des lésions syphilitiques de la moelle et du cerveau.

La troisième partie de la thèse de M. Chauvet est consacrée à l'influence de la syphilis sur les névroses : l'auteur y traite par conséquent les rapports de la syphilis avec l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la paralysie agitante, la folie. D'une façon générale M. Chauvet se rattache aux opinions de M. Lancereaux et s'écarte de celles de M. Fournier. M. Chauvet n'admet donc guère l'influence de la syphilis sur la production des névroses. Son argument est celui-ci : la syphilis provoque des lésions, or, une névrose est une maladie sans lésions, donc la syphilis ne provoque pas de névroses ; les accidents hystériques, épileptiques, choréiques, etc. observés chez un syphilitique, sont : ou bien le fait de coïncidences s'il s'agit d'une névrose, ou bien des manifestations symptomatiques de lésions syphilitiques des centres, auquel cas elles sortent du cadre de la thèse. Il nous semble que c'est attacher bien de l'importance à un terme, à celui de névrose : il y a quelque temps que les névroses commencent à se restreindre singulièrement; les névroses ne sont du reste pas des maladies sans lésions, ce sont des maladies dont on ne connait pas encore les lésions ni la physiologie pathologique.

La thèse de M. Chauvet contient beaucoup de documents et d'observations importantes; son plan même la rend facile à consulter, sa lecture est attrayante et doit être recommandée ; les quelques critiques de détail que nous faisions à ce travail nous étaient permises par l'amitié ancienne qui nous lie à l'auteur. Henry de Boyer.

(1) Voir les nos 15 et 16.

Société française de tempérance. — Cette société a tenu sa séance solennelle le 18 avril, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, membre de l'Institut. Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Bouillaud, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, ceux de MM. Motet et Decaisne sur le concours de 1880, et le rapport de M. Guignard sur les récompenses, la société a décerné : à MM. Roussel Saint-Georges et Charles Mueser, des médailles d'argent et des récompenses de 250 fr.; à M. le Dr Nicolle, un encouragement de 100 fr. La société a décerné en outre : une médaille de vermeil, 82 diplômes d'honneur, 17 médailles d'argent, 306 médailles de bronze, un livret de caisse d'épargne de 50 fr. et 38 de 25 fr.

Hôpitaux thermaux militaires. — Par décision ministérielle du 22 mars 1880, le personnel médical et pharmaceutique des hôpitaux thermaux militaires est arrêté, pour l'année 1880, ainsi qu'il suit : *Hôpital de Bourbonne :* MM. Batley, Berger, Charpentier, Duroux, Jehl, Michel, Raoult, Tournier, Véron et Viltard. — *Hôpital de Vichy :* MM. Delcominète, Derouet, Hugues, Meige, Molinier, Paradis, Spire et Tillion. — *Hôpital de Barèges :* MM. Boué, Darde, Giard, Jacquey, Marboux, Moreau et Nogier. — *Hôpital de Bourbon-l'Archambault* : MM. Jacob et Stauff. — *Hôpital de Guagno :* M. Guérin.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — MM. les médecins du VIIe arrondissement sont informés que le dimanche 2 mai 1880, il sera procédé, dans une salle de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

Excursion géologique. — M. Ch. Vélain, maître de conférences à la Faculté des sciences, fera dimanche prochain, 25 avril, une excursion géologique à Orgemont, Sannois et Beauchamp. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare à 6 heures 45 précises du matin.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouveau polypotome; par J. Baratoux.

M. le professeur Béclard a présenté à la dernière séance de l'Académie de médecine, au nom de M. J. Baratoux, un nouveau polypotome pour les oreilles et le nez, construit sur ses indications par M. Ch. Dubois. — Cet instrument se compose : 1° d'une pince à pansement dont les mors sont remplacés par deux cylindres creux AA, d'environ 7 centimètres, et coudés à angle obtus sur les branches GG (chacune de ces branches porte un anneau I, I et un mors H qui permet de les maintenir). Le canal qui parcourt les tiges AA s'ouvre au sommet de l'angle obtus, au point B. L'autre extré-

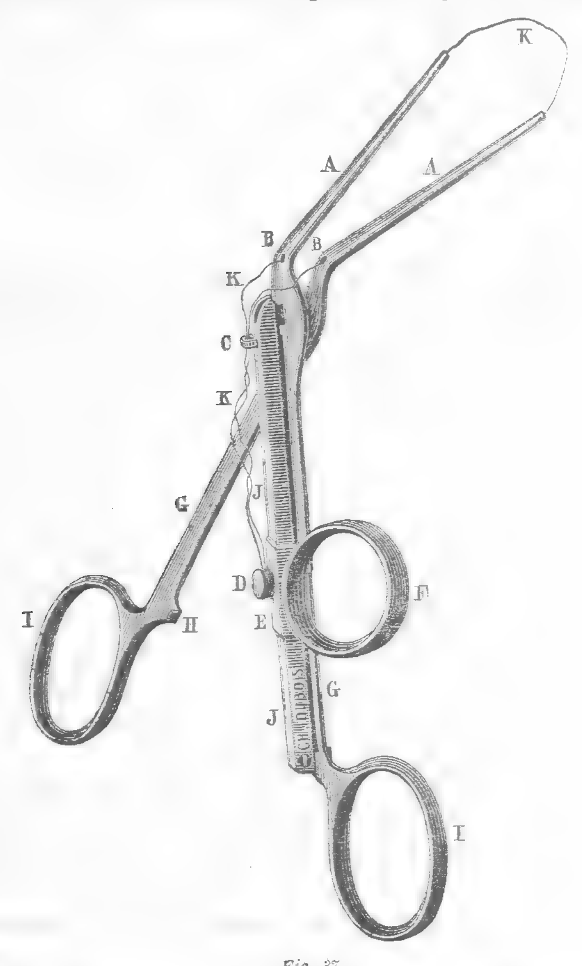


Fig. 37.

mité de ce canal par laquelle on voit sortir le fil K est légèrement échancrée sur la face interne. Le tube A est arrondi en tous sens si ce n'est sur sa face interne, où il est aplati de manière à permettre l'accollement des deux branches ;

2° Sur la branche droite de la pince est montée une tige carrée J, occupant toute la longueur de cette branche avec laquelle elle s'articule à ses extrémités seulement. Cette branche porte près de l'angle obtus un petit anneau soudé, C, dans lequel passe les deux extrémités du fil après leur sortie par les trous BB. Devant cet anneau C, la tige carrée J, est creusée d'une gouttière qui facilite le glissement du fil à sa sortie des trous BB ;

3° Cette tige J présente un curseur E, portant sur sa face supérieure un bouton D destiné à attacher les extrémités du fil; et enfin sur la face externe de ce curseur est un anneau F destiné à faire mouvoir le curseur sur toute la longueur de la tige J.

VARIA

Rapport sur la construction, à l'hospice des Enfants-Assistés, d'une nourricerie destinée à l'expérimentation de l'allaitement artificiel; par le Dr H. Thulié.

Messieurs,

En 1877, le Conseil municipal de Paris était justement effrayé par la difficulté de plus en plus grande de se procurer des nourrices pour les enfants abandonnés ou secourus; sachant, d'ailleurs, qu'aucune expérience d'alimentation artificielle des enfants du premier âge n'avait été sérieusement et scientifiquement faite, et constatant la mortalité effroyable que les pratiques de l'Assistance publique occasionnaient, soit par ses billets jaunes, soit par ses nourrices sèches, il avait émis le vœu qu'une expérience d'alimentation artificielle, soigneusement étudiée et sévèrement suivie, fût faite par les soins de l'Administration hospitalière. Le Conseil de surveillance d'alors n'osa pas prendre un parti et trancher lui-même une question qui, cependant, était absolument de sa compétence, et, de même que jusque-là il s'était facilement résigné à laisser les choses en l'état et à contempler cette hécatombe sans chercher à faire cesser les pratiques qui causaient cette énorme mortalité, de même il se résigna à attendre encore, et, dans son extrême prudence, voulut avoir l'opinion de l'Académie de médecine.

En réalité, et nous l'avons appris par ceux de nos collègues qui faisaient partie du Conseil de surveillance à cette époque, cette prudence cachait une hostilité absolue contre notre vœu et, aussi, paraît-il, contre ceux qui l'avaient émis.

Nous n'avons jamais su en quels termes la question avait été posée et si les documents nécessaires avaient été fournis ; mais les termes de la réponse de la savante assemblée nous ont autorisés à penser que cette question avait été aussi mal posée par l'Administration, que légèrement étudiée par la Commission de l'Académie.

Le rapporteur de la Commission de l'hygiène de l'enfance disait, en effet, que le Conseil municipal avait formé un vœu sans plan d'aucune sorte. Or, le rapport de votre 4e Commission contenait des indications très précises sur les constructions, sur le cubage d'air des salles, sur le nombre d'enfants que chacune d'elles devait contenir, sur la qualité du lait, sur l'époque où l'allaitement artificiel devait commencer, etc., indications qu'on aurait pu considérer comme inutiles, en vérité, le Conseil municipal s'adressant à une Administration hospitalière, chargée d'étudier et de connaître les meilleurs modes d'hospitalisation, et admirablement outillée pour avoir les meilleurs avis sur la matière, le corps médical des hôpitaux étant toujours prêt à sacrifier son temps et sa peine pour tout ce qui peut rendre service à l'humanité.

Si MM. les membres de la Commission de l'Académie de médecine avaient été sérieusement renseignés, ils auraient su que les représentants de la ville de Paris luttaient depuis 1872, c'est-à-dire depuis quatre ans, contre les agissements dangereux de l'Assistance publique ; ils auraient appris que, pour faire disparaître les pratiques dangereuses d'un service où la mortalité était comme organisée, le Conseil municipal de Paris, après quatre années de réclamations inutiles et d'ordres du jour de blâme, avait été obligé de faire disparaître ce service lui-même.

Avec l'enquête la plus élémentaire, MM. de l'Académie auraient compris pourquoi nous faisions cette proposition utile ; ils auraient appris à connaître les fameux billets jaunes, ces bons que le bureau municipal donnait aux mères pauvres et incapables d'allaiter elles-mêmes, et à l'aide desquels elles allaient chercher des nourrices dans des bureaux particuliers, où on ne leur fournissait naturellement que les seins de rebut. Ils auraient appris, en outre, que les protestations du Conseil municipal, soulevées par la mortalité qui résultait de ce système, avaient forcé l'Administration hospitalière de cesser cette pratique déplorable, mais que l'Assistance publique l'avait changée pour une pratique pire encore, et avait remplacé les nourrices à billets jaunes par des nourrices sèches qui nous tuaient 50 0/0 des enfants qui leur étaient confiés, et cela sans que le Conseil de surveillance de cette époque ait rien fait pour améliorer la situation. Ils auraient su que c'était le Conseil municipal qui, pour en finir avec tous ces agissements déplorables, avait supprimé le Bureau des nourrices.

S'ils n'avaient pas négligé de se renseigner, MM. les membres de la Commission de l'Académie auraient appris aussi que jamais aucun de nos collègues n'avait eu l'amère sottise de mettre sur le même pied l'allaitement artificiel et l'allaitement au sein, et ils se seraient épargné le ridicule de nous conseiller des solutions qui, depuis longtemps et sur notre demande, étaient mises en pratique dans nos services spé-

ciaux. S'ils avaient voulu constater que les nourrices mercenaires manquaient et que leur nombre allait décroissant chaque jour, peut-être eussent-ils admis que le Conseil municipal ne pouvait rester stoïquement immobile comme le Conseil de surveillance et comme l'Académie elle-même, devant cette mortalité effroyable, se contentant de compter les morts et de blâmer les pratiques funestes; peut-être eussent-ils admis que le Conseil municipal ne pouvait regarder mourir de faim les nombreux enfants de Paris, pour lesquels, faute de nourrices, l'alimentation au sein était impossible, sans chercher un remède à ce mal. Peut-être aussi eussent-ils reconnu que l'alimentation artificielle surveillée et suivie par des médecins de premier ordre, donnée dans des locaux appropriés, par un personnel stylé par le chef de service, n'offrait certainement pas plus de dangers que l'alimentation donnée par les nourrices sèches de l'Assistance publique, c'est-à-dire par des femmes pleines de préjugés au sujet de l'alimentatiou de la première enfance, agissant sans surveillance sérieuse et efficace, donnant du lait de qualité douteuse, acide le plus souvent, à l'aide d'un biberon mal nettoyé, gorgeant le petit être de soupes épaisses, poison véritable pour l'enfant du premier âge, habitant des chambres où grouillent ordinairement, au milieu des conditions les plus malsaines, le père, la mère, quelquefois les grands-parents, et des enfants nombreux.

Certainement, les enfants de nos nourriceries scientifiquement organisées ne seraient pas morts par moitié comme ceux que l'Assistance publique confiait aux nourrices sèches; leur mortalité même n'aurait pas atteint dans ces établissements le chiffre de 40 et 42 0/0, que l'on signalait pour les enfants confiés aux nourrices au sein procurées au moyen des billets jaunes (1). Nous pouvions ainsi, à l'aide de cette nourricerie d'essai, sans faire courir aux enfants des dangers plus grands que ceux auxquels l'Asistance publique les exposait, sinon avec l'approbation de l'Académie, au moins sans que celle-ci ait jamais protesté, faire expérimenter scientifiquement et, on peut le dire, dans des conditions relativement excellentes, un mode d'alimentation qui s'imposera le jour où la loi Roussel étant sérieusement exécutée et le service des Enfants assistés étant humainement réorganisé sur tout le territoire, les nourrices au sein manqueront plus qu'aujourd'hui encore.

Enfin, en explorant nos services, la Commission d'hygiène de l'enfance aurait pensé aux enfants syphilitiques, dont un grand nombre sont guérissables; elle aurait compris certainement que, faute d'une alimentation artificielle étudiée expérimentalement et scientifiquement réglée, on est placé entre la mort assurée de l'enfant et l'infection d'une femme appelée à être encore mère.

Sans s'occuper de tout cela, quelques membres de l'Académie de médecine ont tout simplement proclamé que le vœu du Conseil municipal était IMMORAL.

Mais pourquoi n'ont-ils pas accompagné cette accusation injurieuse d'une indication qui eût été une preuve et qui, en même temps, eût pu nous moraliser? Pourquoi ne nous ont-ils pas enseigné le moyen de nous procurer les nourrices qui nous manquent?...

La presse médicale, d'ailleurs, n'a pas suivi l'Académie, et l'injure est restée au compte de ceux qui l'avaient prononcée. Le Conseil municipal protesta, mais la question resta sans solution, le Conseil de surveillance se retranchant derrière l'avis de l'Académie. Cependant, le nombre des nourrices diminue toujours, et, je le répète, si la loi Roussel est sérieusement exécutée, leur recrutement deviendra de plus en plus difficile et diminuera encore si, comme cela est indispensable, une loi nouvelle réorganise le service des Enfants assistés.

Le nouveau Directeur de l'Assistance publique a été frappé comme l'avait été l'ancin Conseil municipal, par les difficultés actuelles, et, convaincu qu'elles ne feront que s'aggraver avec le temps, il a repris la question pour son compte et a chargé une Commission spéciale de l'étudier. Cette commission était composée de :

MM. Michel Möring, directeur de l'Assistance publique, Blachez, Bergeron, Dujardin-Beaumetz, médecins des hôpitaux, d'Écherac, secrétaire général de l'Administration, Brueyre, chef de la division des Enfants assistés.

Voici le procès-verbal de la séance dans laquelle cette Commission a donné son avis :

M. Michel Möring expose à la Commission que M. le docteur Thulié et le Conseil général de la Seine se sont préoccupés de la difficulté toujours croissante du recrutement des nourrices, et de la nécessité de rechercher le moyen d'y remédier, en favorisant d'une part l'allaitement maternel et d'un autre côté, en étudiant les différentes méthodes d'allaitement artificiel.

Afin d'arriver au but, l'Administration se propose d'expérimenter à l'hospice des Enfants assistés les divers modes d'allaitement artificiel, notamment au moyen de lait de juments, de vaches, de chèvres et même de chiennes. On pourrait en outre expérimenter les résultats de l'allaitement des enfants syphilitiques par des nourrices syphilitiques.

Ces expériences, qui seraient confiées à l'éminent docteur Parrot, médecin de l'hospice des Enfants assistés, seraient faites dans les meilleures conditions possibles. Une nourricerie spéciale serait établie dans des constructions en pisé, élevées dans les vastes jardins de l'hospice.

M. le Président ajoute qu'il a reçu de l'un des agents de surveillance des enfants assistés une notice sur l'allaitement d'enfants syphilitiques par des chèvres et que cette méthode paraît avoir donné des résultats satisfaisants (1).

Il prie, en conséquence, MM. les médecins, de vouloir bien faire connaître si des expériences analogues ont déjà été faites et quels en ont été les résultats. MM. les médecins voudront bien en outre donner leur opinion sur la valeur que pourrait avoir une expérimentation faite dans les conditions qu'il a indiquées.

MM. les docteurs Blachez et Bergeron prennent tour à tour la parole et déclarent que les expériences faites précédemment sur l'allaitement animal l'ont été sur une échelle trop restreinte et dans des conditions trop peu scientifiques, pour qu'on en puisse tirer un enseignement utile.

Ils ne peuvent qu'approuver vivement le projet de l'Administration de procéder à des expériences sérieuses sur cette importante question. Nul, mieux que leur éminent confrère, le docteur Parrot, n'est à même de les suivre de près et d'étudier en particulier, au point de vue de la syphilis, les conséquences de tel ou tel mode d'allaitement.

Toutefois, pour que des conclusions tout à fait certaines ressortent de ces expériences, il faudra que celles-ci soient prolongées pendant longtemps sur un grand nombre d'enfants. Il y a lieu aussi de remarquer que les enfants amenés à l'hospice de la rue d'Enfer, sont nés de mères indigentes, accouchées dans de mauvaises conditions, après des gestations difficiles et souvent contrariées, que ces malheureux sont apportés dans des conditions de santé des plus déplorables et qu'il y aura lieu de tenir compte de ces faits particuliers. Ils encouragent donc vivement l'Administration à poursuivre le projet qu'elle a fait et qui rencontrera l'appui et la sympathie de tous ceux que préoccupe la question infantile. M. le Président déclare qu'il convoquera de nouveau la Commission dans un an, afin de mettre sous ses yeux le résultat des expériences de M. le docteur Parrot. — La séance est levée.

Encouragée par l'opinion des savants médecins des hôpitaux qui faisaient partie de cette Commission, l'Administration de l'Assistance publique a présenté un projet à la Commission de surveillance sur l'établissement d'une nourricerie à l'hospice dépositaire.

Cette nourricerie se composerait d'un pavillon au rez-de-chaussée, comprenant deux salles de dix lits chacune, et séparées entre elles par un office.

En arrière de ce pavillon, un bâtiment, complétement séparé, recevrait les animaux destinés à fournir leur lait aux enfants de la nourricerie.

Sur le rapport du docteur Nicaise, ce projet a été adopté, sauf de légères modifications. Ainsi, la construction du bâtiment destiné aux enfants, d'abord projetée en pisé, serait, sur la demande formelle du Conseil de surveillance, formée de murs en moellons avec encadrements en briques autour des baies; le plafond serait en charpente légère; la couverture en tuiles à emboitements; le pisé n'a été conservé que pour les

(1) Le bureau municipal des nourrices n'a jamais fourni une statistique exacte de la mortalité des enfants qu'il plaçait en nourrice. En 1878, alors que ce bureau n'existait plus, les enfants ayant reçu le secours en nourrice sont morts dans la proportion de 39 0/0. Et cependant les nourrices venaient de nos circonscriptions de province, elles étaient visitées et surveillées par nos médecins et nos agents, et valaient incontestablement mieux que les nourrices à billets jaunes.

(1) Cet agent de surveillance est M. Boudard, qui depuis de longues années a consacré ses soins et ses peines à l'étude de cette très intéressante question. (Note du Rapporteur.)

écuries. Cette construction, quoique très simple, serait, de la sorte, édifiée en matériaux solides et durables.

La surveillance du mode d'alimentation des enfants serait confiée à l'éminent médecin de l'hospice dépositaire, M. le professeur Parrot. Nous sommes absolument confiants dans la bonne direction de cette expérience, le talent indiscuté du docteur Parrot et sa conscience droite sont pour votre Commission une garantie plus que suffisante.

Etude sur les eaux de la Bourboule (1)

VII. — Des considérations qui précèdent, M. Danjoy passe à l'examen du mode d'action des principes qui constituent l'eau de la Bourboule, mais auparavant, il parle du rôle des alcalins, pour montrer que tous les auteurs s'accordent à les déconseiller aux diabétiques maigres et névropathiques, à ceux prédisposés à la tuberculose ou tendant à la cachexie, qui se trouvent beaucoup mieux des eaux chlorurées sodiques. Les deux éléments qui dominent dans l'eau de la Bourboule, le chlorure de sodium et l'arsenic, ont tous deux été préconisés et souvent employés avec succès pour diminuer la polyurie et la glycosurie. Le bicarbonate de soude ne fait qu'ajouter son action à la leur. Ces trois agents réunis constituent un ensemble puissamment reconstituant.

M. Danjoy a vérifié leur efficacité par l'expérience clinique, et ses recherches lui ont prouvé d'abord, dans l'ordre physiologique : 1° *Que l'eau de la Bourboule n'est pas diurétique, c'est-à-dire ne l'est pas, abstraction faite de l'eau ingérée*; 2° *que son absorption n'augmente pas la sécrétion de l'urée.* Ensuite, par l'observation clinique : que l'*eau de la Bourboule ingérée produit une diminution de la glycose des urines*.

M. Danjoy conseille donc l'usage de l'eau de la Bourboule aux diabétiques. — Les diabétiques gras, goutteux, obèses, iront à Vichy. Ceux qui sont maigres, névropathiques, affaiblis, viendront à la Bourboule.

A l'appui des conclusions qu'il formule à la fin de son mémoire, M. Danjoy donne quinze observations recueillies par lui à la Bourboule, et deux faites à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Proust, avec l'eau de la Bourboule transportée. Dans chaque cas, M. Danjoy a dosé, à diverses époques, et toujours, notamment au début et à la fin de la cure, la quantité des urines fournies en vingt-quatre heures, leur densité, la quantité totale du sucre éliminé, celle de l'urée, et dans quelques cas celle du chlore et de l'acide phosphorique.

Sur quinze cas, il y a eu neuf fois amélioration marquée, et ces neuf cas comprenaient six diabètes et trois glycosuries. Il y a eu cinq fois amélioration faible, et ces cinq cas comprenaient quatre glycosuries et un diabète. — Il y a eu insuccès chez un diabétique. Enfin, les deux diabétiques traités à Lariboisière par l'eau de la Bourboule transportée, ont été notablement améliorés en peu de temps.

Ces observations ont montré, comme résultats presque constants de l'emploi de l'eau de la Bourboule, la diminution de la polyurie, de la sécrétion de l'urée et de la glycose. Elles semblent indiquer que ce traitement réussit mieux dans le diabète confirmé que dans la glycosurie symptomatique, et l'amélioration a toujours été obtenue par le traitement seul, sans régime spécial.

L'eau de la Bourboule sera donc conseillée *aux diabétiques amaigris, et à ceux chez lesquels l'azoturie est une contre-indication à l'emploi du traitement alcalin.* Telles sont les conclusions de M. le Dr Danjoy, conclusions auxquelles se rallie absolument M. Morin.

Quant à la diathèse albuminurique, elle réclame un régime salin, et l'usage de l'arsenic. M. Morin a obtenu de bons résultats de la diète lactée unie à cette médication. Cela concorde absolument avec les conseils donnés par M. Gubler dans son mémoire sur le *traitement hydriatique des maladies chroniques*, etc.... (p. 39) (Paris, 1874).

Nous arrivons maintenant avec M. F. Morin à l'étude d'une grande diathèse, dont les manifestations si diverses sont presque toutes combattues avec un certain succès à la Bourboule.

Il s'agit de l'herpétisme : « La diathèse herpétique a ceci de particulier, dit M. Morin, c'est que : *ses manifestations morbides affectant en général l'appareil cutané sous le nom de dartres, migrent avec une grande facilité d'un point à un autre de la peau et de la peau aux muqueuses, engendrant des angines, de l'emphysème, de l'asthme, de la gastralgie, de la dyspepsie, de la diarrhée, du flux vaginal et même du catarrhe de la vessie.* (Observation très complète du Dr Emile Bégin.) »

« Toutes ces manifestations, internes, externes, ont ceci de remarquable, qu'elles s'amendent quelquefois par l'emploi des *sulfureux*, guérissent par les *arsénicaux*, et sont exaspérées souvent par les *alcalins.* »

Cela explique que certaines dyspepsies exaspérées par le traitement de Vichy, de Vals, de Pougues, sont au contraire améliorées et guéries à la Bourboule, conformément à l'indication formelle qui résulte de la définition donnée des eaux de la Bourboule, par Bouchut :

« ... *Elle est employée en boisson, et en bains, à faible dose, contre la dyspepsie ; et à dose plus forte contre les fièvres intermittentes rebelles, dans les affections cutanées et dans les affections scrofuleuse des os.* » (Dictionnaire de médecine et de thérapeutique, 1877.)

Rappelons encore que Gubler a écrit : « Les *dermatoses strumeuses* ressortissent, suivant les cas, à deux sortes d'eaux minérales, les chlorurées sodiques, iodo-bromurées et les sulfurées. On admet généralement aussi avec M. Bazin, que les véritables *herpétides* obéissent spécialement aux eaux arsénicales... » et ensuite : « Les dartres invétérées, rebelles à tous les moyens, ordinairement de forme squameuse, telles que le lichen, la lèpre, le psoriasis, exigent une minéralisation forte, en même temps qu'une balnéation prolongée et s'améliorent à la Bourboule.. » (Du traitement hydriatique des maladies chroniques. 1874 — p. 40 et 41.)

Certaines dermatoses sont rapidement améliorées, et facilement guéries à la Bourboule ; telle sont l'impétigo, le prurigo et l'érythème. Quant aux dermatoses les plus tenaces, telles que l'eczéma et surtout le psoriasis, c'est encore, parait-il, à la Bourboule qu'on en obtient le plus sûrement une amélioration marquée. C'est ce que nous allons reconnaître en nous appuyant sur les travaux et les observations d'un praticien des plus distingués, M. le Dr Vérité, médecin consultant à la Bourboule. (*à suivre.*)

Société royale des arts et des sciences de l'île Maurice
(SECTION DE MÉDECINE.)

M. le Dr Dardenne donne lecture de son rapport sur l'emploi de la quinoïdine Duriez dans les fièvres telluriques, qu'il a expérimenté sous la forme de dragées et sous la forme de teinture, et qui lui a donné de très bons résultats, comme on le verra dans son intéressant travail.

M. le Dr Vitry pense, comme le docteur Dardenne, que la quinoïdine Duriez est destinée à rendre d'immenses services aux malades peu aisés. Il ajoute qu'il a grande confiance dans ce médicament qu'il a expérimenté sur lui-même, et qui a réussi à combattre des accès de fièvre lente dont il souffrait depuis 1871, lesquels accès avaient résisté aux plus fortes doses de quinine.

Sur la proposition du docteur Vitry, des remerciements sont votés au Dr Dardenne pour son important travail, et la Société espère que les médecins faisant partie de la section de médecine suivront l'exemple de leur distingué confrère, en les tenant au courant de leurs observations et de leurs recherches, qui, livrées à la publicité, ne pourront qu'intéresser le Corps médical de Maurice.

M. le Dr Drouin n'a pas eu l'occasion jusqu'ici d'essayer la quinoïdine dans sa clientèle privée, mais il dit avoir fait usage de cette résinoïde, et avoir remarqué qu'elle ne produisait pas les mêmes phénomènes que ceux observés après l'administration du sulfate de quinine, c'est-à-dire que le docteur Drouin n'a pas éprouvé de bourdonnements d'oreilles ni d'ivresse quinique. Il parle ensuite d'une préparation em-

(1) Voir les nos 7, 8, 9, 11, 13 et 15.

ployée avec succès, par lui et son confrère, le docteur Le Bobinec, dans les fièvres telluriques à formes chroniques : c'est un sirop d'extrait mou de quinquina additionné de quelques gouttes de la liqueur arsénicale de Pearson.

Rapport sur le projet de création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique à la Faculté de médecine de Paris (1).

Après avoir démontré les inconvénients de cette réforme, notre devoir est de protester contre des appellations édictées dans le projet de loi, qui considère sans hésiter l'anatomie pathologique comme la base scientifique de l'enseignement médical, comme la chaire fondamentale de la médecine. Que l'auteur du projet professe cette doctrine, et la décrète d'office, c'est son rôle et même son intérêt; mais, à moins de tyrannie scientifique, ou de philosophie officielle, il nous sera permis d'opposer à cet éminent doctrinaire l'opinion des cliniciens et des physiologistes modernes, des Claude Bernard, des Frerichs, des Traube, qui voient le progrès de la médecine, aussi bien dans les applications de la physiologie que dans l'anatomie morbide.

Il est parmi nous des cliniciens qui, partageant ce sentiment, font concourir à leurs recherches les études expérimentales, et mettent sur la même ligne toutes les sciences afférentes à la médecine, qui doivent être invoquées, utilisées finalement par le médecin au profit de la thérapeutique, laquelle est le but pratique de toute la médecine.

C'est dans cet ordre d'idées que doivent être conçus les laboratoires de clinique; ils ne peuvent ni ne doivent répondre à une seule partie des sciences médicales; ces instituts pour lesquels nous avons soutenu tant de luttes, et que la République a institués et dotés généreusement, vont donc disparaître dans le gouffre anatomique; nous y interrogeons bien les organes morts, mais nous nous inquiétons aussi de la vie, soit en reproduisant par l'expérimentation les phénomènes de la maladie, soit en imitant même les lésions, soit enfin en essayant les médicaments et les poisons sur les animaux; ce n'est pas trop de ces multiples préoccupations du clinicien, qui ne connaît pas, qui ne reconnaît plus une seule et unique base scientifique de la médecine. La doctrine officielle est manifestement exclusive, bornée, et par cela même rétrograde.

Mais, abstraction faite des doctrines, arrivons au mode d'exécution projeté et à l'installation de la chaire anatomique dans un vaste hôpital. On veut tout d'abord s'emparer du laboratoire de l'Hôtel-Dieu en partie ou en totalité : ce domaine qui, dit-on, ne laisse rien à désirer, est du goût du professeur innominé d'anatomie; le grand amphithéâtre surtout lui plaît, cet amphithéâtre réservé exclusivement au professeur de chirurgie, c'est-à-dire aux opérations, et qui n'a pas encore pu être utilisé, à cause de la chapelle qui continue à occuper provisoirement depuis plus de deux ans des salles voisines destinées primitivement à la chirurgie.

L'expropriation ne se bornera peut-être pas là, car on trouvera que ce laboratoire est d'une constitution délicate, et par cela même abandonné des élèves; on ignore sans doute qu'un laboratoire d'hôpital, qu'une annexe des cliniques ne doit pas être assimilée aux instituts théoriques; il doit être surtout un laboratoire de recherches pour le professeur, chargé d'interpréter les faits d'expérimentation, de les appliquer à la clinique, d'exposer les résultats aux élèves, qui seraient d'ailleurs parfaitement incapables de se livrer à de pareilles recherches. A peine installé depuis un an, ce laboratoire si discrédité est le théâtre de recherches multiples; des travaux d'expérimentation y sont commencés sur une large échelle, et s'ils n'ont pas encore été livrés à la publicité, c'est qu'ils ont besoin d'un contrôle rigoureux et de nombreuses contre-épreuves, avant d'être applicables à la pathologie et à la thérapeutique humaines; ce sera la réponse aux accusations intéressées portées contre ce laboratoire, qui est destiné dans l'opinion du professeur de clinique médicale à élucider les problèmes du développement nosologique, c'est-à-dire à étudier la genèse des maladies au moins autant qu'à étudier la nature morte, ce qui se fait un peu partout.

Donc on va installer les morts dans l'hôpital, et cela à côté des vivants; quelques mètres séparent à peine les services des malades des futures salles de dissection, où les débris humains accumulés infecteront l'atmosphère de la maison des pauvres; nous évitons ce grave inconvénient en empêchant le stationnement des pièces anatomiques, en instituant nos expériences dans les greniers, loin des malades; mais que sera-ce quand on instituera une succursale de Clamart?

Et les matériaux du cours, les cadavres, où les prendra-t-on? Trois suppositions sont admissibles à cet égard. On ira les quémander aux médecins de l'Hôtel-Dieu, qui pourront légitimement se refuser à toute concession, et légalement se moquer du *Moniteur officiel*. Ou bien on livrera au futur professeur un service de vivants pour avoir des morts, et d'une manière subreptice on créera ainsi une chaire de clinique spécialement affectée aux nécropsies : on pourra la dénommer la clinique funéraire. Enfin, à défaut de ces ressources, on réclamera d'office les morts des cliniques, et les professeurs seront obligés d'arrêter à l'agonie leurs observations commencées. L'enseignement pratique, la discussion du diagnostic, la vérification des effets du traitement, tout sera perdu; on restera en suspens, jusqu'à ce que le maître d'anatomie veuille bien prononcer son jugement sans appel sur les causes de la mort, et sur le professeur de clinique. Entre l'arbitre de la clinique et le détenteur du cadavre, le *modus vivendi* est à trouver; le conflit sera peut-être même en permanence, l'instruction sera modifiée et sacrifiée, l'élève n'apprendra plus la clinique véritable et complète; il ne recueillera plus que des observations tronquées; de plus, il n'assistera qu'à des autopsies sans valeur biologique, il ne verra que l'ouverture de corps qui n'ont pas d'état civil ni de précédent scientifique.

(1) Voir le n° 16.

La révolution ainsi commencée à l'Hôtel-Dieu devra, pour être logique, surtout s'il y a des anatomistes à placer, s'étendre et s'imposer à tous les hôpitaux d'instruction; les cliniques, qui de tout temps ont, avec l'anatomie pathologique comme contrôle, fait la force des études de l'Ecole de Paris, les cliniques seront obligées de se borner à l'enregistrement des phénomènes de la maladie; elles seront condamnées ainsi à s'amoindrir et à disparaître : ce n'est plus une réforme, ce sera la destruction de l'homogénéité de l'enseignement de la clinique.

L'innovation est donc plus qu'inutile; elle est dangereuse; c'est là le sentiment unanime de la Faculté, qui repousse l'institution de cette chaire.

Conclusions. — La création d'institutions nouvelles, sans que la Faculté soit consultée, ne constitue pas seulement une dérogation à tous les usages consacrés, mais peut porter un véritable préjudice à l'ensemble des études, à l'entente des programmes, à l'enseignement à la fois pratique et scientifique de la Faculté de Paris.

La nomination directe du professeur, sans notre avis préalable, porterait une plus grande atteinte aux prérogatives de la Faculté, et en même temps la livrerait à l'arbitraire le plus compromettant pour l'avenir de ses institutions scientifiques.

La chaire nouvelle qu'on veut fonder pour l'enseignement de l'anatomie pathologique, comprenant la pratique journalière des autopsies, existe de temps immémorial; elle est l'objet d'une véritable prédilection de l'Ecole de Paris, et ce cours présente le caractère manifestement pratique qu'on lui a contesté.

L'anatomie morbide est en outre enseignée rigoureusement et pour ainsi dire cultivée dans les treize cliniques générales et spéciales : là, les autopsies, les dissections, les recherches microscopiques se font journellement, sous la direction des professeurs, par les chefs de clinique ou de laboratoire, et des pièces anatomiques sont montrées et démontrées aux élèves. Il y a dans cet ensemble un véritable luxe de démonstrations anatomiques.

Une nouvelle chaire *ex cathedrâ* serait plus qu'une superfétation; elle constituerait un véritable danger en enlevant à la clinique le principal intérêt de la leçon, et en scindant l'observation scientifique; la vérification du diagnostic deviendrait impossible, à plus forte raison le parallèle des lésions *post mortem*, et des symptômes manifestés pendant la vie.

La fonction de la clinique serait stérile, et celle de l'anatomie morbide entièrement arbitraire.

L'installation de cet enseignement dans un hôpital ne manquerait pas de soulever des difficultés d'exécution, des questions graves d'hygiène; en supposant même qu'on parvienne à les résoudre, on ferait naître infailliblement entre les deux professeurs de médecine et d'anatomie, dont aucun ne ferait bon marché de ses prérogatives, comme de ses devoirs, un conflit perpétuel d'attributions, la clinique n'existerait plus, avec son contrôle anatomique, telle qu'elle fonctionne avec le plus grand succès depuis un demi-siècle, au grand profit des élèves et de la science.

Pour toutes ces raisons, nous repoussons à l'unanimité la création d'une chaire nouvelle d'anatomie pathologique, et à plus forte raison son installation dans un grand hôpital.

Faculté de médecine.

Exercices pratiques. — *Histoire naturelle.* — Exercices le lundi, mardi, jeudi, samedi de midi et demi à 2 h. et demie. Ces exercices sont *obligatoires* pour les élèves de première année et facultatifs pour ceux qui ont à passer le 3e examen de doctorat. Les cours que doivent suivre les élèves sont : 1° Cours d'histoire naturelle par M. Baillon : lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures ; 2° Cours auxiliaire, par M. de Lanessan, mardi à 11 heures.

Chimie. — Exercices les mardi et jeudi de 8 h. à 10 h., et mercredi et vendredi de 1 h. à 3 h. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de première année et facultatifs pour ceux qui ont à passer le 3e examen de doctorat. Les élèves doivent suivre le cours auxiliaire de chimie, par M. Henninger, lundi, mercredi, vendredi à 10 heures.

Physique. — Exercices les mardi, jeudi, samedi de 4 h. à 6 h. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de première année et facultatifs pour ceux qui ont à passer le 3e examen de doctorat. Les élèves doivent suivre le cours auxiliaire de physiologie, par M. Gariel, lundi, mercredi, vendredi à 3 heures.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le professeur BAILLON commencera la 2e partie de ce cours le mercredi 28 avril, à 11 heures du matin, dans le grand amphithéâtre du *Muséum d'histoire naturelle*, rue Cuvier, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Il traitera des plantes employées en médecine et des végétaux dangereux.

Cours de pathologie expérimentale comparée. — M. le professeur VULPIAN commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée le mardi

20 avril 1880, à 2 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ecole pratique. Exercices opératoires. Troisième cours. — M. le Dr P. Segond, prosecteur, avec le concours de cinq aides d'anatomie, a fait sa première démonstration le lundi 19 avril, à 1 heure précise (pavillon n° 7).

Quatrième cours. — M. le Dr Kirmisson, prosecteur, avec le concours de cinq aides d'anatomie, a fait sa première démonstration le lundi 19 avril à 1 heure précise (pavillon n° 3).

Manœuvres obstétricales. — Le lundi 19 avril, à 3 heures 1/2 (pavillon n° 2), M. Bar, chargé de diriger ces manœuvres, a mis les élèves inscrits en séries.

Actes de la Faculté de Médecine

Lundi 26. — 2e *de Doctorat* : (Epreuve pratique) : MM. Nicaise, M. Sée, Monod. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Regnault, Bourgoin. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Parrot, Guéniot, Pozzi.

Mardi 27. — 1er *de Doctorat* : (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Delens, Richelot. — 2e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Charcot, Panas, Legroux ; — 2e *série* : MM. Peter, B. Anger, Rigal. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Lasègue, Pinard, Berger ; — 2e *série* (Charité) : Jaccoud, Lannelongue, Charpentier.

Mercredi 28. — 2e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Monod ; 2e *série* (Charité) : MM. Parrot, Nicaise, Chantreuil.

Jeudi 29. — 1er *de Doctorat*, 1re *série* : MM. Sappey, Lannelongue, Ch. Richet ; — 2e *série* : MM. G. Sée, Delens, Duval ; — 3e *série* : MM. Charcot, B. Anger, Berger. — 4e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Ball, Bouchard, Fernet ; — 2e *série* : MM. Lasègue, Peter, Grancher.

Vendredi 30. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, M. Sée, Pozzi. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Regnault, Gay. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* : (Charité) : MM. Hayem, Nicaise, Chantreuil ; — 2e *série* (Charité) : MM. Parrot, Guéniot, Monod.

Samedi 1er. — 1er *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Sappey, Delens, Berger ; — 2e *série* : MM. Panas, B. Anger, Duval ; — 3e *série* : MM. Charcot, Lannelongue, Ch. Richet. — 4e *de doctorat* : MM. Laboulbène, Bouchard, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Lasègue, Pinard, Richelot.

Thèses. — *Lundi* 26 : 166. M. Favier : Quelques considérations sur les rapports entre la sclérodermie spontanée et la gangrène symétrique des extrémités. — 167. M. Fix : Considérations historiques et critiques sur les complications des plaies de la vessie par arme à feu. — *Mardi* 27 : 168. M. Audiguier : Quelques considérations sur l'urée et ses variations dans la cirrhose. — 169. M. Dupret : Contribution à l'étude de l'œdème collatéral inflammatoire. — 170. M. Pecaut : Du drainage des os appliqué au traitement de la nécrose centrale des os longs. — 171. M. Raimbert : Des nouvelles acquisitions sur les maladies charbonneuses. — *Mercredi* 28 : 172. M. Boyer : Essai sur la pathologie des gibosités. — 173. M. Lannois : Paralysie vaso-motrice des extrémités ou érythromélalgie. — 174. M. Rozemont-Malbot : Etude sur le tremblement de l'iris et particulièrement sur la pathogénie. — 175. M. Brisson : Quelques considérations sur l'otorrhée sans lésions osseuses et sur son traitement. — *Jeudi* 29. 176. Castellanet : Contribution à l'étude des lésions artérielles dans la syphilis et des anévrysmes en particulier. — 177. M. Félix : Des troubles gastriques dans l'ataxie locomotrice progressive. — 178. M. Nanet : Contribution à l'étude des luxations sous-astragaliennes. — 179. M. Solier : Luxations traumatiques de l'épaule en arrière. — *Vendredi* 30. 180. M. Rivaud : Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie générale syphilitique. — 181. M. Didier : Des luxations pathologiques consécutives aux arthrites rhumatismales aiguës. — *Samedi* 1er. 182. M. Regeard : Etude sur les ruptures musculaires. — 183. M. Brault : Difficultés du diagnostic et dangers de l'intervention chirurgicale dans les cas de polypes latents de l'utérus.

Enseignement médical libre.

Hôpital Saint-Louis. — Conférences de clinique dermatologique. — M. le Dr Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera la série d'été de ses conférences cliniques le mercredi 28 avril, à 8 heures, salles Saint-Thomas, Saint-Léon, et laboratoire de la salle Saint-Léon, et continuera les mercredis suivants à la même heure. *Ordre des travaux du service* : Lundi, *Consultation externe.* — Mardi, *Premier examen des nouveaux.* — Mercredi, *Clinique.* — Jeudi, *Tricophyties.* — Vendredi, *Pelades.* — Samedi, *Lupus*, etc.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau. — M. le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a repris ses conférences cliniques sur les affections de la peau le lundi 19 avril, à 9 heures du matin (salle Saint-Jean) et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Hôpital du Midi. Leçons cliniques de syphiligraphie. — M. le Dr Charles Mauriac reprendra ses leçons le samedi 1er mai, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Chaque leçon sera précédée de la revue des malades du service et suivie d'instructions pratiques sur le traitement des *maladies vénériennes.*

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 9 avril au jeudi 15 avril 1880, les naissances ont été au nombre de 1,148, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 433 ; illégitimes, 140. Total, 573. — *Sexe féminin* : légitimes, 433 ; illégitimes, 142. Total 575.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 9 avril au jeudi 15 avril les décès ont été au nombre de 1,264, savoir : 694 hommes et 570 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 30. F. 15. T. 45. — Variole : M. 24. F. 25. T. 49. — Rougeole : M. 6. F. 8. T. 14. — Scarlatine : M. 1. F. 2. T. 3. — Coqueluche : M. 3. F. 5. T. 8. — Diphtérie. Croup : M. 17. F. 17. T. 34. — Dysentérie : M. 1. — Erysipèle : M. 4. F. 2. T. 6. — Affections puerpérales : F. 13. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 112. F. 83. T. 195. — Autres tuberculoses : M. 53. F. 31. T. 84. — Autres affections générales : M. 60. F. 84. T. 144. — Bronchite aiguë : M. 32. F. 28. T. 60. — Pneumonie : M. 60. F. 42. T. 102. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 50. F. 43. T. 93. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 46. F. 33. T. 79 ; — chroniques : M. 116. F. 95. T. 211 ; — douteuses : M. 44. F. 37. T. 81. — Après traumatismes : M. 3. F. 1. T. 4. — Morts violentes : M. 26. F. 4. T. 30. — Causes non classées : M. 6. F. 2. T. 8.

Morts nés et prétendus tels : 100, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 15. Total, 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 40 ; illégitimes, 17. Total, 57.

Concours d'agrégation. *Chirurgie et accouchements.* — La deuxième série d'épreuves continue. Les questions traitées ont été les suivantes : *Chirurgie.* Vendredi 16. MM. Henriet et Kirmisson : *Des abcès rétro-pharyngiens ;* — Lundi 19. MM. Campenon et Auquier : *De l'otite moyenne suppurée ;* — Mardi 20. MM. Levrat et Duret : *Du rétrécissement du larynx et de la trachée ;* — Mercredi 21. M. Picqué : *Plaies articulaires du genou.* — *Accouchements* : M. Porack : *Des ruptures centrales du périnée ;* — Jeudi 22. MM. Hirigoyen et Bureau : *Des lymphangites mammaires chez les femmes récemment accouchées.*

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Ainsi que tout le faisait prévoir, le choix fait par les délégués des différentes Facultés a été confirmé. MM. Vulpian et Moitessier ont été élus, le premier par 170 voix, le second par 154 voix sur 176 votants. — Les professeurs des Ecoles supérieures de pharmacie et les professeurs de pharmacie des Facultés mixtes avaient à élire un délégué ; le résultat de l'élection a été le suivant : inscrits, 35 ; votants, 35 ; majorité absolue, 18. M. Chatin est élu par 20 voix.

Concours pour trois places de médecin au bureau central. — Les premières questions données à l'épreuve orale aux candidats qui ont été admissibles, sont : 1° *Séméiologie de la contracture ;* — 2° *Polyurie non sucrée* ; — 3° *Valeur séméiologique du vertige.*

Muséum d'histoire naturelle. *Cours de géologie.* — M. le professeur Daubrée commencera son cours de géologie le samedi 24 avril 1880, à 4 heures 1/4 précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera cette année des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des actions chimiques dont l'écorce terrestre présente les vestiges, et qui ont été provoquées par l'activité interne. Il décrira aussi la géologie de la France à l'époque quaternaire. — En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques.

Hospices civils de Saint-Etienne. — Le concours ouvert pour une place de médecin, vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Couturier.

Nécrologie. — M. Bernard (Ch.-P.), médecin de la maison de retraite des ménages à Issy, vient de mourir à l'âge de 58 ans, des suites d'une affection chronique de la moelle épinière. Il était ancien interne des hôpitaux et avait soutenu une thèse sur la *Menstruation.* M. Bernard remplissait en outre les fonctions de médecin du dispensaire de salubrité de la préfecture de police.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Chirurgie. — Service de M. Péan. — Consultation lundi, mercredi, vendredi. Opération le jeudi. Anesthésie au protoxyde d'azote. Clinique le samedi. — Salle Saint-Augustin : 5, enfoncement du frontal ; 72, résection de l'épaule ; 74, abcès froid de l'aine ; 78, fracture compliquée de l'avant-bras ; 80, ancienne fracture du crâne, troubles cérébraux. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 1, tumeur blanche du poignet ; 11, résection du coude ; 18, hydarthrose du genou ; 20, fracture de jambe ; 34, sarcome de la base du crâne. (F.) 37, scapulalgie ; 39, kyste de l'ovaire ; 41, fistule vésico-vaginale ; 48, kyste ganglionnaire de l'aisselle ; 49, fistule recto-vaginale.

Service de M. Le Dentu. — Consultations mardi, jeudi, samedi. — Salle Saint-Augustin (H.) : 21, chondro-sarcome de la région sterno-

mastoïdienne; 32, testicule tuberculeux; 35, abcès par congestion; 36, fracture de jambe; 66, hygroma suppuré. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 2, fracture sous-trochantérienne du fémur; 58, fracture de la rotule; 72, fracture du col du fémur; 68, fracture de la rotule; 73, lymphangite.

Médecine. — Service de M. BESNIER. — Consultation lundi à 9 heures. Leçons cliniques tous les mercredis à 9 heures. — Salle Saint-Léon (H.) : 4, psoriasis; 10, eczéma des jambes; 32, lupus vorax; 45, lichen. — Salle Saint-Thomas (F.) : 15, syphilides ulcéreuses; 18, psoriasis; 24, eczéma généralisé; 33, acné.

Service de M. HILLAIRET. — Consultation mardi à 9 heures. Leçons cliniques tous les jeudis à 9 heures. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, cancroïde du nez; 2, folliculite suppurée; 75, pemphigus foliacé; 76, syphilides pigmentées pustulo-crustacées. — Salle Henri IV (F.) : 1, syphilis secondaire; 2, eczéma du sein; 10, eczéma des mains; 20, lupus érythémateux.

Service de M. LAILLER. — Consultation mercredi à 9 heures. — Salle Sainte-Foy (F.) : 3, eczéma des jambes; 8, scrofule, syphilis; 10, syphilome de la lèvre supérieure; 11, acné, dégénérescence épithéliomateuse. — Salle Saint-Mathieu (H.) : 24, psoriasis; 30, adénite chancreuse; 34, pelade; 38, lichen agrius.

Service de M. VIDAL. — Consultation le jeudi à 9 heures. Leçons cliniques tous les samedis. — Salle Saint-Jean (H.) : 17, lupus érythémateux; 24, psoriasis; 32, eczéma des jambes; 34, eczéma généralisé. (F.) 38, lichen; 42, eczéma de la face; 43, lupus; 48, psoriasis guttata.

Service de M. GUIBOUT. — Consultation vendredi à 9 heures. Leçons cliniques tous les samedis à 9 heures. Examen au spéculum tous les lundis. — Salle Saint-Charles (H.) : 10, sycosis; 13, purpura; 43, pemphigus; 55, rupia syphilitique. — Salle Henri IV (F.) : 41, psoriasis simulant la syphilis; 44, chancre induré; 46, favus; 53, rupia syphilitique; 56, syphilis papulo-tuberculeuse.

Service de M. FOURNIER. — Consultation le samedi à 9 heures. — Salle

Saint-Louis (H.) : 30, chancre induré ; 32, gommes de la jambe ; 41, psoriasis généralisé ; 48, eczéma de la face. — Salle Saint-Thomas (F.) : 36, paraplégie syphilitique ; 39 ; syphilis cérébrale ; 45, lupus érythémateux ; 47, syphilides tuberculeuses ; 49, lichen.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* — Service de M. Mesnet. — Salle Saint-Hilaire : 1, pneumonie chronique ; 3, carcinôme de l'œsophage, angine de poitrine ; 7, néphrite parenchymateuse ; 9, pneumonie franche ; 10, albuminurie ; 11, tumeur cérébrale ; 17, sclérose en plaques ; 24, mal de Pott, myélite secondaire ; 27, ataxie locomotrice progressive ; 31, gastrite chronique, dilatation de l'estomac. — Salle Sainte-Cécile : 3, syphilis cérébrale ; 4, kyste de l'ovaire ; 10, hygroma prérotulien ; 14, phlegmon iliaque ouvert dans le vagin ; 20, fièvre intermittente.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. (Conférences de thérapeutique le jeudi à 10 heures). — Salle Saint-Lazare : 1, pleuro-pneumonie ; 8, péritonite tuberculeuse ; 9, anévrysme aortique ; 12, fistule lymphatique ; 14, albuminurie ; 16, cancer de l'estomac ; 25, ataxie locomotrice progressive ; 5, 19, 21 et 33, pneumonie. — Salle Sainte-Agathe : 1, hystérie, dysurie ; 6, hystérie, vaginisme ; 8, néphrite parenchymateuse ; 11, goître exophthalmique ; 17, 19, 22, .tœnia ; 21, 12, pelvi-péritonite. — Salle Sainte-Marie (crèche) : 1, érythème noueux ; 5, hystérie, hématémèse ; 5 *bis*, prolapsus rectal ; 11, épilepsie ; 9, 15, méningite tuberculeuse.

Service de M. Cornil (Conférences d'anatomie pathologique les lundis et vendredis à 10 heures). — Salle Saint-Antoine : 1, ulcère simple de l'estomac ; 3, tuberculose, fièvre typhoïde, 4, angiocholite calculeuse ; 6, pleurésie chronique : 16, albuminurie a frigore ; 26, athérôme généralisé ; pachyméningite ; 34, pneumonie du sommet, alcoolisme. — Salle Sainte-Adélaïde : 1, albuminurie : 3, arthrite coxo-fémorale.

Service de M. Hayem. — Salle Saint-Louis : 5, rhumatisme chronique ; 6, rhumatisme subaigu ; 9, 10, 10 *bis*, 11, fièvre typhoïde ; 12, vertigo à stomacho lœso ; 17, ostéosarcôme de la colonne vertébrale, paraplégie ; 21, scorbut ; 22, érysipèle de la face ; 25, pyélo-néphrite. — Salle Sainte-Thérèse : 5, stomatite mercurielle ; 10, épithélioma de l'utérus ; 11, névralgie, sciatique ; 13, scarlatine ; 16, syphilis secondaire ; 21, érythème polymorphe ; 23, tuberculose pulmonaire ; 24, métrorrhagies.

Service de M. Rigal. — Salle Saint-Eloi : 1, insuff. mitrale ; 6, périencéphalite diffuse ; 7, syphilis cérébrale ; 11, mal de Bright ; 15, albuminurie, syphilis ; 16, ataxie locomotrice progressive ; 17, sclérose en plaques, 18, pleurésie purulente, empyème. — Salle Sainte-Jeanne : 1, 2, contractures hystériques ; 5, 9, pelvipéritonite ; 14, cardiopathie, asystolie ; 17, pleurésie chroniques ; 16, coliques hépatiques, ictère ; 18, ovarite ; 21, rhumatisme articulaire aigu, péricardite sèche ; 22 métrite.

Service de M. Duguet. — Salle Saint-Augustin : 12, kyste hydatique du foie ; 14, pneumonie ; 17, rechute de fièvre typhoïde ; 20, pleurésie purulente ; 32, fièvre intermittente tierce ; 41, paralysie agitante ; 54, mal de Pott. — Salle Sainte-Geneviève : 1, éclampsie ; 2, sclérose en plaques ; 3, 4, 20, 21, 24, cancer de l'utérus ; 8, syphilis osseuse et pulmonaire ; 12, chancre mou phagédénique ; 14, hystérie tétaniforme ; 23, néphrite interstitielle.

Service de M. D'Heilly. — Salle Saint-Etienne : 1, mal de Pott : 3, 18, empyème opéré ; 9, fièvre typhoïde, otite suppurée, paralysie du voile du palais ; 13, colique de plomb ; 20, épilepsie saturnique ; 21, ataxie locomotrice. — Pavillon Lorain : 8, fièvre typhoïde, manie ; 11, cardiopathie, asystolie ; 18, pelvipéritonite. Pavillons I, II, III et IV varioles (H. et F.).

Chirurgie. — Service de M. B. Anger. — Salle Saint-Barnabé : 1, fracture du crâne ; 2, mal de Pott, scrofule ; 3 brûlures : 5, hypertrophie prostatique ; 6, fracture de jambe, amputation ; 7, fracture du col du fémur ; 8, amputation de Lisfranc ; 9, fracture de cuisse, amputation ; 15, fracture du coude ; 16, fracture par éclatement de l'extrémité inférieure du fémur ; 19, fracture bimalléolaire ; 21, brûlures au 3e degré ; 35, orchite parenchymateuse ; 36, arthrite suppurée de l'épaule ; 38, gangrène des bourses et du périnée ; 40, cancer de la langue. — Salle Sainte-Marthe : 1, polypes utérins ; tumeur bénigne du sein ; 18, écrasement du pied ; 19, brûlures ; 20, adénie.

Service de M. Périer. — Salle Saint-Christophe : 1 à 10, fractures : 15, vaste abcès froid de la fesse ; 17, tumeur blanche du genou, amputation ; 19, abcès urineux ; 20, sarcôme du testicule ; 23, abcès périnéphrétique, rein mobile ; 25, nécrose du fémur ; 27, gangrène traumatique du scrotum ; 30, abcès du foie ; 32, hypopion ; 33, suppuration osseuse du crâne ; 35, arthrite suppurée tibio-tarsienne, ouverture ; 37, sarcome du cordon testiculaire ; 39, rétrécissement de l'urèthre ; 41, calcul vésical. — Salle Sainte-Marguerite : 1, 6, kyste de l'ovaire ; 7, 11, épithélioma de l'utérus ; 9, arthrite suppurée tibio-tarsienne, ouverture ; 10, 16, métrite ; 13, fracture de l'humérus ; 14, arthrite blennorrhagique du genou ; 15, fracture du tibia ; 17, fracture de jambe compliquée ; 18, phlébite variqueuse, embolie pulmonaire.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. — Clinique syphiliographique du samedi, 9 h. — Salle Saint-Louis : 21, métrite strumeuse, adéno-lymphite et périadénite gauche ; 30, métrite arthritique, psoriasis arthritique, adéno-phlegmon du ligament large droit, adéno-lymphite gauche ; 35, métrite chronique, syphilides vulvaires, syphilides génitales et nasales. — Clinique gynécologique du mercredi, 9 h. — Salle St-Alexis : 6, métrite chronique scrofuleuse, adéno-lymphite, syphilis ancienne, masturbation, tribadisme ; 7, métrite chronique interne, antéversion, syphilis ancienne ; 8, perforation des petites lèvres, diaphragme du vagin, syphilides vulvaires ; 27, uréthro-vaginite blennorrhagique, syphilide papulo-érythémateuse de la face, blépharite syphilitique ; 41, vulvite traumatique.

CERF ET FILS. IMP. 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

8e ANNÉE. — N° 18. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 1er MAI 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

XVIe LEÇON. — Myélites transverses. — Tabes dorsal spasmodique.

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

Je me propose de poursuivre et de terminer aujourd'hui la revue des affections spinales organiques dans lesquelles la contracture permanente des membres paralysés est un symptôme habituel appartenant au tableau classique de la maladie. Mon but est, vous ne l'ignorez pas, de vous faire reconnaître que l'existence régulière, constante ou à peu près d'une lésion soit primitive, soit consécutive des faisceaux pyramidaux est un trait commun à toutes les maladies dont il s'agit. Dans le cours de cet exposé qui, au premier abord, semble viser principalement une question de pure théorie, nous avons rencontré déjà et nous rencontrerons encore des données d'une certaine portée pratique et dont vous trouverez maintes fois l'application dans la clinique des maladies cérébro-spinales.

I. 1° Notre attention s'est portée tout particulièrement sur la myélite transverse, et nous avons considéré les cas dans lesquels la lésion occupe sur un point toute l'épaisseur du cordon spinal. Je dois vous dire quelques mots relativement à ceux dans lesquels la lésion transverse s'est localisée sur une partie seulement de l'épaisseur de la moelle épinière, de manière à reproduire en quelque sorte la lésion désignée en pathologie expérimentale sous le nom de *section hémilatérale*. Ce genre de localisation spinale en foyer se rencontre, ainsi que je l'ai fait remarquer, assez souvent dans la pratique. Il n'est point rare que les altérations de la myélite par compression, traumatique, spontanée, ou syphilitique, soient des lésions en foyer hémilatérales.

Dans cette catégorie de faits, je vous rappellerai deux exemples choisis entre beaucoup d'autres pour les besoins de la démonstration : 1° le cas d'une lésion traumatique consistant par exemple en un coup de couteau ayant détruit en travers une moitié de la moelle épinière; 2° le cas très-commun de la myélite spontanée syphilitique. Ici la lésion porte à la fois sur une des colonnes de substance grise, sur les faisceaux postérieurs et sur les faisceaux antéro-latéraux; mais le point essentiel que je tiens à relever, c'est la lésion consécutive du cordon latéral, lésion descendante, et nous savons que cette lésion dégénérative est due à l'interruption du cours des fibres du faisceau pyramidal.

2° Déjà, Messieurs, j'ai eu l'occasion de vous signaler un fait qui a été observé dans plusieurs cas, à savoir, que la sclérose descendante n'est pas toujours limitée au côté correspondant, et qu'elle s'étend quelquefois au côté opposé, comme dans le cas de M. Müller dont je vous ai dit les principaux détails.

Pour expliquer ce fait, en apparence singulier, j'ai émis l'hypothèse que quelques-unes des fibres de chacun des faisceaux pyramidaux, déjà entrecroisées à la partie inférieure du bulbe, subissent dans la moelle une seconde décussation, au moins chez certains sujets; et il est nécessaire d'admettre dans mon hypothèse que les fibres entrecroisées deux fois ne sont pas interrompues dans leurs cours par la présence d'une cellule ganglionnaire, et que venant du faisceau pyramidal du côté droit, elles vont faire partie du faisceau pyramidal du côté gauche.

La théorie dont il s'agit est principalement fondée quant à présent sur le fait anatomo-pathologique en question; il ne sera donc pas sans intérêt de rechercher si elle ne compte pas en sa faveur quelques données de l'anatomie normale.

Bon nombre d'auteurs, Kölliker, Gerlach, Krause, décrivent dans la commissure antérieure un entrecroisement auquel prennent part des fibres de provenances diverses. Mais tous s'accordent à reconnaître que ces fibres venues d'une des cornes de la substance grise franchissent la ligne médiane et vont faire partie du faisceau antérieur du côté opposé. Dans ces descriptions, il n'est pas question de fibres mettant en communication directe le faisceau pyramidal d'un côté, avec le faisceau pyramidal du côté opposé. Cependant, à l'aide de préparations faites avec le chlorure d'or, M. Schiefferdecker, qui a étudié ce sujet avec beaucoup de soin, prétend avoir reconnu des fibres nerveuses qui, parties du faisceau latéral droit, se porteraient directement à la commissure antérieure, et qui, arrivées en avant du canal central, pourraient être suivies jusqu'à une certaine distance de l'autre côté de la ligne médiane.

Ces fibres pénètrent-elles dans les faisceaux antérieurs ou s'arrêtent-elles dans la substance grise? Passent-elles au contraire dans le cordon latéral opposé? Cela n'est pas démontré; toutefois cela n'est pas impossible. Je doute que l'anatomie normale, réduite à ses propres ressources, puisse décider la question ; mais il n'est pas invraisemblable que dans les cas pathologiques on arrive à suivre le trajet des faisceaux dégénérés; et si la disposition supposée existe réellement, elle expliquera non-seulement le fait parfaitement établi d'une sclérose descendante des deux faisceaux pyramidaux dans le cas de lésion unilatérale, mais encore ce fait déjà reconnu en physiologie expérimentale, qu'une lésion transverse hémilatérale produit une paralysie motrice aussi bien dans le membre opposé que dans le membre correspondant à la section.

A ce propos, je vous rappellerai encore que les expériences de M. Schiff et de M. Vulpian ont eu pour résultat de modifier, sous ce rapport, l'enseignement traditionnel qui remonte jusqu'à Galien. On croyait que la transmission des incitations volontaires par les faisceaux blancs était exclusivement directe. On sait aujourd'hui que, si elle est surtout directe, elle est cependant en partie croisée. En d'autres termes, la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, chez un cochon d'Inde par exemple, produit une paralysie des deux côtés, paralysie à la vérité beaucoup plus accentuée du côté de la lésion qu'elle ne l'est du côté opposé.

3° C'est ainsi que les choses se passent à peu de chose près chez l'homme, au moins chez un certain nombre d'individus. La paralysie du côté de la lésion n'est jamais aussi complète qu'on aurait pu le supposer, si la transmission des incitations volontaires était directe; et, d'autre part, il est rare que le membre du côté opposé à la lésion ne présente pas, lui aussi, un certain degré de paralysie. Cette disposition hypothétique offre donc certains avantages puisqu'elle permet encore la marche, alors même que la lésion hémilatérale est très-profonde, en répartissant en quelque sorte la paralysie des deux côtés. Du reste, dans le cours ultérieur des événements, les réflexes cutanés, tendineux ou autres, la rigidité et la contracture doivent apparaître en pareil cas, absolument comme s'il s'agissait d'une myélite transverse totale. Seulement il est très-rare que ces phénomènes y soient fort accentués, et, toutes choses égales d'ailleurs, ils sont toujours beaucoup plus prononcés du côté correspondant à la lésion.

(1) Voir les numéros 14, 19, 20, 31, 39, 44, 48, 51 de 1879; 7, 8, 9, 11, 12 13, 14 et 15 de 1880.

II. J'en reviens après cette digression à la myélite transverse totale. Nous nous sommes arrêtés, vous le savez, à étudier les divers modes de terminaison que peut présenter la paralysie en semblable occurrence, alors que déjà la contracture permanente s'est établie. Je vous ai fait remarquer qu'à côté des cas de guérison totale, complète, il y a à signaler des cas de guérison imparfaite : les mouvements reparaissent dans les membres inférieurs, grâce à l'amendement de la rigidité musculaire; mais cette rigidité persiste cependant à un certain degré, et bien que le malade puisse peut-être sortir du lit et marcher, il ne progresse qu'à pas lents et pénibles. Veuillez remarquer la situation dans laquelle se trouve le malade supposé. Ainsi que je vous le disais dans la précédente séance, lorsqu'il est au lit, la rigidité est considérablement diminuée; mais elle existe encore à un certain degré; d'ailleurs les réflexes tendineux sont beaucoup plus prononcés qu'à l'état normal, et la trépidation spinale survient à l'occasion du moindre mouvement volontaire. Lorsqu'il s'assied sur un siége un peu élevé, les jambes ont de la tendance à rester horizontales; en tout cas les pieds ne touchent pas à terre. Enfin le malade se dresse et se tient debout. Par ce seul fait les deux membres se roidissent et se collent l'un à l'autre, animés en même temps de trépidation épileptoïde. D'abord, en quelque sorte fixé au sol, il parvient non sans efforts à détacher ses pieds et il commence à progresser. C'est ici qu'il convient, Messieurs, de vous présenter le tableau remarquablement fidèle, tracé par Ollivier (d'Angers).

« Chaque pied, dit-il, se détache avec peine du sol et dans l'effort que fait alors le malade pour le soulever entièrement et le porter en avant, le tronc se redresse et se renverse en arrière comme pour contrebalancer le poids du membre inférieur, qu'un tremblement involontaire agite avant qu'il soit appuyé de nouveau sur le sol.

» Dans ces mouvements de progression, tantôt la pointe du pied est abaissée et traîne plus ou moins sur la terre avant de s'en détacher, tantôt elle est relevée brusquement, en même temps que le pied est rejeté en dehors. J'ai vu quelques malades qui ne pouvaient marcher au pas, quoique appuyés sur une canne, qu'en se renversant le tronc et la tête en arrière, de telle sorte que leur attitude avait quelque analogie avec celle que détermine le tétanos. »

Tout cela, Messieurs, est exact, quoique peut-être un peu forcé, comme l'est nécessairement la description d'un type. Ce type présente en outre une variante. Le malade qui, en pareil cas, se sert généralement de deux béquilles ou de deux cannes, marche littéralement sur la pointe des pieds, par suite de la contraction exagérée des gastrocnémiens. Son corps s'incline en avant et figure un plan incliné, de telle sorte qu'il est à chaque instant menacé de tomber la face contre terre. Cette variété décrite par Erb serait plus commune que le type d'Ollivier (d'Angers).

Il est très remarquable de voir que cette description, d'ailleurs très vivante, d'Ollivier et qui ne s'applique pas à des cas exceptionnels soit restée en quelque sorte lettre morte jusque dans ces derniers temps; elle n'a pas été remarquée même à l'époque où Duchenne signalait avec tant de soin les caractères de la démarche des ataxiques; si bien que cela a été comme une révélation quand M. Seguin (de New-York) d'abord en 1873, puis plus tard M. Erb (d'Heidelberg) en 1874, appelèrent de nouveau l'attention sur la démarche particulière que présentent certains paralytiques et qu'ils proposèrent de désigner, l'un sous le nom de *tetanoïd paraplegia*, l'autre sous le nom de démarche spasmodique (*spastischer Gang*).

Vous comprenez, Messieurs, que, malgré l'intérêt qui s'attache à ce fait de la démarche spasmodique, on ne saurait voir là le caractère d'une maladie particulière, contrairement à ce qui a lieu pour la démarche des ataxiques, qui est en quelque sorte pathognomonique. C'est un symptôme commun à plusieurs maladies spinales et pour arriver au diagnostic nosographique, il faut nécessairement invoquer les symptômes concomitants.

III. Nous avons supposé jusqu'ici des cas de myélite transverse à début aigu ou subaigu, où les accidents arrivent rapidement à leur plus haut degré pour rétrograder ensuite. Mais il ne faut pas ignorer qu'il existe des cas dans lesquels l'affection revêt, dès l'origine, les allures d'une maladie chronique primitive. La lésion est ici encore transverse, mais elle est incomplète et son évolution est lente. Le malade, par exemple, n'a jamais été confiné au lit; c'est un paraplégique chez lequel les symptômes parétiques ont pu passer plus ou moins longtemps inaperçus. Mais la démarche a le caractère spasmodique dès l'origine, et, si lente que doive être l'évolution du mal, on doit s'attendre dans la règle à voir la paraplégie s'accompagner des autres symptômes nécessaires pour caractériser nosographiquement le genre de l'affection.

IV. Cependant, Messieurs, il existe et il n'est pas rare de rencontrer dans la clinique un certain nombre de cas où les symptômes de la paralysie spasmodique, développés primitivement comme dans le cas qui précède, se montrent en quelque sorte isolés de tout autre symptôme, depuis l'origine jusqu'à la terminaison du mal, sans altération de la sensibilité, sans troubles dans les fonctions du rectum, de la vessie, etc., sans douleurs pseudonévralgiques, sans accidents céphaliques concomitants. L'affection se caractérise particulièrement aussi par une évolution lente et par une tendance marquée à l'envahissement progressif des membres supérieurs.

Ce genre de paraplégie spasmodique a paru assez spécial à quelques médecins — et je suis du nombre, — pour qu'ils aient été amenés à penser qu'il ne s'agit pas là de cas vulgaires de myélite transverse (par compression, syphilitique ou autre), accidentellement dépourvus de leurs attributs ordinaires et se présentant, comme on dit, sous la forme fruste; mais qu'il s'agit d'une affection particulière, d'une maladie autonome, se rattachant vraisemblablement à une lésion de localisation spéciale.

M. Erb est entré le premier dans cette voie en 1875. Je l'y ai bientôt suivi, ainsi qu'en témoignent mes leçons de 1876. M. Erb a désigné cette affection prétendue spéciale sous le nom de *paralysie spinale spasmodique*. J'ai proposé, puisqu'il s'agissait d'un état morbide particulier, le nom de *tabes dorsal spasmodique*, le terme de « paralysie spasmodique » ne pouvant représenter qu'un syndrome commun à plusieurs maladies spinales. La description donnée par M. Erb ne diffère d'ailleurs par aucun trait essentiel de celle que j'ai donnée après lui. Je ne me suis écarté de M. Erb que sur un point. M. Erb a affirmé, ou peu s'en faut, que la lésion à laquelle les symptômes doivent être rattachés est actuellement connue : elle ne serait autre que la sclérose symétrique et systématique des faisceaux latéraux. En ce qui me concerne, tout en reconnaissant la localisation proposée par M. Erb comme très-vraisemblable, j'ai tenu à rester sur la réserve ; j'ai fait remarquer que toutes les observations de sclérose symétrique sans participation des cornes grises antérieures sont de date ancienne. « Ce sont, disais-je, de vieux souvenirs un peu effacés et qu'il faudrait raviver. Il faut attendre pour se prononcer à cet égard, le contrôle d'observations nouvelles. »

A l'heure qu'il est, Messieurs, ainsi que je le montrerai tout à l'heure, l'observation anatomo-pathologique n'a encore fourni aucune preuve, et, de ce côté, la solution du problème reste en suspens. Toujours est-il qu'en attendant, la description clinique mérite de subsister par elle-même.

V. Mais avant d'en arriver là, je voudrais, me conformant à ce que je vous annonçais dans la leçon dernière, vous dire quelques mots d'une maladie cérébro-spinale assez bien déterminée aujourd'hui, anatomiquement et cliniquement, et qui, dans quelques-unes de ses formes frustes, peut se traduire presque exclusivement par la paraplégie spasmodique, de telle sorte que sous cette apparence l'affection dont il s'agit pourrait être et a été en effet confondue avec celle que j'ai appelée le *tabes dorsal spasmodique*. Je veux parler de la *sclérose en plaques disséminées*.

Je me bornerai à rappeler que les foyers scléreux disposés sans ordre dans les diverses parties du névraxe, dominent généralement dans la moelle, où elles occupent de préférence les faisceaux antéro-latéraux. Il y a lieu de signaler ici un point important dont je vous ai déjà dit un mot. C'est que ces plaques scléreuses, une fois développées, resteront isolées dans les faisceaux de la moelle, sans donner lieu à la dégénération secondaire ; il y a là une exception flagrante à la loi wallérienne. Peu importe, d'ailleurs ; qu'il nous suffise, pour le moment, de considérer l'affection exclusivement par le côté clinique.

D'abord, nous devons relever, ainsi qu'on devait s'y attendre, d'après la multiplicité des lésions et la variabilité de leur siége, que les symptômes de la maladie en question sont eux-mêmes variés et nombreux : troubles céphaliques, tels que nystagmus, amaurose, embarras de la parole, troubles intellectuels, vertiges ; troubles spinaux, parmi lesquels, le plus habituellement il y a lieu de mentionner surtout un tremblement particulier des membres supérieurs, quelquefois remplacé par de la contracture, une paraplégie spasmodique, etc. ; je laisse de côté l'atrophie musculaire qui s'observe également dans les cas où la substance grise est atteinte, et les symptômes tabétiques quand il existe des lésions des faisceaux postérieurs ; tels sont, en résumé, les signes qui permettent, lorsqu'ils se trouvent tous réunis, de diagnostiquer facilement la maladie.

Mais il se peut que tout cet appareil se décompose en quelque sorte pièce à pièce et que bon nombre de symptômes fassent défaut. Ainsi, dans telle forme, on n'observera que des troubles céphaliques, vertiges, nystagmus, etc. Dans telle autre, au contraire, il n'existera que des symptômes de paraplégie spasmodique presque isolés : je dis *presque isolés*, car, en y regardant d'un peu près, on discerne l'existence actuelle ou passée de quelques-uns de ces phénomènes concomitants qui se présentent en si grand nombre dans les cas types. Ainsi, en présence d'une paraplégie spasmodique, il faut se remettre en mémoire la série des accidents qui peuvent se trouver réunis dans un cas complet de sclérose multiloculaire. Il doit être fort exceptionnel que deux ou trois d'entre eux ne se montrent pas associés, à une certaine époque de la maladie, avec la paralysie spasmodique, si celle-ci relève d'une sclérose en plaques ; et c'est surtout d'après ce principe que le diagnostic peut être établi.

VI. Maintenant, Messieurs, je vais, en deux mots, présenter une esquisse de l'état morbide que M. Erb et moi nous croyons devoir, jusqu'à plus ample informé, considérer comme une maladie particulière, le *tabes dorsal spasmodique*.

1° La description clinique peut être tracée d'ailleurs en quelques mots. La maladie se développe chez des sujets âgés de trente à cinquante ans, particulièrement chez des hommes, en l'absence de toute cause occasionnelle appréciable. Il n'y a point de trouble de la sensibilité ; le mal se produit lentement, progressivement, se révélant d'abord par une simple lourdeur des jambes, puis par une parésie véritable accompagnée de raideur ; enfin la démarche prend le caractère spasmodique, et le malade est souvent obligé de s'aliter, mais seulement quelquefois après de longues années. Il va de soi que les réflexes tendineux sont très exagérés, tandis que les réflexes cutanés conservent leurs caractères normaux.

2° La maladie, telle qu'elle se déclare dans le premier âge, mérite une mention spéciale (Erb, Seeligmüller, Stromeyer). La rigidité commence souvent à se produire peu après la naissance, sans accompagnement d'accidents cérébraux. La nourrice s'aperçoit que les membres sont rigides et qu'il devient dès lors plus difficile d'habiller l'enfant ; quelquefois le tronc lui-même est raide. Arrive l'âge de marcher, et l'on constate que la station debout et la marche sont impossibles ; il faut attendre que l'enfant ait trois ou quatre ans pour le voir se dresser péniblement en s'appuyant aux meubles. La manière dont les enfants de cet âge, soutenus sous les bras, progressent tant bien que mal, est très caractéristique. Les hanches sont légèrement fléchies, les genoux sont dans l'adduction, collés l'un à l'autre avec tant de force que les jambes et les pieds s'embarrassent en s'entrecroisant. Enfin, la flexion plantaire des deux pieds qui reposent sur les orteils détermine une inclinaison du corps en avant qui met encore obstacle à la marche.

D'ailleurs, les réflexes tendineux sont exaltés ; il n'y a pas d'atrophie musculaire ; les muscles ont conservé leur excitabilité normale ; il existe donc un contraste bien tranché, sous tous les rapports, entre cette affection et la paralysie spinale infantile, et ainsi nous voyons qu'à côté des paralysies spinales infantiles il existe une paralysie spasmodique infantile, bien distincte et nettement séparable de celle-ci.

A leur tour, les extrémités supérieures sont affectées : l'avant-bras se raidit, demi-fléchi, dans la pronation, les doigts repliés dans la paume de la main. Jamais, je le répète, on n'a constaté d'accidents céphaliques et la colonne vertébrale ne présente rien d'anormal. La pathogénie de l'affection est par conséquent extrêmement vague. M. Seeligmüller invoque l'accouchement prématuré, à sept ou huit mois, la consanguinité. Mais ce sont là des prétextes plutôt que des raisons. Somme toute, les autopsies manquent. On ne peut cependant s'empêcher de songer qu'à l'époque où la maladie débute, le faisceau latéral est en pleine voie de développement, et que cette condition, sous de certaines influences, peut ne pas être défavorable à la production d'une lésion inflammatoire.

3° Chez l'adulte, une lésion du même genre, également limitée au système des faisceaux latéraux, rendrait compte de tout l'ensemble des phénomènes. Mais, encore une fois, à l'heure qu'il est, l'hypothèse n'a pas reçu de vérification. Il y a donc là un problème intéressant d'anatomie pathologique à résoudre, et je ne saurais trop vous engager à y appliquer toute votre attention, s'il vous arrivait de vous trouver en présence d'un cas de ce genre.

4° Je viens de dire que le tabes spasmodique n'a encore d'existence qu'en clinique et que si en réalité, comme je le crois, il s'agit bien là d'une espèce morbide, celle-ci manque encore tout à fait de substratum anatomique. Néanmoins, dans ces derniers temps, un certain nombre d'auteurs se sont appliqués à démontrer que la maladie en question n'est qu'une construction nosographique artificielle, et que les lésions d'une myélite quelconque, spontanée, compressive, syphilitique ou autre, peuvent donner lieu à cet ensemble, qui ne représenterait plus dès lors une affection spéciale.

A l'appui de cette théorie, on a publié quelques observations où l'on a cru reconnaître les caractères assignés par M. Erb et par moi à ce que j'appelle tabes dorsal spasmodique, et où, à l'autopsie, on avait rencontré les lésions spinales les plus variables. J'ai examiné ces observations avec grand soin, et je ne crois pas qu'aucune d'elles possède réellement la signification qui leur a été donnée.

Par le côté clinique, ce sont des cas de myélite vulgaire par compression, syphilitiques en effet, anormaux à quelques égards, mais où l'on retrouve toujours plus ou moins accentués les troubles de la sensibilité, des fonctions de la vessie et du rectum, si caractéristiques dans cette forme de myélite ; à l'autopsie existaient des lésions diverses, et présentant toutefois ce trait commun, essentiel dans l'espèce : c'est que les altérations dont il s'agit avaient entraîné avec elles une sclérose latérale. Cela montre seulement — ce qu'on savait du reste — que la démarche spasmodique, ou, si vous voulez, la paralysie spasmodique peut se manifester sous les formes de myélite les plus diverses. Mais dans l'espèce morbide, la démarche n'est pas tout ; elle n'est qu'un des éléments de la maladie.

Cela démontre aussi que le diagnostic est difficile et qu'avant de se décider il faut y regarder d'un peu près. Je m'y suis trompé moi-même au moins une fois, ainsi que je me suis plu à le reconnaître hautement, à l'occasion d'un

cas présenté à ma clinique comme un exemple de tabes spasmodique. L'autopsie démontra qu'il n'en était pas ainsi, et qu'il s'agissait d'une sclérose en plaques. Mais, en relisant l'observation, nous nous aperçûmes que la malade avait accusé des vertiges, qu'elle avait éprouvé du tremblement des extrémités, symptômes de valeur qui auraient pu mettre sur la voie du diagnostic véritable. Depuis cette époque, j'ai également rapporté à leur origine légitime pendant la vie des cas qui eussent pu être rattachés au tabes spasmodique ; cette fois l'autopsie est venue confirmer mon diagnostic.

Ainsi les choses restent ce qu'elles étaient avant la publication des observations adverses auxquelles je viens de faire allusion ; et, en résumé, si, faute d'observations anatomiques suffisantes, l'existence nosographique autonome du tabes dorsal spasmodique n'est pas encore solidement établie, on peut dire d'un autre côté, que, malgré les critiques, elle n'est pas encore sérieusement ébranlée. C'est d'ailleurs une question dont la solution ne peut manquer d'être donnée un jour prochain.

Vous voyez donc, Messieurs, par l'exposé qui précède, que la contracture permanente est un symptôme commun aux affections organiques spinales — et elles sont nombreuses — où il existe une lésion des faisceaux latéraux. Il importe toutefois de ne pas oublier que la contracture permanente n'est pas l'indice certain d'une lésion organique de la moelle épinière, car il existe nombre de cas où les faisceaux latéraux sont affectés peut-être fonctionnellement, mais à coup sûr sans lésion matérielle. Sous ce rapport le cas de l'hystérie, auquel j'ai fait souvent allusion, est un exemple des plus démonstratifs.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE. — **M. RANVIER.**

Trentième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — Suite de l'étude des propriétés physiologiques des fibres musculaires lisses. — I. Construction du myographe léger à style de paille, mode particulier d'enregistrement sur le cylindre. — Courbe de contraction : contraction proprement dite, décontraction, pause. Limite des causes d'erreur. Ces causes d'erreur sont insignifiantes. — II. Brusquerie relative de la phase de contraction ; augmentation de l'amplitude par la fatigue, diminution de la tonicité sous la même influence. — L'intestin dans tous ses points peut devenir le siége de mouvements rhythmiques. — Cette propriété n'appartient pas à l'organe entier, des rondelles d'estomac peuvent battre rhythmiquement. — Les mouvements spontanés appartiennent-ils à la couche musculaire d'enveloppe ou à celle de la muqueuse ? — III. Origine des mouvements rhythmés ; plexus d'Auerbach, leur constitution générale. Etude des excitants mécaniques, électriques et thermiques. — IV. Comparaison des fibres lisses et des striées au point de vue du fonctionnement. Résumé.

Messieurs,

L'expérience que nous avons faite à la fin de la dernière leçon a mis hors de doute, je pense, l'existence des contractions spontanées et rhythmées de l'estomac de la grenouille ; toutefois, pour des phénomènes d'aussi peu d'étendue que ceux dont nous nous occupons ici, ce procédé n'est pas assez délicat. Nous avons construit pour les enregistrer le petit myographe que je vous présente ici.

Il se compose, comme vous voyez, d'une paille fixée par un axe sur un petit support en liége et terminée par une plume disposée pour écrire sur le cylindre enregistreur. Tout près de son axe, à un centimètre de distance environ, est fixé sur cette paille un bras vertical, aussi en paille, et terminé par un biseau en cire à cacheter. L'intestin ou l'estomac de la grenouille est placé sur le support et sous le bras vertical du levier ; il n'est comprimé qu'en un point très limité, grâce au biseau par lequel est terminé ce bras, et par conséquent le levier n'enregistrera que les mouvements d'un point parfaitement déterminé.

Le cylindre enregistreur n'est pas animé d'un mouvement constant. Nous le faisons tourner à la main toutes les 5 secondes d'une petite quantité que nous avons évaluée à 7/9 de millimètre. Nous obtenons ces intervalles réguliers en mettant le cylindre enregistreur sur l'axe lent et en faisant faire toutes les 5 secondes un tour entier à l'arbre du régulateur de Foucault.

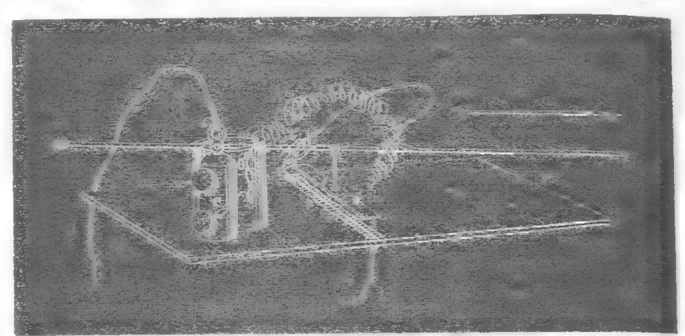


Fig. 38. — Myographe à tige de paille. — P, support de liége. — q q', style écrivant, fait d'une paille munie en arrière d'un contrepoids de cire à modeler. — t, tige de paille reliée au levier de paille. — O, bouchon encoché sur lequel le style a son centre de mouvement. — C, borne électrique, b, son fil. — p, plaque métallique supportant le muscle excité ; b, son fil. — a a', fil reliant la borne et la tige t.

Il résulte de ce mode de rotation qu'au lieu d'obtenir sur le cylindre une courbe régulière, nous avons une ligne saccadée, quelque chose comme les marches d'un escalier. Chaque marche de cet escalier représente un intervalle de cinq secondes. Lorsque le levier reste immobile et ne s'écarte pas de la ligne des abcisses, il trace sur le cylindre une ligne droite ; ce n'est que lorsqu'il s'élève ou qu'il s'abaisse qu'il trace cet escalier. Pour déterminer la durée d'une contraction, il suffit de compter les saccades et de multiplier par 5 pour obtenir le nombre de secondes. Pour les pauses complètes, il suffit de prendre la longueur parcourue, de la diviser par 7/9 et de multiplier par 5 pour connaître le temps de la pause. Il sera donc facile de déterminer la durée des différentes phases du mouvement enregistré.

Ce procédé n'a d'inconvénient que l'ennui de tourner le cylindre à la main. On l'éviterait en montant sur l'arbre du régulateur un échappement avec pendule. Nous n'avons pas eu le temps de faire construire cette pièce de l'appareil, mais on conçoit qu'il suffise d'exprimer le principe d'une pareille modification pour qu'elle puisse être facilement employée par les expérimentateurs à venir. Avec un semblable appareil, les causes d'erreur sont insignifiantes. On pourrait, il est vrai, ne pas faire tourner le cylindre exactement toutes les 5 secondes, mais les résultats que nous enregistrons sont si nets et les phénomènes qu'ils représentent s'effectuent avec tant de lenteur, que l'inexactitude à laquelle je fais allusion n'a point de véritable importance. — Cela posé, étudions avec notre appareil les différentes parties du tube digestif.

Prenons d'abord l'estomac. Il faut, je vous prie de le remarquer, choisir un animal à jeun ; les mouvements sont alors, en effet, beaucoup plus réguliers. La cavité viscérale étant ouverte, nous coupons l'estomac au-dessous du pylore, nous le saisissons par le duodénum pour le détacher, puis nous coupons l'œsophage. Tout cela doit être fait délicatement et sans toucher l'estomac ni avec les doigts ni avec la pince, car la chaleur ou l'excitation mécanique y amènerait une contraction qui persisterait quelque temps et retarderait l'observation. Le levier du myographe sera placé dans le voisinage du pylore ; c'est à ce niveau, en effet, que les contractions sont les plus nettes, comme nous avons pu le constater précédemment sur l'estomac se contractant dans l'eau salée, suspendu au tube de verre, vous pouvez remarquer vous-mêmes ici, qu'après l'immersion dans l'eau salée, si l'on expose la tunique

(1) Voir les nos 5, 8, 18, 22, 24, 33 35 et 39 de 1879 ; no 6, 7, 15 et 16 de 1880.

contractile à l'action de l'air, les ondes se produisent en premier lieu près du pylore et se propagent ensuite en suivant une direction anti-péristaltique et en décroissant peu à peu jusqu'au milieu de l'estomac.

En enregistrant les contractions de l'estomac avec notre myographe, nous voyons qu'immédiatement après l'opération, les contractions sont petites et irrégulières, elles ont une faible amplitude. Cela tient à ce que l'estomac a été irrité par l'extirpation, qu'il est contracté. Il faut un temps quelquefois assez long pour que cette irritation se calme; nous ne l'avons pas mesuré, il est du reste extrêmement variable suivant que le procédé d'extirpation a plus ou moins ménagé l'organe et suivant l'irritabilité individuelle de l'animal. Il n'est donc pas possible d'indiquer à ce sujet une valeur, même approximative.

Lorsque l'estomac s'est calmé, pour ainsi dire, les contractions deviennent régulières et on a une ligne ascendante correspondant à la contraction, une ligne descendante correspondant au relâchement, et une pause, puis indéfiniment retour de la série.

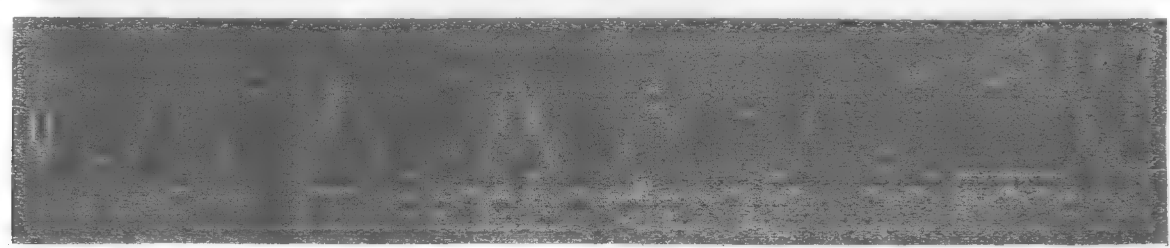


Fig. 39. — Contractions spontanées de l'estomac de la grenouille rousse.

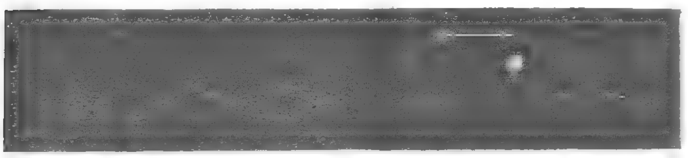


Fig. 40 — Battements spontanés de l'œsophage de la grenouille.

Vous pouvez constater, Messieurs, sur les tracés que je mets ici sous vos yeux, que la contraction se fait beaucoup plus rapidement que la décontraction. C'est une loi générale, du reste, pour tous les muscles ; nous l'avons déjà constatée pour les muscles striés et pour le cœur.

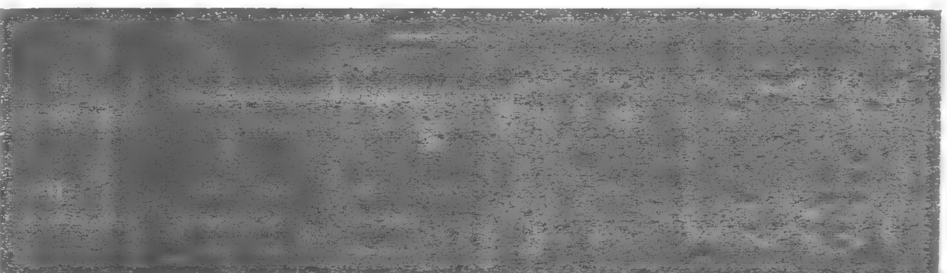


Fig. 41. — Grenouille. — Contractions spontanées de l'intestin grêle et du duodénum. — I, Intestin grêle. — II, Duodénum.

Quand le muscle commence à se fatiguer, ses contractions sont séparées par des pauses plus considérables ; il donne alors des contractions d'une beaucoup plus grande amplitude. D'une manière générale, on peut dire qu'à une grande contraction succède une grande décontraction.

Si nous suivons pendant une heure environ les contractions de l'estomac, nous voyons que les contractions, d'abord petites et irrégulières, augmentent peu à peu d'amplitude et de régularité. En même temps, l'on remarque que la ligne de décontraction s'allonge et que les lignes des sommets de décontraction descendent de plus en plus au-dessous de l'abcisse. Ces tracés prouvent que la tonicité du muscle diminue peu à peu; au début de l'expérience il était en contraction tonique, à mesure qu'il se fatigue, la tonicité s'atténue, puis disparaît, et le relâchement s'effectue d'une manière plus complète.

Mais, chose remarquable, à mesure que la tonicité diminue, l'amplitude des contractions augmente. Les deux propriétés du muscle sont donc ici encore bien plus distinctes que dans les muscles striés et dans le cœur, puisque la tonicité, mise en jeu d'abord, diminue peu à peu, tandis que la contractilité, presque annulée au début, se manifeste plus amplement à mesure que la tonicité tend à disparaître.

Nous trouverons encore sur notre route d'autres exemples passibles d'indiquer à ce sujet une valeur même approximative. Nous pourrions donner d'autres exemples intéressants de cette distinction entre la tonicité et la contractilité ; qu'il nous suffise, pour aujourd'hui, de l'avoir reconnue dans les muscles lisses, comme nous l'avions reconnue auparavant, à un degré moindre, il est vrai, dans les muscles striés.

Si nous continuons à étudier le tube digestif, nous constaterons que toutes ses parties présentent des battements rhythmés analogues à ceux de l'estomac. Voici le tracé des mouvements de l'œsophage ; ils ont, comme vous le voyez, une faible amplitude et sont assez irréguliers.

Le duodénum a des battements presque aussi considérables que ceux de l'estomac. Vous voyez que son tracé présente d'abord des irrégularités et devient régulier ensuite ; plus loin, les décontractions deviennent de plus en plus lentes, les pauses de plus en plus longues au fur et à mesure de la fatigue qui survient. Les tracés des autres portions de l'intestin grêle montrent que ce dernier présente dans toute sa longueur des battements, mais ils ont d'autant moins d'amplitude que l'on examine un segment plus éloigné de l'estomac. Cette observation est d'accord avec les résultats obtenus par les physiologistes : tous ont constaté que les contractions sont plus intenses dans la partie supérieure du tube digestif que dans l'inférieure ; mais, accusées ou très-minimes, ces contractions existent tout le long du tube digestif ; le rectum lui-même présente aussi des mouvements rhythmés, comme vous le pouvez voir par le tracé que je vous présente.

Revenons à l'estomac et étudions de plus près ses mouvements. La première question que nous nous posons est de savoir s'il faut que l'estomac soit entier pour manifester

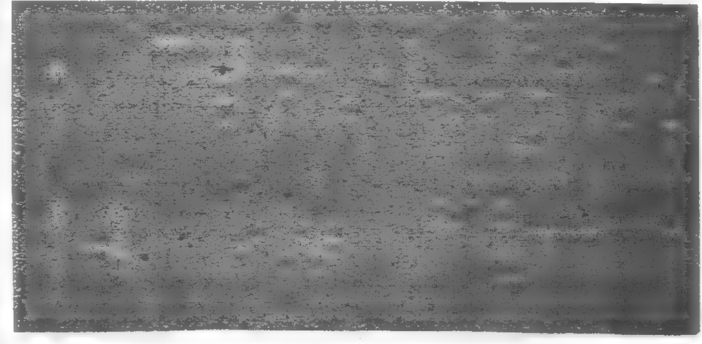


Fig. 42. — Grenouille. — Contractions spontanées du rectum. — R, Rectum en place. — R. *sep*, Rectum séparé de l'organisme.

ses mouvements, ou si une petite portion isolée les présen-



Fig. 43. — Rondelle d'estomac de grenouille. — Contractions spontanées.

terait aussi.

Pour répondre à cette question, nous avons enlevé une



Fig. 44. — Estomac de grenouille.— Contractions spontanées de la tunique musculeuse séparée de la muqueuse.

rondelle de l'estomac ; mise sous le myographe, elle nous a montré des mouvements rhythmés. Nous avons dû en conclure que la propriété des mouvements rhythmiques appartient non seulement à l'organe entier, mais à des fragments d'estomac.

Cela posé, nous aurons à nous demander maintenant à quelle partie de l'estomac appartiennent les contractions. A ce propos, je vous rappellerai en deux mots la structure de l'estomac de la grenouille, qui ne diffère pas beaucoup, du reste, de celle de l'estomac des mammifères.

La tunique musculaire située immédiatement sous le péritoine, ne contient que des fibres annulaires ; au-dessous d'elles se trouve une couche assez épaisse de tissu conjonctif, puis la muqueuse comprenant l'épithélium, les glandes et une couche musculaire mince composée de fibres longitudinales et transversales.

Les mouvements de l'estomac appartiennent-ils à la tunique muqueuse ou à la musculeuse ? Il y avait une certaine audace à poser la question; voici comment nous avons procédé pour la résoudre. L'estomac étant fendu dans sa longueur, on saisit avec deux pinces, d'une part la muqueuse, d'autre part la musculeuse et on les sépare sans trop d'efforts, surtout quand on fait cette dissection dans l'eau salée. L'eau salée a, en outre, l'avantage d'empêcher que l'irritation produite par la dissection soit trop intense ; cependant, même après que l'on a opéré sous le liquide, cette excitation persiste pendant assez longtemps et la membrane musculeuse mise sous le myographe demeure immobile pendant un quart d'heure ou une demi-heure à peu près. Au bout de ce temps, on lui voit alors manifester des mouvements rhythmés, et, par l'examen du tracé, on se convainct que la membrane était pendant son repos en état de contraction tonique. Le tracé donné par cette membrane n'est pas, à beaucoup près, aussi régulier que celui de l'estomac, mais il présente très-manifestement une systole, une diastole et une pause.

Le mouvement rhythmé appartient donc à la tunique musculeuse. Quant à la tunique muqueuse, elle est trop mince pour que nous ayons pu songer à en prendre le tracé.

Mais quelle est l'origine de ces mouvements ? Considérés à un point de vue très-général, ils offrent une grande analogie avec ceux du cœur, et cette analogie nous porte à chercher, dans les parois de l'estomac, des centres nerveux analogues à ceux que le cœur renferme dans les siennes.

Il y a déjà longtemps qu'Auerbach a décrit des plexus nerveux dans les parois musculeuses de l'intestin; pour cette raison, les plexus portent le nom de plexus myentériques ou d'Auerbach. Je n'ai pas à vous en décrire la structure ni la disposition en détail. Vous savez que dans l'intestin du lapin, ils sont situés entre les deux tuniques musculaires sous forme de ganglions microscopiques reliés entre eux par des fibres nerveuses sans myéline.

Chez la grenouille, le même plexus existe dans tout le tube digestif. Dans l'estomac, où il n'y a qu'une couche de fibres annulaires, il se trouve tout à fait à la surface, sous la séreuse, et cette disposition nous fait comprendre la rapidité d'action de certains agents irritants.

Ainsi, l'incitation du rhythme, c'est-à-dire ce qui fait que l'estomac séparé du corps continue à présenter des mouvements, *à battre* en un mot, prend sa raison d'être dans ce fait que l'estomac possède des cellules ganglionnaires autonomes qui lui donnent l'incitation motrice créée *in situ*. Nous reviendrons sur ces cellules et sur leur action lorsque nous nous occuperons du système nerveux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Association générale des Médecins de France.

L'assemblée générale des membres de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France s'est tenue le 4 et le 5 avril dernier, sous la présidence de M. H. Roger, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

Comme d'habitude, la séance solennelle s'est ouverte par une allocution du président, sur le thème inévitable et obligé : panégyrique de l'Association, exposition satisfaite de ses progrès, remerciements à ses bienfaiteurs, hommages et condoléances pour les morts, exhortations à l'union. La péroraison seule n'était pas obligatoire et n'en a pas moins de mérite : M. H. Roger a terminé en s'inscrivant pour mille francs sur la liste des souscripteurs à la caisse des pensions. Inconnu des traités de rhétorique, ce moyen oratoire est fort goûté, et, parmi les auditeurs de M. H. Roger, beaucoup sont d'avis que sa parole est d'or.

Le trésorier, M. Brun, est venu ensuite exposer la situation financière de l'Association générale, qui va toujours s'améliorant. Le trésorier avait en caisse un reliquat de 3,405 fr. 39, auquel se sont ajoutés d'une part 19,202 fr. 92 versés par les Sociétés locales (droits d'admission, dixième des cotisations et du revenu, remboursement des annuaires) et d'autre part 3,850 fr. 15 fournis par les intérêts des fonds placés par la caisse des fonds généraux. Les dépenses d'administration, d'impression de l'*Annuaire*, les subventions aux sociétés locales, et le versement (12,900 francs) à la caisse des pensions, formant un total de 23,145 fr. 95, il est resté dans la caisse du trésorier, une somme de 3,312 fr. 51. La caisse des fonds généraux possède, en outre, une réserve disponible de 50,000 fr. à la caisse des dépôts et consignations.

La caisse des pensions a reçu 6,129 fr. 50 en dons particuliers, 14,339 fr. 59 des Sociétés locales, 12,900 francs de la caisse générale, 9,844 fr. 68 d'intérêts capitalisés et de rentes constituées; au total, 43,213 fr. 77 qui portent son avoir à 689,752 fr. 37, sur lesquels 350,951 francs sont affectés au service de 49 pensions.

A cet exposé M. Brun ajoute une proposition adressée aux Sociétés locales qui, possédant un capital considérable,

désirent distribuer elles-mêmes des pensions viagères supérieures au maximum (120 francs) du décuple de la cotisation annuelle et en sont empêchées par la loi sur les Sociétés de secours mutuels. M. Brun leur offre l'intermédiaire de l'Association générale qui jouit seule du privilège de pouvoir porter à 1,200 francs le taux de ses pensions; et leur conseille de verser à l'Association le capital en 5 0/0 de la pension qu'elles veulent constituer. Ce serait fort bien si ce privilège, dont parle M. Brun, était légal au lieu de résulter d'une tolérance ministérielle : la crainte de voir le Conseil d'Etat mettre fin à cette tolérance était même le principal argument qu'invoquait M. Brun, en 1878, pour dissuader l'Association de poursuivre sa demande en reconnaissance d'utilité publique. Le cas échéant où la tolérance administrative viendrait à cesser, qu'adviendrait-il de cette sorte de fidéicommis? Il nous semble que, sauf impossibilité statutaire ou légale, il serait plus simple aux Sociétés locales de placer elles-mêmes ce capital en leur nom, et d'en distribuer le revenu à titre de secours, les bénéficiaires ne tenant sans doute que médiocrement au mot *pension*. C'est, en tout cas, une question à étudier, le moyen proposé par M. Brun n'étant pas aussi simple qu'il en a l'air.

M. Amédée Latour, secrétaire général, a pris ensuite la parole. Après avoir adressé aux sociétaires défunts et aux présidents démissionnaires ses hommages et ses regrets, il a annoncé la fondation de deux sociétés nouvelles (Sarthe et Lot) et l'accession de 440 adhérents nouveaux. La mort a enlevé 136 sociétaires anciens; quelques membres des Sociétés locales se sont retirés, leur démission ayant été acceptée. M. A. Latour conteste la régularité et la légalité de ce procédé. D'après lui, on peut se faire rayer des listes de l'Association, pour refus de remplir les obligations statutaires, en cessant, malgré mise en demeure, de verser la cotisation annuelle; on ne peut se retirer par démission. En d'autres termes, on ne peut sortir la tête haute et spontanément de l'Association; on ne peut qu'en être exclu par mesure disciplinaire; il faut observer des vœux perpétuels ou subir une sorte d'excommunication. Nous craignons bien que M. A. Latour ait raison en fait, que les statuts ouvrent seulement une porte basse et qu'une procédure attentatoire à la dignité des dissidents soit seule conforme à l'esprit de l'institution. Mais alors il faut se hâter de modifier cet esprit, de changer ces statuts.

Les Sociétés locales, dont l'avoir varie de quelques centaines de francs à 40 ou 50,000 francs, possèdent ensemble un peu plus de 700,000 francs; elles subissent, par suite du retard qu'impose à la délivrance des intérêts la comptabilité de la Caisse des dépôts et consignations, une perte sensible dans la capitalisation de ces intérêts. M. A. Latour, tout en louant la tendance de ces Sociétés à augmenter leur avoir, verrait volontiers, dans une plus large part faite par elles à la caisse des pensions, le remède à l'inconvénient signalé par le secrétaire de la Société de Vaucluse. C'est, sous une autre forme, la proposition de M. Brun. On ne voit pas bien en quoi l'acceptation de cette proposition hâterait la vérification nécessaire au retrait des intérêts, qui demande aujourd'hui cinq ou six mois, délai véritablement abusif.

Si, au point de vue de l'assistance mutuelle, l'Association n'a qu'à se féliciter des résultats obtenus, il n'en est pas de même au point de vue protecteur. M. A. Latour reconnaît que, de ce côté, les déceptions sont grandes; que, pour arriver au but, il eût fallu refaire l'éducation de la Société tout entière. Nous n'avons jamais dit autre chose; seulement, nous n'avions pas vu que l'Association s'annonçât « soucieuse du bien général et social, plus encore que de ses intérêts professionnels. » Nos yeux se sont-ils ouverts ou les tendances de l'Association se sont-elles modifiées, peu importe! M. A. Latour convient que « la famille médicale a nourri de nombreuses illusions, » cela suffit pour que nous soyons d'accord avec lui. Peut-être est-ce encore une illusion que d'attribuer à l'action de l'Association la nouvelle attitude de la chancellerie vis-à-vis des congrégations religieuses, exerçant illégalement la médecine et la pharmacie. Il se pourrait que ce changement fût simplement la conséquence d'une modification plus profonde et plus générale dans les vues du gouvernement. La preuve en serait dans le résultat, pire qu'un insuccès, obtenu par la Société de Toulon poursuivant un charlatan laïque. Il convient donc de ne pas trop célébrer l'efficacité de l'influence, en cette matière, de l'Association.

M. A. Latour, constatant que les Sociétés locales ont toutes approuvé la résolution, votée l'an dernier, d'abandonner la demande en reconnaissance d'utilité publique, regrette que la défiance des pouvoirs publics ait nécessité cette résolution. La question sera évidemment agitée de nouveau. Il expose ensuite les vœux de diverses Sociétés. Plusieurs d'entre elles prévoient que la loi Th. Roussel, relative à la protection des nourrissons, restera lettre morte, faute d'avoir attribué une rétribution convenable au service médical qu'elle instituait. Cette lacune est, en effet, une des nombreuses imperfections de cette loi peu pratique. A propos des médecins militaires qui font de la pratique civile, une Société s'est arrêtée à l'idée de demander la suppression de la patente et de l'impôt sur les chevaux et les voitures. Cela vaut mieux que de réclamer l'imposition de la patente aux médecins militaires exerçant la médecine civile, mais il est douteux qu'on l'obtienne jamais. Ne serait-il pas plus sage de ne point soulever ces petites questions d'un intérêt toujours restreint?

Après le discours du secrétaire général, M. Bucquoy a donné le détail des nouveaux secours accordés cette année : douze pensions nouvelles, huit augmentations; ceci contre-balancé par l'extinction de huit pensions anciennes.

Dans la seconde séance, consacrée à l'approbation des comptes, à l'adoption des propositions du Conseil général et aux élections des commissaires, l'assemblée s'est occupée de diverses questions qu'elle a repoussées ou renvoyées à l'étude des Sociétés locales. L'une des premières était relative à la création d'une compagnie d'assurances sur la vie entre médecins, et subsidiairement aux prêts à faire par les Sociétés à leurs membres assurés sur la vie et momentanément empêchés de verser leur prime annuelle. L'assemblée, sur les deux points, a sagement passé à l'ordre du jour. Quant aux autres questions, nous attendrons pour en parler, le résultat des études auxquelles les soumettront les Sociétés locales.

E. T.

---

*

Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne.

La réunion annuelle des Sociétés savantes des départements a eu lieu à la Sorbonne, les 31 mars, 1, 2 et 3 avril. Différentes communications relatives à la médecine et à la chirurgie et dont nous publions le compte-rendu (1), ont été faites à ces diverses séances. Nous remarquons avec plaisir que cette année les communications médico-chirurgicales ont été plus nombreuses qu'elles ne l'avaient été dans les années précédentes ; les médecins de province ne semblent plus, comme par le passé, se désintéresser des travaux annuels des Sociétés savantes, et viennent en plus grand nombre apporter le résultat de leurs observations et de leurs recherches. Il appartient aux Sociétés médicales des départements d'aider à ce mouvement, et pour cela elles ont à envoyer des délégués spéciaux pour les représenter. S'il en était ainsi, la section des sciences devrait, ce qui est désirable à tous les points de vue, être modifiée dans sa subdivision par la création d'une nouvelle sous-commission des sciences médicales et biologiques (2). Il est en effet peu agréable pour les médecins qui font des communications, de parler devant un auditoire composé de personnes, en grande majorité, étrangères à la question ; par ce fait même, la discussion étant presque toujours supprimée, les communications perdent une partie de leur intérêt et de leur utilité.

Nous espérons que l'année prochaine la plupart de ces desiderata seront comblés ; et que, appréciant désormais l'importance des recherches médicales, les membres du jury voudront bien réserver aux auteurs de ces recherches quelques-unes des récompenses qui sont accordées chaque année, ce qui, à tort ou à raison, n'a pas été fait jusqu'à présent. A. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 avril 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Température cérébrale. M. AMIDON montre un petit thermomètre à cuvette incompressible dont il se sert pour mesurer les températures des différents points de la paroi crânienne. En produisant une contraction prolongée de certains groupes musculaires du bras et du tronc, l'auteur a pu noter une augmentation de température dans les points du crâne qui correspondent aux centres moteurs de ces muscles. Cette manière de procéder lui a permis de dresser des tableaux très complets des localisations cérébrales.

M. P. BERT fait observer que dans ses expériences personnelles, il n'a rien trouvé de semblable. Toutes les fois qu'il a voulu constater sur l'homme les températures cérébrales, le côté gauche du crâne lui a paru plus chaud que le côté droit, et la partie antérieure plus chaude que la partie postérieure. On sait en outre que chez les enfants la température du crâne s'élève au moment où ils s'éveillent.

Anatomie de l'oreille interne. M. GELLÉ fait une communication relative à l'anatomie de l'oreille interne, il montre des pièces à l'appui. L'auteur arrive à cette conclusion que les canaux demi-circulaires doivent être considérés comme des organes collecteurs des ondes sonores.

Une longue discussion s'engage à ce sujet entre MM. P. Bert, Pouchet, Laborde et Mathias Duval. Ce qui nous a paru ressortir le plus clairement de cette discussion, c'est que la théorie physiologique de la perception des sons reste encore entourée d'obscurités.

Compression de la moelle par un séquestre. M. GEFFRIER présente à la Société une pièce provenant d'une femme morte de mal de Pott à l'hôpital Laennec. La malade était paraplégique depuis quatre mois ; elle a succombé à la suite de la production d'eschares multiples.

On peut constater sur cette pièce que les onzième et douzième vertèbres dorsales ont leur corps creusé d'une cavité anfractueuse remplie de matière caséeuse ; en avant, cette cavité est limitée par le ligament vertébral commun antérieur, car les corps vertébraux sont entièrement détruits à ce niveau ; en arrière, le foyer caséeux s'est ouvert dans le canal rachidien où il fait une notable saillie.

Le mécanisme de la compression médullaire est ici différent de celui qu'on considère aujourd'hui comme le plus habituel : en effet, si la pachyméningite externe existe d'une façon incontestable, elle n'est pas assez prononcée pour avoir produit les phénomènes de compression médullaire.

La véritable cause de la compression, résulte d'un séquestre détaché des corps vertébraux, et qui forme la partie la plus saillante de cette sorte de promontoire, qui proémine dans le canal rachidien dont elle rétrécit considérablement le diamètre antéro-postérieur.

De la disposition des parties, il résulte que, lorsqu'on porte les vertèbres dans la flexion, le séquestre se trouve chassé en arrière et rétrécit encore le diamètre antéro-postérieur du canal. Dans le mouvement d'extension, au contraire, le fragment osseux se porte un peu en avant. Il paraît donc probable que, dans ce cas, l'extension modérée, dans une gouttière de Bonnet, par exemple, eût diminué les symptômes de la compression médullaire. CH. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. J. ROCHARD termine la lecture de son rapport sur la *peste.* Après avoir rappelé les mesures à prendre dans le foyer d'une épidémie, et indiqué ce qu'on devait entendre par la préservation à distance et la désinfection, M. J. Rochard résume le programme de recherches et d'expériences que la commission a cru devoir adopter : 1° Recueillir des observations nombreuses, complètes, détaillées, en mettant à profit tous les moyens d'investigations dont on dispose aujourd'hui ; 2° Etudier, à l'aide de l'analyse chimique et du microscope, les altérations particulières que la peste imprime aux liquides et aux solides de l'organisme ; 3° S'enquérir des conditions dans lesquelles cette maladie se développe, des causes qui président à sa propagation, de la valeur des moyens prophylactiques qu'on peut lui opposer pour borner ses ravages et l'empêcher de se répandre en dehors de ses foyers ; 4° Rechercher si la peste ne doit pas ses caractères à un organisme microscopique spécial et, dans le cas de l'affirmative, étudier les propriétés de cet organisme en l'inoculant à des animaux, en le cultivant dans des liquides appropriés.

M. LARREY annonce à l'Académie qu'il a reçu récemment de M. Tholozan un ouvrage manuscrit sur la peste ; cet ouvrage, présenté à l'Académie des sciences, est actuellement sous presse, et devient un sujet d'actualité.

M. PASTEUR poursuit sa communication sur le *choléra des poules* et étudie les *conditions de la non-récidive de la maladie et de quelques autres de ses caractères.* Dans un précédent mémoire, M. Pasteur a montré que le choléra des poules était produit par un parasite microscopique, qu'il existait un virus atténué de cette maladie, qu'enfin une ou plusieurs inoculations de ce virus atténué peuvent préserver ces animaux des atteintes mortelles d'une inoculation ultérieure.

Par les lésions frappantes que cette étude offre avec les effets de la vaccine et de la variole humaine, M. Pasteur considère qu'il y a un intérêt majeur à savoir si l'immunité dont il s'agit peut être absolue, non-seulement pour les régions du corps qui ont subi l'inoculation préventive, mais quel que soit le point inoculé, quel que soit le mode d'introduction de la

(1) Voir page 353.

(2) La section des sciences est subdivisée en trois sous-commissions : sciences naturelles ; sciences physico-physiques ; sciences mathématiques.

maladie, quelle que soit la réceptivité de l'animal. M. Pasteur emploie le mot vacciner pour exprimer le fait de l'inoculation à une poule du virus atténué. Les effets de la vaccination sont variables avec les poules ; certaines résistent à un virus très virulent à la suite d'une seule inoculation préventive du virus atténué, d'autres exigent deux inoculations préventives et même trois; dans tous les cas, toute inoculation préventive a son action propre, parce qu'elle prévient toujours dans une certaine mesure ; en un mot, on peut vacciner à tous les degrés et il est toujours possible de vacciner d'une façon complète, c'est-à-dire d'amener la poule à ne plus pouvoir recevoir aucune atteinte du virus le plus virulent. M. Pasteur poursuit sa communication en apportant les résultats de ses expériences de démonstration. Ce qui ressort de ce mémoire important, c'est la vie d'un parasite à l'intérieur du corps déterminant la maladie, appelée vulgairement le choléra des poules, et amenant la mort. Or, du moment où cette culture n'est plus possible dans la poule, la maladie ne peut plut apparaître. L'explication à laquelle les faits produits par M. Pasteur conduisent, tant de la résistance constitutionnelle de certains animaux, que de l'immunité que créent chez les poules des inoculations préventives, n'a rien non plus que de naturel, quand on considère que toute culture en général modifie le milieu où elle s'effectue.

M. Fort soumet à l'Académie les modifications qu'il a introduites dans ses cours, et qui sont relatives aux divers dessins que tout professeur est susceptible de tracer sur un tableau noir, afin de rendre son enseignement plus clair et plus facile. Ces modifications consistent dans la substitution des dessins tracés à l'aide de la craie en dessins peints avec un ou plusieurs pinceaux suivant les couleurs employées.

M. Tillaux lit une note relative à une malade qu'il a présentée à l'Académie dans une des séances précédentes. Il s'agit d'une *thyroïdectomie* pour un goître exophthalmique, qui fut suivie d'une guérison radicale. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 11 *juillet* 1879. — Présidence de M. Charcot.

2. Note sur deux cas de cancer secondaire du cœur ; par Barthelemy, interne des hôpitaux.

I. Mathieu Levet, fleuriste, âgé de 54 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament lymphatique, entre le 7 juin 1879, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le docteur Rigal, salle Saint-Etienne, lit n° 22. — Il présente les symptômes d'un carcinome abdominal, il n'a pas de vomissements ni de melœna, mais on sent nettement au-dessus de l'ombilic une tumeur fixe, douloureuse, assez dure et volumineuse. La cachexie ne tarde pas à s'emparer de lui et il meurt le 9 août, après cinq mois de maladie.

A l'*autopsie*, on trouve un carcinome pylorique avec propagation au duodénum et à la vésicule biliaire et des noyaux de généralisation dans le *foie* et dans le *cœur*. Des tumeurs multiples se rencontrent dans l'épaisseur et à la surface du foie, qui est hypertrophié ; la vésicule biliaire présente une cavité irrégulière, cloisonnée par des brides résistantes; elle a presque disparu, tant ses parois sont épaissies, lardacées, indurées et comme cartilagineuses. Trois noyaux blanchâtres, sont logés dans l'épaisseur musculaire de la face antérieure du *ventricule droit du cœur* ; ils s'étaient en couches, formant des sortes de rubans gris et durs, ne ressemblent ni à une production fibreuse ni à une dégénérescence granulo-graisseuse, mais présentent bien plus les apparences de noyaux cancéreux. Il y a aussi sur la muqueuse stomacale à la paroi postérieure un champignon dur, grisâtre, du volume d'une noix, qui proémine dans l'estomac et n'est le siége d'aucune ulcération ; il ne semble être réuni par aucune liaison directe avec la tumeur qui a rétréci et déchiqueté le pylore et qui a considérablement épaissi et rétréci aussi le calibre du duodénum. Il est notable que ces lésions ne donnaient lieu qu'à une dilatation stomacale médiocre et ne s'accompagnaient pas de vomissements. Aucun trouble n'avait été observé, malgré plusieurs auscultations, dans le fonctionnement du cœur.

L'examen histologique a montré que le néoplasme de l'estomac ainsi que les noyaux hépatiques et cardiaques étaient de nature *épithéliale*, à cellules cylindriques.

II. — Laurent, veuve, blanchisseuse, âgée de 61 ans, présente tous les signes d'un cancer abdominal, ayant causé déjà une profonde altération de l'organisme : teinte jaune paille, perte des forces, maigreur, douleur du ventre dans un point fixe, situé au-dessus de l'ombilic et où l'on sent une tuméfaction difficile à bien limiter. Cette femme ne serait malade que depuis trois mois. Le ventre devient bientôt de plus en plus douloureux, ballonné, tendu, impossible à palper profondément ; des vomissements se montrent chaque fois que la malade avale même une gorgée de boisson quelconque, la respiration devient fréquente, le facies exprime une vive souffrance et la malade succombe en quelques jours avec les symptômes d'une péritonite récente, après un mois de séjour environ à l'hôpital (7 octobre).

A l'*autopsie*, on trouve au niveau du pancréas, une masse carcinomateuse qui semble primitivement développée dans cet organe, qui, maintenant, l'enveloppe et s'augmente de tissu cellulaire lardacé et de masses ganglionnaires dégénérées et hypertrophiées ; une dégénérescence analogue des ganglions mésentériques, une carcinose miliaire secondaire du mésentère qui est induré, fort épaissi et mesure près de deux centimètres d'épaisseur, de l'épiploon qui est granuleux, injecté et ratatiné, et de tout le péritoine aussi bien viscéral que pariétal. L'estomac et le foie sont sains. Le 3 octobre, j'avais touché la malade, et j'avais trouvé l'utérus en antéversion et le col de consistance normale. Immédiatement en arrière du col, dans le cul-de-sac postérieur, on tombe sur une tuméfaction, du volume d'un œuf de pigeon, dure, irrégulière, immobile et qui semble comme surajoutée au corps de l'utérus qu'on n'atteint pas complétement. Par le toucher rectal, on sent le corps de l'utérus refoulé très haut et un peu plus bas on tombe précisément sur la tuméfaction décrite plus haut. A l'autopsie, on trouve en effet à ce niveau une tumeur dure, située au-dessous et au dehors du cul-de-sac du péritoine et qui paraît être un ganglion très volumineux, dégénéré et indépendant du rectum aussi bien que de l'utérus qui est sain. Le gros intestin est lui-même fort rétréci de calibre et fort épaissi ; il est très injecté et de couleur brunâtre à l'extérieur; à l'intérieur, je le trouve rempli d'une matière poisseuse, d'un brun rouge assez foncé et qui aurait certainement donné lieu à du melœna si la mort n'était survenue. On ne trouve cependant nulle part d'ulcération de la muqueuse intestinale ; la paroi seule est atteinte, épaissie, indurée, lardacée et comme infiltrée.

Les poumons présentent à leur surface, au-dessous de la plèvre viscérale, des sillons blanchâtres qui se croisent de façon à former des mailles assez régulières d'un demi-centimètre à un centimètre carré et que l'on attribue à une lymphangite néoplasique. Mon collègue Bar, ayant eu la bonté de faire une coupe d'un poumon malade, reconnut en effet une lymphangite bien caractérisée par une dilatation des vaisseaux lymphatiques qui sont remplis de cellules lymphatiques, mais nulle part il ne trouva de cellules cancéreuses.

On trouve une péricardite sèche, caractérisée par places par l'adhérence des deux feuillets épaissis et dans d'autres endroits par des dépôts jaunâtres, rugueux, assez durs et adhérents à la séreuse.

Quant au *cœur*, il présente une lésion fort remarquable que l'on n'avait pas soupçonnée pendant la vie. On avait bien constaté de l'arhythmie, des palpitations de temps en temps, un peu d'oppression, et surtout de la faiblesse et de la lenteur habituelles dans le pouls ; mais ces troubles d'innervation cardiaque avaient été mis sur le compte de la faiblesse générale et de la cachexie : quoi qu'il en soit, la paroi postérieure et inférieure de l'oreillette droite, offre au toucher plusieurs duretés dont une surtout est considérable. Ces bosselures, au nombre de trois, ont envahi la paroi postérieure de la cloison auriculo-ventriculaire droite qui est aussi épaissie, lardacée et grisâtre, ainsi que la couche musculaire de l'oreillette ellemême, qui, dans une certaine étendue est très amincie, bien

que la face interne du cœur en soit encore complétement tapissée. Nulle part en effet la paroi musculaire n'a disparu et n'est remplacée par le tissu pathologique; cependant, en certains points, le néoplasme fait à la face interne du cœur des saillies encore lisses et permettant le glissement du sang, bien qu'elles ne soient séparées de ce liquide que par une bien mince couche du myocarde sain et persistant.

Ces saillies sont surtout prononcées au niveau des veines pulmonaires qui n'auraient certainement pas beaucoup tardé à être plus ou moins complétement oblitérées par les progrès des tumeurs. La principale de ces bosselures a le volume d'un gros marron et se trouve logée dans l'épaisseur des couches musculaires de l'oreillette droite. En incisant ces bosselures, on trouve un tissu dur qui tranche par sa couleur gris-jaunâtre sur le fond rouge du muscle cardiaque et qui a, à l'œil nu, toutes les apparences des noyaux de généralisation cancéreuse, comme ont pu le constater les membres de la Société anatomique. L'examen histologique a été fait par mon collègue H. Leroux qui a bien voulu me remettre à ce sujet la note suivante ainsi qu'une préparation que je mets sous les yeux de la Société.

« On aperçoit un tissu formé d'une grande quantité de cellules assez petites et ayant au centre un gros noyau; le plus grand nombre est arrondi, quelques-unes sont déformées par compression réciproque. Au milieu de ces cellules se remarquent des travées conjonctives; quelques-unes, rares, sont assez épaisses et envoient latéralement de fins prolongements. Ces cellules ne sont pas épithéliales ni pavimenteuses, ni cylindriques. » Leroux avait conclu à l'existence d'un lymphadénome. M. Cornil considérant que les travées ne sont pas très nombreuses et qu'il y a un certain nombre de vaisseaux, le long desquels on voit des cellules analogues aux précédentes mais aplaties, croit plutôt à un sarcôme à petites cellules.

Voilà donc deux cas où l'organe principal de la circulation a été d'une façon irrécusable envahi par la *généralisation cancéreuse*. J'insiste avec intention sur ce fait sur lequel M. Broca a déjà attiré l'attention. (*Traité des tumeurs*, 1866. T. I, p. 341.) « Tous les tissus, dit ce professeur, qui sont sujets au cancer primitif peuvent probablement être atteints de cancer par infection. » Mais la réciproque n'est pas exacte. Certains organes sont presque invariablement le siége du cancer primitif. En 1851, Lebert ne connaissait pas un seul cas de cancer secondaire de l'estomac; ceux de l'utérus sont rares aussi. Inversement les cancers primitifs sont rares dans certains organes très exposés au contraire à devenir le siége de cancers secondaires; c'est ainsi que dans les poumons, si souvent atteints secondairement, Broca n'a trouvé que deux cas de cancer primitif. Le cancer du foie est primitif dans le tiers des cas seulement. Le cœur et la rate sont également le siége extrêmement rare du cancer primitif tandis qu'il n'est pas très rare d'y trouver des dégénérescences secondaires. L'opposition déjà si remarquable pour le poumon existe donc pour le cœur qui serait presque réfractaire à l'action primitive de la diathèse cancéreuse. Ce sont ces phénomènes qui amènent M. Broca à conclure que les cancers primitifs et les cancers secondaires ne sont pas dus à la même cause. Voici pour lui quel serait le processus morbide : 1er stade, diathèse cancéreuse, dont l'expression est le cancer primitif; 2e stade, infection cancéreuse dont l'expression se fait par les cancers secondaires. Et cela est d'autant plus vrai que certains cancers se généralisent de préférence dans certains organes qui n'ont aucune préférence directe ni vasculaire ni lymphatique avec le siége de la tumeur primitive. Les organes dans lesquels la généralisation cancéreuse se manifeste le plus fréquemment sont le foie, les os et les poumons; le foie se trouve atteint dans la moitié des cas de généralisation. Mais la généralisation cancéreuse elle-même ne se rencontre guère que dans les trois-quarts des cas de cachexie cancéreuse, non pas que tous les cancers ne puissent arriver à se généraliser, mais parce que la mort causée par diverses complications ou par une affection intercurrente, ne laisse pas au cancer le temps d'opérer la désorganisation complète de l'économie. La marche des cancers est, d'ailleurs, fort variable, non-seulement suivant les organes primitivement atteints, mais encore suivant les individus, elle ne semble obéir à aucune règle, ou, du moins, sa loi nous échappe encore complétement. Ainsi donc, le cœur est en quelque sorte réfractaire à l'action primitive de la diathèse; d'autre part, il n'y a pas généralisation dans tous les cas de cancer; enfin, le cœur est loin d'être intéressé dans tous les cas de généralisation; telles sont les raisons qui font des cancers, même secondaires du cœur, une rareté pathologique. Cette rareté du cancer du cœur est une preuve de plus que ce n'est pas le sang qui est l'organe principal de l'infection cancéreuse et que ce n'est pas au moyen de la migration des germes pathologiques par le liquide sanguin que la généralisation a lieu. Quel organe, en effet, est en contact plus répété, plus continuel avec le sang? Lequel en reçoit plus? Le cœur devrait donc être l'organe le plus maltraité par la diathèse. Or il est loin d'en être ainsi : Cruveilhier, dans son anatomie pathologique générale, n'en rapporte pas un cas.

Laënnec cite deux cas d'encéphaloïde du cœur dont se rapprochent ceux que j'ai observés; c'était, dans un cas, de petites masses cancéreuses du volume d'une aveline; dans l'autre, de petites couches rubanées logées dans la substance musculaire des ventricules.

Velpeau a trouvé dans le cœur un noyau cancéreux du volume d'un œuf de pigeon. Bouillaud mentionne douze autres cas de cancers du cœur, tous secondaires à l'exception d'un ou deux. Le Dictionnaire des Sciences médicales en signale une trentaine de faits recueillis dans les diverses feuilles périodiques tant nationales qu'étrangères.

Il n'en est pas question dans la Revue de M. Hayem, et dans les Recueils de la Société anatomique, je n'en ai pu rassembler que six cas : T. 43-45-47-48-49 (p. 437)-49 (p. 465) ce dernier étant primitif.

Ce qui peut faire un total d'environ soixante cas ayant été observés et publiés. Presque tous sont secondaires soit par simple envahissement de voisinage, soit comme les deux miens, par propagation à distance, ce qui est plus rare. En général, ils siégent dans le cœur droit se trouvant en rapport avec le tissu veineux qu'en général le cancer affectionne. Aussi ai-je été surpris de voir M. Broca dire dans son *Traité des tumeurs* (T. I, p. 207) que la propagation cancéreuse semble se faire plus aisément aux artères qu'aux veines à cause de l'épaisseur des premières. Il est vrai que plus loin (p. 341), le même auteur est frappé de la tendance des encéphaloïdes à pénétrer dans la cavité des veines et attribue à Pierre Bérard le mérite d'avoir le premier signalé le phénomène de l'introduction du cancer dans les veines.

Dans les deux cas que je rapporte, les lésions siégent dans le cœur droit, soit dans le ventricule (deuxième cas), soit dans l'oreillette. Dans ce deuxième cas, l'irradiation se fait aux parois des veines pulmonaires dont on voit déjà la face interne et inférieure devenir irrégulière, mamelonnée, rugueuse, et perdre toute souplesse. Par l'incision, on tombe sur des noyaux cancéreux réunis entre eux, confluents et infiltrant toute l'épaisseur de la paroi des veines, de même qu'ils ont envahi la cloison auriculaire. Ils proéminent dans la lumière des vaisseaux par plusieurs saillies mamelonnées d'un blanc jaunâtre qui soulèvent la paroi interne des veines mais sans l'ulcérer en quoi que ce soit, de sorte que le courant sanguin n'est nullement encore en rapport avec le tissu morbide, au niveau duquel aucun caillot, aucun amas de fibrine ne s'était arrêté. De l'oreillette dont il occupait la plus grande étendue, le cancer tend à se propager du côté des veines pulmonaires et non du côté des valvules du cœur; celles-ci, en effet, sont saines. M. Broca fait remarquer qu'aucune espèce de tumeur n'a encore été observée jusqu'ici généralisée aux valvules, à part le cas de lipome généralisé qu'il rapporte. Pourtant Bouillaud (T. II, p. 432) cite un cas de dégénérescence lardacée occupant le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire et empiétant sur les valves. En 1867, M. Prudhomme a publié un cas de cancer primitif du cœur intéressant les valvules sigmoïdes.

Dans les deux cas où j'ai trouvé le cœur atteint, aucun organe thoracique ne participait à la lésion; les poumons,

les os, ces organes si sujets à la généralisation, n'en présentaient aucune trace. Le foie était pris dans le premier cas ; mais son parenchyme était sain dans le deuxième, où le péritoine péri-hépatique, comme toutes les autres portions de la séreuse abdominale, était couvert de granulations cancéreuses miliaires.

Dans nos cas, comme dans celui d'Andral (T. II, p. 327) comme dans presque toutes les autres observations, aucun signe particulier n'a révélé durant la vie la lésion cardiaque ; si ce n'est peut être, dans le deuxième exemple, quelques troubles de l'innervation cardiaque qui auraient pu se rencontrer dans toute autre cachexie sans lésion du cœur. Il n'est, d'ailleurs, pas étonnant, ainsi que le dit M. Rendu dans son article *Cœur*, qu'on ait peu de signe, en général de ces lésions qui restent ignorées jusqu'à l'autopsie puisque les altérations siégent le plus souvent dans le myocarde.

Le cancer du cœur a été observé à tous les âges ; les deux nôtres sont chez des adultes morts à l'âge ordinaire de la cachexie cancéreuse.

Le clinicien devra donc ne pas toujours oublier la possibilité de cette généralisation qui, je crois, serait beaucoup moins rare si elle était plus souvent recherchée soit au lit du malade, soit surtout à l'autopsie.

3. Effacement du col pendant la grossesse ; par Paul Bar, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique le col de l'utérus recueilli à l'autopsie d'une femme enceinte de 6 à 7 mois, qui a succombé, il y a cinq jours, à la suite d'un accident, dans le service de M. Cornil, à l'hôpital Saint-Antoine.

Pendant les deux jours qui ont précédé la mort et qui ont suivi la chute qui en a été la cause, j'ai examiné avec soin l'état du col utérin. J'ai pu constater l'absence de tout travail et pu très nettement sentir un orifice qui me semblait fermé, et situé à 1 centimètre et demi environ au-dessus de l'orifice externe. Je pensais que c'était là l'orifice interne du col.

A l'autopsie, j'ai pu reconnaître, et cela se voit encore très bien sur cette pièce, que la partie supérieure de la cavité cervicale, caractérisée par la présence de l'arbre de vie, était en rapport avec les membranes de l'œuf, et se continuait par un anneau rétréci avec la partie inférieure du col.

Il me paraît évident, et je pense que telle sera votre opinion, que, dans notre cas, bien qu'il *n'y ait pas eu de travail*, bien que la malade ne *fût enceinte que de 7 mois au plus*, il y avait déjà *effacement* du col.

Je n'insisterai pas autrement sur cette présentation, me réservant d'y revenir avec plus de détails, quand j'aurai pu faire un examen histologique complet de ces pièces anatomiques.

4. Rétrécissement de l'artère pulmonaire et épanchement péricardique abondant. Absence de tubercules pulmonaires. Foie cardiaque. Néphrite mixte ; par Havage, interne des hôpitaux.

La nommée Bréliau, Pauline, âgée de 44 ans, entre le 20 avril 1879 dans le service de M. le docteur Rendu, à l'hôpital Tenon.

Cette femme n'a jamais eu antérieurement ni rhumatisme ni aucune autre maladie grave ; pas d'alcoolisme, pas de syphilis ; rien non plus du côté des appareils circulatoire et respiratoire. Depuis quelques années seulement, la respiration est un peu plus courte qu'autrefois, et la malade tousse assez habituellement, surtout le matin au lever ; toutefois, ce n'était qu'une gène légère, n'apportant aucune entrave aux occupations habituelles.

Au mois de janvier dernier, à la suite d'un refroidissement, ces symptômes augmentèrent peu à peu ; l'oppression devint assez considérable et la malade dut entrer à l'hôpital, le 20 avril. Elle présentait alors les symptômes suivants : cyanose très prononcée de la face et des extrémités ; dilatation des jugulaires, sans pouls veineux ; pouls petit, fréquent, inégal, mais assez régulier ; matité précordiale plus étendue qu'à l'état normal, surtout dans la direction du cœur droit ; battements cardiaques très faibles ne s'entendant qu'au creux épigastrique, et couverts par un bruit de souffle dont il fut alors impossible de déterminer le foyer, tant les battements du cœur étaient précipités ; œdème assez étendu des membres inférieurs ; signes d'emphysème, de bronchite et de congestion des bases dans les deux poumons. Urine peu abondante, mais ne contenant pas d'albumine.

Au bout de quelques jours, sous l'influence du repos, du régime lacté et de la digitale, le cœur se calmait et on constatait nettement que le souffle était un souffle systolique et qu'il prédominait à la pointe du sternum. Le diagnostic porté fut celui de : dilatation du cœur droit consécutive à des lésions pulmonaires.

La congestion pulmonaire et la bronchite disparurent elles-mêmes, et la malade put être envoyée au Vésinet, le 12 mai, moins de trois semaines après son entrée dans le service.

Elle y rentra le 9 juin, avec des symptômes tout différents qui ont commencé à paraître à la fin de son séjour au Vésinet, et qu'elle attribue au froid dont elle a souffert.

Ce qui domine la scène cette fois-ci, c'est encore la cyanose de la face et des mains ; c'est, en outre, l'œdème des jambes, de la vulve et de la paroi abdominale, et enfin la rareté de l'urine et l'albuminurie. Les poumons ne sont que peu engorgés ; les jugulaires ne sont pas dilatées ; les battements du cœur sont réguliers et peu fréquents. On entend nettement un souffle qui occupe toute la région précordiale, mais qui paraît encore prédominer à la pointe du sternum. La percussion dénote, comme la première fois, une augmentation d'étendue de la matité précordiale.

On prescrit de nouveau le lait et la digitale, mais au bout de deux jours, en voyant que le pouls battait seulement 48, que la digitale était mal tolérée et que d'ailleurs il n'y avait aucune diurèse, on supprima ce médicament.

Depuis lors on employa successivement la scille, le jaborandi, le café ; on appliqua des ventouses sur la région des reins, on fit même une saignée générale, mais tout cela sans aucun résultat utile. L'urine excrétée chaque jour n'atteignait pas 500 gr. et contenait toujours beaucoup d'albumine ; l'œdème augmentait au point de nécessiter des mouchetures cutanées ; il y avait de l'ascite. Quant au cœur, quoique l'on n'eût donné la digitale que les deux premiers jours, il continua jusqu'à la fin à battre 40 à 48 fois par minute ; ses battements étaient très réguliers et même assez énergiques. Jamais de pulsations avortées au pouls.

Le 30 juin, la malade paraissait soulagée par les mouchetures cutanées, lorsqu'elle mourut pendant la nuit, sinon subitement au moins rapidement.

Autopsie. — En ouvrant la poitrine, on voit le péricarde énormément distendu et occupant une grande partie de la plèvre gauche. Il contient 900 grammes de liquide jaune verdâtre très albumineux et ne contenant que peu de leucocytes.

Aspect blanchâtre, irrégulier, « *langue de chat* » de la surface du cœur.

Le *cœur* pèse 340 grammes. Il a la forme en bissac caractéristique de la dilatation des cavités droites ; la pointe est formée en entier par le ventricule droit et est arrondie.

Du côté des cavités gauches, rien autre à noter que des petites plaques athéromateuses de l'aorte. Les valvules mitrale et aortique sont saines et suffisantes. Le calibre de l'aorte est diminué.

En ouvrant le ventricule droit, on est frappé par l'épaisseur de ses parois qui mesurent un centimètre et demi, tandis que celles du ventricule gauche n'ont qu'un centimètre. L'infundibulum de l'artère pulmonaire est à la fois allongé et rétréci ; il mesure trois centimètres de long et a la forme d'un doigt de gant dans lequel on n'introduit qu'à peine l'extrémité de l'index ; il est terminé par un diaphragme, présentant un orifice irrégulièrement circulaire, pouvant admettre une grosse plume d'oie. Du côté de l'artère pulmonaire, le système valvulaire se présente sous la forme d'un dôme ou cul-de-poule, faisant saillie dans la lumière du vaisseau et dépassant notablement le niveau de l'anneau fibreux d'insertion des valvules sigmoïdes. Entre ce dôme et la paroi de l'artère se voient trois dépressions semi-lunaires assez profondes qui

ne sont autres que les culs-de-sac valvulaires. Quant à l'orifice rétréci, son pourtour libre est épais, presque calcaire ; au lieu d'être circulaire, il a la forme d'un triangle à angles arrondis, dont chaque côté correspond exactement à chaque valvule sigmoïde. Au-dessus du rétrécissement, l'artère pulmonaire est dilatée, non athéromateuse.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit peut admettre deux doigts. Le bord libre des valvules paraît un peu épaissi. L'oreillette droite est considérablement dilatée ; il y a absence totale du trou de Botal. L'existence du canal artériel n'a pu être recherchée.

Poumons. Le poumon *gauche* qui était comprimé par l'épanchement péricardique est réduit au cinquième de son volume environ ; il est complétement atélectasié. Adhérences nombreuses autour du poumon *droit* qui est congestionné à la base. On ne trouve ni dans l'un ni dans l'autre aucune trace de tubercules pulmonaires.

L'*abdomen* contient environ trois litres de liquide ascitique. Le *foie* pèse 1200 grammes. Aspect cirrhotique tant à la surface qu'à la coupe. Toutefois le tissu est moins lardacé, crie moins sous le couteau que dans la cirrhose ordinaire, et contient évidemment beaucoup de tissu graisseux. C'est le dernier degré du foie cardiaque, décrit quelquefois sous le nom de cirrhose cardiaque. La vésicule biliaire est rétractée, épaissie, et ne contient qu'une petite quantité de liquide jaunâtre épais et très visqueux.

Reins. Pèsent, l'un 145 grammes, l'autre 130. — Surface unie, décortication facile de la capsule ; quelques petits kystes à la surface. A la coupe, on reconnaît facilement à l'œil nu que la substance corticale est envahie par la dégénérescence scléreuse. Il est probable, en raison de la rareté de l'urine et de l'abondance de l'albumine, qu'il s'agit d'une néphrite *mixte*.

REMARQUES. Cette observation nous paraît devoir donner lieu à plusieurs remarques intéressantes.

1° Et d'abord le rétrécissement de l'artère pulmonaire est-il congénital ou acquis ? En raison de l'absence de rhumatisme et de pyrexie antérieurs, et de toute intoxication susceptible de développer l'endocardite ou l'athérome ; en raison surtout de la forme si régulière du rétrécissement sur laquelle nous avons insisté, nous inclinerions volontiers à penser que ce rétrécissement est congénital. Il est vrai qu'on peut objecter qu'il n'y a eu chez notre malade ni la persistance du trou de Botal ni les troubles circulatoires qu'on a signalés dans les cas analogues.

2° Quoi qu'il en soit, ce rétrécissement, congénital ou acquis, est certainement très ancien et, dès lors, il est important de faire remarquer qu'il y a absence complète de tubercules pulmonaires, contrairement à l'affirmation de la plupart des auteurs.

3° Au point de vue clinique, on admettra bien que le rétrécissement de l'artère pulmonaire ait pu passer inaperçu, au milieu de phénomènes si complexes. Mais comment expliquer qu'un épanchement péricardique énorme (900 grammes) ait été méconnu ? Cela tient, d'après nous, aux causes suivantes : 1° à l'absence de voussure précordiale et au peu d'étendue de la matité qui était plutôt en rapport avec une dilatation cardiaque qu'avec un épanchement abondant ; 2° à l'intensité du choc du cœur qu'on sentait battre très nettement à la pointe du sternum et qu'explique suffisamment l'hypertrophie du ventricule droit ; 3° à l'existence constante d'un bruit de souffle très fort à la pointe du sternum ; 4° à l'état du pouls qui était ralenti, c'est vrai, mais qui était plein et régulier, tous phénomènes plus ou moins en désaccord avec la description classique que l'on donne de la péricardite.

4° Enfin, quant à l'ordre chronologique d'apparition des lésions, nous pensons qu'il y avait concurremment avec le rétrécissement pulmonaire une lésion tricuspidienne ancienne, qui a déterminé la cirrhose du foie ; au contraire, la péricardite et la néphrite doivent être de date récente.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physique.* — M. E. BECQUEREL a commencé son cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 26 avril 1880, à 1 heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, ven- dredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera cette année de la lumière et de ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques, atmosphériques et physiologiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 avril 1880 — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

M. VERNEUIL offre à la Société le second volume de ses *Mémoires de chirurgie*. Il y est traité des amputations en général et, en particulier, de la doctrine septicémique, et des pansements antiseptiques.

Oblitération du canal de Sténon. M. TERRIER. Je viens d'observer un cas assez intéressant. Un homme d'environ 35 ans était occupé à déjeuner lorsque tout à coup il s'aperçoit que la région parotidienne augmente de volume ; en même temps une légère douleur se manifeste au niveau de l'angle de la mâchoire. A l'instant, il vient me trouver et je constate, en effet, que la région de la glande parotide est considérablement tuméfiée, mais d'une tuméfaction rénitente, élastique. Convaincu qu'il s'est passé quelque chose du côté du canal de Sténon, je commande à mon malade d'ouvrir la bouche, et je constate qu'une *aphthe* existe au niveau même de l'embouchure du conduit, et que l'ulcération se prolonge dans le canal lui-même. Là était évidemment la cause de la rétention salivaire. Prenant un stylet lacrymal, je tente le cathétérisme du canal de Sténon, et, à la seconde tentative, je pénètre à un centimètre de profondeur ; mon stylet retiré, une grande quantité de salive jaillit aussitôt, et la tuméfaction disparaît en grande partie. Au repas du soir des accidents analogues se reproduisent, mais très atténués, il en est de même au déjeuner du lendemain, puis l'ulcération se cicatrise et la perméabilité du canal se rétablit.

J'ai consulté les mémoires de l'Académie royale de chirurgie, Boyer, Jarjavay, le Compendium de chirurgie, etc., etc. J'y ai trouvé de nombreuses observations de rétention salivaire, mais cette rétention était due à des tumeurs, des calculs, des corps étrangers, ou bien encore à la compression artificielle du canal de Sténon dans le cas de fistules salivaires, mais je n'ai pas rencontré un cas analogue au mien.

Il a été seulement signalé des oblitérations du canal de Warthon par un exsudat inflammatoire dans le cas d'inflammation du plancher de la bouche et la grenouillette qui en résulte est appelée *grenouillette aiguë* par M. Richet.

M. DESPRÈS dit que M. Bouchut a fondé une théorie des oreillons sur l'oblitération du canal de Sténon, oblitération déterminée dit il par des ulcérations de la muqueuse de l'orifice. Pour sa part, il a observé un malade chez lequel l'orifice du canal était très réduit, et qu'il est parvenu à guérir d'une rétention salivaire intermittente par la dilatation du canal. Ces rétentions salivaires ne sont pas très rares lorsque dans l'extirpation d'une tumeur, on intéresse le canal de Sténon ou le canal de Warthon, mais rapidement et d'elle-même la salive retrouve sa voie.

M. LEDENTU a observé deux cas de *tuméfaction intermittente de la glande parotide*. Dans les deux cas, il a pu cautériser le canal dans toute son étendue, sans rencontrer le moindre obstacle. Aussi ne sait-il comment expliquer en pareil cas la rétention salivaire.

M. VERNEUIL. Il est un élément dont on ne tient aucun compte, c'est l'élément *spasmodique*. Le conduit de Sténon, conduit en partie musculaire, est susceptible de spasme. Le spasme suffirait à lui seul à expliquer la rétention salivaire dans les deux cas de M. Ledentu, et servirait même à élucider l'observation si intéressante de M. Terrier ; l'aphthe n'aurait fait que provoquer la contraction spasmodique intermittente du canal de Sténon. Cette idée de spasme, M. Verneuil l'a déjà défendue à propos d'une observation de M. Martinet, et un malade qu'il observe en ce moment dans son service ne fait que le fortifier dans son opinion.

M. TRÉLAT insiste sur ce fait que les causes de rétention salivaire peuvent être très longtemps méconnues, même d'un chirurgien instruit et attentif. Il a eu occasion d'enlever du canal de Sténon au moyen d'une pince à griffes, et après débridement préalable de l'orifice du conduit, deux calculs salivaires dont l'un avait 10 millim. de longueur sur un millim. et demi de largeur. Or, le malade très hypochondriaque était soigné depuis près d'une année pour des affections les plus diverses, et sans qu'on eût jamais pu mettre la main sur

le corps du délit. M. Verneuil a parlé de spasme du conduit de Sténon ; sans doute ce spasme est possible ; mais une chose explique bien mieux que le spasme, l'intermittence de la tuméfaction parotidienne, c'est l'intermittence bien établie de la sécrétion parotidienne.

M. Desprès trouve que les observations dont on vient de parler ne se ressemblent pas : on ne peut pas comparer la rétention salivaire aiguë intermittente du malade de M. Terrier, avec la rétention chronique, permanente, engendrée par les calculs salivaires.

M. Terrier. A l'élément spasmodique, il conviendrait peut-être d'ajouter l'élément inflammatoire. La parotidite canaliculaire existe, en effet, et a été décrite par Chassaignac.

Cystite du début de la grossesse. M. Terrillon fait un rapport sur un mémoire de M. Cauwy (de Béziers). Il s'agit d'une jeune femme qui, deux fois, a été enceinte et deux fois a eu une cystite dans les deux premiers mois de la grossesse. La première grossesse a été jugée par un avortement, et la cystite a été guérie du coup. La cystite était bien caractérisée et indéniable.

M. Tarnier dit que ces cystites sont loin d'être rares. Il en observe deux cas en ce moment même.

M. Faucon (de la Faculté catholique de Lille), dans un fort long mémoire, maintient contre la Société de chirurgie, que rien ne vaut le *thermo-cautère dans l'amputation du col utérin* atteint d'allongement hypertrophique. Son plaidoyer, rédigé en termes très vifs, soulève de la part de M. Desprès une protestation énergique.

Squirrhe du corps thyroïde. M. Ledentu présente un squirrhe du lobe latéral droit du corps thyroïde, qu'il a enlevé dans son service. La tumeur très dure avait le volume d'une pomme. La veine jugulaire interne passait dans l'épaisseur même de la tumeur, et force a été de la lier au-dessus et au-dessous. Elle était heureusement très réduite au niveau du squirrhe, ce qui a permis de n'avoir pas à craindre des accidents cérébraux après la ligature. L'opération a été assez laborieuse ; la tumeur, en effet, était très adhérente par sa partie profonde, et M. Ledentu a été obligé de disséquer la carotide primitive jusqu'à sa bifurcation. Néanmoins, le malade n'a pour ainsi dire pas perdu de sang. P. Méricamp.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE FRANCE

Section des Sciences. — (*Médecine et chirurgie*).

Séance du 31 *mars* 1880. — Présidence de M. Milne Edwards.

M. Pietra Santa communique les résultats d'une enquête faite sur le *kif* ou *haschich*, en Algérie, par les soins du Dr E. Bertherand. Les conclusions de cet intéressant mémoire sont : 1° prévenir et réprimer l'abus du kif dans les trois provinces de l'Algérie ; 2° en tolérer l'usage à la condition de le réglementer ; 3° instruire la jeunesse, notamment sur les résultats graves et les dangers du kif ou haschich, comme substance enivrante.

M. Milne Edwards fait remarquer que l'on arriverait, selon toute apparence, à beaucoup restreindre l'usage du haschich en frappant d'un droit très élevé les débitants.

M. Pietra Santa trouve quelque difficulté à frapper d'un impôt considérable une substance de la plus minime valeur.

M. Bordier fait observer que le kif est inconnu dans les campagnes, que son usage n'est désastreux que dans les villes. Dans son opinion, la mesure proposée par M. le président lui paraît très acceptable.

M. Mégnin traite de la *caducité des crochets et du scolex lui-même chez certaines espèces de ténias.* Les ténias, lorsqu'ils existent sous la forme de vésicule hydatique, forme qui succède à l'embryon fusiforme, se multiplient d'abord (ou ont une tendance à se multiplier) par dédoublement ou scissiparité. Puis apparaît la multiplication par *scolex*, véritables *stolons* armés de griffes d'implantation et de ventouses d'adhérence qui entrent en action aussitôt qu'ils sont séparés de la vésicule mère. Enfin, ces stolons produisent par bourgeonnement des anneaux qui restent adhérents et dont l'ensemble constitue le strobile ou état rubanaire. La maturation des œufs chez quelques ténias est le signe de la cessation des fonctions du scolex qui à ce moment cesse de bourgeonner et de produire des anneaux ; son rôle est fini. Alors il se résorbe progressivement, perd d'abord ses crochets, puis ses ventouses s'effacent, et lui-même finit par disparaître totalement par régression ou résorption. Le ténia est alors littéralement acéphale, mais ses anneaux continuent à grandir, à se sexuer, à se remplir d'œufs et à se détacher successivement jusqu'au dernier qui a été produit par le scolex. Ainsi finit naturellement le parasite. C'est ce qui a été constaté chez le *tænia infundibuliformis* des gallinacés, chez le *tænia lanceolata* des palmipèdes et chez le *tænia serrata* du chien.

M. Caradec fils (de Brest) fait une communication intitulée : *De la mortalité des enfants de 0 à 2 ans dans la ville de Brest (1877-79), de ses causes et des moyens d'y remédier. Synthèse des préjugés bretons concernant l'hygiène et les maladies des enfants.* Dans la première partie de son travail, l'auteur met en parallèle la proportion des naissances et des décès, puis, dans trois tableaux cliniques, il spécifie les diagnostics, afin de saisir sur le vif les causes immédiates de la mortalité des enfants qui sont : 1° le ralentissement de l'allaitement maternel ; 2° l'ignorance, la misère et la superstition ; 3° l'insalubrité des logements ; 4° la constitution climatérique ; 5° les habitudes d'ivrognerie de la population influençant la progéniture, ainsi que le fait aussi la syphilis. En face de ces causes de mortalité, il place avec méthode les remèdes à y apporter. — Dans une seconde partie, il donne la synthèse des préjugés bretons relatifs : 1° aux ingesta ; 2° aux cubita ; 3° aux vestita ; 4° aux gesta ; 5° aux applicata ; 6° aux percepta ; 7° aux maladies des enfants, concernant : *a*) la vaccination ; *b*) la dentition ; *c*) les vers ; *d*) les maladies des voies digestives ; *e*) les gourmes ; *f*) les fièvres d'accès ; *g*) les fièvres éruptives ; *h*) les maladies nerveuses ; *i*) les maladies des yeux et des oreilles. Le morceau capital est une étude pittoresque des préjugés relatifs aux usages superstitieux, aux pratiques des charlatans, rebouteurs, sorciers de toute sorte. — La conclusion générale fait appel à l'élaboration d'une loi sur la médecine illégale, qui préserve à la fois les populations et les médecins.

Séance du 1er *avril* 1880. — Présidence de M. Milne Edwards.

M. Armaignac (de Bordeaux) présente une note sur une nouvelle opération appelée *névrotomie optico-ciliaire*, destinée à remplacer l'énucléation de l'œil dans les cas d'ophthalmie sympathique. Après avoir résumé et analysé les diverses opérations pratiquées jusqu'à ce jour et dont le résultat définitif a été indiqué, M. Armaignac rejette cette nouvelle opération comme insuffisante et dangereuse. Il justifie son appréciation par la relation d'un fait personnel dans lequel l'opération, quoique pratiquée sans la moindre difficulté, et en observant toutes les règles du pansement antiseptique de Lister, a donné lieu au développement d'un phlegmon de l'orbite suivi de fonte purulente du globe oculaire et de symblépharon total de la paupière inférieure excluant la possibilité de porter un œil artificiel.

M. Drouineau (de La Rochelle) traite de l'*observation météorologique* au point de vue de l'*étude du climat* en France. Il expose ses idées sur l'organisation du service d'observations dans les écoles primaires. Les difficultés qui se présentaient autrefois seront écartées quand l'enseignement primaire recevra tout le développement qu'il mérite.

M. P. Fabre (de Commenty) lit un travail sur l'*Action de l'humidité sur l'organisme humain étudiée spécialement chez les ouvriers mineurs.* — Dans les galeries de mine, où l'humidité est si fréquente, l'on constate chez les ouvriers qui travaillent longtemps dans les chantiers les plus humides des phénomènes variant suivant certaines circonstances accessoires. Quand les mineurs sont dans des galeries simplement humides, dont la température n'excède pas 20°, ils n'éprouvent durant leur travail aucun symptôme morbide bien net. Leur respiration n'est pas accélérée. L'évaporation pulmonaire se fait assez facilement. Les ouvriers ont peu de sueurs. Mais s'il tombe de l'eau froide sur leur corps et si leurs jambes plongent dans l'eau, les mineurs sont alors sujets au lombago, à la

sciatique, à des douleurs vagues dans les membres, souvent à un vrai rhumatisme. Ce rhumatisme est presque toujours subaigu, parfois chronique, rarement polyarticulaire ; généralement il reste en effet localisé à une seule articulation. Et de toutes les jointures, chez les piqueurs ou haveurs, c'est le genou gauche, celui qu'ils mettent habituellement en terre pour abattre le charbon qui est le siége le plus fréquent d'une arthrite ou d'une hydarthrose. Dans les galeries saturées d'humidité et dont la température dépasse 25° et surtout 30°, les hommes sont bientôt accablés d'une lassitude extrême ; leur température propre s'élève rapidement, leur respiration devient haletante, leur corps est vite ruisselant de sueur. Et ils sont obligés d'interrompre à tout instant leur travail pour aller se reposer dans une galerie moins chaude. Un affaiblissement très prompt, qui astreint les ingénieurs à changer souvent les ouvriers de chantier, des éruptions sudorales, miliaires, parfois des furoncles et du lichen, rarement de l'eczéma et de l'urticaire, tels sont les phénomènes qui ont été observés le plus fréquemment dans ces conditions.

Si, le chantier étant toujours humide, l'air se trouve vicié par de l'hydrogène sulfuré, de l'acide carbonique et d'autres gaz toxiques ou irrespirables, ce qui arrive lorsque l'on répare de vieilles galeries éboulées, si, de plus, l'eau qui s'accumule dans ces mêmes galeries contient en dissolution comme on a souvent l'occasion de l'observer, divers sulfates et même de l'acide sulfurique libre provenant de la décomposition des pyrites martiales renfermées dans la houille, les hommes, outre les douleurs dans les membres dues au séjour dans l'eau, outre les troubles de la respiration occasionnés par l'altération de l'air, éprouvent de vives démangeaisons, et s'ils ont sur la surface de la peau des points excoriés, ils y ressentent une horrible cuisson. Chez les ouvriers qui ont travaillé longtemps dans les chantiers humides, M. Fabre a noté fréquemment une gingivite chronique, coexistant avec des douleurs musculaires surtout dans les jambes, souvent avec des coliques, quelquefois avec des selles sanguinolentes et même avec des taches de purpura. Cet ensemble de phénomènes semblerait autoriser à admettre l'existence d'une espèce de *scorbut de terre* à forme bénigne et à marche chronique, survenant chez les mineurs à la suite d'un travail prolongé dans l'humidité, principalement lorsque ces mineurs habitent, ce qui arrive trop souvent, un logement malsain et exposé à l'humidité. Soustraire aux milieux humides, les ouvriers souffrants, les placer dans des chantiers secs, leur conseiller une alimentation variée et fortifiante, surveiller leurs logements, et même, lorsque leurs gencives sont malades, mettre à leur disposition du jus de citron, le *lime-juice* des Anglais, telle est la prophylaxie et tel est le traitement qui conviennent à ces conditions malsaines. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu des thèses d'agrégation. Médecine (1).

VI. De la septicémie ; par le Dr S. PERRET. Vol. in-8°. Paris 1880. Ve Adrien Delahaye et Cie, libr. édit.

VI. Le sujet de thèse échu à M. le Dr Perret paraît, au premier abord, être un sujet de chirurgie, car les accidents morbides décrits sous le nom de septicémie ont été surtout étudiés par les chirurgiens. Cependant, après réflexion, on comprend les raisons qui ont pu guider dans le choix de cette dissertation. En pathologie interne, en effet, il existe un grand nombre d'états septiques. Comprise au point de vue de la pathologie générale, la question est très étendue, et d'une grande portée doctrinale. L'histoire des maladies infectieuses subit en effet une évolution très importante. Exposer tous les faits actuels, les grouper, les réunir dans une vaste synthèse, en déduire toutes les conséquences théoriques et pratiques, comparer le passé au présent, indiquer les voies à suivre pour l'avenir, tel nous paraît être le programme que comportait une semblable question.

(1) Voir les nos 15, 16 et 17.

M. le Dr Perret l'a d'ailleurs compris ainsi, et son travail, véritable travail d'érudit, mérite d'être lu avec la plus grande attention. On ne peut cependant s'empêcher de regretter la prudence avec laquelle l'auteur a exposé toutes les parties doctrinales de sa thèse. Peut-être s'est-il trop défié de lui-même, et pourtant il y avait là des chapitres bien intéressants à écrire.

En prenant le mot septicémie dans son sens étymologique absolu, on voit qu'il s'applique à tous les états pathologiques dus à la présence, dans le sang, de ferments septiques ou septoïdes, ou simplement de leurs produits. Le nombre de ces états pathologiques augmente chaque jour sous l'influence des progrès considérables imprimés, à l'heure actuelle, aux études de la pathologie animée. Il suffit de rapporter ici les beaux travaux de M. Pasteur, ceux de MM. Chauveau, Toussaint, Vulpian, etc.

M. Perret, après avoir indiqué, dans son introduction, comment il comprenait le sujet, après avoir montré, dans son historique, les diverses phases par lesquelles est passée la question, étudie dans un premier chapitre, la septicémie expérimentale. Tous les travaux les plus récents sur la physiologie des proto-organismes, sur l'infection charbonneuse vraie ou bactéridienne, sur le choléra des poules, sur l'infection expérimentale, telle qu'elle résulte des travaux de MM. Pasteur, Chauveau, Caze et Fetz, Vulpian, etc., sont successivement passés en revue. A propos de la maladie bactéridienne, l'auteur ne nous paraît pas avoir assez mis en relief certains faits concernant le charbon chez les animaux, par exemple le rôle capital des corps brillants, comme germes de bactéridies ; la possibilité pour les animaux de contracter le charbon sous l'influence des blessures de la muqueuse buccale, par les fourrages avariés, etc. Cependant, toute cette partie expérimentale est vraiment très intéressante.

Dans un deuxième chapitre, l'auteur résume ce qui a trait à la septicémie chirurgicale ; dans un troisième, à la septicémie puerpérale. Il y a, à propos des états morbides ainsi dénommés, une affirmation doctrinale absolue Nous croyons qu'elle est encore prématurée, car si l'infection est le lien commun qui permet de comprendre toutes les maladies fébriles graves des nouvelles accouchées, il n'est pas nettement démontré qu'il s'agit là d'accidents septicémiques vrais.

Dans un quatrième chapitre, M. Perret arrive au point culminant de sa thèse, à celui qui intéresse le plus le médecin ; nous voulons parler de la septicémie médicale. Il étudie successivement les septicémies d'origine respiratoire, intestinale, celles des maladies éruptives, des affections du foie, enfin les maladies septicémiques proprement dites. Nous regrettons encore, à propos de ce chapitre, que l'auteur n'ait pas abordé l'étude de la diphthérie, de la tuberculose aiguë. A propos de cette dernière affection, depuis les travaux si remarquables de Villemin, et sous sa vigoureuse impulsion, il a été produit en France et en Allemagne, des faits qui, tout au moins, demandaient à être discutés.

A part ces légères critiques, le travail de M. Perret est un excellent travail, et qui comptera parmi ceux qui ont contribué à éclairer l'histoire de la septicémie. A. B.

HYDROLOGIE MINÉRALE

M. Wurtz a récemment présenté à l'Académie des sciences de nouvelles analyses des eaux minérales de Bussang (Vosges), faites à la demande du Comité consultatif d'hygiène publique de France, par M. E. Willm, chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Paris. Ces analyses ont fait ressortir plusieurs points importants que nous voulons exposer d'une façon sommaire.

L'eau minérale de Bussang est une eau bicarbonatée, alcaline, froide (sa température ne dépasse jamais 11 à 12°), ferrugineuse et manganésée.

Elle est fournie par trois sources : 1° La *Salmade*, la plus plus anciennement connue ; c'est, dit M. Willm, la plus ferrugineuse ; 2° La *source des Demoiselles*, qui domine de quelques mètres la Salmade, dont elle ne diffère guère pour la composition, sauf pour le fer et pour l'acide carbonique libre ; 3° La

source Marie. Ces trois sources fournissent un débit total de près de 4,200 litres par jour.

La proportion d'acide carbonique contenue dans l'eau de Bussang est considérable. La source de la Salmade, la plus riche des trois, a donné sur place 2 gr. 87 d'acide carbonique par litre d'eau. Transportée à Paris, l'eau de la même source accusait encore, après trois mois, 2 gr. 78 d'acide carbonique total. M. Willm a trouvé dans l'eau de Bussang une dose très appréciable d'arsenic, de fer, de lithine et de manganèse.

La composition des eaux de Bussang justifie donc pleinement la réputation dont elles jouissaient dès le commencement du XVII[e] siècle. Il est incontestable que la présence du bicarbonate de soude rend ces eaux parfaitement digestives. C'est l'avis de M. Wurtz, qui l'a déclaré publiquement devant l'Académie des sciences. M. Wurtz pense également que l'arsenic et la lithine ne peuvent qu'augmenter l'action bienfaisante des eaux de Bussang.

Pour qui sait avec quelle réserve, avec quelle sobriété d'appréciation se fait la présentation des analyses des eaux minérales à l'Académie des sciences, les quelques mots prononcés par M. Wurtz confirment aux eaux minérales de Bussang le rang de tout premier ordre qu'elles occupaient déjà parmi les plus efficaces de France et de l'étranger.

NÉCROLOGIE

Pierre Millet.

MILLET (Pierre), interne provisoire des hôpitaux de Paris, vient de mourir à l'âge de vingt-quatre ans, à la Maison municipale de santé. Depuis un mois, Millet suppléait à l'hôpital Tenon un de ses collègues du service de M. le D[r] Delens ; il y a quinze jours à peine, il se plaignait d'un furoncle de la nuque et priait son chef de l'inciser. Malgré les conseils qui lui furent donnés, Millet continua à voir matin et soir ses malades ; malheureusement, parmi ces derniers, deux étaient atteints d'érysipèle. Quelques jours après, Millet éprouva un violent malaise avec fièvre et vomissements, prélude d'un érysipèle qui, parti de la plaie, envahit successivement la tête et le tronc. Dès le moment où notre infortuné collègue connut sa maladie, il s'attrista et manifesta le désir d'aller s'installer avec sa mère à la Maison de santé. Les soins les plus intelligents et les plus dévoués lui furent vainement prodigués par ses maîtres et ses collègues, Pierre Millet a succombé, emportant les regrets de tous ceux qui l'ont connu et aimé. Pour nous, qui avons vécu dans son intimité à l'hôpital Tenon, et qui avons été à même d'apprécier son caractère franc et gai, sa nature dévouée et expansive, nous ressentons douloureusement la perte qui vient de frapper l'internat en médecine.

A. JOSIAS.

CORRESPONDANCE

La Bibliothèque de la Faculté de Médecine.

Monsieur le Rédacteur,

Il y a quelques mois, une note relative à la Bibliothèque de la Faculté paraissait en même temps dans plusieurs journaux de médecine (1) ce qui lui donnait un certain caractère officiel. Il y était dit en substance que les livres de cette bibliothèque avaient été catalogués, classés, rangés à nouveau, et que cette réforme avait eu pour but et pour résultat d'unifier le cataloguement, de réunir dans une même salle, avec les autres, bon nombre de livres à peu près abandonnés dans les greniers, de faciliter en résumé le travail des personnes qui viennent consulter les riches collections de la bibliothèque de la Faculté de médecine.

Cette note, par les réformes qu'elle indiquait, devait attirer l'attention, aussi fut-elle reproduite par plusieurs journaux extra-médicaux.

Je ne sais si beaucoup de travailleurs sont allés s'assurer du nouvel ordre des choses ; mais comme personne n'a encore exprimé ses idées à ce sujet, j'ai cru devoir vous soumettre mes réflexions sur le remaniement de la bibliothèque.

Je ne m'arrête pas aux étiquettes, sujet sur lequel insiste la note susdite avec quelque complaisance. Ce qui m'a frappé le plus, c'est l'ordre qui a été adopté, et surtout la manière dont il a été mis à exécution.

(1) *Union médicale, France Médicale, Revue scientifique.*

Tous les ouvrages ont été numérotés : les in-folio depuis 1 jusqu'à 4999— les in-4° depuis 5,000 jusqu'à 29,999, — les in-8° et in-12 depuis 30,000 jusqu'à 89,999, — les collections, journaux, recueils périodiques, mélanges, de 90 000 à x... Tous ces chiffres sont encore loin d'être atteints.

Cette classification ne me paraît pas complétement à l'abri de la critique. Si peu active que soit la production scientifique (et mieux que personne le Bibliothécaire aurait dû savoir que depuis 1871 elle a singulièrement progressé) il arrivera un jour où le nombre des in-folio dépassera 5,000, celui des in-4°, 30,000, et celui des in-8° et in-12, 90,000. Ce jour-là, une de ses sous-classes empiétera sur l'autre et il faudra changer cette classification.

Si peu compétent que l'on soit dans la question, il me semble que, si l'on adopte l'ordre numérique, une bonne manière d'éviter la confusion immédiate et éloignée, est d'assigner à chaque catégorie un signe distinctif et de la faire partir du nombre 1 ; on donnerait par exemple aux in-folio un numéro simple, aux in-4° un numéro précédé d'un A ; aux in-8° un numéro précédé d'un B, etc. De cette façon chaque série aurait sa caractéristique indépendante et on pourrait y faire entrer un nombre indéfini d'ouvrages.

L'ordre numérique adopté et appliqué comme on l'a fait, il ne restait qu'à ranger les volumes depuis le numéro 1 jusqu'à la fin. Mais il est loin d'en être ainsi, comme on va le voir.

Le Bibliothécaire avait à sa disposition deux grands locaux séparés l'un de l'autre par l'ancienne Ecole tout entière, de façon que pour aller de l'un dans l'autre il faut traverser le Musée Orfila et deux ou trois autres pièces : d'un côté est la salle de travail, de l'autre le dépôt. Cette disposition indiquait naturellement la nécessité de ranger dans le dépôt les doubles et les ouvrages peu consultés, et dans la salle de travail, à la portée de tous, les livres d'usage journalier.

Or, qu'a-t-on fait ? D'abord, il a fallu, pour obéir à l'ordre numérique adopté, transporter de la salle de travail dans le dépôt un certain nombre d'ouvrages et de collections qui gênaient, et rapporter du dépôt dans la salle de travail un nombre correspondant de volumes, le tout assez considérable, puisque, paraît-il, on a dû occuper, et cela pendant une quinzaine de jours, plusieurs commissionnaires et leurs crochets. Puis on a commencé le rangement des in-folio dans le dépôt, continué dans la salle de travail, et la place manquant dans cette dernière, on l'a terminé dans le dépôt. De sorte que les in-folio sont coupés en trois grands groupes dont un seul se trouve à la disposition immédiate des travailleurs.

Il en est de même pour les in-4°, divisés également en plusieurs tronçons.

Il y a plus. Certains in-folio se sont trouvés plus grands que les rayons, faits d'avance et en vue de rangements antérieurs, et d'autres plus petits que certains in-4°. Il en est résulté que beaucoup d'in-folio, n'ayant pu entrer dans la case qui leur était destinée par leur numéro d'ordre, ont été placés ailleurs et remplacés par des in-4°, et que de petits in-folio à leur tour se sont mélangés à ces derniers. De même des in-4° se sont trouvés trop grands aussi pour le rayon qu'ils devaient occuper, et alors, tantôt on les a simplement couchés sur la tranche, ce qui empêche de voir leur numéro, tantôt on les a remplacés par des in-8°.

De sorte que le rayon inférieur de la bibliothèque, destiné aux in-folio et occupé primitivement par eux, contient actuellement des in-folio, des in-4°, des in-8°, et même des collections, le tout mélangé dans un ordre apparent mais non réel.

Quant aux in-8°, c'est bien autre chose. Une partie, la moitié environ, se trouve dans la salle de travail, suivant son numéro ; mais, arrivé à un certain nombre, comme il ne restait plus de place, on a choisi parmi les ouvrages à classer encore, ceux qui étaient les plus récents et les autres ont été renvoyés au dépôt, de sorte qu'ici l'ordre numérique présente des lacunes formidables. Ce n'est pas tout encore. Comme les livres les plus usuels se trouvaient disséminés un peu partout, un certain nombre a été réuni, autant que pouvait en contenir une armoire située à la portée des employés qui distribuent les livres, et, ceux-là, ont été rangés non plus *par ordre numérique*, mais *par ordre alphabétique* ! Nouvelle source de lacunes dans le rangement primitif.

Restent les collections, mélanges, publications périodiques, etc. Leur sort n'est pas meilleur que celui des groupes précédents, au contraire. Certaines armoires étant grandes, d'autres petites, pour ne pas couper en deux de grandes collections, on a été dans l'obligation de les ranger non plus d'après l'ordre de leurs numéros, mais d'après la place qui pouvait leur être accordée. Ici, le désordre est complet et irrémédiable, car on n'a pris aucun guide pour s'y reconnaître.

Il résulte de tout ceci : 1° Que l'ordre numérique est rompu de tous côtés; 2° que des livres d'usage journalier ou fréquemment consultés ont été renvoyés au dépôt où ils ont remplacé des livres anciens rapportés dans la salle de travail ; 3° que des éditions différentes du même ouvrage, ayant par conséquent le même numéro, se trouvent dans la salle à l'ordre alphabétique et à l'ordre numérique, et au dépôt ; 4° que des ouvrages d'usage quotidien sont relégués sur les rayons supérieurs et même au second rang, ce qui nécessite l'emploi incessant des échelles, source de fatigue énorme pour les employés et de dérangement continuel pour les travailleurs, — sans compter la perte de temps considérable causée par la recherche des ouvrages dans l'ordre alphabétique quand ils ne sont pas dans l'ordre numérique, dans le dépôt quand ils ne sont pas dans la salle de travail, etc.— Et encore ceci n'est-il pas possible à la séance du soir, puisqu'on ne peut alors aller au

dépôt, faute de lumière ; dans ce cas il faut attendre au lendemain pour avoir l'ouvrage dont on a besoin. Et quand il s'agit de collections, c'est bien pis encore, puisqu'aucun ordre ne préside à leur classement.

Et voilà comment, l'ordre a remplacé le désordre ! Mais jamais la confusion n'a été si grande ! C'est un véritable chaos ! L'ancien classement laissait à désirer : soit. Mais son imperfection avait justement la même cause, moins prononcée toutefois ; ce n'était pas changer l'ordre, qu'il fallait, c'était corriger les défauts qui avaient été reconnus, ce qui eût été facile, et aurait demandé infiniment moins de temps, car il eût suffi de remettre à leur place quelques centaines d'ouvrages déplacés, et de transporter au dépôt une certaine quantité de livres tombés en désuétude pour faire de la place aux livres nouveaux.

Quant au travail fait depuis deux ans, il est en pure perte et pour l'installation actuelle et pour celle de la nouvelle bibliothèque. Sans doute, dans celle-ci, une partie des inconvénients que je viens de signaler disparaîtront, mais d'autres, tout aussi grands, se représenteront. Les rayons, de 5 mètres de haut, seront divisés en deux par une galerie située à mi-hauteur, ce qui remplacera avantageusement les échelles actuelles ; mais l'ordre numériqué qui vient d'être établi va faire que les livres anciens et les livres modernes se trouveront encore mélangés dans les rayons d'en haut et d'en bas, et que pour avoir certains ouvrages modernes souvent consultés, les employés seront continuellement en voyage au second étage ! Quelle perte de temps nouvelle ! Et que de difficultés encore dans les rangements ! Les in-8° et les collections se logeront facilement, mais les in-folio et les in-4°, gênés par leurs numéros, ne pourront entrer, quand ils seront grands, dans de petites cases ; ou bien de petits formats se trouveront dans de grandes cases.

Et dans tout cela, où sont les livres précieux de la bibliothèque ? Leur a-t-on réservé une armoire à part, à nos *Incunables* de tout format? Sinon, voilà encore une nouvelle source de lacunes ; sinon, n'est-on pas coupable de laisser mêler aux livres communs les ouvrages de la plus haute valeur ? Et où se trouve le *Christianismi Restitutio* de Michel Servet, qui vaudrait son pesant d'or et qui, en réalité, n'est qu'une réimpression de 1790, valant une quinzaine de francs au plus ? Cette confusion est même un fait très-grave, car elle tendrait à prouver qu'on pourrait à l'occasion prendre une réimpression pour une *édition princeps*, ce qui offrirait de grands inconvénients dans les achats de livres. Je me permettrai de faire remarquer encore l'embarras dans lequel se trouveraient les divers fonctionnaires de la bibliothèque, si l'on devait présenter devant qui de droit ce prétendu livre original que l'on ne possède pas ! Un ouvrage d'une dizaine de mille francs disparu de la bibliothèque !

Ceci m'amène à vous dire quelques mots du budget. Autrefois, on faisait relier ensemble, sous le nom de *mélanges*, un certain nombre de brochures ; il en fallaitt de 20 à 30 suivant la grosseur, pour faire un volume ordinaire, et chaque volume coûtait 2 ou 3 francs, soit 10 cent. en moyenne par brochure. Depuis quelque temps, toutes les brochures qui auraient formé les mélanges ont été, suivant un nouvel ordre, reliées à part quand elles dépassaient 48 pages, et chacune d'elles coûte 50 centimes, souvent beaucoup plus qu'elle ne vaut. Quand on aura fait relier ainsi 1000 brochures, les dépenses auront été élevées de 100 à 500 francs ! Et qu'est-ce qu'une reliure de 50 cent. au point de vue de la solidité ? Rien, et il suffit de voir les nouvelles reliures pour en être convaincu. Cette petite innovation n'est donc pas plus heureuse que la grande, et c'est vraiment dommage de dépenser ainsi tant d'argent pour rien quand on se trouve en présence d'un budget si restreint ! (1).

J'en ai dit assez, je pense, pour démontrer l'inutilité et les mauvais résultats de cette nouvelle classification. J'espère que si, et le cas peut se présenter, ce travail est refait de nouveau, on se préoccupera désormais des besoins des travailleurs et de la facilité des recherches, cequi paraît n'avoir pas été compris jusqu'à présent.

Veuillez agréer, etc.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouveau spéculum; par P. MÉNIÈRE (d'Angers).

M. le Dr P. MÉNIÈRE (d'Angers) vient de présenter à la Société de médecine pratique un nouveau spéculum construit sur ses indications par M. Mariaud. (*Fig. 45.*)

Cet instrument, qui rappelle par sa forme et par son mécanisme fondamental le spéculum Cusco, en diffère essentiellement par la valve inférieure qui, à l'aide d'une vis de rappel placée à son extrémité valvaire, peut être rendue *supérieure*, *égale* ou *inférieure* en longueur à la valve supérieure. Grâce à cette modification, l'examen du col devient extrêmement facile dans les déviations ou flexions les plus grandes de l'utérus, alors que les autres spéculums ne permettent d'arriver au but qu'à force de manœuvres souvent dangereuses ou tout au moins fort douloureuses.

S'agit-il d'une antéversion, cas fréquent et dans lequel le col regarde la concavité du sacrum, on allonge la valve inférieure de 5, 10, 15, 20 millimètres, suivant le degré de déviation révélé par le toucher préalable. Le spéculum est introduit fermé, le *manche en l'air*, et quand il a dépassé la vulve, on l'entr'ouvre légèrement jusqu'à ce qu'il soit arrivé au col ; à ce moment, les valves doivent être écartées de 3 à 4 centimètres, et on s'arrange de telle sorte que la valve inférieure s'insinue entre le col et la paroi postérieure du vagin ; durant cette manœuvre, impossible à réaliser avec

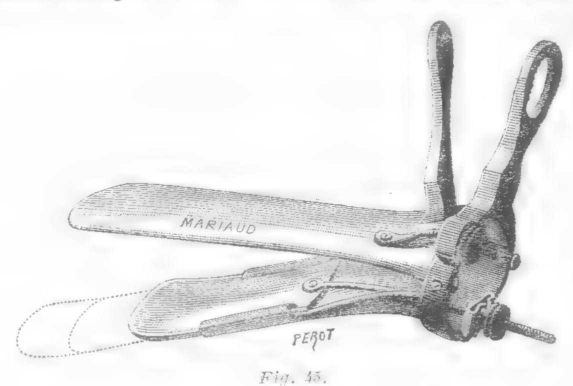


Fig. 45.

tout spéculum équivalve, la valve supérieure s'est dirigée vers le cul-de-sac antérieur et on voit le col glisser doucement sur la rallonge, tourner sur son axe, et l'orifice cervical se présenter de lui-même au centre du champ d'exploration. Dans la rétroversion, on raccourcit au contraire la valve inférieure, comme le représente la figure ci-jointe, et on aura recours à un manuel opératoire inverse de la précédente. Enfin, dans les latéro versions on utilisera la différence de longueur des valves en introduisant le spéculum *perpendiculairement* aux parois vaginales.

M. Ménière qui, depuis 18 mois, se sert presque exclusivement de ce nouveau modèle, affirme, en outre, que dans les 3/4 environ des cas, la longueur de 9 à 12 centimètres, donnée par les fabricants à la plupart des spéculums, est beaucoup trop grande et, après de nombreux tâtonnements, il est arrivé à la fixer à 6 centimètres pour le sien.

On comprend tout le bénéfice que le chirurgien doit retirer d'un tel instrument, si l'on songe au rapprochement considérable du col vers la vulve qui en est la conséquence, et à la facilité avec laquelle on pourra ainsi pratiquer les manœuvres diagnostiques ou chirurgicales dans la cavité utérine. Il n'y a, en réalité, que chez les vierges et chez les nullipares qui ont peu coïté que les longs spéculums sont indispensables.

VARIA

Asiles d'aliénés de la Seine.

Concours pour une place de pharmacien vacante à l'asile de Vaucluse. — Lorsque nous avons publié (1) les conditions de ce concours, nous avons exprimé le regret que l'Administration n'ait pas accordé aux concurrents un délai plus long. Nous avons fait valoir à ce sujet qu'il s'agissait là d'un *nouveau concours* et non plus de concours connus à l'avance comme ceux de l'Assistance publique, et nous terminions en demandant que la date d'ouverture fût reculée au mois de juin.

Ce que nous avions prévu est arrivé. Un seul candidat s'est fait inscrire en temps voulu et plusieurs pharmaciens et internes en pharmacie ont demandé par lettre, qu'en raison de l'importance du programme, l'époque du concours fut reculée.

Nous sommes heureux d'apprendre que toutes ces raisons ont été prises en considération par M. le préfet de la Seine qui vient de publier l'arrêté suivant :

Art. 1er. — Le concours pour la place vacante de pharmacien de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), dont la date avait été fixée au 3 mai 1880, aura lieu le 15 juin suivant.

Art. 2. — Le secrétaire général de la préfecture et le directeur de l'Administration générale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Concours pour l'internat en médecine. — Ce concours a commencé le lundi 26 avril, à midi, à l'asile Sainte-Anne. Les membres du *jury* étaient : MM. Lucas, président, Dagonet, Legrand du Saulle, A. Voisin, Magnan, Troisier et Benjamin Anger.

Quatre places étaient disponibles. Dix candidats se sont fait inscrire pour subir les épreuves, ce sont : MM. Gérenti, Mettas, Mabit, Millet, Payot, Lambert, Baratoux, Comte-Laganterie, Schneller et Respaut. Au dernier moment trois candidats se sont retirés.

La première épreuve, composition écrite sur l'anatomie et la physiologie, a porté sur le sujet suivant : *Les méninges*, les deux autres questions restées dans l'urne étaient : *Le nerf pneumogastrique.* — *La moelle épinière.*

D'après les questions mises dans l'urne, on voit que le jury entend que les sujets susceptibles d'être traités par les candi-

(1) Tous les faits avancés dans cette lettre ont été soigneusement contrôlés et chacun peut en vérifier l'exactitude.

(1) Voir le n° 14.

dats portent, non pas exclusivement sur l'encéphale, mais sur *tout le système nerveux* (moelle, nerfs et grand sympathique). Pour notre compte, nous croyons qu'il eût été préférable que la question d'anatomie et de physiologie pût être posée sur toutes les parties de ces sciences. A notre avis, ce n'est pas à l'entrée dans une spécialité qu'il faut circonscrire les études; il faut, au contraire, qu'on ne se spécialise qu'après avoir fait des études générales sérieuses. Excellente quand il s'agit du concours pour les chefs de service, la spécialisation des épreuves sur des sujets relatifs au système nerveux est, à notre avis, déplorable pour l'internat. Nous avons fait valoir ces raisons à la Commission administrative, mais nous avons échoué parce que le président de cette commission a fait valoir sa voix prépondérante.

Actes de la Faculté de Médecine

LUNDI 3. — 2e *de Doctorat* : (Epreuve pratique): MM. Guyon, Houel, Terrillon. —3e *de Doctorat* : MM. Regnault, G. Bouchardat, de Lanessan. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité): MM. Potain, Guéniot, Marchand; — 2e *série* (Charité) :Fournier, Nicaise, Chantreuil.

MARDI 4. — 1er *de Doctorat* : (Epreuve pratique): MM. Sappey, B. Anger, Richelot. — 2e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Lasègue, Peter, Humbert; — 2e *série* : MM. Hardy, Delens, Duguet ; — 3e *série* : MM. Ball, Lannelongue, Rigal. — — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité): MM. Bouchard, Pinard, Berger; — 2e *série* (Charité): MM. Gosselin, G. Sée, Charpentier.

MERCREDI 5. — 1er *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Vulpian, Guyon, Marchand ;— 2e *série*. MM. Béclard, Houel, Monod ;— 3e *série* : MM. Hayem, Nicaise, Terrillon. — 5e *de Doctorat*: (Charité) : MM. Fournier, Guéniot, Pozzi.

JEUDI 6. — Pas d'actes.

VENDREDI 7. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique): MM. Béclard, Houel, Cadiat. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnault, Baillon, Gay. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron.— 5e *de Doctorat* : (Charité): MM. Parrot, Guéniot, Monod.

SAMEDI 8.— 1er *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Robin, Delens, Richelot; — 2e *série* : MM. Sappey, B. Anger, Berger. — 3e *série* : MM. Charcot, Panas, Ch. Richet; — 4e *de doctorat* : MM. Laboulbène, Bouchard, Grancher. — 5e *de Doctorat* (Charité): MM. G. Sée, Pinard, Humbert.

THÈSES. — *Mardi* 4 : 186. M. Dabadie : De la kératite parenchymateuse et en particulier de la hératite parenchymateuse maligne. — 187. M. Petit-Clerc : Des réflexes tendineux. — 188. M. Descosse : Troubles nerveux locaux consécutifs aux arthrites. — 189. M. Lantier : Contribution à l'étude de l'empoisonnement par le datura stramonium. — *Vendredi* 7. 190. M. Negre : Contribution à l'étude de la rétention du placenta. — 191. M. Chevalier : De la pneumonie chez les alcooliques. — 192. M. Raoult : Du traitement du pédicule des tumeurs intra-abdominales après la gastrotomie. — 193. M. Jollan de Clerville : Contribution à l'étude de la résorption osseuse.

Assistance publique : Section des enfants épileptiques, hystériques et idiots (*Bicêtre et la Salpêtrière*).

Malgré quelques réformes apportées dans les services d'épileptiques et d'idiots de Bicêtre et de la Salpêtrière, réformes faites à l'instigation du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de la ville de Paris, il reste encore beaucoup à faire pour mettre ces services à la hauteur de ceux des institutions similaires qui existent à l'étranger. Dans plusieurs des rapports qu'il a fait au Conseil général sur la situation de ces deux asiles, M. Bourneville a signalé les lacunes à combler dans les divers services et demandé des réformes aussi promptes que possible. Sur sa demande, l'administration de l'Assistance publique, avec un empressement que nous nous plaisons à constater, vient de créer une place de médecin dentiste pour les services d'enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. Nous apprenons avec plaisir que notre ami le Dr Cruet, ancien interne des hôpitaux, a été chargé de remplir ces fonctions. A. B.

Les sœurs des hôpitaux.

Les journaux politiques ont rapporté l'histoire d'un malade nommé Contamin, soigné à l'hôpital de Châlons-sur-Saône, et qui, pour échapper aux obsessions des sœurs et de l'aumônier, ainsi qu'aux menaces de renvoi, se jeta par la fenêtre et mourut des suites de sa chute. L'Administration de l'hôpital de Châlons-sur-Saône a pris à cette occasion (séance du 11 avril) la délibération suivante :

Attendu que les hôpitaux doivent recevoir tous les malades sans distinction de religion, qu'il résulte de l'enquête que la sœur Dugrivel s'est laissée entraîner par son zèle religieux pour faire confesser Contamin; que ce dernier avait non-seulement refusé de recevoir l'aumônier, mais qu'il a protesté à plusieurs reprises contre les obsessions dont il était l'objet; que, voyant qu'elle ne pouvait vaincre la résistance de Contamin, la sœur Dugrivel envoya chercher sa femme et lui offrit de l'argent pour qu'elle l'emmenât de l'hôpital; que Contamin désespéré, profitant d'un défaut de surveillance, s'est levé dans la soirée, s'est rendu dans le cabinet d'aisances, et là ouvrant une fenêtre, s'est précipité dans la cour des Militaires;

Attendu que les sœurs, après avoir fait transporter Contamin sur son lit, au lieu d'envoyer chercher un médecin, se contentèrent de faire appeler l'aumônier, dont Contamin, de l'aveu même de ce dernier, avait jusque-là refusé le secours religieux ;

Qu'il y a donc lieu d'une part de blâmer la sœur Dugrivel, qui, par son excès de zèle religieux, a causé bien qu'involontairement le suicide de Contamin et de lui infliger une peine disciplinaire; et, d'une autre part, de blâmer également les sœurs de l'hôpital qui n'ont pas fait appeler un médecin dans un cas aussi urgent ;

En conséquence : inflige un blâme à la sœur Dugrivel et invite Mme la supérieure à lui interdire pendant quelque temps tous ses services directs près des malades; inflige également un blâme aux sœurs de l'hôpital de n'avoir pas fait prévenir le médecin et d'avoir laissé Contamin sans soins de médecin, depuis le moment de sa chute, arrivée à minuit, jusqu'au lendemain à trois heures du soir ;

Charge l'architecte d'indiquer et de faire exécuter d'urgence les travaux nécessaires pour qu'un pareil accident ne se reproduise pas; dit à cette occasion que la commission des hospices va procéder à la révision des règlements actuels en date de 1843, approuvés en 1850.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

1er *Trimestre.*

STATISTIQUE DU 1er JANVIER AU 31 MARS 1880, PAR M. LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	28	23	9	60
2e.	18	24	2	44
3e.	28	41	13	82
4e.	35	56	15	106
5e.	30	60	15	103
6e.	26	36	15	72
7e.	13	23	10	46
8e.	16	20	8	44
9e.	20	20	11	51
10e.	34	53	12	99
11e.	80	82	40	202
12e.	32	61	13	101
13e.	26	42	16	84
14e.	45	50	25	102
15e.	42	47	25	114
16e.	12	7	6	25
17e.	30	63	23	116
18e.	41	53	21	115
19e.	22	32	18	67
20e.	64	88	34	186
	642	881	324	1847

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryngites	143	Affections cérébrales. Paralysie	78
Croup	64	Eclampsie. Convulsions	88
Coqueluche	6	Névralgies	78
B		Névroses	82
Asthme	50	Epilepsie	17
Affections du cœur.	67	Aliénation mentale.	7
Bronchites aiguës et chroniques	142	Alcoolisme. Delirium tremens	13
Pleuro-pneumonie.	93	**F**	
Congestion pulmonaire	32	Rhumatisme	19
C		Affections éruptives dont 48 cas de variole	57
Affections et troubles gastro-intestinaux	116	Fièvre intermitt.	6
Cholérine	29	Fièvre typhoïde	34
Dysenterie	2	Hémorrhagies de causes internes et externes	78
Athrepsie	5	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	55	Plaies. Contusions	67
Hernie étranglée	19	Fractures. Luxations. Entorses.	36
Rétention d'urine	22	Brûlures	6
Chute du rectum	2	Empoisonnements.	17
D		Asphyxie par le charbon	9
Métrite. Métro-péritonite	24	Suicides	2
Métrorrhagie	45	**H**	
Fausse couche	42	Mort à l'arrivée du médecin	62
Accouchement. Délivrance	133	TOTAL	1847

La moyenne des visites par nuit a été de 20 1/2
Elle était de 15 2/5 pour le trimestre correspondant de l'an dernier.
Les hommes entrent dans la proportion de 35 0/0.
Les femmes — de 48 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans pour 17 0/0.

Visites du 4e trimestre de 1879	1,385
— 1880	1,847
Différence en plus	462

Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière.

Deux nouveaux cours vont s'ouvrir à l'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière : 1° physiologie, par M. Regnard, le mercredi 5 mai, à 8 heures du soir ; — 2° hygiène, par M. Blondeau, le samedi 8 mai, à 8 heures. Ces cours continueront chaque semaine le mercredi et le samedi, à la même heure.

Nous rappelons à nos lecteurs que, s'inspirant du désir exprimé par le

Conseil municipal, l'Administration de l'Assistance publique a décidé que les *cours professionnels* pourraient être suivis *gratuitement* par les personnes du dehors. Les dames qui désireraient y prendre part sont priées de s'adresser à M. le directeur de la Salpêtrière, tous les jours de 10 heures à midi.

Enseignement médical libre.

Cours d'otologie. — M. le Dr Gellé a commencé son cours le mercredi 28 courant, à 4 heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

Chirurgie opératoire. — M. le Dr Aubry a commencé, le 19 avril, un cours de chirurgie opératoire, et le continuera les lundi, mardi et vendredi de chaque semaine, à 4 heures.

Cours d'électrothérapie. — M. le Dr Apostoli a commencé ce cours le vendredi 30 avril, à deux heures, et le continuera le lundi et vendredi suivants à la même heure.

Cours de thérapeutique. — M. le Dr Galippe a commencé son cours à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, et le continue à la même heure les jeudi et samedi. Ce cours est consacré au traitement des *affections du tube digestif.* — Cours particulier pour la préparation aux 3e et 4e examens de doctorat (ancien régime).

NOUVELLES

Assistance publique. — Le bruit s'est répandu hier soir que M. le Ministre de l'intérieur a fait un choix définitif pour la direction de l'Assistance publique. Ce choix se serait porté sur M. Quentin, conseiller municipal de Paris. Ceci dit sous toutes réserves... jusqu'à confirmation officielle.

Natalité a Paris. — Du vendredi 16 avril au jeudi 22 avril 1880, les naissances ont été au nombre de 1,146, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 439 ; illégitimes, 147. Total, 586. — *Sexe féminin* : légitimes, 428 ; illégitimes, 132. Total, 560.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 16 avril au jeudi 22 avril les décès ont été au nombre de 1,238, savoir : 657 hommes et 581 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 36. F. 14. T. 50. — Variole : M. 34. F. 26. T. 60. — Rougeole : M. 8. F. 9. T. 17. — Scarlatine : M. 1. F. 8. T. 9. — Coqueluche : M. 3. F. 5. T. 8. — Diphtérie. Croup : M. 13. F. 35. T. 48. — Dysentérie : M. 1. — Erysipèle : M. 4. F. 2. T. 6. — Affections puerpérales : F. 17. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 127. F. 65. T. 192. — Autres tuberculoses : M. 41. F. 31. T. 72. — Autres affections générales : M. 60. F. 70. T. 130. — Bronchite aiguë : M. 23. F. 26. T. 49. — Pneumonie : M. 58. F. 49. T. 107. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 48. F. 35. T. 83. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 55. F. 43. T. 98 ; — chroniques : M. 89. F. 101. T. 190 ; — douteuses : M. 20. F. 29. T. 49. — Après traumatismes : M. 1. F. 1. T. 2. — Morts violentes : M. 31. F. 10. T. 41. — Causes non classées : M. 2. F. 4. T. 6.

Morts nés et prétendus tels : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 11. Total, 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 18 ; illégitimes, 19. Total, 37.

Concours d'agrégation. — *Chirurgie et accouchements.* — La deuxième série d'épreuves continue. Les questions traitées ont été les suivantes : *Accouchements* : Vendredi 23. MM. Champetier de Ribes et Poullet : *Des signes de la mort de l'enfant pendant la grossesse et pendant le travail.* — Lundi 26. MM. Vermeil et Golard : *Thrombus de la vulve et du vagin.* — Mardi 27. MM. Lefour et Ribemont : *De la rétention du placenta dans la fausse-couche des quatre premiers mois.* — Mercredi 28. MM. Stapffer et Dumas : *Du diagnostic des grossesses extra-utérines.* — Jeudi 29. M. Budin : *De la mensuration du bassin de la femme.*

Concours pour le prosectorat. — La composition écrite comportait le sujet suivant : *Des fibro-cartilages, de leurs usages et de leurs altérations pathologiques.* — L'épreuve orale d'anatomie avait pour titre : *Du rectum.* Les candidats font actuellement les pièces sèches, ils ont à faire les préparations suivantes : *Les lymphatiques des téguments des organes génitaux de l'homme et de la femme.*

Concours pour trois places de médecin au bureau central. — Les autres questions données pour la seconde épreuve ont été : *Des hémorrhagies rénales* ; — *Etiologie et diagnostic des paralysies du nerf facial* ; — *De la dyspnée.*

A la suite de cette épreuve qui s'est terminée le 24 avril, au soir, les candidats dont les noms suivent ont été admis à subir la troisième épreuve d'admissibilité. MM. Hanot, Gingeot, Gaillard-Lacombe, Hirtz (Hypolite), Du Castel, Hirtz (Edgard), Moutard-Martin, de Beurmann, Danlos, Roques, Chouppe, Cuffer, Renauld, Dreyfus-Brissac, Letulle et Moizard.

Concours pour trois places de médecins au bureau central. — Un concours nouveau ouvrira le mercredi 2 juin 1880, à 4 h., à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. — Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 3 mai 1880, et sera clos définitivement le mardi 18 mai 1880, à 3 heures.

Concours pour une place d'interne a Berck-sur-Mer. — Le 14 juin 1880, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert de onze à trois heures, depuis le 10 mai 1880 jusqu'au 26 du même mois inclusivement.

Faculté de médecine. — *Nominations* : Par arrêté du 21 avril 1880, sont nommés : MM. Gay, agrégé, chef des travaux pratiques de physique ; Sandoz, préparateur-adjoint des travaux pratiques de physique ; Etard, préparateur des travaux pratiques de chimie.

Faculté des Sciences. — M. Joannes Chatin, maître de conférences, recommencera son cours le mercredi 5 mai, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à 10 h. dans l'amphithéâtre de mathématiques à la Sorbonne. Les leçons du second semestre seront consacrées à l'étude de *l'appareil reproducteur chez les invertébrés.*

Herborisation. — M. Chatin, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa première herborisation, le dimanche 2 mai dans les bois de Meudon. — Rendez-vous à la gare Montparnasse pour le train quittant de Paris à 8 heures.

M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 2 mai, dans les bois de Chaville. — Rendez-vous à la gare de Chaville, à l'arrivée du train partant de Paris (gare Montparnasse) à 11 heures.

Société de médecine de Marseille. — Cette Société donnera, dans le courant du mois de décembre de l'année 1880, un prix de 300 fr. au meilleur mémoire sur une question de médecine ou de chirurgie. La Société serait désireuse de voir traiter par les candidats une question d'électricité médicale. Les mémoires, accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur, doivent être adressés avant le 30 septembre, terme de rigueur, à M. le secrétaire de la société, rue des Beaux-Arts, 3.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Beaujon. — Service de M. le Dr Tillaux. — Salle Sainte-Agathe : 2, glaucome aigu, iridectomie ; 4, fracture de la clavicule ; 6, kyste du rein droit ; 7, fibrôme utérin ; 8 *bis*, kyste hydatique du foie ; 12, tumeur ganglionnaire primitive de l'aisselle ; 16, papillômes vulvaires ; 17, goître exophthalmique, thyroïdectomie. — 2e Pavillon : 1, fracture de la rotule ; 9, fracture des côtes, hernie pulmonaire ; 12, fracture du bassin, glossite ; 15, phlegmon diffus du membre supérieur ; 19, épanchement traumatique de sérosité ; 25, abcès stercoral double ; 30, anus contre nature, méthode de Callisen ; 31, enchondrôme de la parotide ; 40, sarcome kystique du testicule ; 41, ostéo-arthrite du carpe ; 42, phlegmon du petit bassin ; 46 *bis*, arrachement de trois doigts avec les tendons fléchisseurs correspondants jusqu'à l'insertion musculaire supérieure ; 49, épithélioma du gland ; 55, sarcome de la paume de la main, amputation de l'avant-bras 8e jour.

Service de M. le Dr Lefort. — Salle Ambroise Paré : 3, fracture du col du fémur ; 13, fracture de la rotule. — Salle Saint-Félix : 17, coxalgie ; 24, fracture comminutive du bras, extraction d'esquille, fracture de cuisse ; 32, fracture de la face convexe du crâne, issue de matière cérébrale ; 39, abcès ossifluent. — Salle Saint-Denis : 36, polyarthrite blennorrhagique, endopéricardite ; 44, tuberculose génito-urinaire, fistule urinaire, électrolyse ; 51, kyste du foie ouvert dans le péritoine ; 52, plaie de la main, épilepsie spinale du bras gauche ; 55, section de l'uretère, fistules urinaires abdominales.

Service de M. le Dr Millard. — Salle Saint-Louis : 3, néphrite saturnine, emphysème pulmonaire ; 5, mélanodermie, diarrhée ; 8, fièvre typhoïde à forme ataxique ; 9, cancer de l'estomac ; 14, néphrite catarrhale, pleurésie double ; 21, mélœna, ulcère de l'estomac ; 28, broncho-pneumonie, pleurésie diaphragmatique ; 18, coliques néphrétiques. — Salle Sainte-Marthe : 1, arthrite blennorrhagique tibio-tarsienne ; 5, asystolie d'origine cardiaque ; 7, fièvre typhoïde adynamique ; 8, hémorrhagie cérébrale, hémianesthésie, escharres ; 10, pleurésie purulente avec vomique ; 18, péritonite chronique probablement tuberculeuse ; 19, ictère chronique par obstruction calculeuse, gros foie, ictère intermittent hépatique.

Service de M. le Dr Guyot. — Salle Saint-François : 1, 3, pleurésie purulente, empyème en voie de guérison ; 4, gastrique toxique, tuberculose pulmonaire ; 8, 19, rechute de fièvre typhoïde ; 10, mal de Bright, urémie à forme convulsive et délirante ; 13, pneumonie gauche ; 18, scarlatine, endocardite ; 20, rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire, complication cardiaque ; 23, affection du foie, hémophilie, purpura ; 27, gangrène pulmonaire consécutive à une pneumonie. — Salle Sainte-Claire : 3, fièvre intermittente quarte ; 5, paraplégie syphilitique ; 8, endopéricardite rhumatismale, lymphyte cardiaque ; 9, manie ; 14, hystérie, attaques comateuses ; 25, fièvre

typhoïde ataxo-adynamique ; 26, dysentérie ; 32, arthrite syphilitique ; 34, tétanos *a frigore*.

Service de M. le Dr GOMBAULT. — Salle Beaujon : 3 *bis*, 7, 9, 10 *bis*, 13 *bis*, 15, fièvre typhoïde ; 3, cancer du colon ascendant ; 4, alcoolisme et néphrite interstitielle ; 5, purpura rhumatismal, insuffisance et rétrécissement mitraux ; 11, alcoolisme, hémianesthésie et troubles oculaires ; 16 *bis*, hémianesthésie et épilepsie alcooliques ; 18 *bis*, paralysie de la 3e paire. — Salle Sainte-Monique : 1, pleurésie gauche guérie sans ponction ; 6, pneumonie caséeuse ; 7, pelvi-péritonite menstruelle ; 9, tumeur du foie ; 13, hoquet hystérique incoërcible ; 15, métrite interne.

Service de M. le Dr FÉRÉOL. — Salle Saint-Jean : 8, rhumatisme articulaire aigu, péricardite ; 9 *bis*, diabète sucré ; 10, broncho-pneumonie albuminurique ; 17, néphrite parenchymateuse ; 22, pleuro-pneumonie gauche ; 26, vertige stomacal ; 32, monoplégie pneumonique. — Salle Sainte-Paule : 2, ascite, injection iodée ; 3, asystolie ; 6, fièvre typhoïde ; 18, rhumatisme articulaire aigu, pleurésie double ; 21, fièvre typhoïde, perforation intestinale.

Hôpital Laënnec. — *Chirurgie.* — Service de M. NICAISE. — Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mercredi. Clinique les mardi et vendredi à 10 h. — Salle Saint-Philippe (F.) : 2, arthrite du coude ; 4, arthrite tarso-métatarsienne, amputation de Chopart ; 5, kyste de l'ovaire ; 6, épithélioma térébrant ; 10, ulcère de jambe ; 12, arthrite suppurée du genou ; 13, tumeur ganglionnaire, opération ; 17, polype utérin ; 18, arthrite du poignet ; 20, méthrite. — Salle Saint-André (H.) : 1, orchite tuberculeuse ; 2, polyurie héréditaire ; 9, hydarthrose chronique du genou ; 10, séquestre du fémur ; 12, fistule anale ; 13, coxalgie ; 19, épithélioma du pharynx ; 21, fracture des deux os de la jambe ; 22, périostite syphilitique ; 28, orchite ourlienne ; 29, hydarthrose du genou.

Médecine. — Service de M. FERRAND. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 4, phthisie arthritique ; 6, paralysie du cubital ; 3, 4, 7, 9, phthisie pulmonaire ; 14, ataxie fruste ; 11, 20, ramollissement cérébral ; 23, embolie pulmonaire ; 25, rhumatisme noueux. — Salle Sainte-Anne (H.) : 1, gastrite chronique ; 7, 8, phthisie pulmonaire ; 10, gastrite chronique ; 19, 26, myélite transverse ; 15, ramollissement cérébral ; 20, phthisie laryngée ; 21, affection mitrale ; 24, 25, 29, phthisie pulmonaire. — Salle Saint-Barthélemy (F.) : 5, rétrécissement mitral, hémiplégie ; 7, affection mitrale ; 10, albuminurie ; 12, chlorose ; 15, chorée hystérique ; 16, bronchite chronique, rhumatisme noueux ; 19, 21, 22, 26, 27, phthisie pulmonaire ; 24, 25, rhumatisme chronique. — Salle Saint-Julien (F.) : 4, néphrite intestitielle ; 6, hystérie, hémiplégie ; 10, affection mitrale ; 2, 3, 16, hémiplégie ; 21, 28, ramollissement cérébral ; 25, 26, phthisie pulmonaire.

Service de M. LEGROUX. — Salle Sainte-Geneviève (H.) : 1, 2, 4, 5, 11, ramollissement cérébral ; 13, insuffisance mitrale et tricuspide ; 16, 17, 18, 20, 21, tuberculose pulmonaire. — Salle Sainte-Hélène : 3, phthisie arthritique ; 1, 5, 6, 7, 11, tuberculose pulmonaire ; 10, chancre induré, plaques muqueuses. — Salle Saint-Vincent (F.) : 3, 4, 8, ataxie, arthropathies ; 9, 12, rhumatisme chronique ; 13, emphysème, insuffisance tricuspide ; 22, polyurie ; 2, 25, 26, épithélioma utérin. — Salle Saint-Nicolas (F.) : 1, emphysème, dilatation du cœur droit ; 7, métrite interne, rétrécissement mitral ; 10, chorée, insuffisance aortique ; 14, irritation cérébro-spinale ; 15, mal de Pott ; 16, myélite transverse ; 26, affection mitrale.

Service de M. BALL. — Salle Saint-François (F.) : 3, myélite diffuse ; 9, hématomyélie ; 5, 8, 13, hémiplégie gauche ; 17, 20, hémiplégie droite, aphasie ; 24, sclérose en plaques ; 26, paralysie agitante, lésion cardiaque ; 15, 27, épithélioma utérin ; 30, syphilis cérébrale ; 31, épilepsie. — Salle Saint-Louis (F.) : 7, 8, 26, affection cardiaque ; 12, insuffisance mitrale, ataxie ; 10, 11, hystérie ; 14, 27, épithélioma utérin ; 24, mal de Pott. — Salle Sainte-Julie (H.) : 1, 5, 6, 20, hémiplégie ; 2, paralysie diphthéritique ;

8, 25, 26, ataxie; 9, anesthésie généralisée (syphilis); 16, hémiparésie, hémianesthésie droite, écholalie; 17, sciatique double, myélite; 22, épilepsie. — Salle Sainte-Thérèse (H.): 1, arthrite sèche; 2, 26, épilepsie; 3, 4, saturnisme; 22, diplégie faciale; 28, cancer de l'estomac.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. Bergeron. — Salle Saint-Benjamin: paraplégie, guérison par les courants continus; 5, fièvre continue; 8, fièvre intermittente tierce; 11, phthisie aiguë; 27, fièvre typhoïde, orchite. — Salle Sainte-Mathilde: 2, 4, 8, 30, fièvre typhoïde; 37, chloro-anémie; 6, rhumatisme, pleurésie double; 18, insuffisance mitrale; 26, néphrite aiguë *a frigore.* — Annexes: rougeoles, scarlatine.

Service de M. Cadet. — Salle Saint-Joseph: 13, fièvre continue; 15, intoxication saturnine; 19, 21, néphrite scarlatineuse; 24, fièvre continue, contractures; 27, scarlatine; 31, rougeole.

Service de M. Triboulet. — Salle Sainte-Marguerite: 6, méningite tuberculeuse; 13, entéro-colite; 18, néphrite; 20, péritonite tuberculeuse. — Salle Sainte-Rosalie: 1, 10, rougeoles. — Pavillon d'isolement: angines diphtéritiques et croups.

Service de M. Lannelongue. — Salle Napoléon: ostéo-myélite ancienne, arthrite suppurée du genou; 16, fracture de cuisse; 18, gangrène de la joue; 39, scrofulide ulcéreuse de la cuisse. — Salle Saint-Eugénie: 5, genu valgum, redressement; 15, mal de Pott, abcès par congestion; 32, coxalgie, dégénérescence amyloïde des reins?

CERF ET FILS. IMP. 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant: BOURNEVILLE.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Etude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin;

Par Ch. FÉRÉ.

L'étude de l'influence du mode de production sur la forme anatomique des fractures du bassin, nous paraît avoir été jusqu'ici fort négligée ; cependant, elle peut être d'un grand secours non seulement pour le diagnostic de la lésion elle-même, mais encore pour l'explication de quelques-unes de ses complications.

Malgaigne et plusieurs des auteurs qui l'ont suivi admettent qu'un traumatisme agissant sur la crête iliaque, par exemple, peut déterminer indifféremment une fracture de cette crête ou la double fracture verticale du bassin (1); mais un examen minutieux montre que ces traumatismes, identiques en apparence, présentent des différences importantes : le point d'application de la violence est bien le même, mais sa direction varie dans les deux cas. Ce qui a causé la confusion, c'est que la plupart des observations sont muettes à ce dernier point de vue; aussi avons-nous dû recourir à l'expérimentation pour appuyer les résultats fournis par des faits cliniques trop peu nombreux.

Ces expériences faites à la Salpêtrière en 1875 (2), à Bicêtre en 1876 (3), et aux Enfants-Assistés en 1878, ont porté sur plus de soixante sujets; elles doivent être divisées en deux groupes principaux : dans l'un le traumatisme a été dirigé sur une crête iliaque, l'autre étant ou non soutenue ; dans le second, le choc a porté sur les deux ischions ou sur un seul.

I. Fractures par choc latéral.

Les chocs sur la crête iliaque peuvent être portés suivant trois directions différentes par rapport à l'axe vertical du corps : ils peuvent être dirigés soit obliquement de haut en bas, soit transversalement, soit obliquement de bas en haut, et ils déterminent des lésions diverses dans les trois cas.

I. Le choc dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, c'est-à-dire suivant une ligne qui continuerait la direction du segment supérieur de l'os iliaque, détermine une lésion qui ne paraît pas avoir été observée cliniquement et qui, si elle s'est présentée, a pu être confondue, en raison de ses caractères, avec une simple contusion. Dans trois fractures de ce genre, produites par la percussion d'un fort maillet de bois, les lésions étaient à peu près identiques. Le choc avait porté sur la moitié antérieure de la crête iliaque, l'os s'était rompu à deux ou trois centimètres au-dessous de la crête, et, dans deux cas, le trait de la fracture, parti de l'échancrure comprise entre les deux épines iliaques antérieures, se dirigeait d'abord horizontalement, puis allait rejoindre, par une courbe allongée, la partie moyenne de la crête ; dans l'autre cas, la fracture s'arrêtait avant d'atteindre cette crête (*Fig. 46*), et était croisée par un autre trait oblique.

Dans tous les cas, la partie inférieure amincie de l'os iliaque a pénétré, dans une étendue plus ou moins grande, dans l'épaisseur de la crête dont les lames compactes s'écartent sensiblement; sur une pièce où le fragment mobile avait été déjeté un peu en dehors, les lames internes des deux fragments s'étaient pénétrées réciproquement à leur partie postérieure.

(1) Malgaigne. — *Traité des fractures et luxations*. T. I, p. 651.
(2) *Bull. Soc. anat.*, 1876, p. 123.
(3) *Bull. Soc. anat.*, 1877, p. 430.

La pénétration était toujours suffisante pour empêcher la mobilité, et la lésion n'aurait dû se traduire sur le vivant que par l'épaississement de la partie antéro-supérieure de l'os et par l'abaissement de l'épine iliaque supérieure qui tend à se rapprocher de l'épine pubienne.

II. Si la violence est, au contraire, dirigée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, c'est-à-dire dans une direction à peu près perpendiculaire à la fosse iliaque



Fig. 46. — Partie antéro-supérieure de la fosse iliaque interne avec une fracture par pénétration de la crête iliaque.

externe, on détermine la lésion connue depuis Duverney sous le nom de fracture en travers de l'os des iles. Le choc détache un fragment plus ou moins considérable de la partie antéro-supérieure de l'os : le trait de la fracture est curviligne, à convexité inférieure, ou quelquefois horizontal dans sa portion antérieure. Les deux lames compactes de l'os peuvent être rompues au même niveau ; mais le plus souvent la lame externe qui a subi la première l'effet du redressement au moment du choc et a cédé la première, s'est brisée plus haut que l'interne, de sorte que le fragment mobile est taillé en biseau aux dépens de sa face externe : la différence de hauteur des fractures des deux lames peut aller jusqu'à trois centimètres.

Dans cet ordre de faits, la relation de la direction du choc avec la forme de la fracture n'est pas seulement mise en lumière par l'expérimentation, des faits cliniques bien observés viennent l'appuyer : je citerai d'abord le cas de Guérétin (1) dans lequel un homme tombe de douze pieds de haut; il reste debout, mais à la fin de la chute, le haut de la cuisse et la crête iliaque gauche frottent violemment contre une borne ; il y eut une fracture de la crête iliaque qui fut guérie en vingt-deux jours, sans aucun accident ni du côté du bassin ni dans le reste de l'organisme. Je rapporterai en outre l'observation suivante :

Observation I. — La nommée Fl... âgée de 45 ans, entre le 30 août 1876, dans le service de M. Alphonse Guérin à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Maurice, n° 13).

Elle portait un paquet à chaque bras lorsqu'elle fut ren-

(1) *Presse médicale*, 1837, n° 6, p. 43.

versée de côté sur le bord du trottoir par une voiture qui venait derrière elle. C'est la hanche droite qui a porté sur le pavé. Une des roues de la voiture a passé sur le bassin, en se dirigeant de bas en haut et d'arrière en avant par rapport à l'axe vertical du corps, de sorte que le poids, avant de porter sur la crête iliaque gauche, a porté sur le trochanter où il existe une ecchymose avec dénudation du derme se prolongeant obliquement vers la crête iliaque sous la forme d'une bande de trois centimètres de large. La malade put se relever et faire quelques pas, mais elle dut bientôt se faire transporter à l'hôpital en voiture.

La malade se plaint d'une douleur au haut de la cuisse droite où l'on voit, au niveau du grand trochanter, une ecchymose grande comme une pièce de 5 francs et qui a été déterminée par la pression du sol. Du même côté, on trouve encore une légère douleur à la pression du niveau de l'articulation sacro-iliaque. Mais la douleur la plus vive est sur la partie antérieure de la crête iliaque gauche : ici la douleur est spontanée et exaspérée par la moindre pression et par le plus petit mouvement de la cuisse gauche. Les mouvements d'adduction, de rotation et d'abduction sont très pénibles, mais le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin est absolument impossible ; quand la malade essaie de le produire on entend un craquement vers la crête iliaque. En saisissant cette dernière on sent que sa partie antérieure, dans une étendue de dix centimètres, quoique restée dans sa direction normale, présente une grande mobilité avec crépitation manifeste.

Le toucher vaginal permet de sentir les deux branches descendantes du pubis et de rechercher par la pression combinée sur la partie postérieure du corps du pubis et sur la crête iliaque saine, s'il existe une solution de continuité à la partie antérieure du bassin, trahie, soit par un déplacement, soit par une inégalité ou une mobilité anormale, soit par une douleur localisée. Il n'existe rien de semblable.

On applique un appareil silicaté pour fixer le bassin et le membre inférieur gauche. Je n'ai pas revu la malade qui est sortie guérie le 16 octobre.

Dans ce cas, on percevait nettement le phénomène déjà observé par Leveillé, la crépitation provoquée par la contraction des muscles qui s'insèrent au fragment détaché. La mobilité était facilement reconnue sans recourir à la précaution conseillée par Duverney (1), de placer le malade sur le côté sain, de lui faire pencher la poitrine et le ventre en avant et fléchir les cuisses pour relâcher les muscles. Le déplacement manquait, mais on a pu en constater de très variables suivant l'intensité du choc ; généralement le fragment mobile est déplacé en dedans, mais on a pu aussi le trouver plus ou moins élevé par les muscles abdominaux. Une violence considérable peut amener une fracture comminutive analogue à celle qui a été observée par Lachèze (2) elle est néanmoins, susceptible de guérir si les organes abdominaux ne sont pas lésés.

III. Quand un traumatisme agit transversalement sur la crête iliaque, il détermine la double fracture verticale de Malgaigne, ou des désordres qui s'en rapprochent : le siége des lésions antérieures et postérieures peut varier notablement ; quelquefois, une luxation remplace une fracture, enfin il peut arriver qu'on ne trouve en arrière aucune lésion appréciable, comme dans le fait suivant, que nous avons observé en 1875 dans le service de M. Charcot.

Observation II. — Une femme de 87 ans avait été admise dans le service de M. Charcot, salle Saint-Paul, n° 6, pour un embarras gastrique.

Le 19 août on la plaça sur un lit neuf. Elle y était à peine depuis quelques instants qu'un léger mouvement la fit rouler à terre. Ses voisines ont raconté qu'elle était tombée sur la hanche gauche, et qu'elle était restée sur le côté, les pieds retenus en haut par les couvertures et la main droite accrochée aux rideaux jusqu'à ce qu'on vînt la relever.

Au moment de la chute, elle avait poussé de grands cris ; elle continua à gémir une fois replacée dans son lit où elle conserva une immobilité complète. Elle se plaignait de souffrir tout le long de la face interne de la cuisse gauche et elle portait souvent ses mains au bas-ventre du même côté.

Une demi-heure environ après l'accident elle commença à avoir des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, qui se répétèrent une dizaine de fois dans les deux heures qui suivirent, puis cessèrent. La malade tomba ensuite dans une espèce de stupeur qui donna le change et on ne s'occupa plus d'elle. Vers une heure du matin, on entendit de nouveau quelques gémissements ; mais quand on accourut pour la secourir, elle était morte. Dix heures s'étaient écoulées depuis la chute.

Autopsie. — Au niveau de la partie antérieure de la crête iliaque gauche, la peau présente une ecchymose avec destruction de l'épiderme de 5 centimètres environ de long sur 15 centimètres de large, suivant la direction de la crête osseuse. On trouve une autre ecchymose moins étendue sur la partie externe du coude du même côté ; et une troisième, large comme une pièce de 2 francs, au niveau du condyle fémoral gauche.

Dans l'*encéphale* et dans les organes thoraciques il n'existe aucune lésion capable d'amener une mort aussi prompte ; les poumons sont seulement un peu engoués.

Le *foie*, les *reins*, la *rate* ne présentent non plus rien de particulier. L'*intestin* est distendu par des gaz dans toute son étendue, sauf dans la partie inférieure, à partir de l'angle gauche du colon jusqu'au rectum où il est rétracté. Le péritoine est fortement injecté, surtout dans sa portion sous ombilicale. Dans le cul-de-sac utéro-rectal, on trouve environ 100 grammes de liquide roussâtre.

Au niveau de la *vessie*, qui est à peu près vide, on voit une plaque qui s'étend vers la gauche, au-dessus du pubis, d'une coloration rouge noire, dépolie, mais sans solution de continuité apparente. Une incision, faite en ce point sur le péritoine, montre que cette plaque forme la limite d'un épanchement sanguin d'un centimètre d'épaisseur, qui s'étend depuis le bord interne du psoas gauche et dépasse à droite la symphyse pubienne. La vessie et le tissu cellulaire sont refoulés en arrière de la collection qui recouvre directement le périoste. Quand on a enlevé ce sang caillebotté, on sent une petite saillie rugueuse en dehors et à gauche de la symphyse. Il y a une fracture de la branche horizontale du pubis.

En essayant de rapprocher les deux épines iliaques, on peut produire un chevauchement de deux ou trois millimètres. C'est le fragment externe qui glisse en arrière de l'autre et tend à se rapprocher de la ligne médiane ; l'interne fait

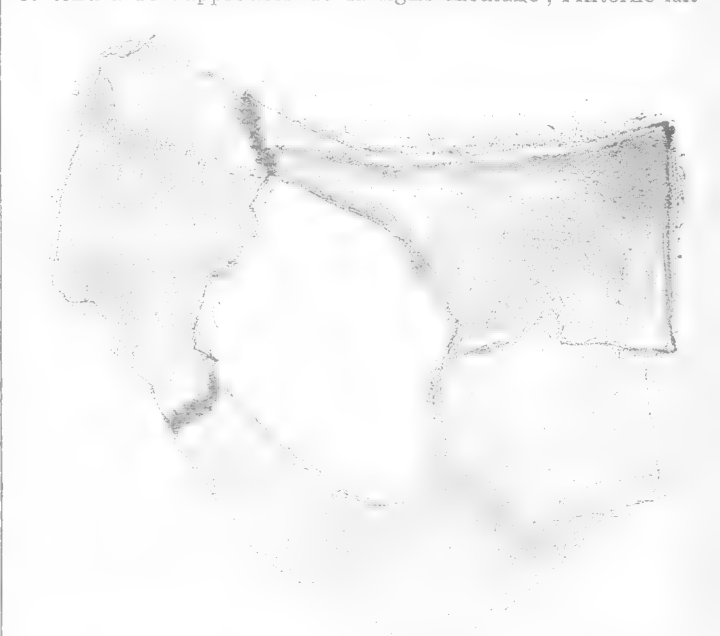


Fig. 47. — Portion antérieure de l'os iliaque gauche vue un peu obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. On voit une fracture oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans sur la branche horizontale du pubis, et une autre fracture sur la branche descendante.

saillie en avant et en dehors. Comme on peut le constater encore sur la pièce sèche, les deux fragments sont taillés en biseau, l'interne aux dépens de sa face postérieure, l'externe aux dépens de sa face antérieure (*Fig. 47*).

Le bassin ne présente aucune solution de continuité en arrière. L'articulation sacro-iliaque est seulement un peu relâchée, et c'est ce relâchement qui explique le peu de mobilité qui existe.

(1) *Traité des maladies des os*, 1751, T. I, p. 282.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1828, T. XVII, p. 307.

Le bassin ayant été enlevé avec les parties molles, j'ai disséqué avec soin la région obturatrice et j'ai pu examiner la fracture du pubis portant sur les deux branches. — La fracture de la branche descendante est située à 27 millimètres de la symphyse et est à peu près transversale. La fracture de la branche horizontale, oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant, est située à 1 centimètre seulement de la symphyse en arrière, tandis qu'en avant, elle s'en écarte de 2 centimètres et demi et entame la gouttière sous-pubienne dans sa partie interne. A ce niveau, on pouvait voir une des veines accompagnant l'artère obturatrice rompue dans la moitié supérieure de son calibre. — Le nerf et l'artère ne présentent aucune altération apparente. La vessie qui ne contient que quelques gouttes d'urine normale est intacte; il en est de même de l'urèthre qui n'offre aucune déchirure.

Nous avons eu recours à l'expérimentation pour nous assurer si, en se plaçant dans les mêmes conditions, on pourrait reproduire la même lésion. Nos expériences, faites à la Salpêtrière sur 38 femmes et à Bicêtre sur 9 hommes, doivent être divisées en deux groupes : dans le premier, la fracture a été produite par simple choc, le sujet étant précipité d'une hauteur variable sur une crête iliaque; dans l'autre, la fracture a été déterminée par un écrasement latéral du bassin dont une crête iliaque était soutenue sur un corps résistant, tandis que l'autre soutenait un choc d'une intensité déterminée.

A. Quand nous nous sommes contenté de laisser tomber le cadavre sur un sol uni, nous n'avons jamais produit de fracture du bassin, parce que, dans ces conditions, le choc porte en même temps sur d'autres parties que sur la crête iliaque et son effet devient nul. On pourrait croire d'ailleurs qu'un choc latéral sur un plan résistant devrait toujours produire indifféremment soit une fracture du bassin, soit une fracture du col fémoral suivant l'angle d'incidence ; mais l'effet produit doit varier non seulement avec la direction de la chute, mais encore avec certaines dispositions anatomiques individuelles.

Nous avions été frappé des différences de formes des hanches chez plusieurs sujets et nous avons cherché s'il existe un rapport constant entre le diamètre bi-trochantérien et le diamètre bi-iliaque maximum; de l'examen de 133 hommes et de 66 femmes, on peut conclure que les diamètres bi-iliaque et bi-trochantérien diminuent moins régulièrement par rapport à la taille à mesure que celle-ci s'élève, que les diamètres céphaliques et le diamètre bi-acromial. En outre, ces deux diamètres présentent entre eux des différences qui n'ont souvent aucun rapport avec la taille : chez l'homme, la différence de dimension des diamètres bi-trochantérien et bi-iliaque peut varier de 0 à 77 millimètres, elle est en moyenne de 34 millimètres; chez la femme, elle est en moyenne de 32 millimètres, mais elle peut varier de 5 à 57 millimètres. On voit par là que des traumatismes identiques peuvent faire courir des chances diverses aux différents sujets, et qu'il était nécessaire d'expérimenter dans des conditions bien déterminées (1).

Si, au lieu de laisser tomber le cadavre librement, on a soin de diriger la crête iliaque sur un billot rectangulaire placé à terre, une chute de cinquante à soixante centimètres de hauteur suffit pour produire une fracture du bassin sur une femme ayant dépassé 70 ans ; mais si on répète ces expériences sur des sujets plus jeunes, au-dessous de 50 ans par exemple, bien que le choc soit plus violent à cause du poids généralement plus considérable des cadavres, on n'obtient aucun résultat; on n'obtient rien non plus chez les hommes mêmes beaucoup plus âgés. Pour opérer la précipitation, le cadavre devait être tenu à chaque extrémité par l'expérimentateur et un aide, et la hauteur de la chute ne pouvait être augmentée proportionnellement à la résistance du sujet. Du reste, les essais tendant à augmenter la hauteur de la chute devaient rester infructueux, parce qu'alors la partie supérieure, la plus pesante du cadavre, avait le temps de prendre l'avance et l'épaule avait atteint le sol avant que la crête iliaque n'eût atteint le billot.

Ces insuccès permettaient cependant de soupçonner que la résistance du bassin peut varier avec l'âge et avec le sexe.

B. Pour apprécier ces différences, nous avons eu recours au procédé suivant : le sujet est placé de champ, une crête iliaque reposant sur un billot, tandis que l'autre regarde directement en haut. Une poulie étant fixée à une poutre au faîte de l'amphithéâtre, on suspend une pierre à peu près régulièrement cubique, d'un poids connu, et attachée de telle façon que sa face inférieure reste sensiblement parallèle au sol. Cette masse est mue à l'aide de la poulie le long d'une pièce de bois graduée en centimètres. Avec ce très simple appareil, on peut facilement calculer la *puissance vive* employée pour produire la fracture, puisqu'on connaît le poids de la masse qui tombe et la hauteur de la chute.

Voici les résultats obtenus après quelques tâtonnements qui consistaient à commencer par des chocs faibles ne pouvant pas produire la fracture et à augmenter jusqu'à la production du craquement caractéristique : 1° Sur un seul sujet du sexe masculin, âgé de 52 ans une chute de 1 mètre 10 cent. a produit une fracture des deux branches du pubis sans déplacement, la partie postérieure du bassin était indemne. (Dans ce cas comme dans les deux derniers groupes d'expériences, le poids du corps contondant était de 23 kilog. 500 gr.).—2° Sur trois hommes de 56 à 63 ans, un poids de 26 kilog. 200 gr. devait tomber de 80 centimètres en moyenne pour produire une fracture.—3° Sur dix femmes de 38 à 52 ans, le bassin n'a cédé que quand la hauteur de chute (poids : 23,5) a été de 70 centimètres en moyenne. — 4° Sur dix femmes de 70 à 87 ans, la fracture s'est produite avec une chute de 45 centimètres environ.

Si l'on veut calculer la force vive (F = PH) employée dans les quatre cas, on aura :

1° Chez 1 homme de 52 ans,	23,5 × 1,10 = 25	kilogrammètres	85
2° Chez 3 hommes de 56 à 63 ans,	26,2 × 0,80 = 20	—	96
3° Chez 10 femmes de 38 à 52 ans,	23,5 × 0,70 = 16	—	[illegible]
4° Chez 10 femmes de 70 à 87 ans,	23,5 × 0,45 = 10	—	

On pourrait rechercher la force totale employée pour la production de la fracture, mais le résultat définitif serait nécessairement erroné puisque l'élasticité du bassin a été négligée. Les chiffres 25, 20, 16, 10 suffisent d'ailleurs pour indiquer la différence de résistance du bassin suivant le sexe et l'âge. (*A suivre*).

PATHOLOGIE INTERNE

Faits pour servir à l'histoire des contractures;

Par **E. BRISSAUD** et **Ch. RICHET.**

Sans avoir la prétention de donner une définition complète et inattaquable, nous pensons qu'il sera utile en commençant de formuler nettement ce que nous entendons, avec la plupart des médecins, par le mot de contracture. Nous ne ferons pas d'hypothèses au sujet de la nature ou de la cause de ce phénomène, et nous dirons que la contracture est le *raccourcissement plus ou moins durable d'un ou de plusieurs muscles, lesquels ne peuvent plus être relâchés par l'influence de la volonté.*

I. De la contracture déterminée par une contraction forte.

1° On sait que, chez certaines hystériques, alors qu'elles sont en état de somnambulisme, l'excitation directe, même très-légère, de leurs muscles, provoque aussitôt la contracture de ces muscles; c'est là un fait sur lequel M. Charcot a récemment appelé l'attention dans ses cours. Ainsi, en touchant légèrement les fléchisseurs de l'avant-bras, on voit

(1) Féré. — *Etude comparée des diamètres bi-trochantérien et bi-iliaque;* (Rev. d'Anthropologie, 1880.)

sur-le-champ se produire la flexion du poignet sur l'avant-bras et des doigts sur la main, etc., et les muscles excités restent alors en état de contracture.

Mais, en dehors même de l'état de somnambulisme, on arrive par un procédé un peu différent à un résultat analogue. C'est ce qu'on observe chez les nommées Gl...,Na..., Wi..., El...,Bar.., Jul... Ma..., malades de la Salpêtrière. Ces femmes sont atteintes d'*hysteria major* ; et nous dirons de plus qu'on peut facilement chez elles provoquer le somnambulisme.

Pour cela, il suffit de faire naître la contraction violente d'un muscle, soit en invitant la malade à exécuter spontanément un mouvement fort, comme celui qui consiste à soulever vivement un poids à bras tendu, soit en résistant avec énergie à un mouvement voulu par cette malade. Si, par exemple, on dit à Bar..., Witt..., El..., Nanc..., ou à d'autres encore de tourner la tête du côté gauche et qu'on les arrête dans ce mouvement, dû à la contraction du sterno-mastoïdien droit, on s'aperçoit, dès qu'on vient à céder à leur effort, que le muscle sterno-mastoïdien du côté droit est contracturé. On a créé ainsi un torticolis véritable, et qui est d'autant plus prononcé que le déploiement de force a été de part et d'autre plus considérable.

Mais ce torticolis peut aussi naître spontanément, lorsque la contraction du sterno-mastoïdien est suffisamment énergique. Ainsi, la malade Gl... nous a raconté qu'il lui arrivait souvent à la gymnastique d'avoir, lorsqu'elle tournait vivement la tête, ou qu'elle la renversait en arrière, un torticolis dont elle avait de la peine à se débarrasser. Bar.., Witt..., El..., Nanc..., nous ont également renseignés sur la fréquence des contractures que déterminent chez elles tous les mouvements qui nécessitent une contraction musculaire un peu violente.

D'autres muscles, en apparence rebelles à ce genre d'affection, peuvent rester longtemps contracturés, lorsque les malades les contractent plus violemment que de coutume : les orbiculaires des paupières, par exemple, restent parfaitement contracturés chez les quatre malades que nous venons de citer, lorsqu'elles ont fermé les yeux hermétiquement en résistant aux efforts que nous faisions pour les leur ouvrir.

Comme il est impossible de tenir les paupières fortement fermées, sans contracter synergiquement les muscles frontaux, sourcilier, élévateur commun, etc. ; on observe alors chez nos malades, en même temps que la contracture de l'orbiculaire, la contracture de tous ces muscles, ce qui donne à leur physionomie un aspect grimaçant assez bizarre. Nous avons pu provoquer ainsi la contracture de presque tous les muscles volontaires, biceps brachial, triceps crural et brachial, soléaires, jambier antérieur, péroniers, fléchisseurs et extenseurs des doigts, muscles de l'éminence thénar, sacro-lombaires, masséters, abaisseurs de la mâchoire, et comme le procédé est le même pour faire naître la contracture, quel que soit le muscle sur lequel on opère, nous n'y insisterons pas davantage.

Mais on pourrait supposer que la contracture s'obtient aussi par l'extension passive des muscles. Ainsi, pour produire une contracture du triceps brachial, il suffit de tirer vivement sur le bras en donnant une légère secousse : aussitôt le membre se roidit à tel point qu'il est impossible de le fléchir. En pareil cas, le mécanisme qui préside à la production de la contracture est plus complexe que dans les cas précédents, et il est assez difficile d'expliquer pourquoi le triceps se raccourcit de préférence au biceps, car la tension passive du bras entraîne non pas la tension du triceps, mais son relâchement. Si la tension passive d'un muscle devait provoquer sa contracture, c'est le biceps qu'on devrait voir contracturé. Il est probable que la tension passive du bras est accompagnée d'une contraction active et inconsciente du triceps. Quelle que soit la valeur de cette explication, il convient de signaler le fait.

2° Il nous reste maintenant à indiquer les procédés au moyen desquels on peut supprimer les contractures provoquées. Ces procédés sont au nombre de deux. Le premier, préconisé par M. Charcot, consiste à exciter les antagonistes des muscles contracturés ; ainsi, pour faire cesser la contracture du triceps brachial, il suffit de masser légèrement le biceps ou bien de frotter simplement la région bicipitale (un frottement même superficiel produit souvent le relâchement du muscle triceps). Ce que nous disons du triceps et du biceps, nous pourrions le répéter de tous les autres muscles; cependant, il faut, pour obtenir le relâchement d'un muscle contracturé, agir toujours sur un autre muscle qui soit bien nettement l'antagoniste du précédent : cette condition se trouve parfaitement réalisée dans la disposition des muscles antérieurs et postérieurs de la région anti-brachiale. Nous ferons remarquer, pour en finir avec ce qui est relatif à ce premier procédé, que s'il réussit toujours d'une manière rapide dans les cas de contractures survenues dans le somnambulisme, il est peut-être moins fidèle, mais assurément moins rapide dans les cas de contractures provoquées dans l'état de veille. Il faut quelquefois agir assez longtemps sur le muscle antagoniste pour obtenir le relâchement du muscle contracturé.

Le second procédé nous a été indiqué involontairement par les malades elles-mêmes. Lorsque chez Bar...., Witt..., Nanc..., El..., le bras était raidi par une contracture du triceps et que cette contracture durait depuis quelque temps, nous avions remarqué que ces malades, pour se débarrasser de la contracture en question, comprimaient avec une certaine énergie la partie inférieure et postérieure du bras au voisinage de la région olécrânienne.

A notre tour, nous avons cherché à décontracturer le muscle de la même façon, et nous avons constaté que pour arriver à ce résultat, il fallait agir exclusivement sur le tendon d'insertion inférieure du triceps. Mais, en même temps qu'on agit sur le tendon du triceps, il est également de toute nécessité de chercher à fléchir l'avant-bras sur le bras, sans pour cela déployer une très-grande force. Si, par exemple, on exerce avec la main gauche quelques pressions sur le tendon du triceps, et qu'avec la main droite on essaye de fléchir l'avant-bras, on éprouve au bout de quelques secondes, la sensation d'une résistance vaincue et aussitôt la contracture cesse.

Nous avons généralisé à beaucoup d'autres muscles superficiellement placés cette méthode. Ainsi, dans le cas de contracture du sterno-mastoïdien, le relâchement s'obtient très-facilement quand on malaxe entre le pouce et l'indicateur d'une main le tendon sternal de ce muscle, et que de l'autre main, on essaie de redresser la tête en la ramenant du côté contracturé. La situation des attaches inférieures de ce muscle rend cette manœuvre on ne peut plus facile. Il en est de même pour les mucles gastrocnémiens et pour le soléaire dont la contracture s'obtient aisément. Lorsqu'on veut redresser le pied dans le cas de contracture de ces muscles, il suffit d'exciter le tendon d'Achille en même temps qu'on fait de légers efforts pour réduire cette sorte de pied-bot équin.

Le jambier antérieur est encore un muscle dont la situation est très favorable pour la constatation de ce fait. Le tendon de ce muscle, surtout dans le cas de contracture, est tendu comme une corde sous les téguments et le relâchement survient très rapidement quand on cherche à triompher par le même procédé d'un pied-bot talus provoqué. Mais toutes les fois qu'on procède de la sorte, il faut se bien garder d'exciter les parties charnues du muscle et ne chercher à agir que sur le tendon lui-même. En effet, si l'on malaxe la portion musculaire, loin de supprimer la contracture, on ne fait que l'exagérer. La fibre étant, ainsi que l'a fait voir M. Charcot, en état d'*hyperexcitabilité*, la moindre irritation détermine la contracture ou l'exagère. Il semble donc résulter de ces faits qu'il existe entre les fibres contractiles et les fibres tendineuses d'un même muscle une sorte d'antagonisme. Les tendons renferment des filets nerveux (l'existence des nerfs tendineux longtemps mise en doute a été péremptoirement démontrée par A. Sachs) ; *a priori* il paraît naturel de supposer que ce sont des nerfs centripètes; les faits, dont nous venons de

tracer un exposé sommaire, permettraient donc de faire l'hypothèse qu'ils ont la propriété d'agir sur certains centres médullaires qui seraient pour les muscles correspondants des centres d'arrêt. Quoi qu'il en soit de cette supposition, l'antagonisme entre le muscle et le tendon n'en est pas moins à l'égard de ces contractures un fait incontestable.

3° Les phénomènes que nous venons de signaler s'observent, avons-nous dit, chez les malades atteintes d'hystéro-épilepsie, de l'*hysteria major* décrite par M. Charcot. Il y a déjà un certain temps que ces contractures ont été mentionnées, et M. Charcot lui-même en a tracé l'histoire dans ses leçons de la Salpêtrière. Elles surviennent dans des circonstances très-diverses, mais surtout à l'occasion des traumatismes, c'est-à-dire dans des conditions qui prédisposent tout particulièrement aux efforts musculaires. Ainsi nous nous rappelons avoir vu chez la nommée Gen..., se produire une contracture des muscles de la jambe simulant un pied-bot varus absolument typique, à la suite d'une escalade dans une tentative d'évasion.

Entre les contractures survenues dans les circonstances de ce genre et celles que nous avons provoquées, il n'y a réellement pas de différences. Mais nous tenons à faire remarquer que les unes et les autres ne se produisent guère qu'autant que les malades sont sous le coup d'un état hystérique suffisamment accentué. La nommée Gen.., qui depuis plusieurs mois n'a pas eu d'attaques convulsives, n'est plus actuellement dans les conditions qui favorisent l'apparition des contractures spontanées ou provoquées. La malade Bar..., qui a été malade pour la dernière fois il y a trois semaines, ne peut plus être contracturée qu'à grand' peine, et encore faut-il exciter un peu longuement ses muscles. Au contraire Witt..., El..., Nanc..., qui sont en permanence dans l'état de mal hystérique, ont des contractures locales à la moindre occasion, et rien n'est plus facile que de les déterminer par les procédés que nous avons décrits. (*A suivre.*)

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Trentième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

Messieurs,

Il nous reste à rechercher maintenant l'influence des différents agents excitants sur les mouvements de l'estomac. Ces influences doivent être étudiées lorsque l'estomac est fatigué et que ses contractions sont séparées les unes des autres par de longues pauses ; autrement, il est impossible de distinguer si les contractions que l'on obtient sont spontanées ou provoquées.

Si, dans ces conditions, l'on pince le pylore, il se produit, au bout d'un certain temps, une contraction notée par le myographe ; il en est absolument de même si on pince la partie supérieure de l'estomac. L'irritation mécanique est donc apte à produire, contrairement à l'assertion de Van Braam, une contraction péristaltique et une contraction antipéristaltique.

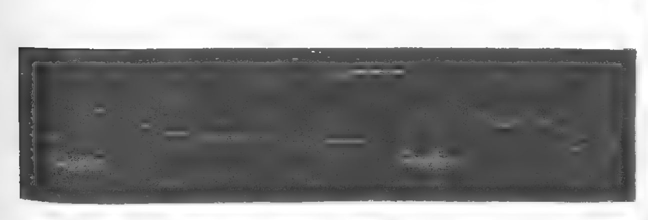


Fig. 48. — Estomac de la grenouille. — Contractions électriques.



Fig. 49. — Excitation de l'estomac de la grenouille sur la limite du pylore et du duodénum. — en 10, excitation par un courant faible, — en 5, excitation par un courant fort.

L'excitation électrique, appliquée de la même façon, produit aussi une contraction Dans un cas comme dans l'autre, la contraction est brusque, mais après la secousse électrique, la décontraction est beaucoup plus lente et le levier reste au-dessus de l'abscisse.

Si nous excitons l'estomac par des interruptions fréquentes du courant d'induction, comme nous l'avons fait pour le cœur, nous verrons que :

1° Un courant faible change le rhythme de l'estomac et diminue l'amplitude des contractions.

2° Un courant d'intensité moyenne donne une première contraction un peu élevée et maintient ensuite le style à une certaine hauteur au-dessus de l'abcisse, c'est-à-dire que le muscle ne se décontracte pas.

3° Enfin un courant fort fait contracter l'estomac et le maintient en contraction tonique persistante.

L'analogie de ces résultats avec ceux que nous avons obtenus en appliquant au cœur les excitations électriques est tout à fait frappante. Nous avons dans les deux cas la suppression du rhythme par la mise en jeu de la tonicité musculaire. On peut appliquer les mêmes considérations à la contraction de l'intestin comme le montrent les tracés ci-joints.

Nous avons enfin à analyser l'action de la chaleur considérée comme excitant. Cette action a été étudiée par plusieurs auteurs. Calliburcès, Marey, Schmulewitsch, pour ne citer quelques-uns. Je n'analyserai pas ces différents travaux.

Plus récemment Samkowy (arch. de Pflüger, 1874), en étudiant la même influence, est arrivé à cette conclusion singulière que les muscles lisses de la grenouille se contractent sous l'action du froid et se relâchent sous celle de la chaleur, tandis que pour les mammifères on observe régulièrement le phénomène inverse.

Avant d'apprécier cette observation et d'exposer les miennes, je vous ferai remarquer que l'on ne peut pas ainsi parler du froid et de la chaleur comme de quelque chose d'absolu ; et vous concevez facilement qu'une même température à laquelle est exposé un tissu, constitue pour celui-ci le chaud ou le froid, suivant que la température à laquelle il était exposé auparavant était moins ou plus élevée.

Ainsi, dans nos expériences, l'estomac, mis dans de l'eau à 5° se contracte ; placé dans de l'eau à 32° il se contracte encore. Le froid et la chaleur font donc également contracter les fibres musculaires lisses ? C'est que, dans cette question de mots, tout le monde a raison et tout le monde a tort. En réalité, ce qui fait contracter la fibre musculaire lisse, c'est la *variation de température*, en plus ou en moins, en chaud et en froid, de même que c'est la variation d'état électrique donnée par une secousse de clôture ou de rupture qui détermine une contraction. Le tout revient à une question de *rupture d'équilibre*. Mais la contraction est-elle la même lorsqu'elle est déterminée par le chaud ou par le froid ? Immédiatement après l'action du froid (si on fait l'expérience avec l'estomac suspendu au tube capillaire et plongé dans de l'eau froide), on voit le liquide monter dans le tube indicateur, puis redescendre un peu, puis enfin rester immobile, à un niveau beaucoup plus élevé qu'auparavant. Le froid arrête donc ici le mouvement

(1) Voir les nos de 1879 ; no 6, 7, 15, 16 et 18 de 1880.

rhythmé, et maintient le muscle lisse en état de contraction tonique. — Il est probable qu'en hiver cette même température de 5° (qui constitue aujourd'hui pour nous un abaissement de 14° sur la température de la salle) ne supprimeriat nullement le rhythme de la contraction stomacale. On peut en juger dès le premier abord, avant d'employer des mesures chronométriques exactes. Quand on pince un intestin ou un estomac, il s'écoule un intervalle assez long jusqu'au moment où on voit apparaître la première trace de la plaque de contraction. Il en est de même

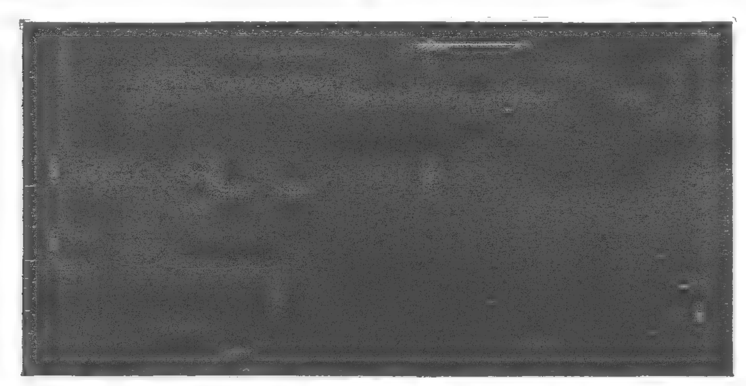


Fig. 50. — Grenouille : intestin grêle. — La ligne supérieure du tracé montre les battements spontanés. — En 5, excitation par un courant de moyenne intensité, — en 0, excitation par un courant très-fort.

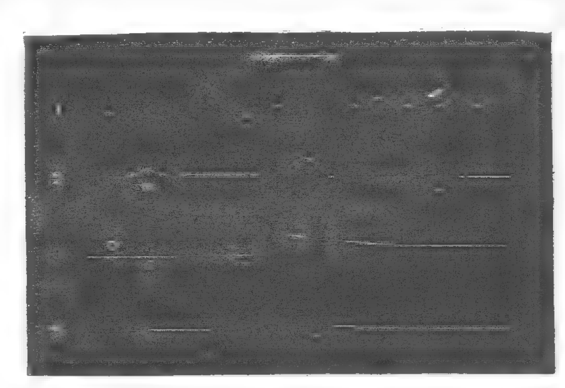


Fig. 51. — Duodénum. — 1. Contractions spontanées. — 2, 3, 4. Excitation par un courant croissant jusqu'au maximum d'intensité.

Si nous remettons maintenant l'estomac dans de l'eau à la température ambiante, le liquide va descendre un peu dans le tube capillaire, et le rhythme reparaîtra, comme vous pouvez le constater vous-mêmes. Plongeons enfin l'estomac dans de l'eau à 32° ; nous verrons s'opérer une contraction considérable, suivie immédiatement d'une décontraction ; puis nous observons une série de contractions rhythmées rapides et de peu d'amplitude dans lesquelles la décontraction a toujours plus d'amplitude que la contraction, de sorte que le niveau s'abaisse graduellement et par saccades, en décrivant comme les marches d'un escalier. Vous voyez donc par là, Messieurs, que la chaleur a diminué la tonicité musculaire, puisque le niveau de l'index descend constamment ; elle favorise et conserve au contraire la contractilité, puisque le rhythme continue à se produire.



Fig. 52. — Estomac de grenouille.— *ch*, action de la chaleur. — 10, courant interrompu de force moyenne. — 5, courant interrompu.— 10, fort courant interrompu très fort (maximum).

Du reste, vous avez tous fait sans le savoir une expérience intéressante et simple qui vous mènera à la même conclusion. Observez vos propres réactions dans un bain froid ; au début vous aurez la chair de poule, ce qui revient à dire que les fibres musculaires lisses de la peau se contractent. Cette contraction tonique de la peau est même assez durable. Mais lorsque l'on entre dans un bain chaud, la même impression première se produit régulièrement, la seule différence consiste en ce qu'elle ne persiste pas longtemps. La tonicité musculaire, en effet, n'est pas ici mise en jeu.

Ajoutons, avant de quitter ce sujet, que le curare n'exerce aucune action sur les mouvements rhythmés des muscles lisses. Nous avons obtenu chez les grenouilles curarisées des tracés semblables à ceux que nous ont donnés les intestins de grenouilles normales. Les fibres musculaires lisses sont donc sur ce point analogues aux fibres musculaires du cœur et diffèrent, au contraire, de ce que nous avons observé sur les cœurs lymphatiques.

Il nous reste à parler d'une question importante, celle du *temps perdu*. Quel que soit l'agent excitant, le *temps perdu*, c'est-à-dire le temps qui s'écoule depuis le moment de l'excitation jusqu'au moment où la contraction commence à se manifester, est relativement très-considérable.

quand l'irritation est produite au moyen de l'électricité ou de la chaleur. Dans nos expériences, le temps perdu a varié entre deux et cinq secondes, suivant l'animal en expérience et suivant l'intensité de l'excitation. Plus cette intensité est considérable, plus le temps perdu diminue. Les différences que l'on constate ainsi sont si accusées qu'il ne serait d'aucune utilité de faire des mesures exactes.

A côté de cette question, s'en présente une autre, celle de l'étendue de la contraction, c'est-à-dire du retrait que la contraction fait éprouver au muscle. Nous avons excité un estomac de grenouille en un point dont nous avions auparavant mesuré le diamètre ; nous avons mesuré ensuite le diamètre de l'anneau dur produit par la contraction au niveau du point excité. Nous avons trouvé une différence variant dans le rapport de 12 à 5, c'est-à-dire de plus du double, lorsque nous employions une forte excitation. Le muscle revient donc sur lui-même de plus de la moitié de sa longueur.

En résumant ce que nous venons d'étudier en détail, nous voyons que les muscles lisses diffèrent des muscles striés en ce que le temps perdu est beaucoup plus grand, que la contraction est plus lente comme la décontraction, et que la diminution de longueur est plus considérable.

Trouvons-nous dans la structure des fibres musculaires lisses la raison de ces différences ?

Vous vous souvenez que la fibre musculaire lisse est constituée par des fibrilles dont la direction est parallèle à l'axe de l'élément. Ces fibrilles s'étendent dans toute la longueur de la fibre-cellule, de telle sorte que les marginales sont plus courtes que les centrales. Il nous a été impossible de distinguer quelque chose d'analogue aux stries transversales des muscles volontaires.

La fibrille du muscle lisse n'est donc pas l'analogue de la fibrille du muscle strié ; nous devons la considérer comme le représentant morphologique d'un des disques épais de la fibrille striée, c'est-à-dire comme un disque épais colossal. Serait-ce là, Messieurs, la cause de la lenteur de la contraction des fibres lisses ? Je suis disposé à le croire. Nous avons vu, en effet, que la contraction ne peut pas se produire sans combustion, par conséquent sans

apport d'oxygène et que, d'autre part, elle donne lieu à des déchets qui doivent être éliminés. Or la fibrille musculaire lisse, c'est-à-dire l'élément contractile proprement dit a, par suite de ce que nous venons de dire, une surface beaucoup moins étendue par rapport à sa masse, que celle que possède le disque épais, considérablement morcelé par des plans de clivage transversaux qui multiplient sa surface à l'infini. Il en résultera que les échanges (qui s'opèrent naturellement toujours par les surfaces) s'effectueront avec beaucoup moins de facilité, et par conséquent les mouvements devront se faire avec beaucoup plus de lenteur dans la fibre musculaire lisse.

Quant à la grandeur de la contraction relativement à celle dont les muscles striés sont susceptibles, elle s'explique facilement. Dans la fibrille du muscle strié, une partie seulement est contractile, c'est le disque épais ; nous avons vu que le disque mince ne participe pas à la contraction, qu'il ne revient pas sur lui-même et ne diminue pas d'épaisseur. Il n'y a donc en réalité qu'une partie de la fibrille musculaire striée qui perd de sa longueur. La fibrille musculaire lisse est, au contraire, formée uniquement de substance contractile dans toute sa longueur ; il est très concevable, par conséquent, qu'elle soit capable d'un retrait plus considérable.

Un fait sur lequel j'insisterai encore et sur lequel j'ai appelé déjà votre attention, c'est que les fibrilles musculaires sont groupées en faisceaux que nous avons appelés cylindres primitifs. Entre ces cylindres se trouve répandue de la substance protoplasmique. Il est probable que cette disposition a pour but de faciliter les échanges sans lesquels la réparation de la fibre musculaire serait impossible.

De même que dans les fibres musculaires striées, nous voyons ici le protoplasma répandu partout, occupant les intervalles des éléments spécialement destinés à la contraction, c'est-à-dire des cylindres primitifs. Il les unit et les sépare, en leur servant, pour ainsi dire, d'atmosphère, et en constituant le milieu actif dans lequel s'opèrent les échanges nutritifs, par lequel arrivent les matériaux de ces échanges, et au sein duquel sont expulsés les déchets.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Dames visiteuses dans les Hôpitaux.

Nos lecteurs trouveront plus loin (page 377) le résumé d'une discussion qui a eu lieu au Conseil municipal (séance du 29 avril), au sujet de la pression religieuse, exercée sur les malades des hôpitaux, par les *Dames visiteuses*. Ces dames, sous prétexte de venir apporter quelque secours aux malheureux dépourvus de famille et d'amis, se laissent, en effet, aller trop souvent à faire de la propagande cléricale. Presque toutes sont d'ardentes fanatiques, toujours prêtes à user de leurs séductions et de leur influence auprès de ceux que la sœur leur a désignés comme ayant besoin, non pas seulement de secours temporels, mais surtout de secours spirituels.

Il serait à désirer que ces visites, bonnes en elles-mêmes et que nous ne pouvons qu'approuver si la liberté de conscience du malade est absolument respectée, ne restassent pas la spécialité des pieuses zélatrices qui ont motivé cette discussion. Nous voudrions qu'un plus grand nombre de dames daignassent s'occuper un peu de nos malades pauvres et déshérités. La mission des visiteuses, restant ce qu'elle doit être, est une noble mission, mission de charité, d'espérance, de consolation, et nous aimerions à la voir remplir par les femmes des médecins des hôpitaux et des professeurs de la Faculté de médecine. C'est à elles de donner cet exemple qui serait certainement suivi.

Loin donc de demander la suppression des dames visiteuses, nous nous déclarons non-seulement partisan de leur maintien, mais encore de leur extension la plus large possible, à cette condition expresse, toutefois, que la réserve que nous avons formulée, soit strictement observée. La suppression des visiteuses serait d'ailleurs en pratique d'une impossibilité absolue. Tout le monde sait, en effet, combien nos hospices et hôpitaux sont d'un accès facile. Les jeudis et les dimanches, chacun pénètre dans les hospices, librement, sans subir aucune interrogation, sans aucune formalité. Pour les hôpitaux, les précautions prises sont illusoires, puisqu'il suffit de donner le premier nom venu, de désigner une salle ou le numéro d'un lit, pour voir aussitôt les portes s'ouvrir, si l'on se présente à l'heure où les parents peuvent visiter leurs malades.

Pour nous résumer, nous disons que l'Administration doit continuer les autorisations qu'elle a données jusqu'à présent et en accorder de nouvelles, lorsque les personnes qui les réclameront offriront les garanties désirables. Son rôle doit se borner à veiller à ce que les sœurs fournissent également à chaque dame visiteuse les renseignements dont elle peut avoir besoin ; à protéger les malades qui se plaindraient d'être importunés ; enfin, à faire en sorte que les objets de consommation laissés par les visiteuses ne soient délivrés qu'après avis du chef de service.

A. B.

Hygiène hospitalière : Suppression des rideaux des lits.

Dans le *Rapport sur le projet de budget de l'Assistance publique pour 1879*, nous appelions, dans les termes suivants, l'attention de l'Administration sur une réforme utile, au point de vue de l'hygiène, et en même temps économique :

Les fenêtres des salles et des lits sont garnis de rideaux qui ne sont blanchis que deux fois au plus par an. Si la présence de rideaux aux fenêtres est utile, il est loin d'en être de même des rideaux et des garnitures des lits. Ces ornements sont peut-être agréables à l'œil, mais ils rendent la surveillance plus difficile et constituent de véritables foyers pour les poussières et les miasmes de toute nature. Dans quelques services, les lits sont dépourvus de rideaux (salles des hospices de Bicêtre, la Salpêtrière, quartiers d'aliénés, hôpitaux d'enfants, etc.). En provoquant sur ce sujet l'avis du service médico chirurgical des hôpitaux, on arriverait progressivement à supprimer, au grand bénéfice de l'hygiène hospitalière, les rideaux des lits dans tous les hôpitaux et hospices et il en résulterait une diminution dans les dépenses de blanchissage.

De nouvelles visites dans les hôpitaux, des renseignements pris auprès de quelques-uns de nos collègues, n'ont fait que confirmer cette opinion que nous avons exprimée de nouveau dans le *Rapport sur le budget de l'Assistance publique pour 1880* : Ainsi, il n'y a pas de rideaux dans les asiles d'aliénés de Sainte-Anne, de Vaucluse et de Ville-Evrard, et cela aussi bien dans la division des femmes que dans celle des hommes ; il n'y en a pas non plus à l'hôpital du Midi, ni à la Maternité, etc.

Une discussion récente à la *Société médicale des hôpitaux*, reproduite dans le compte-rendu officiel, publié par l'*Union médicale* (2 mai), apporte à l'opinion que nous avons soutenue un puissant appui. Cette discussion s'est engagée à propos d'une communication de M. Vallin, sur les *appareils à désinfection applicables aux hôpitaux et aux lazarets*. Nous cédons la parole à nos collègues.

M. Constantin Paul : Je profiterai des observations de M. Vallin, en attendant l'établissement d'appareils de désinfection dans les hôpitaux, pour

parler simplement du changement des rideaux. Les rideaux de lit de nos malades sont changés deux fois par an seulement ; quand un malade meurt ou quitte l'hôpital, les rideaux restent et peuvent, ainsi que je l'ai vu, servir à la transmission de certaines maladies aux nouveaux arrivants. Ne pourrait-on pas obtenir que l'on changeât les rideaux avec la literie chaque fois qu'un lit d'hôpital devient vacant.

M. Hervieux : Pourquoi ne pas supprimer les rideaux des lits, comme cela a été fait à la Maternité ? Ce serait beaucoup plus simple et plus avantageux. Et si les femmes se passent de rideaux à la Maternité, où elles sont exposées à être plus souvent découvertes, et à en avoir plus souvent besoin, pourquoi ne les supprimerait-on pas aussi dans les salles ordinaires d'hommes ou de femmes.

M. Dujardin-Beaumetz : Mais nos femmes malades ont besoin de rideaux pour se soustraire aux regards de l'infirmier, toujours présent dans les salles. Cet inconvénient, j'en conviens, n'existe pas à la Maternité.

M. Hervieux : Il existe parfaitement dans nos salles, et la présence de cet infirmier n'incommode point mes malades et ne gêne point le service.

M. Dujardin-Beaumetz : Je reconnais que l'absence de rideaux aux lits des militaires malades est très avantageuse.

M. Ernest Besnier : Il faudrait, ou supprimer entièrement les rideaux ou soumettre à la désinfection toute la literie simultanément. En attendant qu'on fasse mieux, ne serait-il point possible de passer à l'étuve tous les linges ? Ce qui coûterait fort peu et serait extrêmement efficace.

M. H. Guéneau de Mussy : En Angleterre, où la pudeur, comme vous vous le savez, est très en honneur, un paravent qu'on change de place selon les besoins du service, remplace admirablement les rideaux qui n'existent point.

M. Ferrand : Il y a autre chose à considérer avec les rideaux ; ils cachent aux malades voisins le triste spectacle des mourants, et c'est bien quelque chose.

M. Hervieux fait remarquer l'indifférence absolue des malades à cet égard, indifférence qui peut même s'appeler de l'égoïsme.

M. Delasiauve insiste sur l'interception de l'air par les rideaux, et sur l'encombrement qui en résulte ; il demande et motive leur suppression.

M. Labbé fait remarquer, au contraire, leur utilité en ce sens qu'ils soustraient les malades aux courants d'air si souvent pernicieux.

Cette discussion montre que tout le monde est d'accord pour reconnaître des inconvénients au système actuel. Les arguments invoqués en faveur de la suppression des rideaux nous semblent péremptoires. Quant à la protection des malades, soit contre les courants d'air, soit contre l'aspect de la mort, elle est très facile : M. G. de Mussy l'a indiqué. Il y a donc lieu pour l'Administration de s'occuper sérieusement de cette question. Nous espérons trouver sa réponse dans le *Projet de budget pour 1881*.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances de Septembre 1879.

M. Méhu complète sa note du mois précédent et affirme que l'addition du sucre à l'urine rend complet le dégagement de l'azote dans le *dosage de l'urée* par l'hypobromite, sans pour cela qu'il y ait un excès de ce gaz, quand le sucre employé est parfaitement pur.

M. Arloing étudie l'action du *formiate de soude* sur l'économie. C'est un médicament défervescent qui pourrait remplacer avantageusement le salicylate de soude dans tous les cas où l'on redoute une congestion du rein ou de l'endocarde.

MM. Richet et Brissaud ont fait un certain nombre d'expériences sur des malades *hystéro-épileptiques*. Ils ont vu qu'il était possible de provoquer artificiellement la contracture chez ces malades par la simple tension brusque du muscle. — L'ischémie du muscle fait cesser cette contracture qui revient dès que le sang peut irriguer de nouveau les fibres contractiles. — On pourrait donc, suivant les deux expérimentateurs donner le nom de contractures myo-réflexes à celles qu'ils ont observées.

M. Chauveau fait connaître à l'Académie un certain nombre de recherches qu'il a faites sur l'*inoculation du charbon chez les moutons*. Il a vu que les moutons algériens de race barbarine résistaient à l'inoculation. Si cela est un caractère de leur race on voit quelle importance peut avoir cette remarque. Elle en a plus encore si cette singulière immunité leur vient d'une affection antérieure qui serait une sorte de vaccine du charbon.

M. Arloing lit sur l'*action du chloral* une note dont voici les conclusions : 1° le chloral se décompose en chloroforme et en formiates alcalins dans le sang des animaux ; 2° ses effets anesthésiques sont dus au chloroforme ; 3° les formiates alcalins favorisent mécaniquement leur production en augmentant la vitesse de la circulation et en facilitant ainsi l'imprégnation des éléments nerveux par l'agent anesthésique.

M. Sédillot lit un mémoire sur l'*évolution en médecine.*

M. Esbach envoie une note nouvelle contredisant les conclusions de M. Méhu à propos de l'*utilité du glucose* pour le dosage de l'urée.

MM. Gosselin et A. Bergeron ont étudié *in vitro* l'action des substances antiseptiques sur la *putréfaction du sang*. Ils ont vu que dans les conditions où ils opéraient il était nécessaire d'élever assez haut la dose d'acide phénique pour obtenir un arrêt de la putréfaction.

MM. Couty et de Lacerda ont pu obtenir avec le *strychnos triplinervia* tous les effets du curare. L'avantage physiologique de la substance nouvelle qu'ils font connaître c'est que ses effets peuvent être arrêtés aux différentes périodes de la curarisation.

P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er mai 1880. — Présidence de M. A. Moreau.

Imperforation du vagin : rétention des règles. — M. Dumontpallier communique l'observation d'une malade de son service, entrée à l'hôpital de la Pitié, pour une pelvi-péritonite. Cette femme, âgée d'une trentaine d'années, n'avait jamais été réglée. Elle se plaignait de douleurs dans le ventre qui devenaient plus aiguës régulièrement tous les mois. Les poussées successives de pelvi-péritonite ont fini par emporter la malade. A l'autopsie, on a reconnu d'abord que le vagin était imperforé : un petit repli en forme de cul-de-sac réunissait les petites lèvres l'une à l'autre. En sectionnant, on a trouvé une cavité vaginale dans laquelle venait s'ouvrir le col de l'utérus. La cavité du col elle-même ne communiquait pas avec la cavité du corps ; elle en était séparée par un repli fibreux assez épais. Il n'y avait pas de sang dans l'utérus qui était simplement rempli d'une matière analogue à du mastic. L'examen des pièces montre que l'opération n'aurait pas réussi, si on l'avait pratiquée.

M. Henneguy lit une note relative au *développement des poissons osseux* en général et de la truite en particulier.

Lésions oculaires après la section de la branche ophthalmique de la 5e paire. — M. Laborde montre un lapin sur lequel il a pratiqué par son procédé la section intra-crânienne de la branche ophthalmique du trijumeau. Après l'opération, il s'est produit d'abord une insensibilité complète de la conjonctive et de la cornée. La cornée a conservé sa transparence. Mais plus tard un épanchement purulent s'est formé dans la chambre antérieure de l'œil : la cornée s'est amincie et ulcérée, et le pus a filtré à travers l'ouverture cornéenne. La section de la branche ophthalmique chez ce lapin remonte à treize jours. M. Laborde conclut de ce fait et de quelques autres semblables observés dans son laboratoire, que, dans la section de la branche ophthalmique, les troubles trophiques de l'œil ne débutent pas par la cornée, mais par la chambre antérieure. La lésion de la cornée est toujours consécutive. Les accidents se calment d'habitude au bout de trois semaines, et il ne reste qu'une taie de la cornée.

M. Mathias Duval vient confirmer l'opinion M. Laborde. Chez plusieurs lapins qui avaient eu une section de la cinquième paire dans le crâne, il a trouvé la chambre antérieure de l'œil pleine de pus. La cornée était normale pendant les huit premiers jours. Ce n'est qu'au treizième jour qu'on constatait au microscope une prolifération des cellules de la cornée. Que se passe-t-il dans ces différents cas ? M. Duval compare cette expérience avec celle qu'a répétée plusieurs fois Claude Bernard sur le grand sympathique. On sait en effet, que la sec-

tion du grand sympathique au-dessous du ganglion cervical inférieur amène chez les chiens la formation d'une pleurésie purulente. Le nerf trijumeau semble donc être à la chambre antérieure de l'œil ce que le sympathique est à la plèvre.

M. PONCET. La section de la branche ophthalmique et les accidents signalés par M. Laborde du côté de la chambre antérieure, se rapportent aussi, d'une façon incomplète, il est vrai, à une opération mise en honneur, par M. Boucheron, à l'*énervation*. Il y a cinq ans, M. Boucheron m'avait donné à examiner un œil de chien qu'il avait énervé, et sur cet œil, sain en apparence, j'ai trouvé des altérations profondes de la choroïde, de la rétine et du corps vitré. La choroïde perd son épithelium; la rétine est infiltrée de pigment, le corps vitré s'organise et se ratatine.

C'est le processus atrophique de l'œil. Pour moi, les troubles que rencontre aujourd'hui M. Laborde sont du même genre; c'est une irido-cyclite, une lésion choroïdienne.

Il en résulte que l'*énervation* de l'œil, dont quelques opérateurs déjà se sont plaints, si elle arrête à peu près certainement l'iritis sympathique, ne doit pas être considérée comme mettant tout à fait à l'abri de l'atrophie du globe malade. Il y a plus, les nerfs ciliaires coupés paraissent se régénérer et rétablir la sensibilité. Quant à la cornée, supportera-t-elle mieux la coque artificielle? Non. Les cornées insensibles sont disposées aux ulcères par le moindre traumatisme. En somme, la nouvelle expérience de M. Laborde démontre bien, ce qu'il fallait redouter pour l'énervation, l'existence de lésions profondes de l'œil après la section de la branche ophthalmique, et, à plus forte raison, après celle des nerfs ciliaires.

Anatomie de l'amphyoxus. — M. POUCHET signale une disposition particulière des cellules de la chorde dorsale chez l'amphyoxus. L'auteur a trouvé une masse de petits noyaux dans les cellules de l'extrémité de la chorde. Ces faits sont en désaccord avec l'opinion de M. Joseph Renault qui, dans une note présentée récemment à l'Académie des sciences, a soutenu que les cellules de la chorde dorsale de l'amphyoxus n'avaient pas de noyaux.

La goutte. — M. DELAUNAY, appliquant à la pathologie la méthode qu'il a déjà appliquée à l'anatomie et à la physiologie, étudie la goutte suivant toutes les circonstances biologiques qui augmentent ou diminuent la nutrition. Voici les conclusions de son travail. La goutte frappe les individus et les parties les plus nourris et les plus avancés en évolution : races supérieures, hommes, adultes, forts, côté droit, appareils et organes de la vie animale. Elle agit donc en raison directe de la nutrition; étant intense (aiguë), quand la nutrition est intense; ou peu intense (chronique) quand la nutrition est peu intense. Et la preuve qu'elle agit en raison de la nutrition, c'est qu'elle est provoquée et accrue par toutes les circonstances physiologiques ou mésologiques qui augmentent la nutrition : excès d'aliments, excitants, aménorrhée, ménopauses, situation déclive, fonctionnement, soir, hiver, climats froids.

Au contraire, la goutte est prévenue ou diminuée par les circonstances contraires qui diminuent la nutrition : alimentation légère, menstruation, repos, matin, été, climats chauds, plateaux élevés. De même les maladies qui diminuent la nutrition : flux, diarrhée, hémorrhoïdes, etc., diminuent la goutte. M. Delaunay explique les phénomènes de métastase et de métaptose, en montrant que les causes individuelles ou mésologiques qui déplacent le sang déplacent en même temps le siége du mal.

Enfin, l'antagonisme signalé entre la goutte et la tuberculose s'explique par cette considération que les phthisiques ne sont pas sujets à la goutte parce qu'ils sont faibles, tandis que les goutteux sont exempts de la phthisie parce qu'ils sont forts.

La goutte est donc une maladie en raison inverse de l'évolution et de la nutrition. Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. LABORDE fait une communication sur la *section partielle du trijumeau dans le crâne* (branche ophthalmique) *par un procédé nouveau, et sur les modifications fonctionnelles provoquées du côté de l'œil par cette lésion expérimentale.* Le procédé expérimental employé consiste à attaquer le nerf trijumeau par la base du crâne, au lieu de chercher à l'atteindre, comme le faisait Cl. Bernard, par la partie supérieure, en avant et un peu au-dessus du conduit auditif externe, de façon à pénétrer dans la fosse temporale moyenne. Par le nouveau procédé, on prend pour point de repère, chez le lapin, qui est habituellement le sujet de ces expériences, le condyle du maxillaire inférieur; et la pointe de l'instrument est dirigée obliquement de dehors en dedans et d'arrière en avant, du côté de la fosse ptérygo-maxillaire, de manière à pénétrer dans la cavité temporale antérieure et à côtoyer exactement avec la pointe et le tranchant de l'instrument la paroi osseuse interne de la cavité crânienne en question; en portant alors la pointe tranchante vers l'émergence du trijumeau, non loin et en avant du ganglion de Gasser, on opère la section plus ou moins complète du nerf; on est averti de l'atteinte réelle de ce nerf par les cris très douloureux de l'animal. Dans ces conditions, l'animal ne présente pas d'autres phénomènes attribuables à l'intervention expérimentale, que ceux qui sont bornés à l'organe de la vision et qui sont sous la dépendance de la section plus ou moins complète des fibres ophthalmiques de la 5e paire. Sous l'influence de cette section, on observe du côté du globe oculaire, d'abord des phénomènes vasculo-dilatateurs, sur la conjonctive oculaire, puis le champ cornéen devient opaque, la chambre antérieure devient purulente et cette collection purulente ne tarde pas à se faire jour du côté de la cornée, en provoquant encore plusieurs ulcérations et perforations de celle-ci; enfin, l'épanchement purulent dans la chambre antérieure (hypopion) ayant pris fin et s'étant successivement vidé par les ulcérations cornéennes consécutives, celles-ci deviennent l'objet d'un travail réparateur, laissant des points opaques.

En somme, l'intéressante communication de M. Laborde montre qu'en pratiquant une section partielle du trijumeau de la branche ophthalmique de Willis, on provoque des lésions oculaires, dont la détermination est mal interprétée et méconnue. Jusqu'à ce jour, on admettait que les troubles trophiques de la cinquième paire se traduisaient du côté de l'œil par des kératites, avec toutes leurs conséquences. Aujourd'hui, M. Laborde prouve que les lésions oculaires prennent une marche et une succession bien différentes. En effet, il a constaté, et les préparations histologiques recueillies par M. Mathias Duval en font foi, que la section de la branche ophthalmique produit un épanchement de pus dans la chambre antérieure de l'œil, et consécutivement une perforation de la cornée, une plaie cornéenne.

M. LEFORT lit plusieurs rapports officiels sur les *eaux minérales.*

M. DEPAUL communique un cas de *variole congénitale.* Il s'agit d'une femme, âgée de trente-trois ans, qui est entrée une première fois à la Clinique des accouchements, le 12 mars 1880; elle était alors enceinte et déclarait que ses règles n'avaient pas paru depuis le 18 décembre. Vers la fin du mois de janvier, quoique vaccinée, elle avait été atteinte de la variole. Lors de sa rentrée à l'hôpital, elle était très souffrante, amaigrie, et sollicitait plutôt un repos de quelques jours qu'une intervention obstétricale. Elle se rétablit et quitta le service pour reprendre ses occupations. Plus tard, vers le 30 avril, elle revint à l'hôpital, étant en travail et fit une fausse couche, elle expulsa, en effet, un fœtus du sexe masculin et pesant 820 grammes. En examinant ce fœtus, M. Budin, chef de clinique, fut d'avis qu'il avait la variole; l'enfant était macéré et présentait sur divers points de son corps des pustules. Or, cette femme avait eu une variole confluente au mois de janvier 1880, elle était alors enceinte de deux mois, et, lorsqu'elle se présenta à la Clinique, elle était enceinte de quatre mois et demi. Quoique la grossesse ne fût pas plus avancée, les battements du cœur du fœtus furent nettement perçus, il en résulte que l'enfant aurait succombé après la première sortie de l'hôpital.

Le placenta était également malade et portait un grand nombre de points de dégénérescence graisseuse ou fibro

graisseuse. On pourrait donc, à la rigueur, se demander si l'enfant a succombé à l'altération du placenta ou à la variole.

M. BLOT cite le cas d'une femme qui aurait contaminé son enfant, sans avoir la variole, de sorte que la mère aurait servi purement et simplement de véhicule au virus variolique.

M. DEVILLIERS rapporte qu'en 1842 il a été à même de constater l'existence de la variole chez un enfant mort-né, âgé de 7 mois, bien que la mère n'eût jamais été atteinte de variole.

M. PASTEUR fait une lecture sur l'*extension de la théorie des germes à l'étiologie de quelques maladies communes*, telles que les furoncles, l'ostéomyélite et la fièvre puerpérale. Dans chacune de ces maladies, M. Pasteur a recueilli avec soin le pus collecté, quel que fût sa provenance (furoncles, os, lochies); puis il le cultiva et le soumit à une rigoureuse observation. Il a été ainsi amené à découvrir l'existence d'un parasite, ayant la forme de grains isolés ou en chapelets flexibles, et mesurant un millième de millimètre de diamètre : ce sont les organismes du pus.

Le furoncle, notamment, renfermerait un parasite microscopique, aérobie ; en présence de ces faits expérimentaux, et malgré les desiderata de ses recherches, principalement dans la fièvre puerpérale ou il n'existe pas de parasite proprement dit, M. Pasteur conseille une méthode thérapeutique antiseptique, soit en recourant à l'acide phénique, soit en employant de préférence l'acide borique. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 18 juillet 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

5. Ectopie rénale gauche congénitale; par M. WINS, externe des hôpitaux.

Chez une malade, qui avait occupé longtemps dans le service de M. FERRAND, à l'hôpital Laënnec, le lit n° 15 de la salle Saint-Julien, la nommée G... (Catherine), âgée de 64 ans, et qui succomba aux suites d'une affection cardiaque, nous trouvâmes à l'autopsie une ectopie rénale gauche que rien, durant la vie du sujet, n'eût pu faire soupçonner.

Le rein droit occupe ses rapports habituels, mais le gauche est placé en grande partie dans la cavité du petit bassin ; la capsule surrénale du même côté est à son siége ordinaire.

Le rein, de volume normal, est un peu déformé : accollé à la partie postéro-latérale gauche du petit bassin, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, il n'exerce sur l'artère et la veine iliaques gauches aucune compression, entouré d'ailleurs d'un tissu cellulo-graisseux qui le maintient fixé. Son extrémité supérieure correspond à une ligne horizontale passant par l'angle sacro-vertébral. Sa face antérieure est recouverte par le péritoine qui la tapisse, mais elle répond directement au ligament large gauche porté un peu en avant et tendu par suite de la déviation de l'utérus En effet, le rectum qui a cédé sa place au rein, est venu se placer sur la partie latérale droite de la face antérieure du sacrum, et a en avant de lui porté même un peu à droite l'utérus légèrement déformé et dévié, auquel le relient des néo-membranes résistantes.

Considérant maintenant quelle était la disposition des vaisseaux du rein, nous voyons que deux artères viennent y aboutir. L'une, la rénale, naît directement du point de bifurcation de l'aorte abdominale et descend un peu obliquement à gauche et en arrière pour gagner le hile; elle ne naît pas d'un tronc commun avec la sacrée moyenne qui occupe sa position habituelle ; la seconde, partie d'une des branches de l'hypogastrique, vient se rendre à l'extrémité inférieure de l'organe.

La veine rénale vient aboutir au point de jonction des deux veines iliaques se réunissant pour constituer le tronc de la veine cave inférieure, après avoir passé sous l'artère iliaque droite.

L'uretère se dirige à sa sortie du hile directement en bas et n'a d'anormal que sa brièveté, il vient en effet s'ouvrir dans la vessie, comme il le fait normalement.

Ces différentes parties, artère, vessie, uretère ont leur position habituelle par rapport l'une à l'autre.

Le point d'origine et d'arrivée de l'artère et de la veine rénales indique bien qu'il s'agit ici d'une ectopie rénale congénitale et non accidentelle : de plus, je ferai remarquer que le rein est contenu au moins dans ses deux tiers inférieurs dans le petit bassin, position qui lors d'ectopie rénale doit être rare et qui même n'a pas dû être signalée par les divers auteurs qui parlent de cas d'anomalies de ce genre. Ainsi, M. Sappey, dans son traité d'anatomie, rapporte que dans les divers déplacements congénitaux des reins, l'organe a été trouvé dans les différentes parties de l'abdomen et dans la région iliaque le plus souvent ; quand il s'est rapproché de la cavité du petit bassin, il a été rencontré : 1° sur le détroit supérieur du bassin ; 2° au devant de l'angle sacro-vertébral ; 3° au devant du rectum ; 4° au devant du rectum et en arrière de la vessie. Mais aucune observation ne mentionne cette situation du rein dans la cavité pelvienne avec transposition du rectum que nous signalons.

Il semble que cette situation pourrait précisément, dans le cas de grossesse avoir de fâcheux inconvénients : cette femme chez laquelle elle existait fut trois fois enceinte : la première grossesse a été menée à terme, la seconde a été interrompue par une fausse couche ou un avortement, nous ne pouvons préciser, et la troisième a été la cause de douleurs excessivement vives au moment de l'expulsion du fœtus. Ce sont là les seuls renseignements que nous avons pu recueillir.

6. Atrophie du lobe cérébelleux droit; par MM. FOUCAULT et MALOIZEL.

M. Houel présente au nom de MM. FOUCAUT, médecin à Fontainebleau, et MALOIZEL, médecin de l'hôpital, un cervelet qui présente une asymétrie des plus remarquables.

Cette pièce provient d'un individu de 32 ans environ. Cet individu, depuis sa plus extrême jeunesse, n'a jamais paru jouir de sa pleine raison. Il ne fut jamais propre sur lui, ni dans son lit, il n'a jamais présenté d'affection pour personne, même pour son père et sa mère qu'il ne reconnaissait pas. On l'occupa à différents travaux tels que garder les bestiaux, il s'en acquittait fort mal, les attachait à des arbres ou à une pierre et ne s'en occupait pas. Dans les cinq derniers jours de sa vie, il a cessé de manger, il a perdu toute pudeur, il se déshabille et se découvre continuellement. Il semble donc résulter de ces quelques renseignements que l'on a affaire à un idiot, gâteux de vieille date, sinon de naissance.

Cet homme, étant devenu dangereux, fut sur l'ordre du maire de sa commune placé sur une charrette et apporté à l'hôpital de Fontainebleau, ce qui semble ne pas s'être fait sans peine, à en juger par les écorchures multiples que présentait son corps. Il y avait donc eu un accès de manie aiguë. A son arrivée à l'hôpital cet homme était dans un état de résolution avec insensibilité complète du côté gauche, il mourut le jour de son arrivée.

A l'AUTOPSIE le cerveau présentait une notable adhérence le long du sinus longitudinal, avec une quantité de sérosité dans la cavité arachnoïdienne beaucoup plus grande que dans l'état ordinaire. Les ventricules cérébraux étaient sensiblement dilatés et pleins de sérosité roussâtre. La substance cérébrale paraissait saine, elle était même ferme, sans trace de lésion récente hémorrhagique ou de ramollissement.

Le cervelet présente une asymétrie des plus complètes, le lobe droit est notablement plus petit que le gauche, ce lobe est le siége d'une atrophie avec induration qui porte sur la partie qui est en arrière du grand sillon supérieur de Vicq-d'Azir. A ce niveau, les méninges étaient épaisses, gélatineuses, inégales, à surface mamelonnée, chagrinée.

A la coupe, le cervelet était si consistant qu'il criait sous le couteau. Toute la portion extrême de l'arbre de vie est constituée d'une masse uniformément blanche, dense, à peine vasculaire. La coupe verticale en est triangulaire, la base répondant à la surface, le sommet se perdant dans l'axe blanc de l'arbre de vie. Les bords latéraux curvilignes sont nettement délimités.

7. Epanchement sanguin sous-muqueux et rupture traumatique de l'intestin; par DESNOS, interne des hôpitaux.

Le nommé M.., âgé de 68 ans, était traité depuis plusieurs

semaines dans le service de M. LAILLIER, à l'hôpital Saint-Louis pour un ulcère variqueux de date ancienne. C'est un homme assez robuste, d'une bonne santé habituelle. Depuis six ans il porte une hernie inguinale gauche qui, malgré une contention habituelle, n'a cessé d'augmenter et offre aujourd'hui le volume d'une petite orange. Elle avait toujours été facilement réductible quand, il y a huit jours, le 14 avril, elle résista aux manœuvres qui, jusqu'ici, l'avaient fait rentrer facilement. Le malade exerça alors des efforts assez violents qui durèrent près d'une demi-heure et qui amenèrent la réduction. Pendant les jours suivants, des douleurs assez légères, mais continues, se montrèrent non seulement au niveau de l'orifice herniaire, mais dans tout l'abdomen, douleurs de colique sur lesquelles le malade n'appela pas l'attention ; elles s'accompagnaient d'une légère constipation. Pendant tout ce temps, la hernie demeura facilement réductible.

Huit jours après, le 21 avril, survient un nouvel obstacle à la réduction. Le malade renouvelle ses tentatives à plusieurs reprises, modérées d'abord, puis bientôt avec une grande violence ; enfin, il appliqua son bandage sur la hernie non réduite et y exerça des pressions énergiques. Les manœuvres, commencées à midi, provoquèrent une douleur de plus en plus vive et un vomissement avait déjà eu lieu, quand l'interne de garde fut appelé, à quatre heures et demie seulement, il opéra assez facilement la réduction, après un taxis méthodique. Il n'y avait pas à ce moment d'autre symptôme local que la douleur ; pas de rougeur ni d'œdème de la région inguino-scrotale.

Mais après la réduction, les accidents, loin de diminuer, devinrent rapidement de plus en plus graves. La douleur était moins aiguë au niveau de l'orifice inguinal, mais une tension pénible occupait tout l'abdomen. Les vomissements devinrent plus fréquents ; bilieux et porracés d'abord, ils ne furent fécaloïdes que le lendemain. En outre, il survint rapidement un état général grave ; l'anxiété était extrême, l'agitation vive. Le lendemain matin, le malade fut transporté dans le service de M. Le Dentu, où nous avons constaté l'état suivant :

L'abdomen, modérément distendu, rend un son tympanique; l'exploration en est douloureuse, mais peut être facilement supportée. Le tympanisme est généralisé, sans être plus accusé dans une région particulière ; les parties déclives ne semblent pas contenir de liquide. Rien d'appréciable au niveau de l'orifice inguinal; la hernie ne s'est pas reproduite, mais il existe un gonflement œdémateux qui ne permet pas une exploration minutieuse. Depuis vingt heures, il n'y a pas eu de selles. Les vomissements d'abord bilieux et porracés, sont devenus fécaloïdes depuis peu de temps. La température axillaire est de 37°, 9. L'état général est mauvais, l'anxiété est grande, le facies tiré, les yeux excavés, les globes oculaires fixes, la langue sèche. La persistance des accidents après la réduction, la température assez basse, l'absence de selles et de gaz rendus par l'anus, les vomissements fécaloïdes firent penser soit à une réduction en masse, soit à l'existence d'un second sac et M. Le Dentu se décida à intervenir. Une incision pratiquée suivant la direction du trajet inguinal permit d'arriver sur l'orifice interne qui fut trouvé libre de toute anse intestinale et d'épiploon, mais à ce niveau existait un amas de fausses membranes blanchâtres crémeuses qui furent repoussées, et alors s'écoula une quantité assez abondante d'un liquide légèrement trouble, chargé de fausses membranes, d'odeur faiblement stercorale. L'incision fut agrandie; les anses intestinales les plus voisines examinées, ne parurent être le siége d'aucune perforation; elles ne portaient aucune trace d'étranglement. L'écoulement liquide persistant, un drain fut laissé dans la plaie sur laquelle on appliqua un pansement antiseptique. Mais, une demi-heure après, les vomissements reparurent fécaloïdes ; il n'y eut pas de selles ni d'émission de gaz par l'anus ; le collapsus devint de plus en plus profond et le malade mourut à 3 heures de l'après-midi, avec une température de 36°.

AUTOPSIE. — La cavité abdominale est remplie d'un liquide analogue à celui qu'on a vu s'écouler pendant l'opération. L'odeur stercorale est plus prononcée, et la couleur est légèrement jaunâtre. En outre, dans tout l'abdomen, flotte une quantité de fausses membranes assez épaisses, adhérant aux anses intestinales qu'elles agglutinent les unes aux autres sur plusieurs points. Dans la fosse iliaque gauche, elles forment une espèce de gâteau de faible consistance, et cloisonnent un espace où le liquide épanché présente une apparence et une odeur stercorales non douteuses. La portion d'intestin ainsi isolée de la cavité péritonéale est déroulée avec soin, et, sur un point, on trouve une solution de continuité peu étendue et qui constitue la seule lésion appréciable à sa surface externe. Il n'en est pas de même au niveau de la muqueuse.

Incisé, le tube intestinal parait normal sur toute son étendue, excepté aux environs de la perforation. Celle-ci siége à 1 mètre 50 centimètres au-dessus du cœcum. Elle présente une longueur d'environ 1 centimètre; ses bords ne sont pas réguliers et comme taillés à l'emporte-pièce ; mais déchiquetés, et en les rapprochant après les avoir écartés, on voit qu'ils se correspondent et qu'à une saillie vient s'opposer une dépression. Toutes les tuniques de l'intestin ont été divisées à la fois, et on ne constate pas d'amincissement à la périphérie. C'est une sorte de fissure un peu sinueuse, dirigée perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Au-dessus et au-dessous, la muqueuse est rouge et vascularisée dans une étendue de 20 à 25 centimètres. En outre à quelques centimètres de la perforation on trouve deux petites tumeurs de la grosseur d'une noisette environ, qui font saillie dans la cavité de l'intestin et ne se manifestent par aucun signe du côté de la séreuse. Leur coloration est noirâtre ; une vascularisation intense existe à la périphérie. Assez régulièrement arrondies, un peu allongées dans le sens de l'axe de l'intestin, elles ont une consistance mollasse et se laissent facilement déprimer par les doigts. Une incision pratiquée à leur partie moyenne montre que la muqueuse elle-même est à peu près saine, un peu œdématiée ; au-dessous, on tombe sur une masse noirâtre, pulpeuse, adhérant par des tractus à la muqueuse qui les recouvre; sous le doigt, elle s'écrase, devient diffluente, offre la consistance d'un caillot : par sa face profonde, elle adhère, faiblement aussi, à la couche musculaire de l'intestin qui paraît un peu infiltrée et présente une tache ecchymotique. La muqueuse, au pourtour de ce caillot, offre une adhérence normale avec la couche sous-jacente.

Un peu plus loin, on constate deux taches ecchymotiques peu étendues, la muqueuse n'est nullement soulevée à ce niveau. Sur aucun point, on ne trouve trace d'étranglement, rien qui indique que l'intestin ait été soumis à une constriction prolongée.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE FRANCE

Section des Sciences. — (*Médecine et chirurgie*) (1).

Séance du 2 avril 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MILNE EDWARDS.

M. E. FLAVART, chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Lyon, présente un nouvel appareil pour le *dosage de l'azote* total dans les matières organiques en général, et dans l'urine en particulier. La méthode généralement employée est celle de Will et Varentrapp. Seegen, en 1846, a substitué à l'appareil précédent un ballon en verre. Washburne, en 1876, a critiqué cet appareil et l'a remplacé par le tube à analyse.

M. Flavart a reconnu que ces deux appareils offrent de grands inconvénients, et il a fait construire un appareil en cuivre, composé de deux parties : 1° une cucurbite présentant sur ses bords une mortaise pour couler le lut en plâtre ; 2° un chapiteau à col allongé, avec tube intérieur pour chasser les dernières traces d'ammoniaque que l'on recueille dans l'acide sulfurique titré avec le saccharate de chaux. Il a ainsi obtenu d'excellents résultats qui seront publiés dans des mémoires ultérieurs.

M. LECHARTIER (de Rennes) traite du *dosage des matières organiques des eaux*. La seule méthode qui puisse fournir des renseignements exacts consiste à doser le carbone et l'azote

---

(1) Voir le n° 18.

des matières organiques qui existent en dissolution dans une eau. La proportion du carbone donne une mesure de leur poids total. Le poids de l'azote renseigne sur leur nature. Le dosage du carbone et celui de l'azote doivent être faits séparément. Le carbone est dosé sur le résidu que l'on obtient en faisant évaporer l'eau après avoir détruit, par l'ébullition avec une solution d'acide sulfureux, les carbonates qu'elles contient. L'azote ammoniacal et l'azote nitrique sont déterminés par des procédés spéciaux. L'azote organique est déterminé par différence. On élimine l'ammoniaque contenue dans l'eau en la faisant évaporer au contact de la magnésie calcinée pure. On dose l'azote dans le résidu de cette évaporation et on retranche du résultat le poids de l'azote nitrique. La différence donne le résultat cherché.

M. Caillol de Poncy (de Marseille) communique, en son nom et au nom de M. Livon, le résultat de leurs recherches sur la *localisation de l'arsenic dans le cerveau*. Dans l'empoisonnement aigu par l'arsenic, celui-ci vient remplacer le phosphore dans le cerveau et cette substitution a lieu dans la lécithine qui, sous l'influence du travail cérébral, se transforme en matière albuminoïde insoluble qui sera éliminée ensuite. L'animal meurt alors sous l'influence locale de l'arsenic. Dans l'empoisonnement chronique, le remplacement s'effectue lentement.

M. Paquet (de Lille) fait une communication sur le *traitement de l'hydarthrose*. Peu satisfait de l'emploi des moyens ordinairement employés, qui restent inefficaces ou présentent même des dangers, comme la ponction avec injection iodée, il a eu l'idée, depuis 1867, de traiter l'hydarthrose subaiguë ou chronique du genou par l'immobilisation au moyen d'une gouttière moulée en gutta percha, et la faradisation. La gouttière portée jour et nuit permet la marche pendant toute la durée du traitement : la faradisation de la partie inférieure du triceps crural produit une sorte de massage intérieur de la jointure, qui facilite la résorption du liquide, laquelle résorption se trouve encore activée par l'action de la faradisation sur la nutrition de la synoviale et des tissus périarticulaires.

Sur vingt-deux hydarthroses subaiguës ou chroniques, seize ont été exclusivement traitées par cette méthode et ont guéri dans l'espace de huit à vingt-cinq jours. La plupart des malades ont été revus, et la guérison s'est maintenue.

M. Maurin lit un travail sur l'assistance publique des *enfants assistés*. Dans le département des Bouches-du-Rhône, il a fait de nombreuses recherches sur l'état de ces enfants et il résulterait, d'après des statistiques sérieuses, qu'il est préférable d'employer pour eux l'allaitement mixte (femme et biberon) à l'allaitement par la femme. Il a pu constater que la mortalité allait en diminuant à mesure que l'on restreignait le séjour des enfants dans l'hospice.

M. Delmas (de Bordeaux) fait une communication sur l'*action physiologique du froid et du calorique sur l'organisme*. M. Delmas a constaté que, pendant l'application du froid, la température varie à peine de 1 à 2 dixièmes de degré. L'emploi du calorique ne modifie pas ces résultats. Aussitôt après l'application du froid, si le sujet ne fait aucun mouvement, la température ne varie pas, mais s'il se livre à un mouvement actif quelconque la température animale baisse brusquement. Cet abaissement persiste plusieurs heures et il est d'autant plus accusé que le sujet éprouve une plus forte sensation de chaleur. Il étudie aussi la marche du pouls. Au début de toute application réfrigérante, le pouls atteint subitement une grande vitesse; après 10 à 15 secondes, cette vitesse diminue rapidement, et à la fin de l'expérience elle est revenue au chiffre primitif noté auparavant ou notablement au-dessous. Si le sujet reste immobile, le pouls s'arrête ou progresse lentement. S'il se livre à un exercice, ce ralentissement persiste davantage. Pour ce qui est des courbes de la tension artérielle, l'auteur a vu qu'elles atteignaient leur maximum au début de toute application réfrigérante, puis elles baissent ensuite d'autant plus que le sujet se livre à un exercice plus actif et qu'il manifeste tous les signes d'une chaleur générale intense.

M. Luton (de Reims) lit une note relative au *Traitement curatif et préventif de l'alcoolisme*. Le moyen qu'il préconise est la noix vomique ou mieux la strychnine. A titre curatif ce remède convient contre les formes chroniques de l'acoolisme et particulièrement contre le delirium tremens, avec ou sans détermination locale. A titre préventif, il doit être conseillé contre les formes latentes de l'alcoolisme et contre son imminence aux buveurs, ouvriers cavistes, distillateurs, marchands de vin, etc., soit que ces personnes se soumettent spontanément à la médication indiquée, soit qu'on leur administre une liqueur additionnée de noix vomique ou de strychnine. Ces boissons antidotiques et vraiment hygiéniques devraient, suivant l'auteur, être autorisées par une loi, et leur usage serait recommandé, par circulaire, à tous ceux qui sont sur la voie de l'alcoolisme.

BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu des thèses d'agrégation. Médecine (1).

VII. Des paralysies dans les maladies aiguës; par le Dr L. Landouzy. Vol. in-8° de 362 pages. Paris, 1880, J.-B. Baillère, éditeur.

VIII. De la Chlorose; par R. Moriez. Vol. in-8°. Paris, 1880. G. Masson, éditeur.

IX. Des émissions sanguines dans les maladies aiguës, par C. Vinay. Vol. in-8° de 172 pages. Paris, 1880. Ve Adrien Delahaye, éditeur.

VII. Nous féliciterons tout d'abord M. Landouzy d'avoir bien délimité son sujet; le titre de *paralysies dans les maladies aiguës* était assez vague et une petite explication n'était pas superflue. M. Landouzy a exclu de son cadre les maladies aiguës qui s'accompagnent de lésions grossières des centres nerveux (méningite, myélite, embolie cérébrale consécutive au rhumatisme articulaire aigu et à l'endocardite); il s'est borné, avec beaucoup de raison, à étudier les paralysies qui étaient désignées naguère sous le nom de paralysies *essentielles* consécutives aux maladies aiguës, et dont les causes anatomiques, aujourd'hui encore, sont plutôt soupçonnées que rigoureusement démontrées; pour le mot *paralysies*, l'auteur s'en est rapporté, suivant le précepte d'Horace, à l'usage, et il s'est occupé des akinésies à l'exclusion des anesthésies et des paralysies vaso-motrices.

Après avoir fait l'historique de la question, M. Landouzy a abordé l'exposé clinique des paralysies dans les maladies aiguës; l'ordre analytique qu'il a suivi dans cette étude était assurément le meilleur; les paralysies qui se produisent dans le cours ou à la suite des maladies aiguës, ont des formes et des allures trop variables, elles relèvent de causes trop différentes, pour qu'il soit possible de les comprendre dans une description générale.

En tête des maladies aiguës qui s'accompagnent de paralysies, vient la diphthérite qui méritait largement cette place d'honneur. Les paralysies diphthéritiques forment un groupe compacte et homogène, au milieu de tous les faits de paralysies consécutives aux maladies aiguës; leur fréquence est plus grande que celle de toutes les paralysies des autres maladies aiguës prises en bloc; de plus, la paralysie diphthéritique a une physionomie spéciale, une allure caractéristique bien connue aujourd'hui; on en trouve même une description très complète et très exacte dans un roman en cours de publication. La paralysie est un *symptôme* de la diphthérite tandis que lorsqu'elle se produit dans la fièvre typhoïde ou dans l'érysipèle, par exemple, c'est seulement à titre d'*accident* et même à titre d'accident rare; aussi dit-on la *paralysie diphthéritique*, tandis qu'il ne vient à l'idée de personne de dire la *paralysie typhoïdique* ou la *paralysie érysipélateuse*.

M. Landouzy, après avoir décrit très complétement la paralysie diphthéritique et l'avoir mise hors de pair, passe successivement en revue les paralysies qui se produisent dans le cours ou à la suite des maladies typhoïdes (fièvre typhoïde, typhus et fièvre récurrente), de la dysenterie, de l'entérite, du choléra, de la grippe, des fièvres palustres, des fièvres éruptives, de l'érysipèle, de la tuberculose aiguë, du rhuma-

(1) Voir les nos 15, 16, 17 et 18.

tisme articulaire, de la pneumonie, de la pleurésie, des angines simples et des maladies des organes génito-urinaires.

Lorsqu'on s'occupe d'une question de pathologie, on a une tendance naturelle à grossir autant que possible le nombre des faits qui s'y rapportent, et on accueille souvent avec indulgence des documents discutables; beaucoup d'auteurs ressemblent en cela à ces conquérants qui cherchent toujours à étendre les limites de leur empire, sans songer qu'il y a des conquêtes gênantes. M. Landouzy n'a pas commis cette faute, et avant d'admettre les faits qui se présentaient en grand nombre, il les a passés soigneusement au crible de sa critique. L'événement a bien prouvé que cette opération préliminaire était absolument indispensable et que beaucoup de faits n'avaient figuré jusqu'ici, dans le cadre des paralysies consécutives aux maladies aiguës, qu'en vertu d'une interprétation inexacte ou peu rigoureuse.

M. Landouzy s'est attaqué avec courage à cette opinion, classique depuis le mémoire bien connu de Gubler, que les angines simples pouvaient s'accompagner de paralysies généralisées analogues aux paralysies diphthéritiques; il a montré excellemment que les faits, en très petit nombre d'ailleurs, sur lesquels cette opinion était basée, se rapportaient à des cas d'angine diphthéroïde très voisins en somme de l'angine diphthéritique et très faciles à confondre avec elle. Il est bon de provoquer la révision de ces procès qui ont été jugés trop rapidement, sur des preuves insuffisantes, et en tenant un trop grand compte du nom illustre et de l'éloquence de l'avocat. M. Landouzy en a appelé au nom de l'angine simple, accusée de pouvoir produire des paralysies généralisées identiques à celles de la diphthérite; que ceux qui possèdent des preuves les produisent, une nouvelle enquête est ouverte; pour notre part, nous croyons avec M. Landouzy que la révision de ce procès aboutira à une réhabilitation de l'angine simple.

La fréquence des paralysies réflexes consécutives à des maladies des organes génito-urinaires a été beaucoup exagérée à une époque où l'anatomie pathologique du système nerveux était, on peut le dire, dans l'enfance, et où, par exemple, on déclarait saine une moelle épinière qui ne présentait pas d'altérations à l'examen microscopique. M. Landouzy a parfaitement indiqué les causes d'erreur qui enlèvent aux observations anciennes de paralysies réflexes une grande partie de leur valeur.

Sur quelques points particuliers, il nous semble qu'on pourrait être encore plus sévère que ne l'a été M. Landouzy dans l'admission des faits de paralysies consécutives aux maladies aiguës. La fièvre palustre, par exemple, donne lieu très rarement à des paralysies, et les cas d'aphasie vraie, cités à ce propos, ne rentrent pas exactement dans le cadre que l'auteur lui-même s'est tracé. La paralysie dysentérique est tout à fait exceptionnelle et ce serait encore là, croyons-nous, un procès à réviser. Il ne suffit pas de citer des cas de dysenterie coïncidant avec des paralysies, il faudrait démontrer qu'il y a entre ces manifestations morbides une relation de cause à effet. La tuberculose aiguë méritait peu d'avoir une place parmi les maladies aiguës paralysigènes; elle ne s'accompagne en effet de paralysies que lorsqu'il existe des tubercules des méninges ou des centres nerveux; enfin, l'étude des paraplégies qui ont été notées quelquefois comme une complication du rhumatisme aigu, présente une cause d'erreur, une myélite aiguë pouvant donner lieu à des manifestations articulaires faciles à confondre avec celle du rhumatisme.

Cette épuration une fois faite, les observations des paralysies dans les maladies aiguës autres que la diphthérite peuvent se diviser en trois groupes : un petit groupe assez homogène de paraplégies consécutives à la variole, un autre groupe, moins nombreux encore, d'hémiplégies consécutives à la pneumonie ou à la pleurésie, enfin un groupe considérable de faits disparates qui, par la variété de leurs aspects, échappent à toute description; telles sont, par exemple, les paralysies consécutives de la fièvre typhoïde, paralysies qui, en dehors des formes classiques : hémiplégie, paraplégie, paralysie ascendante, sclérose en plaques, peuvent se produire sous formes de monoplégies, de paralysies limitées à un muscle ou à un groupe de muscles, etc.....

Après avoir décrit les formes cliniques des paralysies dans les maladies aiguës, M. Landouzy avait à rechercher quelles étaient les causes de ces paralysies; c'était là, sans contredit, la partie la plus ardue de sa tâche. Les questions de pathogénie sont toujours difficiles pour ceux qui ne se contentent pas de théories vagues et de mots sonores; le chapitre *pathogénie* offrait ici des difficultés toutes particulières en raison du petit nombre de données précises que nous possédons sur le sujet.

M. Landouzy a très bien montré que les expressions de *paralysies essentielles* et de *paralysies asthéniques* n'étaient plus acceptables aujourd'hui pour désigner les paralysies des maladies aiguës, et qu'il fallait rechercher dans des altérations organiques de la moelle, du cerveau ou des nerfs, le point de départ de presque toutes ces paralysies. Après avoir esquissé à grands traits ce qu'on peut appeler l'anatomie pathologique générale des fièvres, l'auteur a exposé d'une façon très complète l'état de nos connaissances relativement à la pathogénie des paralysies diphthéritiques. La conclusion à laquelle arrive M. Landouzy repose déjà sur des faits nombreux; Charcot et Vulpian, Bühl, Lorain et Lépine, Liouville, Leyden, Roger et Damaschino, Dejérine ont observé des altérations des nerfs dans les parties frappées par la paralysie diphthéritique et il est bien probable que ces altérations des nerfs sont constantes; toutefois M. Landouzy a raison de faire quelques réserves et de se demander, par exemple, si les corps nucléaires, dont la présence est constante dans le sang des diphthéritiques, et que Bühl a retrouvés dans les racines antérieures et postérieures, ainsi que dans les ganglions spinaux, ne joueraient pas un rôle dans la pathogénie de ces paralysies.

Les conclusions relatives aux paralysies diphthéritiques ne sont nullement applicables à la pathogénie des paralysies qui relèvent des autres maladies aiguës; c'est une question à reprendre à propos de chaque maladie et pour ainsi dire à propos de chaque cas particulier.

La constance et l'intensité de la rachialgie dans la variole pouvaient faire prévoir la fréquence des déterminations spinales dans cette maladie; la paraplégie des varioleux paraît en effet, se rapporter, dans la majorité des cas, à une congestion spinale ou à une myélite proprement dite, bien que dans quelques cas M. Joffroy ait constaté seulement des altérations des conducteurs nerveux.

La pathogénie des hémiplégies pneumoniques et pleurétiques aurait pu trouver sa place ici; M. Landouzy n'a pas cru pouvoir séparer l'étude pathogénique de ces paralysies de leur étude clinique, et il faut se reporter au chapitre précédent pour avoir son opinion à ce sujet. M. Landouzy pense que l'hémiplégie pneumonique est rarement de nature réflexe, et qu'elle s'explique le plus souvent par une ischémie cérébrale consécutive à l'athérome artériel; quant aux hémiplégies des pleurétiques, il les attribue tantôt à des phénomènes réflexes, tantôt à des thromboses ou à des embolies cérébrales.

Les paralysies qui se montrent dans le cours ou à la suite des autres maladies aiguës, comme accidents de la fièvre typhoïde par exemple, s'expliquent par la déchéance que tous les tissus de l'économie subissent à la suite des fièvres graves; les tissus altérés, dégénérés ont une grande tendance à s'enflammer, d'où la fréquence des phlegmasies : abcès, parotidites, otites, etc...; on conçoit sans peine que les localisations morbides se fassent quelquefois du côté de la moelle ou de l'encéphale; les prédispositions individuelles jouent ici un rôle important qui a été très bien mis en lumière par M. Landouzy.

Un dernier chapitre est consacré à des considérations générales, pleines d'intérêt sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des paralysies dans les maladies aiguës.

M. Landouzy a déployé dans cette remarquable thèse toutes les qualités d'érudition, de style et de méthode qui caractérisent ses précédentes publications; le lecteur y trouvera, outre un exposé lucide et très complet de l'état actuel de nos connaissances relativement aux paralysies dans les maladies aiguës, un grand nombre de faits inédits, de vues originales et de problèmes intéressants toujours bien posés, sinon résolus.

A. LAVERAN.

VIII. Un des plus intéressants et des plus actuels parmi les sujets de thèse, est assurément la chlorose, cette maladie (constituée par des altérations du sang et par des troubles nerveux) devant bénéficier, à la fois, des notions exactes acquises sur le sang, grâce aux études récentes d'hématologie, et des découvertes contemporaines qui ont jeté un si grand jour sur la pathologie du système nerveux.

M. Moriez a très heureusement divisé son travail en cinq parties successivement consacrées : à l'historique, à l'anatomie-pathologique, à la clinique, à la physiologie pathologique et à la thérapeutique.

Dans l'étude historique sont analysées les diverses théories émises sur la chlorose, théories qui consistent à avoir dans cette affection, un trouble de la menstruation — une dyscrasie — une maladie du système nerveux — une maladie inflammatoire ou organique, — une maladie d'évolution.

La deuxième partie est tout entière consacrée à l'étude anatomo-pathologique des altérations du sang et des lésions cardio-vasculaires dans la chlorose.

L'importance des altérations du liquide sanguin, l'influence décisive que ces altérations exercent sur les organes et les tissus, la précision apportée dans cet ordre de recherches par les méthodes physiques et chimiques contemporaines (Malassez, Hayem, Hope-Seyler, Bouchard, A. Gautier, Quinquaud) expliquent les développements considérables que l'auteur a cru devoir consacrer à cette partie véritablement neuve de son sujet.

La composition chimique du sang dans la chlorose ; le nombre de globules contenus dans l'unité de volume chez un chlorotique ; la valeur physiologique des globules déduite de leurs dimensions, de leur forme, de leur composition, voilà autant de points dont on chercherait vainement ailleurs une étude aussi complète, puisque M. Moriez a pu mettre en œuvre et résumer en tableaux aussi complets qu'instructifs les travaux et les observations du professeur Hayem.

Le chapitre consacré à l'étude des lésions cardio-vasculaires et génitales dans la chlorose serait complet si M. Moriez, au nom d'auteurs qui se sont préoccupés de l'angustie aortique n'avait omis de signaler un travail important de M. Bondet (1), travail d'autant plus remarquable qu'il est bien antérieur au mémoire lu, en 1870, par Virchow, à la Société obstétricale de Berlin. Dans ce travail, qui avait pour but la démonstration d'une nouvelle théorie du bruit de souffle cardiaque de la chlorose, M. Bondet, étudiant le siége du souffle, se rattachait à l'opinion ancienne qui localisait ce souffle à l'orifice aortique et il cherchait la cause de cette localisation, dans ce fait, que lui avaient révélé ses recherches anatomo-pathologiques, le rétrécissement de l'orifice aortique constaté dans une vingtaine d'autopsies. Dès 1859, faisant l'autopsie d'une jeune chlorotique, morte à la suite de métrorrhagies abondantes, M. Bondet trouvait un rétrécissement aortique tel que l'extrémité de l'index pouvait s'engager avec peine, et pourtant les valvules étaient normales, le vaisseau sain, simplement rétracté à son orifice.

Cette observation très-démonstrative méritait d'être rapprochée des faits publiés en Allemagne par Virchow, Bamberger et Frankel pour établir la presque constance des lésions vasculaires originelles dans la chlorose.

Dans l'étude clinique de la chlorose, M. Moriez consacre les développements les plus complets : à l'étiologie envisagée dans ses causes prédisposantes et occasionnelles ; à la symptomatologie à propos de laquelle sont successivement envisagés les troubles intellectuels, sensitifs, moteurs et psychiques des chlorotiques, puis les troubles cardio-vasculaires, respiratoires, digestifs, génitaux et urinaires.

Après des considérations rapides mais suffisantes sur la marche, les terminaisons, les complications, le pronostic et le diagnostic de la chlorose, M. Moriez aborde la partie la plus difficile et la plus obscure de l'histoire de la chlorose, sa physiologie pathologique et sa nature.

(1) Bondet. — *Etude d'anatomie et de physiologie pathologique sur la cause et le mécanisme du bruit de souffle cardiaque de la chlorose et de l'anémie* in Mémoires et Comptes-rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon, 1866-1867 p. 71 et 1 80.

De par l'anatomie-pathologique, l'étiologie et la symptomatologie, la chlorose paraît se révéler une anémie névropathique : elle est une anémie essentielle et elle est une névrose. Survenant à l'occasion de la puberté, elle est, en outre, une maladie de développement, liée à l'évolution des organes de la génération.

Donc : anémie essentielle, — névrose, — maladie d'évolution, — telle est, pour M. Moriez, la triple caractéristique de la maladie qu'il étudie. Elle est plus que cela encore ou tout cela à la fois : elle est la chlorose, véritable tempérament morbide qui a son existence propre et son autonomie.

La cinquième et dernière partie de la thèse est consacrée à l'étude thérapeutique de la chlorose, étude comprenant et la prophylaxie et le traitement de l'affection.

Impuissant à prévenir la chlorose, le médecin devra réserver toutes les ressources de sa thérapeutique pour la guérir, tout en se souvenant, pourtant, qu'il est des cas (Trousseau, Potain) où la chlorose n'étant que la manifestation d'une diathèse latente, vouloir guérir la chlorose, c'est s'exposer à voir apparaître la tuberculose.

Sauf ces réserves, la chlorose doit être guérie et la meilleure médication, la médication nécessaire est le fer, les autres moyens mis en œuvre (oxygène, noix vomique, hydrothérapie, séjour à la campagne, air comprimé, etc., etc.) pouvant venir en aide aux préparations ferrugineuses, mais ne pouvant les suppléer.

L'efficacité des préparations de fer les plus variées (limaille, protochlorure, carbonate, nitrate, iodure de fer) ressort clairement des observations rassemblées par M. Moriez dans son 1er tableau. Sous l'influence de la médication martiale les globules ont rapidement augmenté en quantité et surtout en *qualité*, et l'on peut voir que, d'après la moyenne de ces observations la valeur individuelle de chaque globule qui n'était que 0,49 avant le traitement, a été de 0,83 aprè l'emploi du fer. Aucun autre médicament n'a produit des effets aussi remarquables, de sorte que l'action héroïque du fer dans la chlorose se trouve démontrée scientifiquement par les recherches d'hématologie clinique.

On se contentait jusqu'ici de constater les effets de la médication ferrugineuse par l'amélioration produite dans l'état général des malades, on peut maintenant suivre l'évolution de la réparation hématique sous l'influence des martiaux et s'assurer ainsi que la réputation du fer n'est pas surfaite. On peut donc légitimement résumer en un mot, d'après ces études, l'indication capitale du traitement qui convient aux chlorotiques, en disant : *chlorose signifie fer*.

IX. Cette thèse est un exposé succinct et lucide de tout ce qui a été dit et écrit sur les émissions sanguines dans les maladies aiguës ; mais, ainsi que le fait judicieusement observer l'auteur, la saignée est tombée sinon en discrédit, du moins dans l'oubli. Quoi qu'il en soit, les émissions sanguines méritent une place plus importante que celles qu'elles occupent aujourd'hui dans la thérapeutique des maladies aiguës ; car, s'il est irrationnel de préciser d'une façon absolue les maladies qui sont susceptibles de bénéficier de leur emploi, il n'en reste pas moins acquis que certaines maladies, développées chez certains malades dans des conditions spéciales, se trouveront bien de la saignée générale ou locale. — Voyons maintenant le plan adopté par M. Vinay. Après avoir parcouru l'histoire des vicissitudes de la saignée, montré ses fluctuations, variant avec les systèmes et les théories, M. Vinay a voulu savoir ce qui se passait du côté de la circulation, du côté du sang et de la nutrition générale, lorsqu'on ouvrait une veine ; en un mot il a tenu à démontrer l'état actuel de la physiologie de la saignée ; puis, abordant la thérapeutique générale des émissions sanguines, il étudie successivement l'action de la saignée sur les congestions, les phlegmasies, la fièvre, les altérations du sang, et fait suivre cette étude de quelques considérations sur la transfusion du sang. Dans un chapitre plus important, essentiellement clinique, M. Vinay expose les indications spéciales de la saignée dans les phlegmasies, les pyrexies, l'éclampsie ; laissant de côté la plupart des affections aiguës non justifiables de cette thérapeutique, il se borne à inter-

prêter l'influence de cette pratique sur les maladies qui paraissent en avoir réellement bénéficié, c'est-à-dire, la pneumonie aiguë, l'inflammation des séreuses (pleurésie, méningite, péritonite), les inflammations aiguës du pharynx et du larynx; et, dans un autre ordre de vue, les affections typhiques (typhus et fièvre typhoïde), l'érypsipèle, le rhumatisme articulaire aigu, enfin l'éclampsie. — Dans un dernier chapitre qui est intitulé : Résumé et conclusion, M. Vinay rappelle le discrédit actuel des émissions sanguines dans les maladies aiguës et n'hésiste pas à s'élever contre cette pratique injuste et inopportune; il est d'avis que la saignée générale, délaissée à juste raison dans les pyrexies essentielles, dans les maladies infectieuses, peut avoir quelque utilité au début des phlegmasies franches, lorsque la fièvre est intense, la dyspnée considérable, que le malade est jeune et vigoureux; et qu'elle devient d'une nécessité absolue dans les accidents asphyxiques et cérébraux de la pneumonie, dans les attaques répétées de l'éclampsie. Quant aux émissions sanguines locales, M. Vinay se contente de les mentionner, par ce fait qu'elles sont moins délaissées que la phlébotomie. A. J.

VARIA

Etude sur les eaux de la Bourboule (1).

VIII. — M. le Dr Vérité a publié une *Note sur le traitement de l'eczéma et du psoriasis aux eaux arsénicales de la Bourboule*, qui est la reproduction d'un mémoire lu à la Société d'hydrologie médicale de Paris. Pour M. Vérité la meilleure définition de l'eczéma est celle donnée par son maître, M. le Dr Bazin : « L'eczéma est une affection de la peau caractérisée à sa période d'état par l'existence de vésicules petites, acuminées, agglomérées sur une surface plus ou moins étendue, et contenant un liquide séreux et transparent, qui se concrète en lamelles plus ou moins épaisses, et ensuite une simple exfoliation épidermique.» Cette définition donne les caractères généraux de l'eczéma, qui présente des signes particuliers suivant la maladie spéciale. L'étude de M. Vérité a pour objet l'eczéma herpétique et l'eczéma arthritique.

Le premier est symétrique, occupe de préférence les membres et tend à s'étendre. Le second, qui se manifeste par des plaques nummulaires bien circonscrites, est asymétrique et occupe surtout les parties découvertes. Dans l'eczéma herpétique la sécrétion est abondante, et la rougeur très-vive; l'affection, d'une nature mobile et soumise à de fréquentes récidives, produit des démangeaisons intenses, concorde avec des catarrhes bronchiques et intestinaux, et comporte des métastases répétées. Dans l'eczéma arthritique, il y a sécheresse relative et coloration d'un rouge violacé; l'affection persiste au même lieu, amène des élancements et des picotements, correspond à des antécédents arthritiques, et ne comporte pas de métastases.

M. Vérité publie cinq observations d'eczémas traités à La Bourboule; l'espace nous manque pour les reproduire ici; disons seulement que les résultats constatés montrent que l'amélioration obtenue dans tous les cas cités a été plus rapide et beaucoup plus complète dans les cas d'eczéma herpétique que dans ceux d'eczéma arthritique (2).

M. Vérité, examinant ensuite le psoriasis, sépare également le psoriasis herpétique du psoriasis arthritique, conformément aux indications données par M. Bazin. Le premier débute par les coudes et les genoux, et tend à s'étendre. Le second occupe les parties découvertes, et reste localisé là où il est né. Le psoriasis herpétique, caractérisé par des plaques arrondies, recouvertes de squames blanches, argentées et sèches, donne lieu à des démangeaisons. Le psoriasis arthritique, se manifestant par des plaques de toutes formes, recouvertes de plaques jaunâtres et humides, produit des picotements et des élancements.

(1) Voir les numéros 7, 8, 9, 11, 13, 15 et 17.

(2) Le mémoire de M. le Dr Vérité vient d'être résumé et analysé avec beaucoup plus de détails que nous ne pouvons le faire ici dans la *Gazette médicale de Paris*.

Les quatre observations de psoriasis traitées à la Bourboule par M, Vérité, qui sont données à la suite de ces définitions, conduisent au même résultat que les observations relatives aux cas d'eczéma. Aussi M. Vérité, après avoir développé diverses considérations tendant au même but, termine-t-il en formulant les conclusions suivantes : 1° l'eczéma et le psoriasis sont avantageusement traités par les eaux de la Bourboule; 2° l'eczéma dartreux, symétrique, fluant, est le plus avantageusement modifié; on obtient fréquemment la guérison de l'éruption; 3° l'eczéma arthritique disparaît moins rapidement; 4° le psoriasis herpétique franc, et le psoriasis arthritique présentent la même gradation que l'eczéma dans les effets du traitement; 5° ces effets sont analogues à ceux que produit l'administration thérapeutique de l'arsenic.

Ajoutons seulement que, d'après M. E. Morin, « toutes les dartres sont justiciables des eaux de la Bourboule, qui constituent à leur endroit une médication vraiment spécifique, » et arrivons avec lui à l'étude sommaire de la syphilis.

M. le Dr Peironnel écrivait, en 1865, que les phénomènes tertiaires de la syphilis pouvaient seuls être influencés par le traitement de la Bourboule. Les heureux résultats obtenus dans un certain nombre de cas de ce genre sont également affirmés par M. Pradier, sept ans plus tard. Depuis lors, tous les auteurs se sont accordés pour dire, comme M. le Dr Clérault, que si, pas plus que les autres stations thermales « La Bourboule ne peut revendiquer une action curative directe et spéciale sur la syphilis elle-même, du moins son action reconstituante est très salutaire dans la période cachectique.»

M. Morin cite plusieurs cas remarquables de syphilitiques, atteints d'accidents secondaires et tertiaires, et traités par l'eau de La Bourboule, en même temps que soumis à une médication spécifique. Le succès dépassa toutes les espérances; et le temps n'a fait que confirmer les guérisons ainsi obtenues.

Aussi M. Morin croit-il pouvoir émettre l'affirmation suivante : « Les eaux de La Bourboule, prises en même temps que les médicaments anti-syphilitiques, procurent à l'organisme une tolérance très marquée pour les remèdes, en facilitant l'action altérante et médicatrice, et précipitant l'évolution regressive des accidents secondaires et tertiaires. » M. Morin demande donc qu'on adresse à La Bourboule les syphilitiques que le mercure et l'iodure de potassium n'ont pu amender. Mais il importe pour éviter tout mécompte, et même en adoptant absolument sa manière de voir, de mentionner la déclaration par laquelle il termine le chapitre de la syphilis : « Nous déclarons bien haut que c'est en favorisant l'action des spécifiques reconnus que nous obtenons ces cures, et que nous nous sommes dénié le droit de faire perdre à nos malades le bénéfice de la médication spécifique, sous le prétexte de triompher du mal avec l'eau de La Bourboule seule. »

(*A suivre.*)

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS

Les dames visiteuses dans les hôpitaux.

M. Rigaut. Un sieur M..., septuagénaire, étant tombé gravement malade, fut admis à l'hôpital de la Pitié. Le médecin qui le soignait a reconnu que ce malade, en raison de la nature de sa maladie, devait être transféré à l'hospice des incurables. Comme il n'y avait pas de place vacante à ce moment, la famille de ce malade fut invitée à le reprendre à domicile. Mais, sur mes instances, M. le directeur de l'Assistance publique voulut bien user de temporisation et me promit de le laisser à l'hôpital jusqu'à ce qu'il put entrer à l'hospice. Sur ces entrefaites, le gendre du malade vint à perdre une sœur qui, sur son vœu formel, fut enterrée civilement. Peu de temps après sa fille lui rendant visite, vit des dames offrant des friandises à ce malade et usant de cette séduction pour lui conseiller de se mettre en rapport avec un prêtre. Elle écarta ces dames de son père. Quelques jours après, ce malheureux malade était ramené à sa famille sans avertissement préalable.

Cette mesure n'a-t-elle pas été inspirée par nos adversaires religieux dans un sentiment de punition envers un malade coupable de ne pas professer des sentiments cléricaux ? N'y a-t-il là, au contraire, qu'une coïncidence fortuite? Je serais heureux que la preuve en soit faite.

Mais il est cependant évident qu'il se produit dans les hôpitaux une active propagande religieuse. Il y a là une tentative d'éluder les décision du Conseil et de rétablir l'embauchage pieux auquel les malades étaient en proie.

M. le Secrétaire général de l'Assistance publique. Un sieur M..., atteint d'hémiplégie, introduit à l'hôpital de la Pitié, ne pouvait, en raison de cet état, y être conservé. Il devait être ou envoyé dans un hospice si sa famille était indigente, ou remis à celle-ci si elle était en état de lui fournir des soins et des aliments. Le malade en question se trouvait précisément dans ce dernier cas. Son gendre, ouvrier peintre en bâtiment, gagne 6 fr. par jour et sa fille blanchisseuse occupe trois ouvrières ; ils n'ont pas d'enfant. Ce malade a encore deux autres enfants, dont un, célibataire, qui réside à Orléans.

Le gendre qui habite Paris, invité à produire les pièces nécessaires pour faire admettre son beau-père dans un hospice payant, n'a tenu, depuis une année, aucun compte de cette invitation. C'est pourquoi ce vieillard impotent a été rendu à sa famille. Je dois faire observer que la disposition du logement de ses enfants ne permettant de le recevoir que dans de mauvaises conditions, j'ai signé l'ordre de l'admettre momentanément dans un hospice et cette admission est aujourd'hui un fait accompli.

Quant à la pression qui aurait été exercée sur ce malade, si elle avait été exercée par le personnel de l'hôpital, j'aurais sévi immédiatement, mais je suis obligé de reconnaître et de déplorer en même temps que les dames visiteuses admises dans les hôpitaux dans un but charitable, profitent de l'autorisation qui leur est donnée pour faire de la propagande religieuse. Cette propagande est difficile à éviter. Mais l'autorisation étant donnée sans exception aucune à toute dame qui la réclame, une propagande inverse peut se faire au profit de la libre pensée. Il y aurait de sérieux inconvénients à interdire absolument l'accès de nos hôpitaux à ces volontaires de la charité qui, d'ailleurs, ne comptent pas seulement des catholiques, car sur 150 dames visiteuses, on compte 50 protestantes et un certain nombre d'israëlites.

M. le colonel Martin. Je suis ennemi de toute propagande faite au lit des malades, que cette propagante soit faite dans un sens ou dans un autre. Je ne dis pas que celle qu'on nous signale soit de la persécution, mais c'est tout au moins de la séduction. La véritable protection de la liberté de conscience, c'est l'abstention.

M. le Secrétaire général de l'Assistance publique. J'estime, avec M. le colonel Martin que la charité doit être indépendante de toute espèce de religion. En parlant tout à l'heure de la double propagande qui pouvait se faire en sens inverse par les dame pénétrant dans les hôpitaux, j'ai voulu dire que, par suite de ce double courant, la propagande entreprise par les unes et par les autres se neutraliserait fatalement.

M. Delpech. Le fait dont il est question, me prouve que, contre les règlements et contre l'organisation des hôpitaux, notre collègue M. Rigaut, a obtenu qu'un malade restât un an à l'hôpital, alors qu'il devait en sortir. On peut certainement dire que ce fait a empêché toute une année, une douzaine de malades d'entrer à l'hôpital. Il y a là un abus que je tenais à signaler.

M. Rigaut. Je ne vois pas trop à quoi conclut M. Delpech ; si l'administration de l'Assistance publique a conservé un malade à l'hôpital pendant un an, c'est qu'elle avait des raisons pour le faire. J'ajouterai qu'il me serait difficile de me ranger à cette manière de voir, qui consisterait à répondre par une contre propagande. Il ne faut pas que la paix des malades soit troublée et l'on ne comprendrait pas que les hôpitaux devinssent le théâtre de polémiques religieuses qui tirailleraient les malades à droite et à gauche. Je demande à l'administration de l'Assistance publique d'établir une surveillance efficace, pour que de pareils faits ne se produisent plus.

M. le Secrétaire général de l'Assistance publique. L'Administration n'a aucune action sur les dames visiteuses ; elles lui échappent complétement. Il faut ou les supprimer ou les laisser faire. Ce que nous désirons par dessus tout, c'est que la charité se fasse en dehors de toute propagande. Je répondrai à M. Delpech, que si le malade est resté un an à l'hôpital ; c'est que l'administration faisait des démarches auprès de la famille, pour arriver à le faire entrer dans un hospice payant ; s'il s'était agit d'un malade indigent, ces lenteurs ne se seraient pas produites et le malade eût été transporté bien vite dans un de nos hospices.

M. Martin. De mon côté, je tirerai de cette discussion une conclusion tout à fait différente de celle de M. Delpech ; c'est que les dames charitables ne devraient plus être admises dans les hôpitaux. Que ces dames aillent donner leurs consolations aux malades qui sont soignés dans leur famille, cela est fort bien : la conscience de ces malheureux est sauvegardée par la présence de leurs proches. Les obsessions dans le sens religieux deviennent impossibles, si la famille n'y consent pas. Mais dans un hôpital, les dames charitables font des distributions de friandises pour séduire les malades et les amener à demander un secours religieux. Au point de vue uniquement matériel, il y a là une pratique très dangereuse et qui me surprend. Alors que l'on fouille les parents des malades qui viennent en visite, de peur qu'ils n'apportent du pain, des biscuits, du Bordeaux, etc., il est inadmissible que des dames puissent distribuer ces mêmes aliments qui, dans certains cas, amènent la mort du malade. Ce serait donc déjà une raison pour évincer ces dames. Mais elles obsèdent en outre des infortunés qui sont sans protection contre leur propagande religieuse. Cela ne peut être toléré. Si elles veulent faire des bonnes œuvres, qu'elles donnent à l'administration l'argent dont elles peuvent disposer en faveur des pauvres, l'Administration saura bien en faire usage. Mais ces dames ne doivent plus entrer dans les hôpitaux.

M. Thulié. Je ne partage pas l'opinion de M. Martin. Je pense au contraire que ces dames charitables sont bien plus inutiles dans les familles qu'à l'hôpital. Il ne faut pas oublier que les malades des hôpitaux sont des gens sans famille, isolés dans Paris et sans secours. La bienveillance d'une personne charitable, si elle a le bon goût de ne pas faire acte d'apôtre, peut avoir une influence excellente sur la santé ; les malades sentent qu'ils ne sont plus tout seuls dans la grande ville.

D'ailleurs, si quelques-unes de ces dames font de la propagande religieuse, elles ne peuvent plus être appelées charitables ; ce sont des fanatiques simplement, et il faut éviter que leur fonction se manifeste. Mais quant à empêcher les paroles d'espérance de se produire au lit des malades dans les hôpitaux, cela serait regrettable. Tout ce que nous pouvons faire, c'est d'inviter les dames libérales et libre-penseuses à aller, elles aussi, dans les hôpitaux, pour porter des consolations aux malades. Ce serait là de la bonne propagande.

M. Levraud. Si les dames visiteuses étaient soigneusement choisies parmi celles qui ne font pas parade d'opinion ultramontaines, je comprendrais les observations de M. Thulié. Mais si l'Administration dressait la liste de ces dames autorisées par elle, car il faut une autorisation pour faire des visites aux malades, le contenu de cette liste, sans doute, ouvrirait les yeux à beaucoup d'entre nous. Quand même les dames charitables seraient libre-penseuses, leur présence dans les hôpitaux serait d'ailleurs regrettable, car derrière elles, les religieuses viendraient détruire leur œuvre. Tout alors serait lutte et désordre dans ces établissements. Il faut donc supprimer les visites de ces dames et supprimer avant tout les religieuses des hôpitaux.

M. Manier. Je constate que jamais on ne s'est livré dans les hôpitaux à une bataille religieuse plus acharnée que depuis le jour où on a invité les aumôniers à ne pas faire de propagande. Le lendemain même de cette invitation les aumôniers redoublaient d'ardeur.

M. le Secrétaire général de l'Assistance publique. Je crois que M. Manier est mal informé. J'affirme que la propagande par les aumôniers est interdite. Je serais heureux que M. Manier me signalât un fait. Je ferais immédiatement procéder à une enquête, et si le fait était reconnu exact, la répression serait prompte et sévère.

M. Yves Guyot. Je dépose l'ordre du jour suivant : Le Conseil, désirant que les malades des hôpitaux ne soient pas séparés des secours extérieurs, et confiant dans la vigilance de l'Administration pour empêcher toute obsession religieuse, passe à l'ordre du jour.

M. le Secrétaire général de la Préfecture de la Seine. L'Administration préfectorale se rallie à cet ordre du jour. — L'ordre du jour de M. Yves Guyot est mis aux voix et adopté.

L'enseignement de l'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

Les idées émises par M. Charcot, dans la leçon d'ouverture de son cours (voir *Progrès médical*, n° 17), ont attiré d'une façon toute particulière l'attention de la presse médicale. Aussi, croyons-nous intéressant, le sujet en vaut la peine, de placer sous les yeux de nos lecteurs les extraits suivants.

Notre excellent confrère, M. F. Ranse, termine ainsi son article de la *Gazette médicale* (1er mai) :

Obligé par le défaut d'espace de renvoyer la suite de notre revue à un prochain numéro, nous résumerons ainsi les points principaux qui se dégagent de cette leçon : fonctionnement d'un haut enseignement concurremment avec l'enseignement élémentaire ; insuffisance de l'organisation actuelle pour les démonstrations pratiques de cet enseignement ; indissolubilité des liens qui rattachent l'anatomie pathologique à la clinique, et par suite nécessité pour le professeur d'anatomie pathologique d'avoir un service d'hôpital.

La *Gazette hebdomadaire* (30 avril) porte le jugement suivant :

Nous n'ajouterons qu'un mot à ces citations. Le savant professeur d'anatomie pathologique de notre Faculté est l'un de ceux qui, par ses travaux personnels, si estimés en France comme à l'étranger, a contribué le plus à faire apprécier et honorer la science. Son enseignement, auquel il a consacré tant de temps et de labeur, a réuni autour de sa chaire tous ceux qui s'intéressent aux études anatomo-pathologiques. Il aurait pu se contenter de dire ce qu'il a fait et de rappeler, avec une légitime fierté, les services qu'il a rendus. Il a mieux aimé déclarer qu'il restait beaucoup à faire, et indiquer sommairement par quelles méthodes on pourrait arriver un jour à réaliser les réformes qu'il considère comme nécessaires. Cette leçon d'ouverture est donc tout un programme. Puisse ce programme servir de base à la réorganisation nouvelle.

Voici maintenant l'opinion de l'*Union médicale* (1er mai) :

Il était bien difficile à l'honorable et savant professeur de s'abstraire complétement de la question actuelle et de ne faire aucune allusion au projet ministériel. C'est, en effet, son enseignement, c'est la nature et le but de son cours qui sont en cause, et malgré toutes les réserves sentimentales faites à cet égard par le candidat anonyme à la chaire nouvelle, M. Charcot a trop d'esprit et de pénétration pour ne pas voir ce qui se prépare dans un avenir plus ou moins éloigné. Eh bien, quoique pour tous ceux qui savent lire entre les lignes, il soit évident que M. Charcot a une intelligente conscience de ce qui se trame, quoi qu'il eût paru naturel et même

légitime qu'il en parlât avec une certaine amertume, le savant professeur a su résister à tout entraînement de parole, est resté calme et digne; se maintenant sur le libéral terrain de l'utilité générale, il n'a pas craint de reconnaître qu'il y a peut-être quelque chose à faire pour rendre plus fructueux et plus accessible l'enseignement de l'anatomie pathologique, mais en rejetant comme une innovation dangereuse qu'il faut laisser aux Allemands cette séparation absurde de la clinique et de l'anatomie pathologique. Cette leçon fait le plus grand honneur au caractère, à l'élévation d'esprit et au libéralisme de M. le professeur Charcot.

Nous continuerons, s'il y a lieu, cette revue des journaux.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 10. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Houel, Nicaise, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Bourgeois. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Parrot, Guiniot, Pozzi. — 1er *de fin d'année* : MM. G. Bouchardat, Gay, de Lanessan.

MARDI 11. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, B. Anger, Cadiat. — 2e *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Hardy, Laboulbène, Berger; — 2e *série* : MM. Ball, Bouchard, Humbert; — 3e *série* : MM. Brouardel, Delens, Hallopeau. — 5e *de Doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Lasègue, Lannelongue, Charpentier; — 2e *série* (Charité) : MM. Jaccoud, Pinard, Richelot.

MERCREDI 12. — 1er *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Béclard, Nicaise, Monod; — 2e *série* : MM. Guyon, Hayem, Marchand; — 3e *série* : MM. Fournier, Houel, Pozzi; — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan; — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Parrot, G. Bergeron.

JEUDI 13. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Panas, Lannelongue, Humbert; — 4e *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Lasègue, Bouchard, Fernet; — 2e *série* : MM. Hardy, Brouardel, Rigal; — 2e *de fin d'année* : MM. B. Anger, Richelot, Ch. Richet; — 3e *de fin d'année* : MM. Delens, Lancereaux, Hallopeau.

VENDREDI 11. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Houel, Marchand. — 1re *série* : MM. Guyon, Hayem, Terrillon. — 2e *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Vulpian, Parrot, Monod; — 2e *série* : MM. Fournier, Nicaise, Rendu. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Potain, G. Bergeron.

SAMEDI 15. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Panas, Farabeuf; — 1re *série* : MM. Robin, Lannelongue, Duval; — 2e *série* : MM. Gosselin, Ball, Cadiat; — 3e *série* : MM. Charcot, B. Anger, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* : MM. Hardy, Laboulbène, Richelot. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Lasègue, Pinard, Berger. — 3e *officier de santé* (Charité) : MM. Brouardel, Bouchard, Humbert.

THÈSES. — *Lundi* 10 : 194. M. Monod : Etude chimique sur les indications de l'uréthrotomie externe. — 195. M. Roisin : De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf, considérée surtout sous le rapport de ses récidives. — 196. M. Pasquier : Etude sur une affection symétrique des mains considérée comme un eczéma dégénéré. — 197. M. Doussain : Contribution à l'étude des formes cliniques et du diagnostic de la grippe. — *Mardi* 11. 198. M. Nitot : Contribution à l'étude de la syphilis oculaire, des gommes syphilitiques de l'iris et du corps ciliaire. — 199. M. Guéret : De l'adénite suppurée dans l'épithélioma. — *Mercredi* 12 : 200. M. Mora : Des hémorrhagies dans l'hystérie. — 201. M. Raynaud : Contribution à l'étude de la pneumonie chez les aliénés. — 202. M. Patin. — *Jeudi* 13 : 203. M. Morew : De l'alimentation forcée des aliénés. — 204. M. Arrango : Des phénomènes prémonitoires de la colique hépatique. — 205. M. Le Maréchal : Etude histologique et clinique de certaines tumeurs d'origine primitive intra-vasculaire. — 206. M. Flandin : Du traitement de l'entérorrhagie typhoïde par l'ergot de seigle. — 207. M. Salle : Contribution à l'étude du cancer primitif du pancréas.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).

Candidats admissibles. — Le jury s'est réuni les 3 et 4 mai pour écouter la lecture des rapports sur les titres des candidats pour l'agrégation en chirurgie et accouchements. Après la lecture de ces rapports, les candidats, dont les noms suivent, ont été admis à subir les épreuves définitives. Nous les donnons par ordre alphabétique :

Chirurgie : *Paris* : MM. Bouilly, Duret, Kirmisson, Peyrot, Reclus, Schwartz. — *Lyon* : MM. Levrat, Piqué, Tédenat. — *Bordeaux* : MM. Boursier, Ptéchaud. — *Nancy* : M. Weiss. — *Montpellier* : M. Guibal.

Accouchements : *Paris* : MM. Budin, Porak, Ribemont. — *Bordeaux* : MM. Hirigoyen, Lefour, Stapfer. — *Lyon* : MM. Duchamp, Poullet, Stapfer. — *Montpellier* : MM. Dumas, Stapfer. — *Lille* : MM. Gaulard, Stapfer.

Troisième épreuve. — Le mercredi 5 mai, les candidats ont été réunis à la Faculté, afin de procéder au tirage au sort de leurs questions pour la 3e *épreuve* (leçon orale d'une heure après 24 heures de préparation). Ils subiront cette épreuve dans l'ordre suivant :

Chirurgie : *Vendredi* 7 : MM. Duret et Schwartz. — *Lundi* 10 : MM. Peyrot et Kirmisson. — *Mardi* 11 : MM. Tédenat et Reclus. — *Mercredi* 12 : MM. Piqué et Boursier. — *Jeudi* 13 : MM. Piéchaud et Bouilly. — *Vendredi* 14 : MM. Levrat et Weiss. — *Lundi* 17 : M. Guibal.

Accouchements : *Lundi* 17 : M. Budin. — *Mardi* 18 : MM. Lefour et Hirigoyen. — *Mercredi* 19 : MM. Porak et Stapfer. — *Jeudi* 20 : MM. Poulet et Dumas. — *Vendredi* 21 : MM. Ribemont et Gaulard. — *Lundi* 24 : M. Duchamp.

Cette troisième épreuve a commencé le vendredi soir 7 mai, à 5 heures. Deux candidats ont fait leur leçon orale, ce sont : M. Duret : *Des ostéomes et de leur traitement*; — M. Schwartz : *Des ruptures de l'urèthre.*

Thèses. — Le mercredi 5 mai, les candidats ont également tiré au sort leurs sujets de thèse. Ils sont ainsi conçus :

Chirurgie : M. Bouilly : *Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prævésicale* (cavité de Retzius). M. Duret : *Les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale.* — M. Kirmisson : *De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures.* — M. Peyrot : *De l'intervention chirurgicale dans les obstructions intestinales.* — M. Reclus : *Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales.* — M. Schwartz : *Les ostéosarcomes des membres.* — M. Boursier : *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde.* — M. Guibal : *Du spasme uréthral.* — M. Levrat : *Des embolies veineuses d'origine traumatique.* — M. Piéchaud : *Que faut-il entendre par l'expression de choc traumatique?* — M. Piqué : *De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus.* — M. Tédenat : *Des gelures.* — M. Weiss : *De la tolérance des tissus pour les corps étrangers.*

Accouchements : M. Budin : *Des varices chez les femmes enceintes.* — M. Porak : *De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur.* — M. Ribemont : *Des hémorrhagies chez le nouveau-né.* — M. Duchamp : *Des altérations des villosités choriales.* — M. Dumas : *De l'albuminurie chez la femme enceinte.* — M. Gaulard : *De l'influence de la grossesse sur la tuberculose.* — M. Hirigoyen : *De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin.* — M. Lefour : *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* — M. Poulet : *De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse.* — M. Stapfer : *De l'hydrorrhée pendant la grossesse.*

Libéralité des Universités allemandes.

Dans les Universités allemandes, il existe une coutume fort louable. Les étudiants peuvent ne pas acquitter sur-le-champ les droits universitaires, exigés pour la fréquentation des cours. Plus d'un s'est trouvé, de cette façon, en état de faire ses études et d'entrer dans une carrière libérale. Beaucoup d'hommes de valeur, dit la *Gazette d'Augsbourg*, n'auraient pas été, pendant leurs années d'études, en état de faire les frais de leur éducation. Seulement, quand ils quittent l'Université, ils s'engagent par un écrit (*Revers*) qu'ils signent, à verser les droits qu'ils n'ont pu jadis acquitter, et cela dans un délai de six années. L'intérêt de cet argent ne se réclame point. Au bout de ce délai de six années, le questeur de l'Université est en droit de réclamer le payement; seulement, là encore, on laisse toutes les facilités désirables; on accorde de nouveaux délais aux débiteurs qui peuvent aussi verser par à-comptes. Il est rare que les tribunaux soient saisis d'affaires de ce genre.

Mais souvent il se passe de longues années avant que l'ancien étudiant, devenu père de famille, et ayant par conséquent de nouvelles charges puisse acquitter sa dette envers l'Université. Pendant ce temps, il arrive parfois que le débiteur devient insolvable, qu'il disparaît, émigre ou meurt. Le questeur seulement a un droit de 20 p. 100 sur l'argent dû, qu'il a par conséquent tout intérêt à faire rentrer.

27. Traitement de la diphthérie par l'acide oxalique.

CORNILLEAU.

Pendant l'hiver 1877-78, une épidémie de diphthérie éclata à St-Georges sur-Loire et sévit avec une intensité telle que la fermeture de l'église et de la maison d'école fut décidée, dans un but prophylactique. L'auteur, à cette époque, apprit qu'une femme employait, sous le nom de grand remède, un traitement empirique dont les résultats étaient favorables. Il se procura deux flacons de ce prétendu spécifique et l'analyse révéla la présence d'acide oxalique uni à de la potasse, avec des traces de tannin. Devant les résultats trop souvent négatifs de la thérapeutique ordinaire, M. Cornilleau n'hésita pas à instituer des essais avec le traitement suivant :

Acide oxalique pur	1 gr. 50.
Infusion de thé vert	120 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 —

En une potion à prendre par cuillerée à dessert de trois heures en trois heures. — Faire prendre, en outre, toutes les heures, un bol, une tasse ou une quantité plus faible encore (suivant l'âge du sujet) d'une tisane préparée avec :

Feuilles fraîches d'oseille......	150 gr.
Eau bouillante............	1000 —

Qu'il sera facile d'édulcorer, au moment de faire prendre au malade. Pour les enfants difficiles, on peut verser la cuillerée de potion dans une tasse de tisane (On pourrait employer des conserves de feuilles d'oseille quand la saison ne permet pas d'utiliser la plante fraîche.)

Dès le troisième jour de traitement, une heureuse et profonde amélioration se produisit dans l'état général; les fausses membranes diminuaient en étendue comme en épaisseur, et la convalescence arriva dès la fin du

premier septénaire. L'hygiène, un régime tonique, reconstituant, était également mis en usage. Les malades prenaient du lait, du bouillon gras, du vin, du café, de la viande crue, etc. — L'auteur se propose de continuer l'expérimentation de ce traitement qui lui a donné sur sept cas de croup et onze cas de diphthérie pharyngée, dix-sept succès ; encore pour le dernier malade pourrait-on attribuer la mort à une affection intercurrente (mal de Bright), survenu dans le cours de la maladie (*Revue de thérap. méd.-chirurg*).

28. Poudre contre le coryza.

Chlorhydrate de morphine......	0 gr. 10 c.
Gomme pulvérisée	8 gr.
Sous-nitrate de bismuth........	24 —

Mêlez. — Priser dans les 24 heures, le quart et jusqu'à la moitié de ce mélange, au début du coryza aigu et dans le coryza chronique. Avant d'en faire usage on lave les fosses nasales en renifiant de l'eau tiède. — Les solutions astringentes, l'eau de goudron, les eaux sulfureuses et arsénicales, injectées au moyen d'un pulvérisateur, produisent aussi de bons effets (*Union médicale*).

NOUVELLES

Assistance publique. — Ainsi que nous l'avions laissé prévoir dans notre dernier numéro, M. Charles Quentin est nommé directeur de l'administration de l'Assistance publique. Cette nomination est parue à l'*Officiel* du 6 mai.

Natalité a Paris. — Du vendredi 23 avril au jeudi 29 avril 1880, les naissances ont été au nombre de 1,084, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 402 ; illégitimes, 136. Total, 538. — *Sexe féminin* : légitimes, 425 ; illégitimes, 121. Total, 546.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 23 avril au jeudi 29 avril les décès ont été au nombre de 1,264, savoir : 568 hommes et 527 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 17. F. 15. T. 32. — Variole : M. 30. F. 16. T. 46. — Rougeole : M. 6. F. 12. T. 18. — Scarlatine : M. 5. F. ». T. ». — Coqueluche : M. 4. F. 6. T. 10. — Diphtérie. Croup : M. 19. F. 17. T. 36. — Dysentérie : M. 1. — Erysipèle : M. 8. F. 2. T. 10. — Affections puerpérales : F. 9. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 100. F. 73. T. 173. — Autres tuberculoses : M. 39. F. 29. T. 68. — Autres affections générales : M. 60. F. 77. T. 137. — Bronchite aiguë : M. 17. F. 31. T. 48. — Pneumonie : M. 50. F. 54. T. 104. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 37. F. 34. T. 71. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 49. F. 42. T. 91 ; — chroniques : M. 67. F. 77. T. 144 ; — douteuses : M. 41. F. 24. T. 65. — Après traumatismes : M. 1. F. ». T. ». — Morts violentes : M. 16. F. 6. T. 22. — Causes non classées : M. 1. F. 3. T. 4.

Morts nés et prétendus tels : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 11. Total, 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 20 ; illégitimes, 18. Total, 38.

Faculté de médecine. — M. le professeur Parrot a commencé, le dimanche 2 mai, à 10 heures, à l'hospice des Enfants-Assistés, rue d'Enfer, 74, ses conférences sur les maladies des enfants. Il les continuera tous les dimanches à la même heure pendant les mois de mai et de juin.

Agrégés près les Facultés de médecine. — Par arrêté en date du 23 avril 1880, sont attachés aux Facultés ci-après désignées, pour une période de neuf ans à partir du 1[er] novembre 1880, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent : *Faculté de Paris* : MM. Jofroy, Landouzy, Troisier, Raymond. — *Faculté de Montpellier* : MM. Mossé, Moriez, Regimbeau. — *Faculté de Lyon* : MM. Bouveret, Vinay, Perret. — *Faculté de Bordeaux* : MM. Arnozan, Rondot.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour l'internat.* — Ce concours s'est terminé le 3 mai par la nomination de MM. Gérente, Millet, Respaut et Mabit. — Les points obtenus par les concurrents à la question écrite se répartissaient ainsi : Mabit, 28 ; Gérente, 27 ; Millet, 27 ; Respaut, 24. La question orale (quinze minutes de durée après quinze minutes de réflexion) a été la suivante : *De l'épilepsie. Plaies des artères.* Les points obtenus ont été : Respaut, 15 ; Gérente, 14 ; Millet, 13 ; Mabit, 10. Les autres concurrents s'étaient retirés. Les autres questions orales restées dans l'urne comportaient les sujets suivants : *De l'insuffisance aortique. Diagnostic de la hernie étranglée ; 2° Signes et diagnostic de la pneumonie. Corps étrangers de l'œsophage.*

Assistance publique. — *Concours spécial pour la nomination à une place de médecin vacante à l'hospice de la Reconnaissance* (fondation Brézin), *à Garches (Seine-et-Oise).* — Ce concours sera ouvert le lundi 12 juillet 1880, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscription sera ouvert le jeudi 10 juin 1880 et sera clos le samedi 26 du même mois, à 3 heures.

Conditions du concours. — Les candidats qui se présenteront ne pourront être admis à se faire inscrire qu'après avoir justifié de leurs antécédents et et de leur moralité. Ils devront justifier également qu'ils sont âgés de 26 ans au moins, et qu'ils sont reçus docteurs en médecine et en chirurgie depuis deux ans au moins, ou bien qu'ils sont internes de 4[e] année des hôpitaux de Paris et qu'ils ont déjà subi cinq examens de doctorat.

Néanmoins l'interne qui aurait été classé le premier au concours devra obtenir le titre de docteur avant de pouvoir prendre les fonctions de médecin à l'hospice de Garches.

Jury. — Le jury se composera de trois médecins et de deux chirurgiens tirés au sort parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux en exercice ou honoraires et parmi les médecins et chirurgiens du bureau central d'admission.

Epreuves. — Les épreuves du concours comprendront : 1° une composition écrite sur un sujet afférent à l'anatomie et à la pathologie interne et externe pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois heures ; 2° une épreuve clinique de médecine sur un malade ; 3° une épreuve clinique de chirurgie sur un malade. Dans chacune de ces deux épreuves, il sera accordé aux candidats dix minutes pour examiner le malade et quinze minutes pour disserter sur ce malade devant le jury, après cinq minutes de réflexion ; 4° une consultation écrite sur un malade atteint d'une affection médico-chirurgicale pour laquelle il sera accordé trois quarts d'heure après dix minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement. Le maximum des points à attribuer aux candidats est fixé ainsi qu'il suit : Pour la composition écrite, 30 points ; pour chacune des trois autres épreuves, 20 points.

Avis particulier. — Aux termes du testament de M. Brézin, le médecin de l'hospice de la Reconnaissance sera tenu d'avoir sa résidence effective dans l'établissement. S'adresser pour tous renseignements, au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. — M. Raynal, ancien directeur de l'école d'Alfort, admis sur invitation à faire valoir ses droits à la retraite, vient d'envoyer sa démission de membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. Cette élection aura donc lieu prochainement.

Société médicale des bureaux de bienfaisance. — Cette Société tiendra sa prochaine séance mercredi 12 mai à 8 heures précises du soir à l'administration de l'Assistance publique. Ordre du jour : 1° Résultat des revaccinations dans les écoles et aux Invalides ; par M. Toledano ; 2° Un nouveau traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants ; par M. Debout d'Estrées.

Société de médecine légale. — Ordre du jour de la séance du lundi 10 mai 1880, à 3 heures précises, au palais de Justice. (Salle d'audience de la 5[e] chambre du Tribunal civil). 1° Communication de la commission permanente. — Rapport de M. Leblond, sur un cas d'infanticide ; 2° Sur les ecchymoses sous-pleurales. — Rapport de M. le D[r] Lemoine, communiqué par M. Fraboulet, juge d'instruction à Saint-Brieuc, membre correspondant de la Société ; 3° Sur les conditions de l'irresponsabilité légale dans le délire dit de persécution, par le D[r] Dally ; 4° Suite et fin de la discussion sur les voleurs aux étalages et dans les grands magasins.

Ecole de médecine de Clermont. — Par arrêté en date du 22 avril 1880, un concours s'ouvrira, le 3 novembre prochain, pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Hospices civils d'Annecy. — A la suite de la réorganisation des services hospitaliers, la nouvelle commission administrative des hospices d'Annecy a chargé du service médico-chirurgical : MM. Collies, Duparc, Thonion, déjà en fonction antérieurement et M. Francoz, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Excursions géologiques. — M. Ch. Vélain, maître de conférences, fera, dimanche prochain 9 mai, une excursion géologique à Chaumont et Gisors. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare à 6 h. 5 m. précises du matin.

M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au muséum d'histoire naturelle, fera dimanche prochain 9 mai, une excursion géologique à Noisy-le-Sec et Romainville. On se réunira à la gare de l'Est, où l'on prendra à 10 h. 20 du matin, le train pour Noisy-le-Sec.

Herborisations. — M. Chatin, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 9 mai, dans les bois du Vésinet. — Rendez-vous à la station de Chatou pour l'arrivée du train quittant Paris à 11 h. 30. (gare Saint-Lazare).

M. Baillon, professeur à la Faculté de Médecine, fera une herborisation le dimanche 9 mai, dans le bois de Meudon. Rendez-vous à la gare Montparnasse par le train partant à 4 heures pour la station de Clamart.

M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le dimanche 9 mai 1880, dans le bois de Boulogne. — Rendez-vous à midi, à la porte du fleuriste de la ville de Paris, rue de la Tour, 145, à Passy.

Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. — La pose de la première pierre de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts aura lieu le dimanche 9 mai, à 2 heures précises. Cette solennité sera présidée par M. le Ministre de l'Intérieur.

Assassinat d'un médecin. — M. le D[r] Picard, établi depuis peu à Moulins, comme médecin, et tout récemment encore interne à l'Hôtel-Dieu de Laon, a été tué à son domicile, par une jeune fille de Vendresse-et-Troyon,

son ancienne maîtresse. La vengeance paraît avoir été le mobile de ce crime qui aurait été prémédité par son auteur. La mort de M. Picard a été instantanée. Les constatations médico-légales ont été faites sur le champ par M. le Dr Lécuyer, de Baurieux.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Cochin. — Service de M. QUINQUAUD. — Annexes (H.), salle nº 1 : 2, angiocholite; 4, insuffisance mitrale, emphysème pulmonaire ; 5, tuberculose pulmonaire, néphrite parenchymateuse ; 7, mal de Pott (d'origine syphilitique) ; 9, gomme syphilitique ; 23, périencéphalite diffuse ; 24, rétrécissement mitral ; 25, épanchement pleural gauche ; 26, granulie. — Salle nº 2 : 32, pleurésie séreuse, granulie (?) ; 35, colique de plomb ; 37, rhumatisme blennorrhagique ; 38, rhumatisme articulaire aigu ; 40, attaques de catalepsie (homme), réveil du malade par la compression du testicule droit ; 46, érythème arthritique ; 50, cancer de l'iliaque ? 52, encéphalopathie saturnine ; 55, insuffisance aortique, néphrite parenchymateuse.— Annexes (F.), Baraque nº 1 : 1, contracture de la main gauche (cérébrale) ; 7, tuberculose de l'os iliaque, tuberculose pulmonaire consécutive ; 10, rhumatisme chronique polyarticulaire; 17, pleurésie à grand épanchement; 25, rhumatisme blennorrhagique ; 27, pelvi péritonite; 32, péricardite chronique. — Baraque nº 2 : 40, pelvi péritonite, phlébite, embolie pulmonaire ; 48, néphrite mixte, dyspnée urémique; 57, otite moyenne, perforation du tympan (fièvre typhoïde

On demande un Remplacant dans une petite ville aux environs de Paris. Pour les conditions, s'adresser au bureau du *Progrès médical.*

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. Poncet. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical.*

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr RECLUS. — In-8º de 208 pages, avec 5 planches. Prix : 5 fr.; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr. franco.)

Louise Lateau ou la **Stigmatisée belge.** nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée, par Bourneville. In-8 de 88 pages avec la fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer, 2 fr. 50.— Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

antérieure); 60, pelvi péritonite tuberculeuse (?)

Service de M. Bucquoy. — Salle Saint-Philippe (H.) : 2, pleurésie purulente, vomique ; 4, péritonite tuberculeuse ; 5, troisième rechute de fièvre typhoïde, délire systématisé ; 8, rétrécissement mitral, tuberculose pulmonaire ; 10, tumeur cérébrale syphilitique (?) pneumonie du sommet ; 11, double lésion aortique ; 15, aortite ; 16, double lésion mitrale, asystolie ; 18, rhumatisme chronique fibreux, lésions cardiaques complexes ; 19, insuffisance aortique, néphrite interstitielle ; 21, kyste hydatique suppuré ; 22, gangrène de la jambe droite par embolie artérielle. — Petite salle Sainte-Marie (H.) : 2, pleuro-pneumonie en résolution ; 6, pleurésie purulente, empyème ; 7, pneumonie typhoïde ; 8, encéphalopathie saturnine à forme délirante ; 10, lésions cardiaques complexes, mitral et aortique. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, ramollissement cérébral ancien, hypertrophie du cœur ; 3, paralysie hystérique ; 4, rhumatisme noueux ; 6, carcinome au voisinage du hile du foie ; 7, pelvi péritonite ; 8, pleurésie purulente, néphrite parenchymateuse ; 10, anévrysme de l'aorte ; 11, pleuro-pneumonie, tuberculose ? 12, rétrécissement mitral, emphysème pulmonaire ; 14, rhumatisme polyarticulaire aigu ; 15, double lésion aortique ; 16, pneumonie du sommet au cours d'une fièvre typhoïde ; 17, rhumatisme chronique ; 18, épithélioma de l'œsophage, rétrécissement ; 20, dyspepsie, suite d'ulcère de l'estomac ; 24, rétrécissement pulmonaire acquis, tuberculose consécutive ; 25, double lésion mitrale, tuberculose pulmonaire.



CERF ET FILS, IMP. 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.





8e ANNÉE. — N° 20. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 15 MAI 1880.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

Du Mercure.

Leçon recueillie par M. E. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

SOMMAIRE : Onguent napolitain. — Onguent gris. — Onguent napolitain belladoné. — Emplâtre de Vigo. — Oxyde noir (Protoxyde). — Eau phagédénique noire. — Oxyde rouge (Bioxyde). — Eau phagédénique du Codex. — Pommade au bioxyde. — Proto-sulfure. — Bisulfure (Cinabre). — Oxy-sulfure (Turbith). — Proto-chlorure (calomel). — Précipité blanc. — Calomel à la vapeur. — Incompatibilités. — Bichlorure. — Sublimé. — Liqueur de Van Swieten. — Lotions externes. — Proto-Iodures. — Pilules des adultes. — Biiodure. — Sirop de Gibert. — Nitrate acide de mercure. — Onguent citrin. — Dosage de ces prépations chez les enfants. — Usage interne. — Usage externe. — Action physiologique, locale, irritante, générale. — Anémie. — Hypoglobulie. — Diminution de la plasticité du sang. — Stomatite. — Hydrargyrie. — Tremblement. — Indications thérapeutiques. — Syphilis. — Digression sur la syphilis infantile. — Evolution normale et anormale. — Symptômes, pronostic, étiologie et traitement de la syphilis infantile. — Affections parasitaires. — Teignes. — Pityriasis. — Pédiculi. — Vers intestinaux. — Traitement local des affections démangeantes. — Dartres. — Ulcères rebelles. — Chancre phagédénique. — Inflammations. — Méningites. — Pseudo-méningites. — Péritonite. — Pleurésie. — Maladies générales. — Diphthérie. — Fièvres. — Quelques affections locales. — Ozène. — Blépharites ciliaires, etc., etc.

Messieurs,

On a beau médire du mercure, on a beau chercher à saper sa puissance dans le traitement de la syphilis, lui livrer un assaut en règle de tous les côtés, l'accuser d'être la source d'accidents étrangers à son action, tout ce bruit s'évanouit, tous ces efforts restent sans résultats aux yeux des médecins en situation de le voir à l'œuvre et d'admirer ses merveilleux effets dans la syphilis. Tous ceux d'entre vous qui suivent nos cliniques, nos consultations, n'ont plus à contrôler cette affirmation. Pour eux, comme pour moi, c'est une certitude, c'est une vérité. Aussi, je ne viens pas défendre devant vous le mercure contre les attaques dont il est l'objet ; mais je viens vous répéter qu'il s'est rencontré des hommes de bonne foi, armés de quelques faits mal interprétés, qui ont pu ébranler la conviction des médecins non expérimentés sur la matière, et jeter le désordre dans l'éducation médicale d'un trop grand nombre de jeunes gens. Que de malheurs causés à leur insu ! Que de victimes, même dans le corps médical ! Je vous citerai, au courant de cette exposition, des faits navrants dont toute la gravité doit retomber sur l'abstention du traitement mercuriel. Je ne me contenterai pas de vous parler du mercure et de ses indications, je vous tracerai un court abrégé de la *syphilis infantile* dont vous pouvez suivre l'évolution à nos cliniques. Vous ne sauriez trop étudier un sujet empreint d'un si vif intérêt pour le pathologiste et d'une si grande importance pour le médecin. Les documents, les livres, les spécimens ne vous manquent pas, mais il n'est pas moins utile de reprendre à satiété ces questions de pratique journalière, et, en outre, de placer à côté des types classiques de la vérole congéniale, les observations de syphilis à marche irrégulière, dont les signes anormaux obscurcissent le diagnostic. C'est ce que je chercherai à faire après vous avoir parlé des préparations mercurielles et de leurs propriétés.

Préparations mercurielles. — Elles sont extrêmement nombreuses. Je vous indiquerai les principales, celles qui forment la base de ma thérapeutique.

1° Le mercure, incorporé par une longue trituration avec al'xonge ou le cérat, constitue les préparations connues sous les noms d'*onguents mercuriels*. L'*onguent mercuriel double* ou onguent napolitain, renferme 500 parties de mercure, 460 d'axonge et 40 de cire blanche. Dans l'*onguent mercuriel simple* ou *onguent gris*, la proportion de mercure est quatre fois moins considérable.

L'*onguent napolitain* auquel on ajoute de l'extrait de belladone dans la proportion de 4 pour 30, devient l'*onguent napolitain belladoné*. On y incorpore également et dans les mêmes proportions, de l'extrait d'opium ou de l'extrait de ciguë.

L'*Emplâtre de Vigo* cum mercurio, très employé dans le traitement externe des gommes et périostites syphilitiques est formé d'un mélange de diverses résines et contient environ un cinquième de son poids de mercure.

2° Il existe deux *oxydes de mercure* : l'*oxyde noir* ou *protoxyde* et *l'oxyde rouge* ou *bioxyde*.

Le *protoxyde* est la base de l'*eau phagédénique noire* allemande, qui s'obtient en décomposant par l'eau de chaux le protochlorure hydrargyrique.

L'*eau phagédénique du Codex* se prépare avec le bioxyde de mercure, et s'obtient en décomposant par l'eau de chaux le bichlorure de mercure.

On prépare également avec le bioxyde de mercure une pommade que je vous recommande dans le traitement des affections prurigineuses et notamment de l'eczéma chronique.

Bioxyde de mercure	0 gr. 50
Camphre	1 —
Axonge	30 —

3e Aux deux oxydes de mercure correspondent deux *sulfures* : Le *protosulfure* qui, très soluble, est peu employé et le *bisulfure*, connu sous le nom de *cinabre* lorsqu'il est obtenu par sublimation. Ce dernier s'emploie surtout en fumigation.

Le *turbith minéral*, est un produit empirique contenant du sous-sulfate de mercure. Vous me le voyez prescrire en pommade contre les diverses variétés de teigne.

Turbith minéral	4 gr.
Axonge benzoïnée	30 —

4° Il existe également deux *chlorures* : le protochlorure, *calomel*, et le bichlorure, *sublimé corrosif*, qui méritent de nous arrêter un instant.

Le calomel se prépare de deux façons : par précipitation (calomel précipité), et par sublimation (calomel à la vapeur.

Le premier (*précipité blanc*) résulte de la précipitation de l'azotate de mercure par l'acide chlorhydrique, il contient souvent du sublimé corrosif, surtout lorsqu'il a été insuffisamment lavé, aussi devrez vous, pour plus de sûreté, le réserver exclusivement pour l'usage externe.

Le second (*calomel à la vapeur*) devra seul être donné à l'intérieur ; il se prépare en chauffant le calomel dans un ballon parcouru par un courant de vapeur qui dissout et entraîne le sublimé qu'il contenait. Il est ensuite lavé avec soin pour le débarrasser de la petite quantité qu'il pourrait en retenir.

N'oubliez pas, Messieurs, les incompatibilités dans les applications thérapeutiques du calomel donné à l'intérieur. Un grand nombre de substances, en effet, peuvent le transformer, partiellement du moins, en poisons violents, le sublimé et le cyanure de mercure. Je vous engage donc à noter les propositions suivantes, qui vous serviront de guide en plus d'une occasion :

a) Le calomel contient du sublimé lorsqu'il a été mal

lavé. Donc avoir recours, pour l'usage interne, au calomel à la vapeur.

b) Il en contient encore lorsqu'on l'associe, dans une formule, avec des chlorures solubles, et notamment ceux de potassium ioduré et d'ammonium.

c) Les préparations de calomel auxquelles on ajoute des amandes amères et des médicaments cyaniques : acide cyanhydrique officinal, eau de laurier-cerise, contiennent du bichlorure, du cyanure de mercure, de l'acide cyanhydrique libre et quelques autres produits accessoires. Vous ne devrez donc jamais incorporer le calomel au looch blanc du Codex qui n'est, vous le savez, qu'une émulsion d'amandes douces et d'amandes amères.

d) Enfin, l'iode et les iodures associés au calomel, même très pur, se changent en partie en un produit très actif : le biiodure de mercure, dont l'emploi demande les plus grandes précautions.

Le calomel s'emploie chez les enfants, comme purgatif, à dose relativement élevée, comme altérant, à dose fractionnée. Je vous formulerai ces doses plus loin. Pour les usages externes on l'incorpore à de l'axonge, dans la proportion de 4 gr. pour 30 gr., et on le mélange à des poudres inertes pour les insufflations ou pour les applications locales, ou on l'emploie également seul à l'état de précipité blanc.

Le *sublimé corrosif* ou *bichlorure de mercure*, entre dans la confection de pilules, qui en renferment généralement 0 gr. 001 à 0 gr. 009 millig., et est la base de la liqueur de Van Swieten, qui en contient un gramme pour 1,000.

En frictions ou pour les lotions externes, vous le prescrirez sous la formule suivante :

Bichlorure de mercure.......	4 grammes.
Alcool....................	100 —
Eau distillée...............	900 —

Je donne la liqueur de Van-Switen aux enfants, dans du lait, malgré les objections chimiques que j'avais entendu émettre autrefois contre cette association. On a démontré depuis, que les albuminates de mercure, loin de nuire à l'absorption du médicament, le rendaient plus tolérable et plus efficace. Fort de cette découverte, on a vanté, par contre-coup, les albuminates, qui font la base des biscuits d'Ollivier. Tous les praticiens savaient à quoi s'en tenir avant les physiologistes. Malgré la théorie de l'insolubilité des albuminates dans le suc gastrique, ils n'en constataient pas moins des résultats cliniques indéniables en faveur de l'absorption du mercure administré dans le lait.

5° Parmi les *iodures*, le *biiodure de mercure* est le seul que j'emploie dans la thérapeutique infantile, mais comme le protoiodure forme la base des pilules données aux adultes, je vais vous en rappeler la formule en passant :

Protoiodure hydrargyrique...	2 grammes.
Thridace..................	4 —
Extrait thébaïque........	0,20 centigrammes.

Mêler et faire 40 pilules.

Le biiodure, infiniment plus actif, entre dans la composition du sirop de Gibert, dont je vous indiquererai bientôt l'utilité et le mode d'emploi :

Biiodure de mercure	0.10 centigrammes.
Iodure de potassium	5 grammes.
Eau distillée..............	5 —
Sirop de sucre blanc......	250 —

Une cuillerée à bouche de ce sirop contient donc 0,01 centigr. de biiodure et 0.50 d'iodure de potassium.

6° Enfin, pour clore cette longue liste, qui ne comprend encore que les préparations les plus essentielles, ajoutez-y le *nitrate acide de mercure*.

Cette préparation, dont l'usage est purement externe, entre également dans la composition de l'onguent citrin.

Voici une formule dont on trouvera l'emploi contre les dartres sèches démangeantes, bien plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant : Pommade de concombres, 30 grammes, nitrate acide de mercure, 10 gouttes.

Dosage et mode d'emploi. — Permettez-moi de souligner les petits détails du mode d'emploi et du dosage de ces préparations mercurielles. Pour donner le *sublimé* (bichlorure) à l'intérieur chez les enfants à la mamelle j'emploie la liqueur de Van Swieten à la dose de 20 gouttes par jour, prises en quatre fois dans du lait, au moment des tétées ou du biberon; si les manifestations syphilitiques tendent à disparaître, je me contente de ce dosage. Si, au contraire, je n'observe point d'amélioration sensible au bout de quatre à cinq jours — ce qui constitue la très grosse exception, — j'en porte la dose jusqu'à 25 et même 30 gouttes, que je divise en cinq prises, absorbées de la même façon.

Je vous dirai, à propos du traitement méthodique de la syphilis infantile, que cette dose est ordinairement suffisante chez les enfants nouveau-nés ; chez ceux qui ont dépassé 2 ans, je commence par 40 à 50 gouttes pour arriver rapidement à 60.

Le *calomel* se donne comme altérant ou comme antisyphilitique à la dose de 0,01 à 0,05 centigr., additionné de poudre de sucre et divisé en 10 paquets égaux qui seront pris d'heure en heure.

Comme purgatif ou vermifuge, on le prescrit à la dose de 0,50 centigrammes, pris en une fois à jeun, dans de l'eau pure ; associé à la mannite, il entre dans la composition de pastilles pouvant fondre dans de l'eau ou du lait. C'est à la dose de 0,01 à 0,05 centigrammes qu'on peut l'incorporer à la mannite. 1 à 3 pastilles préparées de la sorte constituent une variété de purgatif auquel on peut avoir recours à l'occasion.

Le *sirop de Gibert* (biiodure de mercure et de potassium), utile dans la syphilis infantile, dont la marche passe si rapidement des accidents secondaires à la cachexie syphilitique, doit être administré aux bébés, dès que le mercure a produit ses effets utiles, c'est-à-dire au bout de 2 à 3 mois, à la dose de 1/3 de cuillerée à café, pris en trois fois au moins. Il vous sera facile d'obtenir cette division en mettant une cuillerée à café du sirop dans un petit flacon quelconque rempli d'eau, dont vous recommanderez de donner le tiers en trois prises distinctes. Aux enfants qui ont dépassé 2 ans, je donne d'abord une cuillerée à café, et plus tard je n'hésite pas à en prescrire 2 en 24 heures. Nous étudierons plus loin le moment où il faut le suspendre, soit pour revenir au mercure seul, soit pour donner du repos à l'économie et s'assurer du degré de puissance de la syphilis abandonnée à elle-même sans traitement spécifique.

Usages externes.— Les pommades mercurielles, onguent napolitain, onguent gris, s'emploient en frictions chez les bébés et les enfants plus avancés en âge, à la dose d'une quantité évaluée au volume d'un gros pois pour chaque région frictionnée (aisselle, jarrets). Quant à la pommade à l'oxyde rouge, on en met une quantité grosse comme une tête d'épingle quand il s'agit des paupières, et quand il s'agit d'une région plus étendue, juste la quantité nécessaire pour recouvrir la région atteinte d'eczéma chronique.

Vous pourrez faire chez les enfants de tout âge les lotions mercurielles matin et soir, sans dosage aucun, sans autre précaution que celle de ne pas les laisser pénétrer dans les orifices naturels.

Le nitrate acide de mercure, excellent pour combattre les végétations de toute nature, pour ramener vers la cicatrisation les ulcérations syphilitiques, doit être manié avec un peu d'attention. Il faut en imprégner un petit morceau de bois, ne pas y laisser la moindre goutte en suspension, et se borner à toucher légèrement les parties malades. Si, au lieu de prendre ce puissant caustique avec une substance qu'il tend à détruire et à laquelle il adhère, vous le saisissez à l'aide d'un bâton de verre, il s'en dépose nécessairement une goutte plus ou moins grosse qui, par la déclivité, peut s'étendre au-delà des points à toucher. J'ai vu un jour le fait se produire sous mes yeux à l'hôpital de la Charité. Un élève, chargé de cautériser les ulcérations de la gorge d'un syphilitique, pratiquait cette opération avec un bâton de verre qu'il trempait dans le flacon et portait ensuite, après l'avoir essuyé sur le goulot, jusqu'au

fond de la gorge. Tout le liquide caustique disséminé sur une longueur de 2 à 3 centimètres se réunissait au bout de la baguette, et la grosse goutte tombait dans l'arrière-gorge où elle produisit une douleur persistante, atroce, qui dura plusieurs heures. (*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE

Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin (1);

Par **Ch. FÉRÉ.**

L'excessive fragilité du bassin, chez les sujets âgés, peut encore être démontrée par l'expérience suivante : Ayant pris le cadavre d'une femme de 84 ans et ayant placé la crête iliaque gauche contre le bord d'une table de pierre, tandis que je pressais contre la droite avec ma propre hanche, un effort peu considérable m'a suffi pour produire une double fracture verticale du bassin. Cette fragilité considérable du bassin chez la femme, de même que la fragilité du col du fémur et l'atrophie sénile symétrique des pariétaux, plus fréquente chez la femme, nous a paru en rapport avec la raréfaction sénile plus précoce chez elle, en raison de l'évolution plus rapide de son squelette (2).

Dans tous les cas, que la fracture ait été produite par une simple chute ou par un choc sur le bassin soutenu du côté opposé, les lésions ont toujours présenté la plus grande analogie. Les fractures siègent à peu près constamment du côté qui a supporté directement le choc ; il n'y a eu à cette règle que trois exceptions sur trente-six expériences et toutes les trois chez des femmes et toujours lorsque le bassin était soutenu du côté opposé au choc. Cette variété est peut-être due à une certaine obliquité de la direction de la violence dans le sens antéro-postérieur ; nous avions noté, en effet, que, dans ce cas, la crête iliaque qui devait supporter le choc au lieu d'être dirigée directement en haut s'était déviée un peu en avant, de sorte que le bassin avait été pressé un peu obliquement ; mais nous ne trouvons pas là une explication suffisante.

Dans deux cas seulement il y a eu luxation en arrière du pubis du côté frappé, le fibro-cartilage était resté attaché au pubis du côté opposé (nous avons négligé de noter s'il existait dans ces cas une configuration spéciale du détroit supérieur, permettant d'expliquer cette variété). Dans tous les autres cas, il y avait une fracture offrant une direction constante, oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière (*Fig. 47*). La direction, toujours la même, du trait de la fracture indique que dans cet ordre de faits le déplacement doit se faire toujours dans le même sens ; c'est ce qui a lieu en effet : le fragment externe glisse en arrière et en dedans tandis que l'interne reste en place et fait saillie en avant ; il est possible d'obtenir par la pression une réduction du diamètre bi-iliaque et de rapprocher de la ligne médiane l'épine iliaque du côté rompu. M. Chabourau (3), qui a utilisé ces expériences, a bien montré l'importance de cette disposition des fragments dans la pathogénie des ruptures de la vessie qui, dans ces cas, est atteinte par le fragment externe ; tandis que dans les fractures du bassin produites par des mécanismes différents, la rupture se fait par des procédés tout autres (4).

Quant au siège de la fracture du pubis, il peut varier dans une certaine mesure : dix-sept fois elle siégeait sur le corps même de l'os dans les expériences sur les femmes et treize fois seulement sur les branches, tandis que chez les hommes la lésion a toujours porté sur les branches.

La fracture du corps du pubis est à peu près verticale ou un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors ; sur la table externe, elle est très voisine du trou ovale, tandis que sur la table interne, elle se rapproche plus ou moins de la symphyse. Quand la fracture porte sur les branches, elle porte toujours sur la moitié interne de la branche horizontale. Dans ces cas, la gouttière sous-pubienne est ouverte et les vaisseaux obturateurs peuvent être atteints, comme notre observation II en montre un exemple. Le nerf obturateur lui-même n'est pas à l'abri sinon de la déchirure, du moins de l'irritation qui peut se traduire par des douleurs apparaissant immédiatement après l'accident ou pendant le travail de consolidation, comme dans l'observation III. La possibilité de ces complications du côté des vaisseaux et nerfs obturateurs, des lésions de la vessie et de l'urèthre, indique que la pression bilatérale exploratrice doit être faite avec une certaine réserve.

La branche descendante du pubis se rompt en général à trois ou quatre centimètres au-dessous de la symphyse : le trait de la fracture est le plus souvent horizontal ou un peu oblique en bas et en dedans suivant la largeur, quelquefois, il est aussi un peu oblique en bas et en arrière suivant l'épaisseur.

La fracture du pubis peut exister seule comme dans l'observation II, on ne peut alors qu'avec peine produire un chevauchement de quelques millimètres en cherchant à rapprocher les deux épines iliaques. Je n'ai pu obtenir expérimentalement que deux fois (femmes) la fracture isolée du pubis. Dans ces cas, le peu de mobilité qu'on obtient se passe dans l'articulation sacro-iliaque plus ou moins ébranlée ou même saine : on peut se convaincre que ces mouvements sont possibles sans qu'il y ait luxation sacro-iliaque, en enlevant un des pubis sur un cadavre et en essayant ensuite de rapprocher les deux épines iliaques, on obtient alors quelquefois une réduction notable du diamètre bi-iliaque, et si on exagère le mouvement, on produit brusquement une fracture du sacrum ou de l'os iliaque à sa partie postérieure. Ce léger degré de mobilité pourrait s'expliquer aussi par une fracture incomplète de l'os comme dans le cas de Habran (1) où la fracture de la partie postérieure de l'os iliaque paraît avoir porté seulement sur la table externe ; nous n'avons point produit de lésion de ce genre.

Presque toujours le traumatisme a été assez violent pour déterminer en même temps une solution de continuité à la partie postérieure du bassin. Dans huit cas (femmes), il y a eu disjonction de la symphyse sacro-iliaque ; trois fois, il y avait arrachement partiel de la surface articulaire de l'aile sacrée, au niveau de l'insertion du ligament inter-articulaire, le fragment détaché du sacrum n'ayant pas un centimètre d'épaisseur à son centre. Toujours les ligaments postérieurs et interosseux étaient rompus ou arrachés, tandis que le ligament antérieur si faible était resté intact, ce qui, d'ailleurs, s'explique bien par la direction du déplacement.

Chez les 21 femmes où il y a eu fracture en arrière, douze fois la lésion portait sur l'aile du sacrum, dans la ligne des trous sacrés et neuf fois sur la partie postérieure de l'os iliaque ; chez les trois hommes (Bicêtre) elle était aussi à la partie postérieure de la fosse iliaque ; de sorte que, sur un total de 24 faits expérimentaux, on arrive à avoir un chiffre exactement égal pour les deux variétés de fractures. Quand la fracture siège sur l'os iliaque, elle est située au voisinage de l'articulation sacro-iliaque, elle commence en haut à deux centimètres en dehors de l'articulation, divisant l'épaisseur de l'os obliquement de dehors en dedans et d'arrière en avant et se dirige plus ou moins verticalement vers le fond de la grande échancrure sciatique ; le fragment de l'os iliaque qui reste attaché au sacrum est toujours plus large en arrière qu'en avant. Dans les cas de fracture de l'aile sacrée, nous n'avons jamais noté l'existence des fragments secondaires signalés dans l'observation de Voillemier ; la fracture est un peu oblique d'ar-

(1) Voir le n° 19.

(2) Féré. — *Atrophie sénile symétrique des pariétaux* (Bull. soc. anat., 1876, p. 485.) — *Recherches sur la pathogénie et l'anatomie pathologique du céphalœmatome* (Revue mensuelle de méd. et chir., 1880, p. 119).

(3) Chaboureau. — *Des ruptures de la vessie dans leurs rapports avec les fractures du bassin.* Thèse de Paris, 1878.

(4) Barthelémy. — *Des complications vésicales des fractures du bassin* (Bull. soc. clinique, 1878, p. 248.)

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1865, p. 681.

rière en avant et dedehors en dedans, et s'arrête le plus souvent au troisième trou sacré pour aller ensuite rejoindre l'échancrure sciatique.

La double fracture verticale du bassin, produite par un choc latéral et à peu près directement transversal, nous paraît donc se produire en deux temps : 1° dans le premier temps, la pression tend à modifier la courbure du cercle osseux, à aplatir transversalement le bassin qui cède dans le joint le plus faible, le pubis. Si l'intensité du choc est peu considérable, la fracture du pubis peut rester simple; 2° le deuxième temps se produit si la violence continue ; elle agit alors sur l'os iliaque devenu libre en avant comme sur un bras de levier et finit par rompre le sacrum ou la partie postérieure de l'os des iles, par exagération de courbure de la moitié latérale du bassin.

Dans les cas où la violence a agi sur le bassin fixé contre le sol, l'effort pour rapprocher les deux extrémités de l'axe transversal est bien évident, on peut dire qu'il y a *écrasement latéral du bassin*, mais le mécanisme est en tout semblable dans la fracture par simple choc; et si on peut rencontrer exceptionnellement, à la suite de violences extrêmes, une fracture esquilleuse du sacrum, cette sorte d'écrasement est absolument accessoire, consécutive et ne mérite pas de faire donner à tout ce groupe de lésions le nom de fractures par *écrasement du sacrum*, comme l'a fait Voillemier. Cette dénomination de fracture par écrasement du sacrum nous paraît devoir être rejetée parce qu'elle semble indiquer que la rupture du sacrum est le fait initial, ce qui n'est pas et ne paraît pas possible, car il faudrait non seulement un écrasement du sacrum, mais encore une pénétration réciproque des deux fragments pour permettre une exagération de courbure de la partie antérieure du bassin suffisante pour en amener consécutivement la rupture. Je me permettrai, d'ailleurs, d'élever un doute sur l'une des observations rapportées par M. Voillemier (1), où il s'agit d'un individu qui fut « pris sous un éboulement de terre considérable » qui l'aurait frappé au côté ; or, un éboulement de terre est peut-être plus capable de produire des pressions multiples que d'agir sur un point unique, et il n'est point étonnant que les lésions observées sur ce sujet aient différé de celles que nous avons décrites ; dans l'autre fait, au contraire (2), l'action du traumatisme a été bien nette, le blessé a été pris par les hanches entre deux tampons de wagon, et il a présenté tous les signes des lésions unilatérales analogues à celles que nous avons observées et produites expérimentalement.

En somme, on voit que les traumatismes qui agissent transversalement sur le bassin peuvent déterminer des lésions variables dans une certaine mesure, à la fois par leur nature et par leur siége, soit en avant, soit en arrière. Si le diagnostic en est facile lorsqu'il y a un déplacement considérable, il n'en est plus de même lorsqu'il n'y a aucune déviation appréciable, comme dans l'observation suivante.

Observation III. — Le nommé Gh... Louis, journalier, âgé de 38 ans, entre le 24 septembre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 38, service de M. Broca suppléé par M. Ch. Monod.

G. était en train de mettre la chambrière sous l'arrière d'un tombereau chargé de briques quand celui-ci se renversa. G... tomba sur le côté gauche et la partie postérieure du tombereau porta sur sa crête iliaque droite pendant qu'une grande quantité de briques s'écroulaient sur lui.

A son entrée, on constate de nombreuses ecchymoses à la face, et une plaie continue à la partie interne du pied droit.

Vers la partie moyenne de la crête iliaque droite, il y a une ecchymose violette large comme la paume de la main, qui se prolonge sur la paroi abdominale ; au niveau du grand trochanter gauche, on voit une légère éraillure de peau. Le pli de l'aine du côté droit est presque complétement effacé ; on sent superficiellement une nappe très nettement fluctuante qui s'étend sur toute la région. La pression superficielle n'est que peu sensible ; mais si on déprime assez fortement la peau on provoque une douleur assez vive et il semble que l'artère fémorale batte plus superficiellement que de l'autre côté ; si on déprime davantage encore pour explorer la branche horizontale du pubis, on provoque une douleur extrêmement intense sur un point limité à cinq centimètres en dehors de la ligne médiane, où on sent une irrégularité de la surface osseuse. A la partie postérieure, on provoque par la pression une douleur vive sur une ligne verticale partant du fond de l'échancrure sciatique, à 7 centimètres en dehors de la ligne médiane et remontant jusqu'à la crête iliaque ; il n'y a pas d'ecchymose dans cette région. En pratiquant le toucher rectal, on sent, à peu près à l'union de la branche ascendante de l'ischion avec la branche descendante du pubis, une petite irrégularité, et la pression provoque en cet endroit une douleur extrêmement vive. Si on fait fléchir la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse, et que l'on donne avec la paume de la main une forte secousse sur la partie supérieure du tibia, le malade n'éprouve qu'une faible douleur sur les points indiqués ; la pression transversale est un peu plus douloureuse, mais encore peu sensible; si on le fait lever, il peut se tenir debout, mais il ressent une douleur assez vive à la partie postérieure du bassin, au point déjà signalé comme douloureux à la pression. Il est placé dans une gouttière de Bonnet.

25 Septembre. — Peu de douleur spontanée, pas de troubles du côté des organes digestifs, la miction se fait normalement. Il éprouve une certaine difficulté à respirer dans la position horizontale ; mais cette gêne n'a rien à faire avec le traumatisme, le malade présente la déformation du thorax et tous les signes propres à l'emphysème pulmonaire.

6 Octobre. — L'épanchement sanguin de la région inguinale s'est affaissé, la peau a pris une teinte jaune verdâtre. On apprécie beaucoup mieux encore que l'artère bat plus superficiellement que de l'autre côté. Au niveau du point douloureux de la branche horizontale du pubis, on sent une saillie mousse extrêmement sensible. Par le toucher rectal on sent également un renflement au niveau du point douloureux de la branche descendante. A la partie postérieure la douleur persiste au même endroit, où on voit maintenant une plaque jaunâtre. Le malade se plaint de douleurs sur toute la face interne de la cuisse jusqu'au genou ; ces douleurs qui l'ont pris depuis la veille seulement présentent de temps en temps des exaspérations momentanées, elles ne sont pas augmentées par la pression sur le point d'émergence du nerf obturateur, mais elles semblent un peu soulagées par une légère flexion de la cuisse.

Le malade est maintenu dans la gouttière jusqu'au 18 octobre. Les douleurs le long de la face interne de la cuisse ont diminué, mais persistent encore avec les mêmes caractères. On sent toujours une saillie sur la branche horizontale et un renflement sur la face interne de la branche descendante, ces deux points sont toujours sensibles ainsi que le point postérieur. Il n'y a plus de traces d'ecchymoses ; on ne trouve plus que l'artère fémorale batte superficiellement. L'attitude du membre inférieur présente une particularité qui n'avait pas été notée au début, peut-être par oubli ; le pied est notablement dévié dans la rotation en dehors et on provoque de la douleur dans l'aine quand on cherche à le ramener dans sa position normale. Le malade peut se tenir sur ses pieds, mais le droit est toujours dévié en dehors ; en outre, au bout de quelques instants, la position debout devient très fatigante, le malade ressent une forte douleur dans l'aine et il se tient le tronc fortement fléchi ; puis la station devient impossible, à cause des douleurs au niveau des points précédemment indiqués, et principalement en arrière. La marche est impossible.

25 Octobre. — Les douleurs le long de la face interne de la cuisse ont disparu. Le malade peut marcher un peu, mais toujours en se tenant penché en avant à cause des douleurs. Même déviation du pied, même sensibilité aux mêmes points. Il a eu trois ou quatre fois une certaine difficulté à uriner, il ne pouvait pisser que debout.

12 Novembre. — Le malade marche beaucoup mieux, mais toujours un peu fléchi ; même déviation du membre inférieur. Même douleur prédominante au niveau de la lésion postérieure : cette douleur s'étend toujours sur la même ligne, à 7 centimètres en dehors de la ligne médiane. Quand il est placé sur son lit, aussi droit que possible, la mensuration faite successivement par plusieurs personnes donne les résultats suivants : 1° la distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à la ligne médiane, est de 153 millimètres du côté blessé et de 157 de l'autre côté ; 2° la distance de la même épine au point ou le bord inférieur de la dépression ombilicale est coupé par la ligne blanche, est de 173 milimètres du côté blessé et de 183 de l'autre côté.

(1) Voillemier. — *Clinique chirurgicale*, p. 108.
(2) *Ibid.*, p. 112.

Le malade part pour l'asile des convalescents de Vincennes le 17 novembre.

Il est revu le 30 décembre. Il marche à peu près droit, mais le pied droit est toujours porté en dehors. Il se fatigue vite et éprouve alors de la douleur à la partie postérieure du bassin, toujours au même endroit, la pression provoque encore de la douleur sur les deux points antérieurs. Les mensurations répétées donnent exactement le même résultat qu'avant sa sortie.

Il est revu encore à la fin de janvier, il marche toujours le pied en dehors et éprouve toujours de la douleur à la partie postérieure du bassin quand il se fatigue, mais la fatigue arrive moins vite.

On ne peut guère douter qu'il y ait dans ce cas fracture indirecte des deux branches du pubis sans déplacement ; et peut-être l'épanchement sanguin considérable qui a comblé le pli de l'aine pourrait-il être attribué à une rupture vasculaire, analogue à celle qui a été trouvée chez la malade de l'observation II. Quant à la lésion de la partie postérieure, il est plus difficile de déterminer le siége exact et par conséquent la nature : Voillemier raconte bien que ses deux premières observations de fractures du sacrum, dans la ligne des trous, avaient déjà été publiées avant l'autopsie par Tavignot comme des luxations sacro-iliaques, mais il n'indique pas de moyen de les différencier ni de les distinguer de la fracture de la partie postérieure de l'os iliaque. Dans ce cas, la lésion ne semble pas pouvoir avoir porté sur la ligne des trous sacrés. car la douleur fixe était ressentie en arrière, sur une ligne à peu près verticale située à 7 centimètres en dehors de la ligne médiane ; or, sur le sacrum le plus large que nous ayons pu mesurer, le trou sacré supérieur, le plus éloigné de la ligne médiane, n'en était pas distant de 3 centimètres. En outre, en arrière de la ligne indiquée, sur les épines iliaques postérieures, la pression ne provoquait pas de douleur, ce qui semblerait devoir exister dans le cas de luxation sacro-iliaque ; et nous sommes portés à croire qu'il s'agit plutôt d'une fracture de la partie postérieure de l'os iliaque. Nous avons voulu rechercher si, sous l'influence de la marche, le fragment médian ne remonterait pas dans une certaine mesure, mais nous n'avons rien pu constater de semblable (1).

IV. Il est une circonstance dans laquelle la pression transversale ne détermine ni la *double fracture verticale de l'os iliaque*, ni la double fracture verticale du bassin portant sur le sacrum et sur la partie antérieure de l'os iliaque. Sur une petite fille de 6 ans, à la Salpêtrière, j'avais vu une pression latérale produire une fracture transversale de l'ilion. Mais, dans ce cas, j'avais remarqué que, sous l'effort, les deux épines iliaques s'étaient rapprochées de près de trois centimètres, avant que l'os ne se soit brisé ; la direction de la fosse iliaque s'était donc changée pendant l'expérience, de sorte que la force n'agissait plus sur la crête, mais bien sur la face externe de l'os, exactement comme lorsqu'on la dirige obliquement de bas en haut et de dehors en dedans sur un bassin d'adulte. L'expérience a été répétée plusieurs fois à l'Hospice des Enfants assistés, sur des enfants du même âge, mais je n'ai obtenu le même résultat que sur un seul sujet ; dans les autres cas, la pression déterminait une réduction considérable du diamètre biiliaque, mais l'effort a été insuffisant pour vaincre l'élasticité du bassin. (*A suivre*).

Concours pour trois places de médecin au bureau central. — La troisième épreuve d'admissibilité est terminée. Ont été seuls admis à subir les épreuves définitives les candidats dont les noms suivent, classés dans l'ordre déterminé par le nombre de points obtenus : MM. Hanot, Gaillard-Lacombe, Danlos, Gingeot, Hirtz (Edgard), Du Castel, Cuffer, Hirtz (Hippolyte), Moizard et Roques.

---

(1) Les mensurations précises sont d'ailleurs très-difficiles, d'abord parce qu'on ne peut qu'avec peine déterminer un point fixe sur le vivant, et ensuite parce que, sur le squelette, on peut trouver une différence qui peut aller jusqu'à 1 centimètre entre les distances des épines iliaques et pubiennes des deux côtés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La statistique municipale.

La statistique est un merveilleux instrument de précision, qui se peut comparer à certaine machine dont naguère on parla beaucoup. Un américain, de New-Humburg, l'avait apportée à l'une de nos dernières expositions. Dans cet engin, on introduisait un lapin vivant ; l'inventeur poussait des boutons, tournait des robinets, pressait des pédales, et bientôt à l'autre extrémité de la machine sortaient un élégant couvre-chef et un ragoût cuit à point. C'était infaillible. On ne reprochait à l'appareil que deux défauts : la manœuvre en était compliquée et le mécanisme imperturbable. Pour peu qu'un opérateur inexpérimenté se trompât dans l'ordre de mise en action des divers rouages, les poils et la chair de la bête se répartissaient en bizarres proportions entre le plat et le chapeau. La machine, d'autre part, transformait impassiblement de la même manière les animaux les plus différents. Peu importait ce qu'on lui confiait, la façon dont on la conduisait; elle rendait sans s'arrêter, sans broncher, toujours les mêmes produits sous la même forme ; mais la composition et la valeur de ces produits variaient étrangement De même la statistique se prête indifféremment aux calculs du savant et à ceux de l'ignorant ; elle tire des conclusions en apparence rigoureuses aussi bien des entassements de faits hétéroclites que des dénombrements de faits semblables. A tout interrogateur, sur tout sujet, elle répond volontiers. Ce que valent ces réponses dépend de l'habileté du statisticien et des matériaux qu'on lui soumet. D'où il suit que les résultats de la statistique méritent confiance à cette double condition de venir de données bien choisies mises en œuvre par un homme expert. La statistique municipale est aujourd'hui en mains compétentes ; celui qui dirige la machine ne commettra pas d'interversion dans la manœuvre ; de ce côté on a toute garantie. Reste à ne pas fourrer une carpe à la place du lapin.

C'est là qu'est la difficulté, car la ressemblance n'est malheureusement pas complète. Avant d'utiliser la machine, il suffit d'aller soi-même au marché, d'y choisir à son gré la bête la plus dodue et de l'introduire dans l'engrenage ; point n'est besoin de consulter messire Jeannot ; qu'il demande ou qu'il n'aime pas à être écorché vif, on n'en a cure. En statistique, quand elle s'adresse à des êtres humains, il n'en va point ainsi. D'une part, le même homme qui élabore les ingrédients indispensables ne saurait les recueillir lui-même, tant ils sont nombreux, dispersés, surgissant en mille endroits au même instant ; n'ayant pas le don d'ubiquité, force lui est de recourir à des pourvoyeurs, à des collaborateurs. Ceux-là sont tout trouvés pour la statistique municipale ; ce sont les médecins et les employés de l'état civil. Intelligents et dévoués, ils n'ont besoin que d'instructions nettes, précises et moralement réalisables pour réunir à coup sûr les documents rigoureusement exacts dont on a besoin. D'autre part, on ne peut exiger que les détenteurs des renseignements nécessaires les fournissent, si, par aventure, en souffrent leurs intérêts ou leurs sentiments. Des formulaires à remplir par les médecins et les employés de l'état civil, il faut donc bannir soigneusement les détails oiseux, les questions indiscrètes, et n'y maintenir que des

ndications utiles, appelant une réponse positive, facile à demander, facile à donner.

En est il ainsi des nouveaux bulletins de statistique municipale? Prenons d abord celui qui concerne les naissances. Il occupe deux feuillets dont le premier ne contient que le mandat du maire et le certificat médical de vérification. Mais le second n'a nul titre au respect dû aux prescriptions légales. En tête des deux côtés, on lit : *Notice statistique impersonnelle.* Impersonnelle, ici, veut dire, si je ne me trompe, qui n'indique personne en particulier. Et dans le corps du feuillet sont indiqués l'âge, la profession, l'état civil, le lieu de naissance, le domicile du père et de la mère. Leurs noms, il est vrai, n'y sont pas, mais à qui les voudra connaître, le numéro de l'acte, de l'état civil, inscrit sur le bulletin, permettra de les trouver aisément. N'y a-t-il pas là de quoi rassurer les plus timorés? On ne demande pas la photographie de l'accouchée !

Le médecin de l'état civil est prié de recueillir des renseignements de divers ordres. Il en est de dangereux. Qu'il dise si l'accouchement a été naturel ou artificiel, il n'y a nul inconvénient. Mais tel cas peut se présenter où il commettrait une grave imprudence, en inscrivant que la femme n'en est pas à son premier enfant ; plus tard, à la mairie, une question irréfléchie, provoquée par cette note, pourrait causer à un mari une surprise désagréable. Le plus souvent donc il s'abstiendra, dût la statistique boiter. D'autres sont inoffensifs, mais d une utilité douteuse. L'immense majorité des accouchements se faisant naturellement, qu'importe que dans ceux-là il y ait auprès du lit un accoucheur, ou une sage-femme, ou une commère pour recevoir l'enfant? Pourquoi faire une mention particulière de l'ergot de seigle et ne rien dire des anesthésiques ?

Quant aux renseignements généraux à fournir par la famille, ils seront demandés soit à l'hôpital, soit à la mairie. S'il s'agit d'un enfant légitime, l'interrogatoire ira tout seul, la bonne volonté des citoyens français étant grande. Tout au plus arrivera-t-il qu'un employé distrait, suivant machinalement l'ordre des questions, demande au père étonné, s'il est célibataire ou depuis combien de temps il est veuf. Mais si l'enfant est illégitime, espère t-on sérieusement que les déclarants sauront quels sont l'état civil du père, sa profession et son lieu de naissance? La mère seule connaîtra quelquefois ces particularités ; mais elle ne sera pas là pour les révéler. Aux accouchées des hôpitaux on pourra les demander. En supposant qu'on en ait le droit, serait-il bien humain de harceler une femme malade de ces questions, douloureuses si elle peut y répondre, humiliantes, si elle ne sait que dire ?

Au fond, l'amour de l'exactitude et la passion scientifique n'excluant pas nécessairement toute connaissance du cœur humain et tout respect des secrets de famille, on a certainement inscrit des questions au formulaire par pur acquit de conscience d artiste, sachant bien à l'avance que la discrétion des interrogateurs les bifferait comme nulles et non avenues. Il n'y a donc pas à reprocher au bulletin l'excès de précision qui lui donne une apparence inquisitoriale, il pèche plutôt en sens contraire.

La profession des parents est une circonstance influant ou non sur le nombre et le sexe des enfants, mais en tous cas parfaitement déterminée. On est couvreur ou boulanger, avocat ou médecin ; il n'y a pas à s'y tromper. Pour la qualité de patron et d'ouvrier il n'en est plus de même, et ces termes vagues surprennent dans une statistique scientifique. On s'étonnera aussi de voir cette statistique admettre une parenté quelconque, autre que la parenté légale, entre beau-frère et belle-sœur. Classer ce genre de parenté dans la même catégorie que celui d'oncle à nièce, c'est traiter de la même façon la carpe et le lapin. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 mai 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

M. DUVAL fait une communication sur le développement de l'*embryon du poulet*, et sur l'*anus de Rusconi* en particulier. Au niveau de cet anus, formé par la réunion et la soudure intime des trois feuillets, il n'existe jamais de trou véritable. M. Duval n'a rencontré d'orifice que chez les monstres.

Structure des échinocoques. M. MALASSEZ rappelle qu'il a observé depuis quelque temps déjà des mouvements de cils vibratiles dans le pédicule des échinocoques.

Ces mouvements il les a retrouvés dans le corps de l'animal. Il a également constaté la présence de deux canaux qui, partis du pédicule, se divisent chacun en deux branches en arrivant dans le corps de l'animal. Ces canaux ne peuvent être suivis jusqu'à la hauteur des crochets ; cependant on voit aussi des mouvements à ce niveau. Il est probable que les cils vibratiles tapissent la surface interne des canaux.

Le saturnisme. M. DELAUNAY, appliquant au saturnisme la méthode qu'il a précédemment appliquée à la goutte, arrive aux résultats suivants : Le saturnisme frappe les races supérieures, l'homme, l'adulte, le fort, le côté droit, le cerveau gauche, les appareils de la vie animale plus gravement que les races inférieures, la femme, l'enfant, le vieillard, le faible, le côté gauche, le cerveau droit, les appareils de la vie végétative. L'antagonisme signalé entre le saturnisme et la phtisie s'explique par cette considération que les phtisiques ne sont pas sujets au saturnisme parce qu'ils sont faibles, tandis que les saturnins sont exempts de la phtisie parce qu'ils sont forts.

Le saturnisme, frappant surtout les individus et les parties les plus nourris, agit donc en raison directe de la nutrition. Et la preuve, c'est qu'il est accru par les circonstances physiologiques et mésologiques qui augmentent la nutrition : aliments, excitants, situation déclive des organes, fonctionnement, développement, soir, hiver, climat, froid, et diminué par les circonstances contraires : diète, repos, menstruation, matin, été, pays chauds.

M. Delaunay insiste sur l'influence exercée par le fonctionnement et montre les divers organes frappés en raison de leur fonctionnement : cerveau, muscles, larynx, membres supérieurs ou inférieurs, extenseurs, etc. Le plomb paralyse les extenseurs chez les ouvriers qui travaillent des extenseurs, comme les peintres en bâtiments qui poncent, les typographes qui lèvent la lettre, etc., mais ne les paralyse pas chez ceux qui ne travaillent pas des extenseurs, comme les cérusiers, les peintres en voiture. Chez les peintres en voiture ce sont les mouvements horizontaux (ceux qu'ils font pour peindre) qui sont impossibles par suite de la paralysie, tandis que chez les peintres en bâtiments, ce sont les mouvements verticaux (ceux qu'ils font pour peindre) qui sont abolis. Le plomb n'est donc pas, comme on le dit, un poison des extenseurs et, dans les diverses professions tributaires du saturnisme, frappe surtout les organes qui fonctionnent le plus.

Enfin, au point de vue pathologique, le saturnisme est accru par le traumatisme et les phlegmasies dans lesquels les phénomènes nutritifs sont très intenses, et diminue par les maladies dans lesquelles ces phénomènes sont très restreints : phtisie, etc.

Conclusion. Le saturnisme, comme la goutte, est une ma-

ladie en raison directe de la nutrition. Le sang intoxiqué empoisonne au lieu de nourrir et dès lors empoisonne beaucoup les organes que normalement il nourrit beaucoup, et peu ceux qu'il nourrit peu. Ainsi peut s'expliquer comment le saturnisme agit en raison de la nutrition. CH. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. RICHE lit un rapport officiel sur la *margarine*.

M. LAGNEAU fait la lecture de son rapport *sur le prix Rufz de Lavison*.

M. HERARD lit un rapport général sur les *épidémies* de l'année 1878.

M. DEBOUT D'ESTRÉES présente un travail sur le *traitement de l'incontinence d'urine* par l'emploi de l'eau de la source du Pavillon, en boisson. Ce travail s'appuie sur des observations prises à Paris dans les hôpitaux d'enfants et dans la pratique de la ville. L'efficacité de ce traitement serait basée sur une propriété de ces eaux que Civiale a ainsi définie dans son traité des maladies des organes génito-urinaires, au chapitre du catarrhe de la vessie. « L'eau minérale de Contrexéville a surtout pour effet de ranimer la contractilité vésicale presque toujours affaiblie dans cette maladie. »

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° l'eau de Contrexéville employée à la dose de 40 centilitres à un litre par 24 heures, suivant l'âge des malades, a donné des résultats satisfaisants chez dix des treize malades chez lesquels elle a été employée. 2° L'action de l'eau minérale s'explique par la stimulation de la contractilité et de la tonicité vésicale, elle peut ainsi être mise en parallèle avec la strychnine, l'ergotine et l'électricité. 3° La contre-indication existe dans le cas où l'affection est liée à un excès de contractilité des fibres musculaires de la vessie et qui sont plutôt justiciables de la belladone. La facilité et l'innocuité parfaite de ce traitement constituent ses principaux avantages aux yeux du médecin praticien.

A 4 h.1/2 l'Académie se constitue en comité secret à l'effet de voter les conclusions relatées aux divers rapports lus pendant la séance. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 25 juillet 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

9. Orchite tuberculeuse suppurée. — Psoïtis. — Infection purulente ; par DESNOS, interne des hôpitaux.

Le nommé F.., Pierre-Octave, charpentier, entre le 27 mars 1879, dans le service de M. LE DENTU, à l'hôpital Saint-Louis, se plaignant d'un gonflement douloureux des bourses.

C'est un homme de 42 ans, qui paraît peu robuste et qui offre des antécédents morbides assez nombreux. Il a eu des manifestations de scrofule multiples dans son enfance, plusieurs éruptions d'impetigo à la face et au cuir chevelu, des maux d'yeux rebelles, un gonflement de la région sous-maxillaire, de longue durée. Depuis l'âge de 20 ans, il est sujet aux rhumatismes et à des douleurs névralgiques ; enfin, il tousse facilement, et est chaque hiver forcé de passer quelque temps dans un hôpital. Depuis plusieurs semaines, en outre, il est dans un état de misère extrême, et soumis à de grandes privations.

C'est au mois de janvier dernier qu'il a recommencé à tousser, que des accès de fièvre sont revenus régulièrement vers le soir. En même temps, il ressentit une douleur vive dans le testicule droit, douleur survenue subitement, sans effort, sans violence extérieure. La douleur persista aussi aiguë pendant plusieurs heures : puis, le lendemain, le testicule grossit, et depuis, ce gonflement a sans cesse augmenté.

Les douleurs existent toujours, mais elles n'ont plus le même caractère d'acuité ; elles sont sourdes, profondes, accompagnées, par instants, d'élancements qui redoublent d'intensité depuis 4 ou 5 jours. C'est aussi depuis lors que la fièvre a redoublé de violence ; l'appétit est nul, la soif vive, l'amaigrissement s'est accentué sensiblement.

A son entrée dans le service, le malade présente une tuméfaction considérable des bourses. Pris en masse, le testicule droit offre le volume d'une grosse orange ; cette masse est composée de parties de consistance différente. Le testicule, mollasse, très peu augmenté de volume, est situé en arrière, en bas et en dedans, il est surmonté par une masse volumineuse qui a conservé la forme d'un épididyme considérablement hypertrophié, et qui est composée de deux parties faciles à délimiter : en arrière, au-dessus du testicule est une masse dure, résistante, cylindroïde, qui coiffe le testicule complètement et paraît isolée de la masse antérieure également dure et résistante à sa partie supérieure, mais qui, en bas, devient brusquement mollasse et fluctuante, c'est évidemment une collection liquide du volume d'une grosse noix. La peau du scrotum est adhérente en ce seul point et libre partout ailleurs sur les parties profondes. L'exploration n'occasionne de vive douleur qu'au niveau de la partie fluctuante de la tumeur. Le cordon n'est gros et douloureux que dans sa portion la plus rapprochée du testicule.

La prostate a conservé son volume normal, mais la pression en est douloureuse et permet de constater un ramollissement du lobe droit ; enfin la vésicule séminale droite paraît un peu plus volumineuse que la gauche.

Quelques ganglions inguinaux sont tuméfiés à droite.

Le poumon gauche est normal ; au sommet du poumon droit on entend une expiration légèrement soufflante et prolongée, et une exagération du retentissement de la voix.

La température est de 39° 4. La soif vive, l'inappétence complète, l'abattement considérable.

28 *mars*. La collection épididymaire incisée donne issue à une quantité assez abondante de pus bien lié mélangé de nombreux tractus blanchâtres. Un drain est maintenu dans la plaie.

Le soir, la température est de 38°.

29 *mars*. Les douleurs testiculaires ont presque complètement disparu, mais la température ne s'abaisse pas, et dès le lendemain, de nouvelles douleurs lancinantes apparaissent à la région scrotale ; les jours suivants, la douleur conserva la même violence et l'épididyme acquit un volume considérable ; la température oscillait entre 39° et 39° 8, le pus s'écoulait en assez grande abondance par la plaie.

Le 3 *avril*. On constata à la partie inférieure de l'épididyme un ramollissement assez étendu de cette partie de la tumeur, et le 4, une incision pratiquée en ce point donnant issue à une grande quantité de pus un peu fluide, mélangé d'une assez grande quantité de sang et de débris sphacelés ; le doigt introduit dans la plaie permettait de constater que ce foyer était indépendant du premier, dont il était séparé par une mince cloison ; les parois très inégales, anfractueuses, étaient résistantes et limitaient une sorte de coque, de la capacité d'un œuf de poule : à la vue et au toucher, cette cavité rappelle assez exactement une caverne pulmonaire. La cloison qui sépare les deux foyers est incisée et un double drain établi à demeure.

Le 5 et le 6 *avril*, l'état général fut un peu meilleur, la température s'abaisse à 38° ; l'appétit revient ; la suppuration est assez abondante ; la tension douloureuse du scrotum a disparu ; seul le cordon est resté aussi volumineux et est le siège d'une assez vive douleur ; le testicule paraît avoir conservé son volume normal à la partie inférieure de la tumeur. En outre, le malade se plaint d'une douleur fixe, profonde, limitée au pli de l'aine gauche, et le lendemain on constate que la cuisse se fléchit légèrement sur le bassin. Enfin, le poumon, ausculté, permet de reconnaître que les lésions primitives ne se sont pas étendues.

Le 8 *avril*, le malade est pris d'un frisson intense, subit, avec claquements de dents, d'une durée d'une demi-heure environ ; le soir, quatre heures après, la température était de 39°,3, et tombait le lendemain à 38°.

10 *avril*. Deux jours après, nouveau frisson, aussi intense, aussi prolongé que le premier, après lequel on constata 40° de température axillaire.

11 *avril*. L'état général est mauvais, la langue sèche, le facies terreux, les yeux un peu excavés ; un frisson éclate vers le

soir; la douleur du pli de l'aine, du côté gauche a augmenté d'intensité, et s'arrondit vers la fosse iliaque.

1 *avril* Même état général. T. 39°,2 le matin, 39°,5 le soir. Des râles se font entendre dans toute l'étendue du poumon droit avec prédominance à la base; à gauche ils sont beaucoup moins abondants.

14 *avril*. De petits frissons se montrent à divers moments de la journée; on perçoit de nombreux râles sous-crépitants à la base du poumon droit, et le malade se plaint d'une oppression assez vive qui augmente le soir.

La douleur inguinale a augmenté, irradie dans la fosse iliaque où la palpation est douloureuse, mais ne fait rien constater d'anormal. La pression au niveau de la région lombaire est indolente. T. 39°,4 M., 40° S.

15 *avril*. Etat général mauvais. Facies plombé, yeux excavés, légère teinte subictérique des conjonctives. Matité limitée en un point de la face du poumon droit, souffle peu étendu, râles sous crépitants dans le reste de l'organe et à gauche. La région inguinale droite est de plus en plus douloureuse; en outre, on observe une rétraction plus considérable de la cuisse qu'on ne peut ramener dans la flexion sans occasionner des douleurs extrêmement violentes. T. 39°,2 M., 39°,6 S.

17 *avril*. L'oppression est assez vive; l'ictère s'est généralisé; plusieurs frissons, de courte durée, sont observés chaque jour. La rétraction de la cuisse gauche s'est prononcée de plus en plus; le membre est fortement fléchi sur le bassin; les douleurs inguinales sont toujours vives, s'étendent dans la fosse iliaque; enfin, la pression de l'abdomen, à droite de l'ombilic, éveille aussi de vives douleurs. Les plaies du scrotum suppurent mal; le pus est mal lié, peu abondant; les injections ramènent une grande quantité de débris sphacélés. T. 39°,8 M., 40°,2 S.

19 *avril*. Etat général de plus en plus mauvais; amaigrissement considérable; ictère très prononcé; oppression considérable; deux foyers de souffle à l'auscultation du poumon droit: un à la base, l'autre un peu au-dessus: expectoration peu abondante, blanche, aérée. La rétraction de la cuisse est restée stationnaire, mais les douleurs ont augmenté, le ventre est légèrement tendu, ballonné; la pression y est extrêmement pénible du côté gauche; la région lombaire de ce côté est indolente. T. 40° M., 40°,4 S.

20 *avril*. Apparition très rapide, presque subite, d'une douleur extrêmement violente à la région lombaire, irradiant dans tout l'hypochondre gauche, exaspérée par la pression à ce niveau. La palpation de l'abdomen révèle la présence d'une douleur interne, mais aucune tuméfaction: au pli de l'aine, le maximum de la douleur est à la partie moyenne; la rétraction de la cuisse a augmenté légèrement. T. 40°,2 M., 40°,5 S.

21 *avril*. La douleur lombaire est toujours aussi violente: mêmes irradiations, même sensibilité à la pression. L'oppression est extrême, la respiration s'entend à peine. Le malade meurt à 6 heures du soir.

AUTOPSIE. — *Appareil génital*. — Dépouillée des téguments, la tumeur présente la disposition suivante:

Le testicule, à peu près normal quant à sa forme et sa consistance, est un peu augmenté de volume; à la coupe, la substance testiculaire offre ses caractères normaux, bien qu'on y observe un œdème manifeste, surtout à la partie inférieure: la vaginale, qui l'entoure, renferme une petite quantité de liquide séro-purulent. Au-dessus du testicule et le débordant latéralement, l'épididyme, méconnaissable, présente l'aspect d'une masse grisâtre, bosselée, à laquelle les téguments adhéraient inférieurement. Il a à peu près le volume d'une orange et est creusé d'une cavité ouverte en deux points, cavité qui occupe presque toute l'étendue de la tumeur, remplie d'une matière pulpeuse, grisâtre, se détachant facilement des parois: celles-ci sont anfractueuses, inégales, creusées de petites cavités elles-mêmes cloisonnées; à la coupe, le tissu est dur, lardacé, grisâtre, parsemé de petits points blancs; d'autres masses blanchâtres, plus volumineuses, sont moelleuses et diffluentes; vidées, elles offrent l'aspect des cavités qui tapissent la surface interne de la paroi.

Le cordon est volumineux; les veines ne sont pas dilatées; elles disparaissent au niveau de l'épididyme; le canal déférent a à peu près le volume du petit doigt, diamètre qui se rétrécit progressivement d'abord, puis brusquement au niveau du trajet inguinal, pour reprendre ses dimensions normales dans le bassin. Il ne présente pas trace de suppuration, mais une induration considérable et une vascularisation développée.

La vésicule séminale droite est légèrement distendue.

La prostate offre le volume d'une mandarine; le lobe droit est beaucoup plus volumineux; à la coupe, le tissu paraît assez dur, comme lardacé, ardoisé en certains points.

Poumons. — Quelques noyaux de tubercules au sommet gauche. — Congestion assez prononcée au niveau du bord postérieur.

Droit. — Lobe supérieur congestionné; le lobe inférieur est occupé par plusieurs petites masses indurées, blanchâtres, assez exactement circonscrites, d'une coloration assez foncée; les plus inférieures, situées presque sous la plèvre, contiennent une petite quantité de pus épais, grisâtre; aucun de ces abcès ne paraît s'être ouvert; ils occupent surtout le bord postérieur du lobe inférieur: un seul, assez volumineux, était situé dans le lobe moyen.

Foie. — Volumineux, hyperémié, présente à la coupe une coloration rouge sombre.

Un seul abcès au niveau du lobe gauche fait saillie sur la face inférieure sous forme de saillie globuleuse, arrondie, il apparaît à la coupe plus pâle que le reste de l'organe entouré d'une zone congestionnée.

Psoas et rein gauches. — En décollant le péritoine au devant du psoas, la gaine de celui ci paraît intacte, mais offre une coloration noirâtre, foncée; comme ecchymotique, incisée, elle donne issue à une quantité de liquide sanieux, noir rougeâtre, dans lequel baignait le muscle; à sa partie inférieure, les fibres se dissocient facilement, s'écrasent sous le doigt, mais sont encore reconnaissables. A la partie moyenne, on trouve un magma diffluent, un putrilage contenu dans la coque aponévrotique. Enfin à la partie supérieure, au niveau du rein, à ce magma noirâtre est mélangé du pus véritable qu'on fait sourdre par la pression des parties profondes.

La face antérieure du rein gauche est normale, sa capsule ne présente pas d'altération; sa face postérieure nage, au contraire, dans un liquide sanieux et purulent, analogue à celui que contient la gaine du psoas; d'autant plus abondant qu'on se rapproche du muscle. En effet, à ce niveau existe une communication, une perforation de la gaine musculaire, inégale, déchiquetée; c'est une fente de 2 à 3 centimètres qui s'ouvre au niveau et en arrière du hile du rein et établit une communication entre la capsule cellulo-adipeuse de ce viscère et la gaine du psoas.

La substance du rein est normale, un peu congestionnée.

Les autres organes sont normaux.

Séance du 3 *octobre* 1879. — PRÉSIDENCE DE M. LANDOUZY.

1. Cancer primitif de la vésicule biliaire; propagation au foie. — Lithiase. — Cholecystite purulente. — Péritonite; par HENRI LEROUX, interne des hôpitaux.

Mme X.., âgée de soixante ans, blanchisseuse, entre le 27 août 1879 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Jeanne, nº 7, service de M. FERNET, suppléé par M. Troisier.

Cette femme entre à l'hôpital pour un ictère très prononcé, accompagné de troubles digestifs et de cachexie.

Elle a, jusque dans ces derniers temps, joui d'une bonne santé; on ne relève dans ses antécédents ni jaunisse, ni coliques hépatiques. Elle a eu cinq enfants.

Elle est malade depuis deux mois seulement. Elle a éprouvé d'abord des douleurs au niveau de l'hypochondre droit, au-dessous du rebord costal; ces douleurs restèrent localisées en ce point pendant un mois, puis elles s'étendirent à tout l'abdomen, qui se ballonna. Il y a trois semaines, l'ictère se montra à la figure, et bientôt il s'étendit à presque toute la peau, en augmentant graduellement d'intensité; depuis huit jours, les jambes sont œdématiées.

Pendant ce temps, la malade a éprouvé divers troubles des voies digestives, anorexie, flatulence stomacale, envies de vomir, vomissements alimentaires et constipation. Elle a en outre maigri d'une manière très accentuée.

Etat actuel. — Le tronc, la face et les membres supérieurs présentent une teinte jaunâtre très accusée ; l'ictère est moins prononcé aux jambes. La langue est humide, d'un rouge foncé. Il y a de l'inappétence, la soif est vive. Envies de vomir; selles régulières, jaunes.

La malade n'éprouve de douleur en aucun point de l'abdomen soit spontanément, soit à la palpation ; il existe un certain degré de météorisme; on obtient, au niveau des fosses iliaques, la production d'une résonnance hydro-aérique, qui indique la présence d'une petite quantité de liquide dans la cavité péritonéale ; la distension abdominale ne permet pas de préciser la matité hépatique ; le foie ne paraît pas augmenté de volume ; sa face antéro-supérieure ne semble pas lisse, comme à l'état normal ; les organes du petit bassin ne présentent aucune altération.

Les urines sont de couleur acajou, et l'acide nitrique y révèle la présence du pigment biliaire. — Le pouls est petit, régulier, 92 pulsations.

Les membres inférieurs sont œdématiés et la cachexie est déjà très avancée. Il n'y a pas de fièvre. T. 37°.

On fit à ce moment le diagnostic suivant : Cancer du foie consécutif à un cancer latent de l'estomac ou de l'intestin, compression du canal cholédoque par la néoplasie.

1er *septembre*. La langue est sèche et rouge ; la soif vive. Le bas-ventre est un peu douloureux à la pression, l'œdème des membres inférieurs est plus considérable. Apyrexie.

8 *septembre*. La malade est en proie à une oppression assez vive, que l'on attribue au météorisme et à l'épanchement péritonéal, qui a augmenté de plus en plus ; l'œdème a envahi les parois abdominales ; les urines sont devenues plus foncées et plus rares. (300 gr. par jour.)

On pratique la paracentèse abdominale, qui donne issue à 2 litres 1/2 de liquide trouble, gris verdâtre, coagulable par la chaleur et l'acide nitrique. On put alors constater que le foie débordait les côtes de trois travers de doigt et que sa surface était inégale, sans qu'il y ait de mamelons bien délimités. Il se produisit les jours suivants un ballonnement considérable du ventre, sans autre signe de péritonite.

La malade mourut le 14 septembre.

Autopsie le 16 septembre. — Le ventre est très ballonné ; la cavité péritonéale contient 4 à 5 litres de liquide trouble gris, verdâtre, fibrino-purulent.

Les intestins sont distendus par les gaz et toute leur surface péritonéale est recouverte d'un exsudat inflammatoire, et parsemée d'un assez grand nombre de petites granulations pigmentées de nature cancéreuse. Le grand épiploon est induré et rétracté par ses insertions supérieures.

La face supérieure du foie adhère intimement au diaphragme; sa face inférieure, vers la partie moyenne et antérieure, au tiers droit du côlon transverse et à la première portion du duodénum, on parvient cependant à isoler ces organes. L'estomac, le duodénum et le côlon ne présentent aucune altération organique.

Un stylet introduit dans l'ampoule de Water pénètre jusque dans le canal hépatique et dans ses branches, le canal cystique est imperméable. Le canal cholédoque, dont le calibre est normal, contient une matière grise, muco-purulente ; les canaux biliaires intra-hépatiques n'ont subi aucune modification.

La vésicule biliaire est remplacée par une poche rénitente de la grosseur d'un œuf de dinde, cette poche adhère au côlon. Elle contient 2 a 300 grammes de pus, et une vingtaine de fragments de calculs. Ses parois sont épaissies, indurées, d'un aspect squirrheux ; la face interne de cette coque ne présente ni ulcérations, ni végétations. La vésicule ainsi transformée se continue du côté du foie avec une zone de 1 à 2 centimètres d'épaisseur au niveau de laquelle on constate les caractères extérieurs et la structure du tissu cancéreux.

A peu de distance, se trouvent quatre petits noyaux cancéreux, complétement isolés de la zone précédente, il n'y en a plus au-delà. Le grand épiploon présente également une infiltration cancéreuse.

Le cœur est petit et mou. — Les poumons, emphysémateux au sommet, présentent une congestion du lobe inférieur gauche, une hépatisation rouge du lobe inférieur droit.

Tous les organes, surtout le foie, présentent une coloration ictérique très prononcée.

Réflexions. — La malade, qui fait le sujet de cette observation, nous présente quelques particularités intéressantes.

L'ictère est un phénomène habituel dans le cancer des voies biliaires ; mais comment peut-on l'expliquer dans ce cas ? il reconnaît, sans doute, pour cause l'oblitération des canaux vecteurs de la bile, cette oblitération serait alors le résultat de la compression exercée sur le canal cholédoque par la tumeur cancéreuse développée sur les parois de la vésicule.

Le canal cystique était oblitéré, et réduit à un cordon fibreux ; ce fait, sans être habituel, est cependant indiqué dans plusieurs des observations citées par Villard.

La présence de calculs dans la vésicule biliaire en cas de cancer de cette poche a été notée depuis longtemps par les auteurs ; dans le cas présent, ces calculs étaient fragmentés et semblaient être les débris d'un calcul préalablement unique ; nous rappellerons ici que la malade n'avait accusé aucun symptôme pouvant faire penser à la lithiase biliaire.

La rapidité des accidents et de la mort doit être attribuée en partie à la péritonite généralisée ; celle-ci cependant ne s'est accusée que par des douleurs diffuses et un épanchement assez abondant, à aucun moment la malade n'a présenté d'élévation thermique.

Signalons enfin la présence du pus dans la vésicule biliaire, ce pus, d'ailleurs, ne semblait pas mélangé de bile, il n'avait point de coloration ictérique : la cholécystite n'était indiquée dans aucune des observations du mémoire de Villard.

2. Sarcôme encéphaloïde de l'ovaire ; par M. Assaky, interne des hôpitaux.

Thev... (Marie), vingt-deux ans, est amenée le 20 septembre 1879 à la Pitié, salle Saint-Jean (service de M. Polaillon). Cette malade est idiote. Elle est née d'un père scrofuleux, syphilitique, mort aliéné et d'une mère qui n'a été réglée, pour la première fois, que deux mois après l'avoir mise au monde. Sa grand' mère du côté maternel est morte d'un cancer du sein. Vers l'âge de trois mois, elle a une éruption cutanée probablement spécifique. Il y a huit mois, son ventre commença à grossir ; il se développe d'une façon progressive et rapide. Son entourage croit qu'elle est enceinte et la fait entrer à la Maternité. De là, on nous l'envoie.

21 *septembre*. La malade est amaigrie et pâle. L'amaigrissement de la face est particulièrement marqué, la décoloration des téguments n'a rien de commun avec la teinte jaune-paille.

Le ventre est volumineux mais inégalement développé, plus saillant à droite; les parois tendues, légèrement œdématiées, sont parcourues de veines dilatées paraissant en rapport avec une circulation dérivative très active. A gauche, un peu au-dessous de l'ombilic on trouve un bouton conique de consistance molle, au niveau duquel la peau n'a point changé de coloration. Au palper, on sent à droite une grosse tumeur non adhérente à la peau, occupant toute la fosse iliaque, le flanc et remontant jusque dans l'hypocondre; on sent que cette tumeur est constituée par plusieurs lobes dont l'inférieur est le plus volumineux. La percussion fait voir que cette zone de matité qui commence en bas à l'arcade de Fallope et se confond en haut avec celle du foie, arrive latéralement et à l'épigastre, jusqu'à la ligne blanche. Elle n'est aucunement déplacée par le décubitus. Cependant, chaque fois qu'on recherche le flot, on obtient cette sensation d'une façon fort nette. L'utérus est immobilisé à droite et paraît faire corps avec cette tumeur. Le col n'est ni ramolli ni entr'ouvert, il est celui d'une nullipare. Le reste de l'abdomen est distendu, gonflé ; il déborde les fausses côtes ; la fossette épigastrique est effacée. Il n'y a pas de tympanisme exagéré.

La malade respire difficilement. Elle a un épanchement

pleural considérable à droite et un peu de liquide dans la plèvre gauche. Elle ne souffre de nulle part. Pas d'œdème des jambes. Pas d'albumine dans les urines. Apyrexie.

Le soir, nous ponctionnons la plèvre droite et retirons deux litres et demi d'un liquide rouge, hématique. Cette thoracenthèse la soulage beaucoup. La ponction de l'abdomen ne donne pas une goutte de liquide. En enfonçant un trocart explorateur dans la tumeur nous n'obtenons qu'un peu de sang.

La malade vit encore quelques jours. Elle présente des troubles fonctionnels du côté de la vessie et des intestins, rétention et incontinence. Le 26, apparaît une large ecchymose d'un rouge vineux sur tout le côté droit du tronc, côté sur lequel se couchait de préférence la malade. L'épanchement pleural ne se reproduit qu'en très petite quantité; mais la malade baisse de jour en jour et meurt le 30 septembre dans un état d'affaiblissement et de marasme des plus prononcés.

Autopsie. — Rien d'anormal dans le crâne et dans le cerveau.

A l'ouverture de l'abdomen il ne s'écoule aucune espèce de liquide.

L'ovaire droit est remplacé par une tumeur volumineuse qui occupe la fosse iliaque et descend dans le petit bassin. Cette tumeur est recouverte d'une capsule fibreuse sur les parois de laquelle vient se perdre la trompe. L'ovaire du côté opposé est normal. L'utérus est conformé comme chez les nullipares.

Au-dessus de la tumeur ovarique se trouvent étagées deux autres tumeurs plus petites, atteignant les dimensions d'une tête de fœtus et arrivant jusqu'au-dessous du foie. — Tout le grand épiploon est farci de petites masses néoplasiques, irrégulières, plus ou moins ramollies. Le péritoine pariétal donne insertion à un nombre considérable de petites tumeurs pédiculées, polypiformes, pour la plupart grosses comme des cerises. Ces champignons existent partout; au niveau du foie, ils se sont creusés de petites loges dans la substance hépatique. Le foie est gras. La rate est grosse, diffluente; les ganglions mésentériques, volumineux et ramollis. Les autres organes ne présentent rien de particulier. On trouve dans le petit bassin un peu de liquide rougeâtre. Le bouton cutané incisé et exprimé donne issue à une masse gélatineuse demi-transparente qui occupait le derme et le tissu cellulaire sous-cutané.

Thorax.— La plèvre gauche contient environ 200 gr. d'un liquide transparent, citrin. Le poumon est fixé en arrière par quelques adhérences anciennes. Il est normal.

La plèvre droite contient de 300 à 400 gr. de liquide hématique. Le feuillet pariétal ne présente pas trace de lymphangite. Sur la plèvre diaphragmatique est implanté un champignon ramolli, saignant, dont la substance se continue à travers le diaphragme avec une autre masse néoplasique intra-abdominale; il y a continuité de tissu. — Le poumon est petit, rétracté, atélectasié.

Diverses incisions faites à travers la tumeur ovarique ne dénotent nulle part la présence de kystes. La coupe, d'un gris rose, est parsemée de points rouges de différentes dimensions qui laissent sourdre par la pression une gouttelette de sang. Le raclage donne un suc qui n'a rien de laiteux. Au microscope, on voit que le néoplasme est essentiellement constitué de cellules accolées les unes aux autres; de place en place, on trouve des coupes de vaisseaux à parois embryonnaires sans gaîne conjonctive. Les cellules arrondies, granuleuses, toutes à peu près du même volume, sont munies d'un gros noyau souvent caché par les granulations graisseuses qu'elles contiennent. L'acide acétique le dessine nettement en même temps qu'il gonfle la cellule et lui donne une forme parfaitement ronde.

Les autres tumeurs présentent une structure analogue, avec la différence toutefois que la plupart des masses sarcomateuses libres, infiltrées dans le grand épiploon, renferment de petits kystes contenant du sang et des cellules fortement granuleuses dont il est impossible de trouver le noyau.

Remarques. — Il s'agit, en somme, d'un sarcome encéphaloïde de l'ovaire développé chez une femme de 22 ans, nullipare, peut-être vierge, ayant été, disait-elle, toujours bien réglée. Ce sarcome évolue rapidement, se généralise et entraîne la mort de la malade. L'âge de la malade et la rapidité de la croissance du sarcome rentrent dans la règle.

Le néoplasme croît d'une façon continue et discontinue tout à la fois. Il se présente sous deux formes: 1° infiltré, diffus; 2° circonscrit par une capsule fibreuse. Il est vrai que cette coque peut-être considérée comme appartenant à l'ovaire dans lequel s'est développé primitivement le néoplasme.

Quelle part faut-il attribuer à l'hérédité dans le développement de cette maladie? Du côté paternel, nous trouvons deux diathèses, la scrofule et la syphilis (contractée cinq ans avant le mariage). Plus tard, survient l'aliénation mentale. La fille naît idiote et présente, en très bas âge, des ulcérations de la peau qui lui font prescrire de l'iodure de potassium.

Du côté maternel, nous avons un cancer (?). Sa mère, qui nous a communiqué la plupart des renseignements que nous possédons, pâle, maigre, d'une mauvaise santé générale, est l'exemple vivant d'une conception sans menstruation. La fille est atteinte d'une tumeur maligne de l'ovaire.

3. Fibrôme éléphantiasique du périnée; par Lataste.

A. E..., cinquante-cinq ans, est entré le 20 septembre 1879 à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, 23, dans le service de M. Monod.

C'est un homme amaigri, fatigué par le travail, la misère, les excès alcooliques. A l'âge de 24 ans, il a contracté une blennorrhagie qui a duré un an environ, et, depuis cette époque la miction a toujours été un peu gênée. Le malade n'en a pas moins continué son travail sans être trop incommodé.

Dans le courant de l'année 1870 les difficultés pour uriner ont considérablement augmenté et un certain degré de tuméfaction a paru au périnée. Cet état a persisté jusqu'en 1872, époque à laquelle le malade a commencé à uriner par le périnée en même temps que par la verge. La tumeur était devenue plus saillante et formait au périnée un relief du volume d'une noix. Dans les années suivantes elle a continué de s'accroître, de nouvelles fistules précédées de petits abcès se sont formés, et, en 1875, l'urine et le sperme s'écoulaient exclusivement par le périnée, la partie antérieure de l'urèthre ne donnant plus passage à aucun liquide.

Cet état a persisté et la tumeur a toujours progressé jusqu'à son entrée à l'hôpital le 20 septembre 1879.

Le malade présentait alors une tumeur plus grosse que le poing, divisée en deux lobes inégaux, et implantée par un pédicule rétréci sur le périnée immédiatement en arrière des bourses et s'étendant jusqu'à deux ou trois centimètres de la marge de l'anus. Ce pédicule semble se continuer avec les tissus indurés qui englobent en quelque sorte la portion de l'urèthre située à ce niveau. Le toucher rectal ne fournit aucune indication sur les connexions de cette tumeur.

Elle a un aspect assez analogue à celui d'une chéloïde et paraît recouverte par les téguments hypertrophiés et décolorés. Sa consistance est ferme, élastique, sans parties indurées. Elle est absolument indolente. A sa base on voit sept ou huit trajets fistuleux par lesquels se fait exclusivement la miction.

La partie antérieure du canal de l'urèthre est très rétrécie, elle permet à peine le passage d'une des plus fines bougies de la filière, et ce n'est qu'après plusieurs tentatives suivies de fièvre et de frisson qu'on parvient à la faire pénétrer jusque dans une des fistules; mais il est impossible d'atteindre la vessie. D'autres tentatives faites à travers les orifices des fistules pour retrouver le bout postérieur et arriver à la vessie sont restées aussi infructueuses.

Le 16 octobre, M. Monod fait après anesthésie l'ablation de la tumeur au thermo-cautère en sectionnant le pédicule au niveau de sa base d'implantation sur le périnée. Puis, pratiquant l'uréthrotomie externe sans conducteur il va à la recherche du bout postérieur de l'urèthre qu'il trouve en suivant la paroi supérieure du canal. Il peut alors introduire une sonde dans la vessie. Mais pour la faire passer dans la partie antérieure du canal il est obligé de recourir à l'uréthrotomie interne. Le malade n'est pas encore guéri; mais il est en bonne voie.

La tumeur a été fendue après l'opération ; elle paraît constituée par un tissu fibreux d'apparence éléphantiasique traversé par de nombreux trajets fistuleux.

L'examen histologique de cette tumeur, pratiqué par M. Chambard au laboratoire d'histologie du collège de France, a montré qu'elle était constituée par une hypertrophie considérable du tissu conjonctif du derme avec dilatation des réseaux lymphatiques intra-dermiques ; quelques points de la tumeur sont en outre le siége d'un processus inflammatoire caractérisé par une infiltration diffuse de cellules lymphatiques qui se montrent d'abord autour des vaisseaux sanguins.

La dilatation des lymphatiques du derme se rencontre souvent dans les tumeurs de cette nature, ainsi que dans certains cas d'éléphantiasis dont elle se rapproche par sa structure essentiellement conjonctive. Les fentes lymphatiques y sont dilatées et les troncs y apparaissent comme de larges canaux cylindriques revêtus d'une couche endothéliale caractéristique, que l'on peut mettre pleinement en lumière en pratiquant dans la tumeur par le procédé de M. Malassez des injections successives d'eau, d'azotate d'argent à 1 pour 200 d'alcool et en examinant les coupes montrées dans le baume du Canada au moyen du microscope binoculaire. Ce procédé a été également appliqué par notre maître à l'étude des réseaux lymphatiques des parois des kystes proligères de l'ovaire, auxquels il donne le nom d'épithéliomas mucoïdes.

La tumeur du périnée présentée par M. Lataste est un exemple de fibrome éléphantiasique dont le point de départ est une dermite fibreuse hypertrophique de cette région.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 *mai* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Epithélioma du larynx avec dégénérescence ganglionnaire. — M. LE DENTU avait présenté dans la dernière séance une tumeur du cou, prise pour un squirrhe du corps thyroïde. A l'autopsie, faite le 5e jour de l'opération, il a été constaté qu'il s'agissait d'une tumeur ganglionnaire du cou, consécutive à un épithélioma du larynx. Il est juste de dire, qu'avant l'opération, M. Le Dentu s'était posé la question de tumeur ganglionnaire de nature épithéliale.

M. E. CRUVEILHIER a eu occasion de voir chez un de ses malades un épithélioma de l'œsophage avec dégénérescence ganglionnaire. Les ganglions épithéliomateux siégeaient au niveau de l'os thyroïde.

M. PERRIN a observé un cas de cancer primitif des ganglions.

M. A. DESPRÉS fait observer que plusieurs cas analogues à celui de M. Le Dentu ont été publiés à diverses reprises ; on rencontre dans les bulletins de la Société anatomique des observations d'épithelioma du larynx avec dégénérescence ganglionnaire.

Corps étranger du rectum. — Laparatomie. — Guérison. — M. VERNEUIL. — Un homme de 45 ans, actuellement bûcheron, autrefois marin, avait l'habitude de se tamponner le rectum afin de combattre une incontinence de matières fécales, reliquat de deux attaques de dysenteries. Pour cela faire, il s'introduisait dans le rectum, des corps étrangers volumineux, mais qu'il avait la sage précaution d'entourer d'un linge dont les chefs pendaient au dehors. Son travail terminé, rien ne lui était plus facile, grâce à cet artifice, que d'enlever les tampons. Mais un jour, voila qu'il n'a pas de linge, et un cylindre de *merisier* de 10 centimètres de hauteur, et de 8 centimètres de diamètre environ, s'échappe dans la partie supérieure du rectum, et cela sans retour; impossible de l'atteindre. Tous les efforts que fait aussitôt un médecin de l'endroit n'aboutissent qu'à repousser le corps étranger. C'est dans ces conditions que le malade entre le 14 avril dernier, dans le service de M. Verneuil. Les accidents de rétention sont peu intenses, mais le doigt est impuissant à atteindre le corps étranger ; seule, la main appliquée à plat, le rencontre dans la fosse iliaque gauche ; il est si haut, que la rectotomie linéaire elle-même, ne pourrait être de quelque secours. Aussi la *laparotomie*, est-elle décidée. Le plan opératoire est le suivant : à travers une boutonnière abdominale, aller à la rencontre de l'S iliaque dans laquelle est probablement le corps étranger. Attirer l'S iliaque au dehors ; si elle est saine, l'inciser, enlever le corps étranger, suturer l'intestin, et la replacer dans l'abdomen ; si au contraire, elle est malade, la fixer à la paroi abdominale, et établir un anus contre nature. Mais le corps étranger est fixé dans la partie supérieure du rectum ; enclavé, immobile, il est couché suivant son grand axe d'arrière en avant, et simule une énorme apophyse. En raison de l'immobilité du rectum, le premier plan opératoire devait être abandonné. Fort heureusement, on réussit à faire basculer le corps étranger, et M. Lucas-Championnière qui, à ce moment, pratiquait le toucher rectal, le reçoit sur son doigt. Pendant que M. Polaillon fixe de la main le corps étranger, M. Verneuil, tente de le saisir avec des pinces de Museux, ou de le fixer avec une vrille; rien n'y fait ; aussi la rectotomie linéaire est elle pratiquée, et M. Verneuil réussit enfin à ébranler le corps étranger avec l'une des branches d'une tenette. Lorsqu'il est à portée, il le saisit au moyen d'une forte pince ; mais plusieurs fois l'instrument dérape sur l'écorce lisse du merisier, et ce n'est qu'après des tentatives très longues et très pénibles pratiquées avec un outillage très défectueux, que le corps étranger est enfin amené au dehors. Il est suivi par des matières fécales très fétides et une faible quantité de sang. Les suites de l'opération, grâce aux précautions prises pendant les manœuvres et aux pansements employés, ont dépassé toutes les prévisions ; une seule fois, le patient a atteint 38° et aujourd'hui il est hors de tout danger. Grâce au pansement de Lister, employé à l'extérieur, la plaie abdominale s'est réunie par première intention; grâce à une sonde de caoutchouc rouge, *maintenue en permanence* dans le rectum, et à des injections de chloral faites toutes les 2 heures, par son intermédiaire, dans cette *plaie cavitaire*, aucune complication, même légère, ne s'est montrée de ce côté. Les plaies cavitaires sont inaccessibles au Lister ; M. Verneuil recommande le procédé qu'il a employé, et qui n'est qu'un *procédé* de la *méthode* antiseptique.

M. Verneuil explique les difficultés de l'extraction du corps étranger, par un boursouflement de la muqueuse, dû lui-même à la gène de la circulation en retour.

MM. TRELAT, LANNELONGUE, GUÉNIOT et LUCAS-CHAMPIONNIERE, font successivement observer à M. Verneuil, que dans l'extraction de son corps étranger, il se fût certainement très bien trouvé de l'emploi d'un petit forceps. M. Trelat surtout oppose les *pinces enveloppantes* aux *pinces prenantes*, et s'appuyant sur des exemples, établit l'absolue supériorité des premières.

M. FARABEUF se propose de faire des expériences, qui permettront d'élucider la question du procédé opératoire.

Amputation de cuisse et désarticulation de hanche. — M. LANNELONGUE vient de faire deux amputations de cuisse sur deux enfants pour ostéomyelite du tibia, compliquée d'arthrite du genou, et malgré l'état lamentable des sujets avant l'opération, la guérison s'est faite.

Chez un 3e malade, l'amputation ne suffisant pas, il a fallu procéder à la désarticulation de la hanche. Ici encore, l'état général était déplorable, et, de même que chez les deux premiers sujets du reste, les deux membres inférieurs étaient totalement infiltrés. Comme il était d'une nécessité absolue que le petit malade ne perdît pas de sang, M. Lannelongue a eu recours au procédé de M. Farabeuf, en présence de M. Farabeuf lui-même. Dans ce procédé, on le sait, on commence par la ligature de l'artère fémorale ; mais le chirurgien vise surtout à ne couper les parties molles qu'au niveau des *territoires anastomotiques*, en ces points, par conséquent, où les vaisseaux sont réduits à leur plus faible calibre. M. Lannelongue n'a eu qu'à se louer du procédé de M. Farabeuf, et il s'en déclare, dès à présent, un fervent partisan ; il n'y a pas eu pour ainsi dire de sang perdu. Le petit malade, il est vrai, a eu beaucoup de peine à revenir à lui ; il est mort dans la journée ; la raison n'en est que trop simple ; à l'autopsie, en effet, on trouvait des abcès métastatiques, jusque dans les reins, jusque dans le cœur, partout peut être si ce n'est dans le foie, en raison de l'immunité de ce viscère chez les enfants. L'un des deux premiers malades ayant été atteint de la variole pendant la cure,

M. Lannelongue a remarqué que pas une pustule variolique ne s'est montrée sur les points en contact avec l'acide phénique. L'acide phénique aurait le même privilège contre l'éruption de la rougeole.

M. Lucas-Championnière, avec un mélange de vaseline et d'acide phénique, a, à plusieurs reprises, arrêté l'évolution de pustules varioliques.

M. Ledentu présente un malade chez lequel il a pratiqué la résection de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné pour une *fracture compliquée.* Actuellement, des mouvements paraissent exister au niveau de l'interligne tibio tarsien, et quoique M. Le Dentu n'ait fait aucune section tendineuse, le pied, ainsi qu'on avait le droit de le redouter (Verneuil), n'est nullement dévié en dehors. P. Méricamp.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 24 mars 1880. — Présidence de M. E. Trélat.

Des composés peu solubles contenus dans les urines — M. Coignard, en s'appuyant sur un certain nombre d'observations personnelles, essaie de démontrer que l'acide urique se trouve toujours, en quantité surpassant la normale, chez un grand nombre de malades, et que, dans ces cas, lorsqu'on a recours au traitement approprié, le plus souvent on obtient une amélioration. Il conclut que, hygiéniquement, le meilleur des prophylactiques pour ceux dont l'analyse chimique de l'urine donne un excès d'acide urique, est le traitement alcalin, aidé par la gymnastique et un régime alimentaire convenable.

M. Drouineau et M. Paul Fabre font : le premier une communication sur l'*observation météorologique au point de vue de l'étude du climat en France;* le second sur l'*action du milieu humide chez les ouvriers mineurs.* Ces deux communications ayant été faites également au Congrès des Societés savantes de France, à la Sorbonne, nous renvoyons au compte-rendu des séances de ce Congrès (1).

Un moyen prophylactique de la diphthérie. — M. Gellé fait une communication sur un moyen prophylactique de la diphthérie, qui a fait preuve entre ses mains, et qu'il voudrait voir employer à Paris. La diphthérie est une affection de l'enfance des plus contagieuses; sans parler des hôpitaux d'enfants qui sont de grands foyers de contagion, il se trouve encore d'autres foyers aussi actifs et aussi inévitables : ce sont l'asile et l'école. N'est-ce pas en effet dans ces agglomérations d'enfants externes, dans leur séjour dans ce milieu spécial, dans les contacts répétés et forcés que se trouve la source d'une propagation des plus actives des maladies contagieuses si nombreuses dans l'enfance? La diphthérie trouve dans les écoles des éléments de contagion et d'expansion. Il est en outre un fait d'observation courante : c'est que le petit diphthéritique que le médecin examine dans son lit, présentait déjà depuis plusieurs jours des manifestations nasales et pharyngiennes sournoisement développées. La classe a donc possédé quelque temps le diphthéritique, la contagion a eu beau jeu, elle a eu lieu. Etait-il possible de la prévenir? Etait-il possible de l'empêcher? M. Gellé répond oui, et il apporte à l'appui de sa thèse la preuve suivante : Il y a quelques années, dans une petite localité près de Paris où il exerçait la médecine, éclata une épidémie de diphthérie. L'une des élèves du pensionnat annexé à l'école communale des sœurs, ayant été atteinte, M. Gellé lui donna des soins et dans ses visites journalières il apprit que chaque jour de nouvelles absences se produisaient pour cause de maladie. Il prit alors l'habitude, chaque matin, à l'arrivée des enfants, d'examiner à chacune la gorge, les narines et les glandes sous-maxillaires et dès que la moindre tache blanche était constatée, l'enfant était renvoyée et isolée. Cette inspection fit découvrir 3 à 4 cas le premier jour; puis de moins en moins et au bout de cinq jours il n'y avait plus de nouveaux cas. L'épuration était faite et le foyer éteint en moins d'une semaine.

Si le moyen est bon, pourquoi ne pas le pratiquer à Paris? Le problème serait susceptible de solution, grâce au concours des médecins inspecteurs que les écoles possèdent aujourd'hui et au zèle des directeurs, et M. Gellé propose la solution suivante : Dès que le directeur apprendra qu'un enfant est atteint d'affection diphthéritique, mis en éveil, il préviendra de suite le médecin inspecteur si un nouveau cas se présente. Le médecin, prévenu, *dressera son monde à voir les plaques caractéristiques*, et chaque élève contaminé sera aussitôt isolé et reconduit à sa famille. Cette inspection sera faite un certain nombre de jours, suivant le nombre des cas découverts chaque jour, et sera répétée plusieurs jours après la dernière constatation C'est le moyen de détruire la source du contage. L'examen de la gorge est *rapide et simple*, s'il n'est pas un critérium inattaquable, il est le seul pratique et vulgarisable et pourra servir le plus souvent.

M. Bouley pense que le moyen proposé par M. Gellé mérite d'être signalé aux autorités compétentes, municipales et autres. Il ne s'agit pas en effet d'une simple vue théorique, mais d'un fait expérimental.

M. Blondeau. Sans parler du temps qu'exigera du médecin-inspecteur une visite quotidienne des 100 à 120 enfants qui fréquentent un asile, me basant sur ce que j'ai vu depuis que je remplis ces fonctions, je suis à même d'affirmer que presque jamais le médecin ne sera prévenu quand un de ces enfants aura la diphthérie. Cela tient à ce que le petit public des asiles est essentiellement irrégulier, l'enfant vient 15 jours, disparaît sans raison 8 jours, pour revenir de nouveau, et les directrices, habituées à ces absences, ne se préoccupent jamais si c'est pour cause de maladie que l'enfant est retenu chez ses parents. Pour les écoles, le directeur sait habituellement si l'enfant est absent pour cause de maladie, mais les renseignements lui étant fournis 19 fois sur 20 par les petits camarades de l'absent, il ne sait jamais le diagnostic exact de cette maladie et ne pourra prévenir le médecin. D'autre part, dans les écoles, la visite quotidienne rencontrerait des difficultés encore plus grandes, car ce ne serait plus 100 à 120 enfants, mais de 250 à 300 qui auraient à être examinés. Je ne crois donc pas que, à cause des difficultés énormes qu'on trouvera dans son application pratique, le moyen préconisé donne les résultats annoncés par son auteur.

M. Leroy de Méricourt insiste également sur les difficultés que présenterait cet examen quotidien, et démontre qu'il exigerait un temps considérable dont un seul médecin ne pourrait disposer. Quant à dresser son monde à voir les plaques caractéristiques, comme le veut M. Gellé, il ne croit pas que cela soit possible, un médecin expérimenté se trouvant lui-même souvent embarrassé.

M. Duverdy lit un rapport sur la communication de M. Bourgeois relative à la *législation du mariage envisagée sous le rapport médical.* A. Blondeau.

BIBLIOGRAPHIE

Cempte-rendu des thèses d'agrégation. Médecine (1).

X. Des gangrènes spontanées; par M. E. Rondot. Vol. in-8° de 159 pages. Paris, 1880, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

X. « Les gangrènes spontanées sont celles qui surviennent en dehors des traumatismes. » Telle est la définition, beaucoup trop compréhensive à notre avis, que nous trouvons à la première page de la thèse de M. Rondot.

Il n'y a pas d'effets sans causes; il n'y pas de lésions *spontanées* dans le sens strict du mot, mais on est convenu depuis longtemps en médecine de désigner sous le nom d'*essentiels* ou de *spontanés* les troubles morbides et les altérations anatomiques dont la pathogénie est ignorée ou peu connue; dès que les causes d'une affection ou d'une lésion anatomique sont bien déterminées, cette affection ou cette lésion anatomique cesse, ce nous semble, de mériter l'épithète d'essentielle ou de spontanée. Une gangrène consécutive à une thrombose

(1) Voir les nos 18 et 19.

(1) Voir les nos 15, 16, 17, 18 et 19.

artérielle ou à une embolie bien constatée n'est pas plus une gangrène spontanée qu'une gangrène consécutive à un traumatisme ou à une congélation ; la gangrène inflammatoire, telle qu'on l'observe par exemple dans certains cas de parotidites, ne nous paraît pas non plus rentrer dans le groupe des gangrènes spontanées ; nous pourrions facilement multiplier les exemples de gangrènes qui, survenues en dehors de tout traumatisme, ne méritent cependant pas l'épithète de spontanées.

M. Rondot ayant à traiter des gangrènes *spontanées* avait, ce nous semble, à faire un choix parmi les gangrènes que l'on peut appeler *médicales* et son premier soin devait être de bien limiter son sujet, de le déblayer pour ainsi dire en rejetant hors de son cadre les gangrènes produites par embolie ou thrombose artérielle, les gangrènes inflammatoires, etc... M. Rondot en a jugé autrement et sous le titre de gangrènes spontanées, il s'est occupé des gangrènes en général; il n'a éliminé de son cadre que les gangrènes traumatiques et les gangrènes *a frigore.*

L'interprétation d'un sujet de thèse est souvent chose fort délicate et nous convenons qu'il faut laisser à l'auteur une certaine liberté dans cette interprétation, mais à condition qu'il ne se servira de cette liberté que dans le but de rendre son travail plus intéressant et plus utile. La définition des gangrènes spontanées adoptée par M. Rondot a eu une telle influence sur l'ensemble de son œuvre, qu'il était impossible de ne pas formuler tout d'abord cette critique fondamentale.

En s'occupant exclusivement des gangrènes spontanées M. Rondot aurait pu se tracer un plan beaucoup plus facile à suivre que celui qu'il a adopté et les questions intéressantes n'auraient certes pas manqué. Après un chapitre de généralités sur la gangrène, ses causes et ses formes, M. Rondot aurait présenté au lecteur les principaux types de gangrènes spontanées : gangrène des pyrexies (rougeole, fièvre typhoïde), gangrène cachectique, gangrène diabétique, gangrène de l'ergotisme, gangrènes d'origine nerveuse. La gangrène symétrique des extrémités est assurément le prototype des gangrènes spontanées et une description un peu détaillée de cette curieuse maladie aurait été ici tout à fait à sa place. Les gangrènes internes spontanées : gangrènes de la rate, du foie, pleurésie gangréneuse, etc... auraient pu fournir aussi un chapitre intéressant. La gangrène n'est pas seulement la mort des tissus, c'est la mort suivie de putréfaction et, dans les cas de gangrènes internes, il faut admettre que les germes de la putréfaction entraînés au sein de l'organisme y trouvent des conditions favorables à leur développement. Les vibrions avaient droit ici à une place d'honneur et ils pourraient se plaindre avec quelque raison du petit nombre de lignes que M. Rondot leur a consacrées.

Après avoir décrit et classé autant que possible les formes cliniques les plus remarquables des gangrènes spontanées, l'auteur aurait eu à discuter la pathogénie de la gangrène dans ces différents cas : pathogénie de la gangrène dans le noma et dans les gangrènes de la fièvre typhoïde qui ne se rattachent pas au décubitus, pathogénie des gangrènes cachectiques et diabétiques, ergotisme gangréneux, enfin pathogénie des gangrènes d'origine nerveuse, du décubitus acutus de l'hémorrhagie cérébrale et des myélites, de la gangrène symétrique des extrémités. Que de chapitres intéressants à écrire! La pathologie expérimentale pouvait fournir aussi sur quelques points des données fort utiles.

Sans doute M. Rondot a touché à presque tous ces sujets, mais sans s'y arrêter, en courant pour ainsi dire ; la plupart des questions relatives aux gangrènes spontanées sont effleurées par lui plutôt que traitées à fond, et l'intérêt disséminé sur un trop grand nombre de sujets ne se concentre nulle part.

M. Rondot étudie successivement : l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, la marche, le pronostic, le diagnostic et le traitement des gangrènes ; le lecteur voit défiler sous ses yeux tous les cas de gangrènes connus depuis la gangrène de l'utérus qui se produit à la suite de certains accouchements très laborieux, jusqu'à l'anthrax gangréneux de la peste ! Ce défilé se fait en assez bon ordre, mais il est long et peu instructif. On conçoit combien il est difficile de généraliser en pareille matière ; qu'y a-t-il de commun au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement entre le noma par exemple et la gangrène symétrique des extrémités ? Peu de chose assurément. Aussi ne faut-il pas s'étonner si quelques-unes des opinions émises par l'auteur ne s'appliquent qu'à une partie des faits trop nombreux qu'il a cherché à réunir dans un même faisceau. M. Rondot écrit par exemple en tête du chapitre consacré à l'étiologie : « Un état général mauvais qui se traduit par la nutrition défectueuse des tissus domine toutes les manifestations dont fait partie la gangrène, et c'est par l'intermédiaire d'un sang vicié que cette prédisposition semble prendre naissance ». Cette phrase ne s'applique évidemment qu'à une partie des gangrènes dont s'occupe M. Rondot ; la gangrène suite d'embolie, par exemple, peut se produire chez un individu vigoureux, indépendamment de toute altération du sang ; de même pour les gangrènes d'origine nerveuse.

Tout en regrettant que M. Rondot n'ait pas mieux limité son sujet, ce qui lui aurait permis d'approfondir quelques-unes des questions très intéressantes que soulève l'étude des gangrènes spontanées, nous reconnaissons avec plaisir qu'il y a dans sa thèse, telle qu'il l'a comprise, de très-bonnes parties et que son travail constituera, à l'avenir, une excellente source d'informations toutes les fois qu'on aura à s'occuper des gangrènes au point de vue médical. A. LAVERAN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des dyspepsies.

M. Damaschino définit la dyspepsie : « Un état morbide caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion. » Cette définition, qui est uniquement symptomatique, est très-exacte, car la dyspepsie n'est véritablement qu'un symptôme survenant à titre de trouble fonctionnel, soit pendant l'évolution d'une maladie de l'estomac, soit dans le cours ou à la suite d'une maladie générale.

L'étiologie de la dyspepsie est des plus variées, car l'âge, le sexe, le tempérament, les habitudes, certaines diathèses, sont autant de causes pouvant influer d'une manière notable sur le développement et la marche des troubles digestifs. C'est ce qui explique les formes symptomatiques si variées sous lesquelles se présente cet état pathologique, et la résistance qu'il oppose si souvent aux traitements les plus rationnels.

Parmi les nombreuses médications préconisées contre les dyspepsies, en première ligne se placent les ferments digestifs, et, en particulier, la pepsine. Mais, pour que ces agents digestifs possèdent une action efficace et sûre, ils doivent se rapprocher le plus possible de leur état naturel. C'est le but qu'a poursuivi M. Grez, qui, s'inspirant des travaux de M. le Dr Richet sur le suc gastrique, est parvenu à combiner la pepsine à l'acide chlorhydrique reproduisant ainsi une combinaison physiologique (chlorhydro-pepsine) qui rappelle le suc gastrique par ses éléments actifs.

Ce nouveau ferment digestif est très-soluble, propriété fort importante, et possède une action digestive beaucoup plus énergique que la pepsine ordinairement employée ; associé à la pancréatine, à la coca et aux amers qui complètent son action eupeptique, il constitue la base de l'élixir chlorhydro-pepsique Grez. Cette préparation n'agit pas seulement par son action digestive, mais aussi en activant la sécrétion du suc gastrique ; elle est donc en même temps peptogène.

Une longue série d'expériences fut faite, tant dans les hôpitaux qu'en ville, grâce aux concours de MM. Archambault, Bouchut, Dujardin-Beaumetz, Ch. Fremy, Gubler, Huchard, Lucas-Championnière, Marchand, médecins et chirurgiens des hôpitaux ; de M. Chéron, médecin en chef de St-Lazare, et de MM. Arthuis, Angelo, Graux, Golleski, Mallez, Menière (d'Angers), Putel, etc., etc.

L'emploi de cette préparation, dans de nombreux cas de dyspepsies rebelles, a produit une amélioration rapide, une

rémission complète des symptômes, douleurs, météorisme stomacal, éructations, vomissements.

Des malades atteints de vertige stomacal, de migraines liées à des troubles fonctionnels de l'estomac ont été rapidement guéris. Les troubles digestifs, si fréquents chez les adolescents (surtout à l'époque de la puberté), chez les chloro-anémiques ont toujours cédé sous l'influence de cette médication.

La pthisie se complique presque toujours de dyspepsie, de vomissements opiniâtres qui aggravent rapidement l'état des malades ; l'élixir chlorhydro-pepsique a donné, dans ces cas, d'excellents résultats en faisant cesser les vomissements et en modifiant l'état des voies digestives.

Des rhumatisants, des goutteux qui, depuis longtemps, ne digéraient qu'avec une extrême difficulté, ont vu leurs fonctions digestives se rétablir après quelques jours de ce traitement.

Enfin, il est un dernier point fort important sur lequel nous voulons insister : Tous les praticiens savent combien les troubles gastro-intestinaux sont graves et fréquents chez l'enfant, et combien les ressources de la thérapeutique pour les combattre sont limitées.

MM. Archambault et Bouchut ont expérimenté l'élixir chlorhydro-pepsique à l'hôpital des Enfants dans de nombreux cas de diarrhées chroniques, de vomissements ; et sous l'influence de quelques jours de cette médication, diarrhées et vomissements ont cessé, les fonctions digestives ont repris leur cours régulier, et cela, même dans l'affection si grave et si rapidement mortelle, le choléra infantile.

Dans ce rapide exposé, nous avons voulu appeler l'attention sur ce nouveau traitement des dyspepsies, en consignant les résultats de son emploi. Les nombreuses guérisons obtenues permettent d'affirmer, dès maintenant, que cette préparation est indiquée toutes les fois qu'il y a inaptitude à digérer.

Dr GERMOND.

VARIA

L'Institut ophthalmologique des Quinze-Vingts.

Dimanche 9 mai, à 2 heures, à l'hospice des Quinze-Vingts, a eu lieu la cérémonie de la pose de la première pierre de l'institut national d'ophthalmologie. M. le ministre de l'Intérieur et M. Gambetta présidaient la séance.

Un grand nombre de députés, des membres de l'Institut, de la Faculté de médecine, du Muséum, des professeurs libres d'ophthalmologie, se groupaient autour de la tribune, tandis qu'une foule, évaluable au moins à 2,000 personnes, manifestait par son attitude enthousiaste tout le prix, toute la reconnaissance qu'elle attachait à cette fondation. C'est qu'en effet, à cette heure, naissait une œuvre nouvelle de bienfaisance établie par le gouvernement de la République ; nous applaudissons de tout cœur à cette généreuse initiative.

Dans un discours substantiel, lu avec clarté, M. le directeur des Quinze-Vingts a rappelé l'origine de cette maison de secours et montré comment avait périclité l'idée de Louis XVI qui décida la translation des aveugles, de la rue Saint-Honoré à l'hôtel des Mousquetaires, rue de Charenton.

La France compte aujourd'hui plus de 31,000 aveugles ; il est urgent de les secourir, de les instruire, de les rendre à la vie intellectuelle et surtout de vulgariser les soins qui peuvent prévenir des infirmités aussi nombreuses.

Le nouvel établissement recevra les aveugles de toute la France ; les compagnies de chemins de fer leur accordent le transport à prix réduits ; une société de secours sera fondée sous la protection d'un puissant patronage, la science, la charité s'uniront dans cette œuvre dont le succès est assuré.

M. le ministre a répondu aux remerciements chaleureux qui lui ont été adressés par les enfants des aveugles.

M. Coquelin (du Théâtre-Français) a déclamé avec son esprit et sa chaleur habituels, une pièce de vers heureusement écrite pour la circonstance par M. Paul Delair.

Des chœurs ont été chantés par les pensionnaires et leur famille ; et au milieu de cette fraîche mélodie, la joie de ces pauvres déshérités ignorants des radieux visages de leurs enfants, faisait couler plus d'une larme.

Pour terminer cette fête, M. le ministre a gratifié les pensionnaires d'une journée de solde supplémentaire..... Et la première pierre a été scellée aux cris souvent répétés de : Vive la République !

Règlement pour le service de la Bibliothèque de la Faculté de médecine.

TITRE I. — *Des devoirs du bibliothécaire et des agents sous ses ordres.*

Art. 1er. — Le bibliothécaire a, sous l'autorité du doyen, la direction de tous les services. Il est pécuniairement responsable de l'exécution des règlements, de la tenue du catalogue et des registres de comptabilité qui sont prescrits (art. 6). Il est le chef de tous les agents attachés à la bibliothèque. Il veille à l'exécution des mesures relatives au bon ordre et à la police de la salle.

Art. 2. — Le bibliothécaire doit assister à toutes les séances du jour et du soir. Il peut se faire suppléer par l'un des deux bibliothécaires-adjoints, à tour de rôle.

Art. 3. — Les bibliothécaires-adjoints et les sous-bibliothécaires exercent la surveillance sur la distribution des ouvrages prêtés aux lecteurs, le rangement de ces ouvrages, et ils prennent une part directe à ces services lorsque cela est nécessaire. Ils sont chargés spécialement, sous l'autorité du bibliothécaire, de la rédaction du catalogue. Ils donnent aux lecteurs tous les renseignements dont ceux-ci peuvent avoir besoin et les dirigent dans leurs recherches. Ils assistent aux séances d'après un mode de roulement établi de manière qu'il y ait à chaque séance du jour et du soir un bibliothécaire-adjoint et un sous-bibliothécaire. Les bibliothécaires souscrivent, avant d'entrer en exercice, l'engagement de n'accepter aucune fonction rétribuée, et spécialement de ne pas faire de clientèle.

Art. 4. — Le surveillant a autorité sur les garçons. Il doit assister à toutes séances du jour et du soir. Il veille à l'exécution de toutes les mesures de propreté, tant dans la salle de lecture que dans les diverses dépendances de la bibliothèque. Il s'assure que les mesures prescrites pour le chauffage et l'éclairage sont régulièrement exécutées. Il veille à ce qu'aucun lecteur n'emporte de livres provenant de la bibliothèque, sauf les cas prévus à l'article 11. Il rend compte au bibliothécaire de toutes les infractions qu'il constate ou qui lui sont signalées par les garçons. Il fait chaque jour le relevé du nombre de lecteurs. Ce relevé est inscrit sur un registre spécial qui est visé par le bibliothécaire. Il veille à ce que les livres prêtés soient rangés à la clôture de chaque séance, et, ainsi que les garçons qui sont sous ses ordres, il ne quitte la salle qu'après l'accomplissement de ces prescriptions.

Art. 5. — Les garçons sont chargés, tous et au même titre, soit conjointement, soit à tour de rôle : 1° des soins de propreté, qui doivent être exécutés tous les jours de huit à dix heures du matin ; 2° de tout ce qui concerne l'allumage et l'entretien des poêles, ainsi que de l'éclairage ; 3° de donner aux lecteurs les livres qu'ils réclament, de ranger ces livres au fur et à mesure qu'ils sont rendus ; 4° de veiller à ce que les livres ne soient ni détériorés, ni maculés, ni emportés, etc. ; 5° de ranger dans les rayons ou les cases, après chaque séance de lecture, les livres qui ont été prêtés aux lecteurs ; 6° ils ne doivent quitter la bibliothèque qu'après l'accomplissement de tous ces devoirs.

Art. 6. — Les registres dont la tenue est prescrite sont les suivants : 1° catalogue par ordre alphabétique et par ordre de matières ; 2° registre des acquisitions ; 3° registre des dons ; 4° registre des publications périodiques ; 5° registre des prêts. Les modèles de ces registres seront déterminés par l'administration de la Faculté.

Art. 7. — Ces registres devront être tenus constamment au courant.

Art. 8. — La bibliothèque est ouverte tous les jours de la semaine, les dimanches exceptés, de onze heures du matin à cinq heures de l'après-midi, et de sept heures et demie à dix heures du soir. Pendant les vacances, la bibliothèque est ouverte trois jours par semaine, de onze heures à quatre heures, les mardis, jeudis et samedis.

Art. 9. — La présence d'un bibliothécaire-adjoint et d'un sous-bibliothécaire, du surveillant et de trois garçons, est indispensable à chaque séance.

Art. 10. — Provisoirement, il ne sera délivré aux séances du soir que les livres classés dans la grande salle de lecture.

Art. 11. — Il n'est mis qu'un volume à la fois à la disposition de chaque lecteur, sauf dans des cas particuliers dont le bibliothécaire est juge.

Art. 12. — Les livres prêtés sont inscrits sur un registre spécial portant la date du prêt, la signature de l'emprunteur et la date de la restitution. Tous les mois, une lettre de rappel est adressée aux emprunteurs n'ayant pas remis les livres qui leur auront été prêtés. Les livres ne peuvent être emportés au dehors sans une autorisation accordée par le doyen ou le bibliothécaire. Cette autorisation est accordée, de plein droit, par le fait même de leurs fonctions, aux professeurs, agrégés, prosecteurs, aides d'anatomie et chefs de clinique, sous la condition toutefois de se conformer aux prescriptions des deux premiers paragraphes du présent article.

Art. 13. — Les achats de livres et les abonnements aux journaux et publications périodiques ont lieu dans la mesure des crédits budgétaires, soit sur une liste dressée par le bibliothécaire et approuvée par la Commission de surveillance, soit, en cas d'urgence, directement, à condition d'en référer immédiatement au doyen. Cette proposition devra être arrêtée par le doyen et visée par le secrétaire de la Faculté, conformément aux prescriptions d-

règlement de comptabilité générale. Toute dépense faite en dehors de ces conditions sera nulle de droit.

Art. 14. — Les mêmes formalités devront être remplies pour les reliures. La liste des livres à relier sera dressée par le bibliothécaire, approuvée par le doyen et visée par le secrétaire.

TITRE II. — *Commission permanente.*

Art. 15. — Une commission nommée par l'assemblée de la Faculté est chargée de veiller au fonctionnement des divers services.

Art. 16. — Cette commission est composée de trois membres choisis parmi les professeurs et nommés pour trois ans. Elle est assistée du secrétaire agent comptable de la Faculté. Elle se réunit tous les trois mois, dans la première quinzaine de chaque trimestre. Elle présente au doyen, dans un rapport, les observations qui résultent de l'examen des registres et des différents services de la bibliothèque. Le doyen en est le président de droit.

Art. 17. — A l'époque de la rentrée de la Faculté, elle soumet à la Faculté un rapport sur la situation de la bibliothèque, sur les progrès réalisés et les améliorations à introduire.

Art. 18. — Tous les trois mois, le doyen vise les différents registres dont la tenue est prescrite par l'article 6.

Décret nommant une Commission pour préparer un projet de règlement de l'assistance à domicile pour Paris.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'intérieur et des cultes, vu les propositions du sénateur préfet de la Seine, en date des 26 mars et 17 avril 1880; vu l'article 8 de la loi du 10 janvier 1849; décrète :

Art. 1er. — Une commission spéciale est instituée au Ministère de l'intérieur dans le but de préparer un projet de règlement d'administration publique pour l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris.

Art. 2. — Sont nommés membres de la commission : MM. le ministre de l'intérieur et des cultes, président; le sous-secrétaire d'Etat, vice-président; Tolain, sénateur; Hérisson, député; Paul Pont, conseiller à la cour de cassation, membre du conseil de surveillance de l'assistance publique; le conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale; Clamageran, conseiller d'Etat; Vergniaud, secrétaire général de la préfecture de la Seine; Paul Bucquet, inspecteur général des établissements de bienfaisance; Pélicier, inspecteur général des établissements de bienfaisance; le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris; le directeur du Mont-de-Piété de Paris; Pasquier, conseiller de préfecture de la Seine; le Dr Métivier, ancien interne des hôpitaux, membre du conseil municipal de Paris; le Dr Georges Martin, membre du conseil municipal de Paris; Antide Martin, membre du conseil municipal de Paris; le Dr Ulysse Trélat, professeur à la faculté de médecine; le secrétaire général de l'administration de l'assistance publique à Paris; le Dr Goujon, maire du 12e arrondissement; le Dr Millard, médecin des hôpitaux; le Dr Passant, médecin du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement; Camille Lyon, auditeur de 1re classe au conseil d'Etat, chef du cabinet du préfet de la Seine, secrétaire; Louis de Valbreuze, sous-chef du bureau des hospices au ministère de l'intérieur, secrétaire.

Art. 3. — Le ministre de l'intérieur et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

M. le Dr Thulié, président du Conseil municipal, qui, en raison de sa connaissance approfondie de toutes les questions de l'Assistance publique, avait été désigné au choix de M. le Préfet de la Seine par 43 de ses collègues du Conseil, pour occuper la place de directeur de cette administration, figurait primitivement parmi les membres de la commission spéciale, dont nous venons de donner la composition. Il n'a été rayé qu'à la suite de son refus formel. Ce refus qui, tout d'abord, semble inexplicable de la part d'un homme si dévoué aux institutions républicaines, paraît logique après un peu de réflexion; M. le Dr Thulié se sera sans doute rendu *aux excellentes raisons* mises en avant par M. Hérold pour combattre sa nomination à la direction de l'Assistance publique, et, aujourd'hui, il doit être persuadé lui-même que pour s'occuper avec fruit des hôpitaux et des malades, la première condition c'est de n'avoir jamais mis le pied dans un hôpital et d'ignorer ce que c'est qu'un malade.

Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Par décret en date du 11 mai 1880, sont nommés pour quatre ans membres du Conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente de ce conseil : MM. Bréal, Buisson, Dumont, Fustel de Coulanges, Dr Gavarret, Gréard, Manuel, du Mesnil, Zévort.

Sont nommés pour quatre ans membres de la section permanente : MM. Berthelot, Dr Bert, Beudant, Giraud, Janet, Dr Vulpian.

Sont nommés pour quatre ans membres du conseil supérieur de l'instruction publique, les membres de l'enseignement libre dont les noms suivent : MM. Boutmy, directeur de l'école libre des sciences politiques, Dubief, directeur de l'institution Sainte-Barbe, Godart, directeur de l'école Monge, Josserand, en religion frère Joseph, assistant du supérieur général de l'institut des frères des écoles chrétiennes.

Faculté de médecine.

Enseignement de l'anatomie pathologique. — A la suite du rapport de M. Germain Sée (1) relatif à la création d'une nouvelle chaire d'anatomie pathologique, rapport dont les conclusions, adoptées à la presqu'unanimité des professeurs présents, tendaient à repousser la création de cette nouvelle chaire, M. le ministre de l'instruction publique a prié MM. les professeurs de la Faculté de vouloir bien lui présenter un nouveau rapport indiquant les modifications utiles à apporter dans l'enseignement de l'anatomie pathologique. Lundi dernier, M. Le Fort, rapporteur de la sous-commission nommée à cet effet, a lu, à l'assemblée des professeurs, un rapport sur cette question. Ce rapport conclut à la création d'un institut anatomo-pathologique ayant à sa tête un chef des travaux, lequel relèverait du professeur d'anatomie pathologique. Ce chef des travaux aurait un titre égal à celui du chef des travaux anatomiques. Le rapporteur n'est entré dans aucune des questions de règlementation, ce côté de la question devant être examiné si la création de l'institut est décidée. Les conclusions du rapport ont été adoptées par tous les professeurs présents, à l'exception de M. Gosselin, qui s'est déclaré partisan du système actuel et pense que tout est pour le mieux dans la meilleure des Facultés.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).

Les leçons orales d'une heure après 24 heures de préparation continuent. Les sujets suivants ont été traités : *Lundi* 10 : M. Peyrot : *Traitement des polypes naso-pharyngieus*; — M. Kirmisson : *Des abcès multiples.* — *Mardi* 11 : M. Tédenat : *Des luxations du pied*; — M. Reclus : *Des cataractes congénitales.* — *Mercredi* 12 : M. Picqué : *De l'anatomie pathologique et du traitement des cals vicieux*; — M. Boursier : *Des fistules de la paroi abdominale antérieure et de leur traitement.* — *Jeudi* 13 : M. Piéchaud : *Plaies de l'artère carotide*; — M. Bouilly : *Signes et diagnostic des tumeurs de l'orbite.* — *Vendredi* 14 : M. Levrat : *Phlegmon diffus*; — M. Weiss : *Plaies des veines.*

Le lundi 17 se trouvant un jour férié, les épreuves de l'agrégation n'auront pas lieu. L'ordre que nous avons indiqué pour les leçons orales, se trouve donc modifié de la manière suivante : *Mardi* 18 : MM. Guibal et Budin. — *Mercredi* 19 : MM. Lefour et Hirigoyen. — *Jeudi* 20 : MM. Porak et Stapfer. — *Vendredi* 21 : MM. Poulet et Dumas. — *Lundi* 24 : MM. Ribemont et Gaulard. — *Mardi* 25 : M. Duchamp.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 17. — Pas d'actes.

MARDI 18. — 1er *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Robin, Ball, Richelot; — 2e *série* : MM. G. Sée, B. Anger, Humbert; — 3e *série* : MM. Charcot, Lannelongue, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Panas, Delens, Duval. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Brouardel, Pinard, Berger.

MERCREDI 19. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Houel, Marchand. — 2e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Fournier, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 5e *de Doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Parrot, Guéniot, Monod; — 2e *série* : MM. Potain, Nicaise, Chantreuil.

JEUDI 20. — 1er *de Doctorat.* 1re *série* : MM. G. Sée, Panas, Richelot; 2e *série* : MM. Ball, B. Anger, Duval; — 3e *série* : MM. Laboulbène, Delens, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Lannelongue, Farabeuf. — 2e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Lasègue, Bouchard, Humbert; — 2e *série* : MM. Hardy, Jaccoud, Berger.

VENDREDI 21. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Nicaise, Terrillon. — 2e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Houel, Ollivier. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Pozzi.

SAMEDI 22. — 1er *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Robin, B. Anger, Ch. Richet; — 2e *série* : MM. Charcot, Lannelongue, Duval. — 3e *série* : MM. Ball, Panas, Berger. — 2e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Richelot; — 2e *série* : MM. Bouchard, Delens, Fernet. — 5e *de Doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Hardy, Pinard, Humbert; — 2e *série* : MM. Gosselin, Lasègue, Charpentier.

THÈSES. — *Mardi* 18 : 208. M. Duval : De l'anesthésie générale par les inhalations de bromure d'éthyle. — 209. M. Laurent : Embolies graisseuses dans les fractures. — *Mercredi* 19 : 210. M. Hunkearbeyendian : Des températures locales. — 211. M. Tourreil : De l'emploi du bromure d'éthyle pour l'anesthésie locale. — *Jeudi* 20 : 212. M. Forest : Des températures locales dans la chlorose et la tuberculose au début. — 213. M. Chastang : De l'anurie et de l'oligurie hystériques. — *Vendredi* 21 : 214. M. Gillet. — 215. M. Neveu : Incontinence d'urine et son traitement.

Le pain à la viande.

Encore une invention originale, dit M. de Parville, dans le *Journal des Débats*, le pain à la viande. Habituellement, quand nous mangeons, nous prenons la peine de digérer à la fois notre pain et notre viande. On a eu l'idée de nous éviter ce double travail. M. Scheurer-Kestner a trouvé le moyen d'obliger le pain à digérer préala-

(1) Voir les nos 16 et 17.

blement la viande ; c'est autant de gagné pour l'estomac. Et puis, quelle simplification ! Au lieu d'avoir à se préoccuper d'emporter biftecks, côtelettes, etc..., il n'y a plus qu'à emporter du pain. La méthode est expéditive et aura son importance pour le soldat en campagne, le chasseur, le voyageur.

Certains sucs digèrent très-bien la viande, le suc de papaya notamment, le suc sécrété par les plantes dites carnivores, la pepsine végétale, etc. La fibrine est attaquée et se dissout dans le suc. M. Scheurer-Kestner, père du sénateur de ce nom, a découvert ce fait très remarquable que, pendant la panification, il se produisait une fermentation particulière qui déterminait également une digestion complète, absolue de la viande. Un bifteck coupé en petits morceaux et mélangé à de la farine et à du levain disparaît entièrement pendant la panification. Ses principes nutritifs se dissolvent et font corps avec le pain. Le curieux en tout ceci c'est que la viande, qui est si putrescible, se conserve indéfiniment dans ce nouvel état. M. Scheurer-Kestner fils a mis sous les yeux de l'Académie des pains encore excellents, et qui ont été préparés en 1873. Ils ne présentent aucune trace de moisissure ou de vers.

A l'origine, M. Kestner employait de la viande crue. Il mélangeait 500 grammes de farine, 500 grammes de levain avec 300 grammes de bœuf frais hâché menu. On ajoutait de l'eau en proportion convenable et l'on attendait que la pâte commençât à fermenter. Au bout de deux ou trois heures, la viande avait disparu, on cuisait le pain comme de coutume. Le pain-viande ainsi obtenu possède un petit goût aigrelet désagréable.

M. Scheurer-Kestner a évité cet inconvénient en cuisant préalablement la viande pendant une heure avec la quantité d'eau nécessaire pour humecter ensuite la farine. On doit dégraisser la viande avec soin et ne mettre que la quantité de sel nécessaire pour relever le goût. Le sel, étant hygrométrique, tend, en effet, à rendre le pain humide et à le faire se gâter.

On remplace avantageusement une partie du bœuf par du lard salé. Il convient de ne pas dépasser la proportion de 50 de viande pour 100 de farine. Au delà, la digestion de la viande n'est plus complète.

A vrai dire, ajoute M. de Parville, le pain-viande que nous avons goûté à l'Académie et qui avait été fabriqué au mois de juin dernier a très-bonne apparence ; mais il n'a rien qui puisse exciter l'appétit. Un bon rosbif savoureux sera évidemment toujours mieux l'affaire des estomacs fatigués. Cependant, exceptionnellement, et surtout pour préparer des potages nutritifs, il nous semble appelé à rendre de véritables services. Il suffit de découper le pain en tranches, de faire bouillir pendant vingt minutes 80 grammes de ce biscuit dans un litre d'eau et de saler à point.

Le pain-viande avait été envoyé au général Chanzy en 1873 pour qu'il en essayât l'emploi dans l'alimentation des troupes. « La soupe ainsi obtenue, écrivait alors M. Scheurer-Kestner, quoique très-mangeable, n'est peut-être pas d'un goût assez appétissant. On pourrait craindre que le soldat ne s'en fatiguât promptement. Cependant les essais méritent d'être poursuivis. » Depuis 1873, la fabrication a été très-perfectionnée. L'addition du lard a donné du goût au pain. M. Scheurer-Kestner affirme même que le veau incorporé au pain fournit des consommés exquis qui pourraient être donnés aux malades et aux blessés.

Enseignement médical libre.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur A. FOURNIER commencera ce cours, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 21 mai, et le continuera les mardis et vendredis suivants. — Vendredi, leçon à l'amphithéâtre (9 heures 1/2). Mardi, leçon au lit des malades.

Hospice de la Salpêtrière. Cours de pathologie mentale. — M. le Dr LUYS reprendra son cours sur la structure du cerveau et la pathologie mentale, le dimanche 23 mai, à 9 h. 1/4, dans le nouvel amphithéâtre, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

29. Teinture de podophylline. H. DOBELL.

M. le Dr H. Dobell donne la formule d'une teinture de podophylline qu'il affirme être exempte des inconvénients ou des accidents qui suivent quelquefois l'administration de ce produit en pilules ; il attache à cette forme de médicament une efficacité tout à fait satisfaisante ; voici cette formule :

Podophylline..............	0gr. 10.
Esprit de vin rectifié.........	60 —
Essence de gingembre........	2 gouttes.

A prendre par cuillerée à thé dans un verre d'eau, le soir au moment du coucher, ou tous les deux ou trois jours, suivant le besoin. (*Journ. de phar. d'Alsace-Lorraine.*)

30. Pommade épilatoire pour le traitement du Favus. CLAUDAT.

Dans la thèse qu'il vient de publier, M. le Dr Claudat propose contre le favus la pommade épilatoire suivante :

Axonge...............	25 gr.
Glycérine..............	5 —
Carbonate de soude.......	4 —
Chaux vive pulvérisée.....	2 —
Charbon en poudre........	0,50.

Au bout d'un temps variable, mais qui dépasse rarement dix à douze jours, la peau a pris une teinte rose, d'une intensité que l'on arrive à constater presque à coup sûr, et qui nous indique que nous pouvons commencer à pratiquer l'épilation. A ce moment, on peut saisir avec les doigts les cheveux que nous avons eu la précaution de faire couper jusqu'à deux centimètres environ de leur point d'émergence, et les arracher sans la moindre douleur. — Puis, on fait une lotion avec une solution au 500e de sublimé, que l'on continue pendant 18 jours, on peut alors appliquer la pommade d'arroba.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 30 avril au jeudi 6 mai 1880, les naissances ont été au nombre de 1,170, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 450 ; illégitimes, 155. Total, 605. — *Sexe féminin* : légitimes, 430 ; illégitimes, 135. Total, 565.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 30 avril au jeudi 6 mai les décès ont été au nombre de 1,144, savoir : 604 hommes et 540 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 20. F. 14. T. 34. — Variole : M. 27. F. 21. T. 48. — Rougeole : M. 6. F. 13. T. 19. — Scarlatine : M. 3. F. ». T. ». — Coqueluche : M. 5. F. 8. T. 13. — Diphtérie. Croup : M. 19. F. 20. T. 39. — Dysentérie : M. 1. — Erysipèle : M. 10. F. 5. T. 15. — Affections puerpérales : F. 7. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phtisie pulmonaire : M. 94. F. 74. T. 168. — Autres tuberculoses : M. 31. F. 26. T. 57. — Autres affections générales : M. 58. F. 90. T. 148. — Bronchite aiguë : M. 21. F. 20. T. 41. — Pneumonie : M. 48. F. 47. T. 95. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 37. F. 30. T. 67. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 42. F. 37. T. 79 ; — chroniques : M. 111. F. 87. T. 198 ; — douteuses : M. 35. F. 32. T. 67. — Après traumatismes : M. 1. F. ». T. ». — Morts violentes : M. 33. F. 6. T. 39. — Causes non classées : M. 3. F. 2. T. 5.

Morts nés et prétendus tels : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 23. Total, 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 9. Total, 38.

FACULTÉ DE MÉDECINE. *Concours pour le proectorat.* — La question donnée pour la seconde épreuve éliminatoire (épreuve orale d'anatomie) a été la suivante : *Du rectum.*

Concours pour l'adjuvat. — La première épreuve, épreuve écrite, portant sur un sujet d'anatomie et de physiologie, a été la suivante : *Anatomie et physiologie des muscles de la main.*

Personnel. — M. Houel, agrégé libre, conservateur des collections, est chargé de suppléer, dans le service des examens, M. le professeur Broca, sénateur. — M. Féry (Henri), est nommé préparateur-adjoint du laboratoire de thérapeutique.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. *Concours pour l'internat en pharmacie.* — Ce concours a été ouvert le mercredi 12 mai, à 2 heures, à la pharmacie centrale des hôpitaux. — *Jury.* Le jury est ainsi composé : MM. Quesneville, pharmacien de l'asile Sainte-Anne ; Adam, Méhu, Personne, pharmaciens des hôpitaux ; Jolly, pharmacien de la ville. — *Candidats.* Les candidats sont au nombre de onze, ce sont : MM. Acquérin, Astier, Bonnet, Daviot, Gibart, Hébert, Marchand, Morin, Paillé, Paquet et Prima.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN AU BUREAU CENTRAL. — La liste des candidats a été close le mardi 4 mai. Se sont fait inscrire : MM. Campenon, Cartoz, Duret, Felizet, Garnier, Henriet, Jullien, Kirmisson, Laugier, Nepveu, Petit (Ch. H.), Prenqueber, Richelot, Schwartz et Valtat. Ce concours commencera le 20 mai.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le comité local chargé de préparer le Congrès de Reims vient de constituer son bureau qui se trouve composé ainsi qu'il suit : *Président d'honneur* : M. le maire de Reims ; — *Président* : M. Poulain, manufacturier ; — *Vice-président* : MM. Loriquet, bibliothécaire, Dr Lemoine, professeur, Nidoit, ingénieur des mines, J. Martin, manufacturier ; — *Secrétaire général :* M. le Dr Langlet ; — *Secrétaires* : MM. le Dr Bulteau, H. Portevin, Alph. Gosset et Pommery ; — *Trésorier :* M. Garmès.

Le Conseil d'administration, dans sa dernière séance, a confirmé définitivement le choix de l'époque à laquelle aura lieu en 1881 le Congrès d'Alger : la session de 1881 se tiendra exceptionnellement pendant les congés de Pâques.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Danner, professeur de physiologie, est nommé pour trois ans directeur de ladite école en remplacement de M. Herpin, dont le mandat est expiré.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. Périer est délégué jusqu'à la fin de l'année scolaire 1879-80, dans les fonctions de préparateur de physique, en remplacement de M. Chasseray, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. Lemaire est chargé provisoirement des fonctions de préparateur en remplacement de M. Picard, appelé à d'autres fonctions.

Asiles d'aliénés de Saint-Robert. — M. le Dr Bertholet, médecin en chef des hospices de Grenoble, vient d'être nommé médecin suppléant de l'asile public d'aliénés de Saint-Robert en remplacement de M. Michaud, nommé médecin honoraire.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera dimanche prochain 16 mai, une excursion géologique à Guépelle, Montmélian, Mortefontaine et la Chapelle-en-Serval. — Réunion à la gare du Nord où l'on prendra à 7 h. 50 du matin, le train pour Luzarche-Survilliers.

Herborisation. — M. Chatin, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation le dimanche 16 mai, dans la forêt de Bondy. — Rendez-vous à la gare de l'Est à 10 h.

Nouveaux journaux. — Nous venons de recevoir le premier numéro du *Nouveau journal médical*, revue hebdomadaire médicale et scientifique, publiée sous la direction du Dr Girerd. Bureaux, 16, rue Grange-Batelière.

Nécrologie. — M. le Dr de Laurès, médecin-inspecteur des eaux de Méris, vient de mourir à Paris, à l'âge de 65 ans. Il fut interne des hôpitaux de Paris, et soutint une thèse remarquable sur : *Quelques considérations sur les ulcérations et les engorgements du col de la matrice, de leur traitement par la cautérisation au fer rouge.* On lui doit de nombreux travaux sur les eaux minérales, travaux qui ont été publiés pour la plupart dans les annales de la Société d'hydrologie. — Le Dr Ch. Sayre fils (de New-York) vient de succomber aux suites d'une fracture comminutive de la cuisse, après quelques jours de souffrance. Il était âgé de 30 ans. — Le *Scalpel* annonce la mort du Dr Semal, médecin légiste, décédé à Bruxelles, à l'âge de 53 ans.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Observation de guérison rapide de chlorose accompagnée de fortes crampes d'estomac; par le Dr Tarride.

Au mois de novembre dernier, je fus appelé auprès de mademoiselle Joséphine-Angèle F..., âgée de 27 ans, couturière, récemment établie dans notre localité. Cette femme, brune, assez bien constituée, de taille moyenne, me raconte qu'elle a été réglée à 13 ans, et que depuis deux ans ses époques sont toujours retardées et précédées de douleurs violentes. Il y a trois ans, étant à Paris, comme ouvrière dans une maison de confections, elle eut la fièvre typhoïde. Il y a un mois et quelques jours, elle fut atteinte de douleurs vives et de crampes d'estomac, accompagnées de vomissements, de douleurs névralgiques intercostales et de faiblesses dans les jambes, assez grandes pour la forcer à rester couchée ou assise dans un fauteuil, sans pouvoir travailler. Elle consulta un médecin de son quartier qui, reconnaissant chez elle les symptômes de la chlorose, lui conseilla une alimentation substantielle, viandes rouges rôties et vin de Bordeaux, et lui prescrivit de la limaille de fer à la dose de 0,25 centig. tous les matins, et un peu de sous-nitrate de bismuth le soir.

Mademoiselle F... suivit ce traitement pendant 25 jours consécutifs sans en éprouver la moindre amélioration.

Le 15 novembre, au moment où je la vois, la malade se plaint d'une augmentation des douleurs stomacales; elle a toujours des crampes qui s'accompagnent parfois de vomissements. Ses dernières règles ont été très pénibles et à peine marquées.

La limaille de fer n'ayant pas réussi et la malade lui reprochant de lui avoir donné des dégagements hydrosulfurés très désagréables, et de lui avoir noirci tout l'intérieur de la bouche, je le remplaçai par le fer Bravais à la dose de 25 gouttes d'abord ; puis j'arrivai successivement à en faire prendre 45 gouttes par jour, dans deux travers de doigt de vin de Bordeaux, au moment du déjeuner.

Les 16, 17 et 18, pas de changement : les douleurs sont les mêmes.

Le 19, un mieux se fait sentir, les douleurs et les crampes d'estomac diminuent d'intensité et de fréquence.

Le 21 et les jours suivants, l'amélioration persiste. Je joins au fer Bravais deux bains sulfureux par semaine, et comme boisson du vin rouge largement coupé avec de l'eau de Seltz. L'appétit revient.

Le 28 le mieux se continue, la constipation et les maux de tête ont disparu, la malade va tous les jours à la garderobe.

Le 4 décembre la malade ne présente plus aucun des symptômes précédents ; ses forces reviennent, ses joues, ses lèvres et ses gencives reprennent leur couleur ; son appétit est très fort et nullement capricieux comme auparavant.

Le 10, tous les caractères de la chlorose énoncés plus haut, y compris le bruit de souffle, ont complétement disparu chez

mademoiselle F..., dont les règles sont redevenues normales et très faciles. (*Moniteur de la Médecine*).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Dumontpallier. — Visite à 8 h. 1/2. — Salle Saint-Raphaël (H) : 3, varices, phlébite de la jambe droite ; 9, icthyose, tuberculose pulmonaire ; 11, 12, fièvre typhoïde ; 21, péricardite, rhumatisme articulaire ; 22, hémiplégie et hémianesthésie du côté droit. — Salle Sainte-Eugénie (F) : 4, 7, 36, hystérie, métallothérapie ; 9, hématocèle utérine ; 13, ascite, tumeurs pelviennes ; 18, pleurésie purulente, empyème ; 27, corps fibreux utérins ; 34, cancer de l'estomac.

Service de M. Gallard. — Visite à 9 h. Consultation le mardi. — Salle Saint-Athanase : 2, insuffisance mitrale ; 6, péricardite ; 13, pleurésie ; 15, thyroïdite suppurée ; 16, fièvre typhoïde ; 17, néphrite parenchymateuse ; 31, cirrhose atrophique ; 37, rougeole ; 38, empoisonnement par le phosphore ; 51, pleurésie ponctionnée ; 52, exostose rachidienne, compression de la moelle. — Salle Saint-Rosaire : 1, tumeurs fibreuses ; 6, ovarite, tuberculose ; 11, tuberculose, pelvi-péritonite ; 19, kyste du vagin ; 23, éclampsie puerpérale ; 40, myélite aiguë.

Service de M. Brouardel. — Visite à 8 h. 1/2. — Salle Sainte-Claire (F) ; 1, péritonite tuberculeuse ; 15, anévrysme de l'aorte ; 19, néphrite interstitielle ; 26, hématocèle ; 28, rétrécissement mitral ; 32, rhumatisme articulaire aigu ; 42, bronchite fétide ; 46, insuffisance et rétrécissement aortiques ; 48, emphysème. — Salle Saint-Benjamin : varioleux.

Service de M. Lancereaux. — Consultation le samedi à 9 heures. Leçons cliniques le vendredi à 10 heures. — Salle Sainte-Marthe (H) : 16 pachyméningite ; 21, cancer latent de l'estomac, phlegmatia alba dolens ; 25, ulcère simple de l'estomac ; 28, néphrite épithéliale ; 30, syphilis du foie, testicule syphilitique ; 34, pleurésie purulente ; 44, néphrite intestitielle ; 48, scorbut. — Salle Sainte-Geneviève (F) : 11, gomme de la dure-mère, paralysie de la 3e paire ; 13, alcoolisme chronique ; 18, hystérie, somnambulisme ; 21, diabète, coliques hépatiques ; 22, hystéria major, contractures des membres ; 23, néphrite épithéliale ; 26, pleurésie de diagmatique ; 39, pelvi-péritonite.

Service de M. Peters. — Visite à 8 h. 1/2. — Salle Saint-Michel (H) : 3, cirrhose atrophique ; 14, pneumothorax tuberculeux ; 16, cancer de la colonne vertébrale ; 17, cachexie des prisons ; 18, vomique péri-pneumonique ; 21, insuffisance aortique ; 29, dothiénentérie, forme lente nerveuse. — Salle Notre-Dame (F. accouchements) : 4, hypertrophie de la rate ; 5, hystérie ; 31, cardiopathie ; 36, septicémie puerpérale ; 38, abcès froid de la mamelle ; 43, cancer du rein.

Service de M. Lasègue. — Visite à 9 h. Consultation le lundi. — Salle Saint-Charles (F) : 1, hystérie ; 7, pneumonie bilieuse ; 9, carcinome utérin ; 13, paraplégie ; 16, chlorose ; 20, cancer du rectum ; 26, tumeur cérébrale ; 28, dégénérescence amyloïde du foie ; 30, syphilis. — Salle Saint-Paul (H) : 1, néphrite interstitielle ; 10, ramollissement cérébral ; 12, rhumatisme articulaire ; 16, paralysie générale ; 22, diarrhée chronique ; 23, fièvre typhoïde ; 25, gastralgie ; 33, saturnisme ; 53, cœur sénile ; 39, insuffisance mitrale.

Service de M. Verneuil. — Visite à 9 h. Consultation le mardi, jeudi, samedi. Clinique le lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Augustin (F) : 1, sarcome opéré du sein ; 2, adénome du sein ; 3, 4, 5, fistules vésico-vaginales ; 9, sarcome du sein ; 13, arthrite du genou ; 15, lymphangite du bras ; 16, genu valgum ; 19, pierre dans la vessie ; 21, coxalgie ; 22, amputation du pied ; 26, fracture du bras ; 27, tarsalgie ; 30, sarcome du sein. — Salle Saint-Louis (H) : 2, contusion du plexus brachial, paralysie du membre ; 5, fracture de la rotule ; 6, lymphangite ; 10, fracture de la rotule, paralysie du vaste interne et du vaste externe ; 16, tarsalgie double ; 18, kyste poplité ; 25, stomatite mercurielle ; 27, corps étranger du rectum ; 30, cancer de la verge ; 34, cancer du testicule ; 36, anévrysme du cou ; 38, calcul vésical ; 52, fracture de la base du crâne ; 56, anévrysme de la crosse de l'aorte.

Service de M. Polaillon. — Visite à 9 h. Consultation les lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Jean (F) : 3, lymphosarcome du cou ; 4, phlegmon du ligament large ; 7, fracture de jambe ; 13, hystérie ; 15, tumeur lacrymale ; 17, coxalgie ; 20, fracture de la rotule. — Salle Saint-Gabriel (H) : 21, tumeur blanche du médius gauche ; 22, kyste sébacé de la joue ; 23, plaie de la main ; 24, plaie contuse du cuir chevelu ; 27, hygroma fongueux suppuré ; 28, fracture du péroné ; 29, arthrite fongueuse du genou ; 30, coxalgie ; 31, fracture compliquée du crâne ; 32, fracture sus-malléolaire ; 33, synovite chronique ; 34, fracture de jambe ; 35, amputation de cuisse ; 36, coxalgie suppurée ; 37, fracture de cuisse ; 40, abcès profond de la cuisse ; 43, fracture compliquée ; 44, chancre infectant ; 12, phlegmon de la main, sphacèle du médius ; 15, névralgie testiculaire ; 16, fracture double du maxillaire inférieur ; 20, fracture de jambe ; 22, kyste sébacé de la joue.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. — Clinique syphiligraphique du samedi 9 h. — Salle Saint-Louis : 6, chancre infectant du sillon nympho-labial droit, uréthrite ; 9, syphilide papuleuse, folliculite syphilitique, syphilides vulvaires, uréthro-vaginite blennorrhagique ; 13, syphilis, adéno-lymphite gauche, métrite arthritique, chancre du col ; 18, syphilis, syphilides vulvaires et buccales ; 26, métrite chronique, adéno-lymphite double, syphilis ; 29, vulvo-vaginite aiguë blennorrhagique, métrite, adéno-lymphite droite, phlegmon érysipélateux de la vulve. — Clinique gynécologique du mercredi 9 h. — Salle Saint-Alexis : 17, vulvo-vaginite blennorrhagique, herpès de la vulve, métrite subaiguë scrofuleuse, adéno-lymphite double ; 19, vulvo-vaginite et uréthrite blennorrhagique, métrite chronique, adéno-lymphite ; 21, végétations, abcès de la glande vulvo-vaginale droite ; 22, métrite chronique, saphisme, manuélisation, adéno-lymphite double ; 23, adéno pelvi péritonite, métrite chronique, adéno-lymphite ; 25, métrite, adéno-lymphite double ; 35, tumeur gommeuse syphilitique musculaire de l'avant-bras gauche.

CERF ET FILS, IMP., 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 21. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 22 MAI 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARCOT.

XVIIe LEÇON. — Des amyotrophies spinales et des localisations dans la substance grise de la moelle épinière ;

Leçon recueillie par E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

Vous n'avez certainement pas perdu de vue ce tableau, ou, pour mieux dire, ce plan topographique que je vous ai présenté déjà dans la séance qui a inauguré le cours de cette année, et que depuis lors j'ai eu maintes fois l'occasion de placer à nouveau sous vos yeux. Il est destiné, vous ne l'avez pas oublié, à faire embrasser d'un coup d'œil les diverses régions de la moelle épinière dans lesquelles, par une sorte de sélection, se cantonnent celles des lésions spinales qu'on appelle aujourd'hui *lésions systématiques*.

Cette dénomination de *lésions systématiques* que j'ai empruntée à l'enseignement de M. Vulpian est, ainsi que je vous l'ai fait remarquer bien des fois déjà, parfaitement appropriée. En effet, ces départements, ces régions que la maladie peut affecter isolément, sans participation des régions limitrophes, représentent autant de *systèmes* distincts anatomiquement et fonctionnellement; ce sont, en quelque sorte, autant d'organes destinés chacun à un rôle physiologique particulier ; et, conséquemment, ainsi le veut la logique des choses, l'affection de chacun de ces organes doit, dans les conditions pathologiques, se traduire par une symptomatologie propre. De telle sorte que, les symptômes étant connus, il sera permis au clinicien de remonter jusqu'à la lésion et d'en déterminer le siège.

On est tout naturellement conduit par ce qui précède à considérer les maladies systématiques, dans le domaine de la moelle épinière, comme autant d'affections élémentaires, dont la connaissance approfondie devra être appliquée au débrouillement des affections plus complexes, non systématisées, ou, autrement dit, distribuées dans le cordon nerveux, d'une façon diffuse et inégale ; c'est-à-dire qu'en bonne méthode, l'étude des lésions systématiques spinales doit nécessairement précéder celle des lésions spinales non systématisées.

J'ose espérer, Messieurs, que les développements dans lesquels nous sommes entrés à propos des lésions du système des faisceaux pyramidaux ont justifié, pour une part, ces propositions que j'ai plusieurs fois émises devant vous. Ils vous ont mis à même tout au moins, si je ne m'abuse, de reconnaître la signification de ce syndrome désigné sous le nom de *paralysie spasmodique* et qui, ainsi que vous l'avez vu, joue un rôle si prédominant dans la pathologie spinale.

I. Aujourd'hui, Messieurs, je voudrais diriger toute votre attention sur une région que nous avons déjà rencontrée plusieurs fois, incidemment, dans le cours de nos études, mais qui n'a pas encore été de notre part l'objet d'une exploration régulière. Je veux parler de l'axe gris spinal, ou, comme on dit encore plus brièvement, de la substance grise.

Inutile de faire ressortir à vos yeux que, bien qu'elle occupe dans la moelle épinière un espace relativement restreint, la substance grise est cependant, au point de vue physiologique, la partie la plus importante du centre spinal. Il suffira de rappeler qu'elle est le lieu de passage obligé pour la transmission des impressions sensitives et des impulsions motrices volontaires ou réflexes. De telle sorte que, si cette voie venait à être coupée, l'accomplissement de toutes ces fonctions serait du même coup rendue impossible.

Mais en outre, il semble aujourd'hui péremptoirement démontré que toutes les parties de la substance grise ne sont pas indistinctement affectées à l'exécution de ces diverses fonctions. Dans cet espace si limité, il y a lieu en effet d'établir physiologiquement plusieurs régions bien distinctes. Ainsi, à ce point de vue, la substance grise centrale doit être distinguée des cornes ou colonnes de substance grise. La première seule, avec les cornes postérieures pour une certaine part, joue un rôle dans la transmission des impressions sensitives, tandis que les cornes antérieures paraissent destinées exclusivement à la transmission des impulsions motrices et n'ont aucun rapport avec la sensibilité.

II. Ces résultats, fondés sur l'expérimentation, ont trouvé leur confirmation dans le domaine pathologique. La maladie en effet, mieux encore que ne le peut faire le plus habile physiologiste, produit des altérations qui affectent isolément certains départements de la substance grise.

A. Or, Messieurs, ici se présente un fait capital dans l'histoire de ces lésions systématiques de la substance grise. C'est que les seules, méritant véritablement ce nom, que l'on connaisse aujourd'hui, affectent de se cantonner dans une région toujours la même, et cette région est celle des cornes antérieures.

Les affections dont il s'agit ont donc, vous le voyez, pour caractère anatomique univoque non seulement de se circonscrire dans les colonnes antérieures, mais encore de constituer une lésion exclusive, systématique dans l'acception rigoureuse du mot, c'est-à-dire emprisonnée dans la région, sans participation, sinon accidentelle, des régions voisines.

Les lésions qui reconnaissent cette localisation étroite sont presque toutes de nature irritative ou inflammatoire. On a proposé dans ces derniers temps de les distinguer par une dénomination qui tend à indiquer du même coup la nature du processus et le genre de la localisation : on les a appelées *polyomyélites antérieures systématiques ;* systématiques, car la substance grise antérieure peut être affectée incidemment, secondairement, dans des cas d'affections spinales d'un autre ordre. Il faut ajouter encore le qualificatif *aiguë* ou *chronique*, suivant que l'affection évolue selon l'un ou l'autre de ces deux modes.

En raison même de cette localisation, et aussi en raison de la spécificité physiologique de la région intéressée, les affections de ce groupe, ainsi qu'on pouvait le prévoir, se présentent dans la clinique avec un certain nombre de traits communs et propres à les distinguer de toutes les affections spinales occupant dans le cordon médullaire un siége différent.

B. En quelques mots, voici les caractères fondamentaux du groupe :

1° Les muscles sont frappés d'impuissance motrice. La paralysie est plus ou moins complète ; mais — et ceci est le fait fondamental, — les muscles des parties affectées sont en outre le siège de lésions trophiques plus ou moins profondes, se révélant en particulier par des réactions électriques spéciales. C'est là un fait qui distingue du premier coup ces paralysies de celles qui résultent d'une lésion des faisceaux blancs et spécialement des faisceaux latéraux, cas dans lesquels la nutrition des muscles n'est nullement affectée.

2° Les muscles de la vie animale seront seuls intérssés, ou tout au moins les muscles de la vessie et du rectum

(1) Voir les numéros 14, 19, 20, 31, 39, 44, 48, 51 de 1879 ; 7, 8, 9, 11, 12 13, 14, 15 et 18 de 1880.

resteront indemnes. Le caractère que je vous signale actuellement, Messieurs, est assez singulier pour que vous en preniez acte avec soin ; quant à présent, il n'est pas facile d'en donner la raison physiologique.

3° Il n'existera dans ces affections aucune modification, sinon accidentelle et transitoire, de la sensibilité. Ce trait distingue les affections systématiques de celles qui occupent d'une façon diffuse la substance grise ; et ces dernières, en outre des troubles de la sensibilité, affectent une tendance marquée aux troubles trophiques cutanés, aux eschares, etc., tendance qui ne se montre jamais dans le cas de lésions systématiques.

4° Dans la plupart des cas, surtout quand il s'agit des formes aiguës ou subaiguës, les divers réflexes sont ou diminués ou complétement abolis. Vous avez prévu que l'épilepsie spinale non plus que la contracture n'appartiennent pas aux affections de ce groupe, seulement, en raison de la distribution souvent inégale des lésions musculaires trophiques, vous rencontrez en pareille circonstance des déviations ou déformations paralytiques.

III. A. Les polyomyélites antérieures systématiques forment en somme un groupe nosographique assez naturel. Le symptôme dominant, et pour ainsi dire unique, exclusif, c'est, vous le comprenez, la lésion musculaire trophique. Aussi ces altérations ont-elles été parfois désignées sous le nom d'*amyotrophies spinales* ou *de cause spinale*. Mais il convient d'ajouter le qualificatif *protopathique*, qui indique que la lésion de la région spinale d'où dérive cette lésion musculaire est le fait fondamental. Au contraire, on appellera *amyotrophies spinales deutéropathiques* les diverses affections de la moelle épinière dans lesquelles la lésion des cornes antérieures n'est que secondaire, accidentelle, et où l'altération trophique des muscles se trouve par conséquent entremêlée cliniquement avec d'autres symptômes.

B. Le groupe des polyomyélites antérieures systématiques renferme des affections qui appartiennent à la clinique journalière, et auxquelles le médecin doit s'intéresser particulièrement. Je crois donc nécessaire de les rappeler à votre attention par une énumération concise.

Ainsi que je l'ai dit, les lésions spinales antérieures systématiques évoluent tantôt suivant le mode aigu, tantôt suivant le mode chronique. Je ne comprendrai dans cette énumération que les espèces à l'égard desquelles l'anatomie pathologique s'est, à l'heure qu'il est, prononcée d'une façon définitive.

1° Une première classe est composée par le groupe des *amyotrophies spinales protopathiques aiguës*.

a) L'espèce *paralysie spinale de l'enfance* est la maladie qu'ont étudiée avec prédilection Duchenne (de Boulogne) et Heine. C'est, dans le groupe dont il est ici question, une maladie modèle pour l'étude anatomo-physiologique. En effet, les lésions sont parfaitement circonscrites ; d'autre part, la symptomatologie est elle-même très-limitée, très-précise, et tous les détails qu'elle comporte, ou peu s'en faut, peuvent être aujourd'hui facilement interprétés à la lumière des faits pathologiques.

b) La *paralysie spinale de l'adulte* est en quelque sorte la même maladie transportée dans la pathologie de l'adulte. Pendant longtemps, le rapprochement avait été fait uniquement sur la foi d'une symptomatologie vraiment très spéciale ; mais le contrôle anatomique s'est définitivement prononcé en faveur de ce rapprochement. Il n'en est pas de même, quant à présent, du second groupe, que je me bornerai à mentionner.

2° *Polyomyélites antérieures subaiguës*. Celles-ci répondent à l'affection décrite par Duchenne sous le nom de *paralysie générale spinale antérieure subaiguë*, c'est encore, sur plus d'un point, un chapitre d'attente, car, je le répète, les observations anatomo-pathologiques relatives à cette forme n'ont pas encore fourni de résultats péremptoires.

3° Enfin la *polyomyélite antérieure systématique chronique* est représentée par la forme d'amyotrophie dont Aran et Duchenne ont tracé le tableau clinique, et à laquelle ils ont donné le nom d'*atrophie musculaire progressive*. Cruveilhier avait reconnu dans cette affection une lésion des racines antérieures spinales. Les travaux modernes ont démontré que cette altération, mentionnée et décrite par Cruveilhier, se rattachait à une lésion systématique irritative des cornes grises antérieures. La maladie en question a été aussi désignée quelquefois sous le nom d'*amyotrophie spinale progressive protopathique*.

IV. Telles sont, Messieurs, les grandes espèces du groupe des amyotrophies liées aux polyomyélites antérieures. En regard, ne fût-ce que pour établir un terme de comparaison et provoquer un contraste, il convient de faire figurer un instant diverses affections spinales dans lesquelles la lésion des cornes antérieures peut exister sans doute, mais ne constitue pas le fait anatomo-pathologique capital, unique.

Ici, la lésion originelle est en dehors de la substance grise, en dehors du moins de la région des cornes antérieures qui ne se trouvent affectées que consécutivement, par extension. Mais l'altération trophique se produit cependant en raison de la participation des cornes antérieures. On voit donc que le symptôme est, en quelque sorte, surajouté à ceux de la maladie principale, et, en pareil cas, le clinicien doit s'attendre à avoir sous les yeux un ensemble symptomatique complexe, car, de fait, il n'est peut-être pas une lésion spinale aiguë ou chronique qui ne puisse, à un moment donné, envahir les cornes antérieures et y déterminer la lésion des éléments ganglionnaires d'où dérive l'amyotrophie spinale.

Pour ne pas m'arrêter à ces remarques générales et nécessairement un peu vagues, permettez-moi de faire appel à un certain nombre de cas concrets.

1° *a*) Parmi les lésions spinales diffuses non systématisées on peut citer, dans le mode aigu, les myélites centrales ou polyomyélites diffuses. Ici, la lésion trophique des muscles, analogue à celle de la paralysie infantile, est chose fréquente. Mais il se produit concomitamment des troubles de la sensibilité, un dérangement plus ou moins profond des fonctions de la vessie et du rectum, une formation d'eschares, etc., et si le malade survit et que les faisceaux blancs participent au processus anatomique morbide, on voit se développer une contracture permanente liée à tous les autres signes de la paralysie spasmodique.

b) Dans le mode chronique, je vous citerai la *sclérose péri-épendymaire*, la *méningite spinale hypertrophique*, enfin la *sclérose en plaques* qui, dans certaines circonstances, peuvent prendre le masque de l'amyotrophie progressive. Il existe même des lésions non inflammatoires qui peuvent avoir un résultat identique : telles sont l'hydromyélie, les tumeurs intra-spinales (gliomes, sarcomes, etc).

2° Parmi les lésions systématiques, il faut mentionner la sclérose postérieure qui, dans bien des cas, s'étend à la substance grise. Mais la forme morbide sur laquelle, dans cette énumération, je tiens surtout à appeler votre attention est la *sclérose latérale amyotrophique*. L'affection reconnaît, je vous l'ai dit, deux éléments anatomo-pathologiques : une lésion des faisceaux latéraux et une lésion des cornes antérieures. Et celle-ci n'est pas accidentelle, elle fait en quelque sorte partie intégrante de la maladie, bien qu'elle se développe, tout porte à le croire, secondairement. Il s'agit donc là d'une lésion systématique, à *éléments combinés*, comme on dit en Allemagne. C'est cette forme que j'ai cru devoir étudier avec détails plusieurs fois déjà devant vous, parce qu'elle montre que les lois de localisation formulées à propos de la substance grise spinale se retrouvent dans le bulbe. Vous savez en effet que les noyaux d'origine de l'hypoglosse, du facial, qui représentent les cornes antérieures dans la moelle allongée, sont souvent le siége exclusif des lésions pathologiques; de sorte qu'il existe des amyotrophies bulbaires protopathiques, qui peuvent être opposées aux amyotrophies bulbaires deutéropathiques.

V. Ce coup d'œil d'ensemble vous permettra, Messieurs, d'envisager de plus près le sujet, en vous plaçant au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Il

vous faudra, en d'autres termes, chaque fois que vous étudierez ce sujet, porter tout particulièrement votre attention sur ces altérations de la substance grise, d'où dérivent les symptômes d'amyotrophie. Mais ici, comme partout ailleurs, l'investigation anatomo-pathologique, pour être fructueuse, suppose nécessairement une connaissance approfondie des conditions normales; et sans vouloir entrer bien entendu dans tous les détails que comporte un pareil sujet, je vous signalerai spécialement quelques points relatifs à l'anatomie et à la physiologie des régions que vous aurez à explorer. Non seulement vous devrez dans cette étude préparatoire considérer la substance grise elle-même, mais encore les nerfs moteurs qui y prennent origine, et aussi les muscles striés auxquels ceux-ci transmettent le mouvement.

C'est qu'en effet, Messieurs, les diverses parties qui viennent d'être énumérées sont en quelque sorte solidaires; anatomiquement et physiologiquement elles représentent un système. La cellule nerveuse motrice, avec ses prolongements multiples, peut être à la vérité considérée comme un petit organe indépendant; elle forme le lien qui rattache plusieurs systèmes les uns aux autres, mais n'appartient exclusivement à aucun d'eux.

Cependant, il importe de remarquer que de tous ces prolongements de la cellule antérieure spinale, le plus important, le plus caractéristique au double point de vue physiologique et morphologique, est celui qui met l'organe cellulaire en continuité directe avec les nerfs moteurs; de telle sorte que le tube nerveux moteur, dans sa partie essentielle qui est le cylindre axile, n'est qu'une émanation de la substance même de la cellule motrice. Aujourd'hui, l'on sait en effet que, par son extrémité périphérique, ce prolongement de l'élément ganglionnaire entre en relation pour ainsi dire immédiate avec l'élément musculaire. Avant 1840, sur la foi des travaux de Valentin, Burdach, on croyait que les extrémités périphériques des nerfs musculaires se terminaient en forme d'anses, dans l'intervalle des faisceaux primitifs. Mais Doyère a fait une découverte capitale, le jour où il a démontré que chez les tardigrades, le nerf moteur se termine par un filament unique au niveau d'un monticule qui fait corps avec le faisceau primitif, et qu'on appelle encore à l'heure qu'il est l'*éminence* ou la *colline* de Doyère.

Chacun sait aussi qu'en 1862, M. Rouget a été plus loin; il a fait voir que, sous le sarcolemme, c'est à dire dans la substance même du faisceau primitif, le monticule de Doyère est formé par un amas de substance granuleuse dans lequel se termine le tube nerveux, réduit au cylindre axile. Les travaux de Krause, de Kühne et enfin ceux de Ranvier ont confirmé ces données d'une façon générale, en les complétant par une foule de détails importants. Mais le grand fait découvert par Rouget, c'est justement cette connexité étroite du nerf centrifuge et de la substance des muscles.

Ainsi, Messieurs, vous le voyez, il existe d'un côté entre l'élément ganglionnaire et le cylindre axile, qui n'est en somme qu'un prolongement de cet élément, un rapport de continuité immédiat, comme il en existe un d'autre part entre l'extrémité terminale de ce prolongement et la substance de l'élément musculaire.

Il y a donc, ainsi que je l'annonçais, anatomiquement parlant, une solidarité intime entre la cellule motrice, le nerf moteur et la fibre musculaire; en réalité, on peut les considérer comme trois éléments consécutifs d'un même système; et dire même, sans forcer les choses, que la cellule spinale plonge directement dans la substance de la cellule musculaire par l'intermédiaire de son prolongement axile.

Mais il importe de le remarquer, Messieurs, dans cette association, l'un des éléments est, pour ainsi parler, *dominateur*; les autres sont subordonnés. L'intégrité des muscles comme celle des nerfs dépend de celle des éléments ganglionnaires. Il est démontré en effet que la lésion de l'élément ganglionnaire retentit nécessairement sur le muscle par la voie du nerf; que la lésion du nerf retentit sur le muscle, qui par conséquent occupe le dernier rang dans l'association; car il n'est nullement démontré d'un autre côté, quant à présent du moins, qu'une lésion des muscles ou des nerfs moteurs puisse retentir sur l'élément ganglionnaire et en altérer la nutrition.

Telles sont les considérations que je tenais à vous présenter, Messieurs, sur cet ensemble d'éléments qu'on pourrait désigner sous le nom de *système neuro-musculaire*, et dont l'étude préliminaire est indispensable à quiconque veut aborder avec fruit la topographie pathologique des diverses régions de la substance grise.

PATHOLOGIE EXTERNE

Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin (1);

Par **Ch. FÉRÉ.**

II. Fractures par chute sur le siége

Un certain nombre d'observations montrent que la double fracture verticale du bassin peut être produite autrement que par un choc latéral, et qu'elle est déterminée quelquefois par une chute sur les ischions et peut-être même par une chute sur les pieds. Il faut dire, toutefois, que la plupart de ces faits sont contestables au point de vue de l'interprétation exacte du mode de production; et, dans ceux de Voillemier en particulier, qui peuvent cependant compter parmi les plus précis, on ne trouve pas une détermination nette du point qui a supporté le choc, on peut soupçonner seulement que la chute a eu lieu sur le siége (2). Cette détermination doit être, du reste, impossible à établir rigoureusement dans la plupart des cas, car, dans ces précipitations d'un lieu élevé, la brusquerie et la violence du traumatisme empêchent le blessé de se rendre compte des conditions de la chute, qui sont aussi difficilement appréciées par les assistants. Dans l'observation si souvent citée de Richerand, on ne reconnaît même pas, dans l'examen anatomique, le siège exact de la fracture. Aussi avons-nous pensé que l'expérimentation, qui permet de placer le sujet dans des conditions déterminées et à peu près fixes, pourrait encore servir à l'étude du mode de production et de la forme anatomique de ces fractures.

Nos expériences ont porté sur 26 hommes, tous âgés de 50 ans au moins (Bicêtre). Voici comment nous avons procédé:

Les membres inférieurs, fixés dans l'extension complète, sont relevés par un lien attaché autour du cou sur la face antérieure du tronc avec lequel ils forment un angle aigu. Le sujet est ensuite élevé par une poulie, à l'aide d'une corde passant circulairement au-dessous des aisselles, jusqu'à trois mètres du sol environ; le cadavre étant disposé pour que les ischions soient bien saillants et autant que possible sur le même plan, on le laisse tomber brusquement.

Dans les six premières expériences, il y eut, en même temps qu'une fracture du bassin, des fractures de la colonne vertébrale; une fois même, il y eut seulement fracture d'une vertèbre et de plusieurs os de la cage thoracique. J'ai pensé que ce résultat pouvait être dû à la flexion extrême des membres inférieurs sur le tronc, ce qui exagérait la courbure antérieure du rachis et le mettait dans des conditions plus favorables à une rupture. Dans les expériences suivantes, j'ai disposé les membres inférieurs de telle sorte qu'ils fissent un angle droit avec le tronc qui, au moment de la chute, était à peu près vertical.

Les fractures du rachis ne se sont plus produites que trois fois dans la suite. Je ferai remarquer, en passant, que c'est là un fait intéressant dans l'histoire des fractures indirectes

---

(1) Voir les nos 19 et 20.

(2) *Clinique chirurgicale*, 1862, p. 80 et suiv.

de la colonne vertébrale; il a été mis en lumière par mon ami Bellemère, dans son excellent travail (1).

Bien que la hauteur de la chute ait été la même dans toutes les expériences, il nous a été impossible d'établir de relation entre l'âge des sujets et la gravité des lésions, parce que nous n'avons pas pu prendre le poids des sujets qui aurait pu nous permettre de mesurer l'intensité du choc.

Les résultats généraux de ces expériences doivent les faire diviser en deux groupes, dans lesquels les lésions diffèrent suivant qu'un seul ou les deux ischions ont porté sur le sol au moment de la chute.

I. Quand la chute s'est faite bien d'aplomb sur les deux ischions, ce qui est relativement rare, on observe des lésions qui, par leur gravité, varient suivant la résistance individuelle et, peut-être, suivant l'âge du sujet; mais qui, par leur forme, peuvent se rapporter à un même type: Fracture double du sacrum portant sur les lignes des trous sacrés, et lésion du pubis variable, pouvant même manquer. Les diverses fractures observées sont plus ou moins complexes, mais la plus compliquée ne diffère de la plus simple que par des lésions surajoutées, et on peut les relier l'une à l'autre par des intermédiaires qui établissent des degrés distincts et éclaircissent le mode de production.

Le premier degré ne s'est rencontré qu'une seule fois dans le cours de nos expériences: il y avait une double fracture du sacrum, suivant les lignes des trous sacrés, sans aucun déplacement et sans lésion du pubis; de chaque côté, l'aile sacrée présentait, en avant et en arrière, une fissure linéaire partant de la base du sacrum et descendant jusqu'au troisième trou sacré, où elle se déviait brusquement pour aller rejoindre l'échancrure sciatique au-dessous de la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque.

Le deuxième degré est montré par huit faits, dans lesquels il y avait encore une double fracture des ailes du sacrum, suivant la ligne des trous sacrés, mais avec un déplacement variable du fragment médian qui s'enfonçait comme un coin entre les parties latérales; et, à ces lésions du segment postérieur du bassin s'en ajoutaient d'autres siégeant sur le segment antérieur: dans deux cas, il y avait diastasis de la symphyse pubienne; dans un cas, le pubis était fracturé dans son corps, immédiatement en dehors de l'épine pubienne, et, enfin, cinq fois il s'était rompu dans ses deux branches. Dans les six derniers cas, le déplacement du fragment postérieur médian était plus prononcé d'un côté que de l'autre, et c'était du côté où le déplacement était le plus considérable que s'était faite la fracture du pubis; cette asymétrie des lésions indique que la chute, bien qu'ayant porté sur les deux ischions, n'avait pas été directement verticale. Dans ces faits, comme dans ceux de la série qui va suivre, le trait de la fracture du corps du pubis ou de sa branche horizontale présente une direction à peu près constante: presque toujours oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, par rapport à la ligne médiane; rarement antéro-postérieure ou esquilleuse, la fracture de la branche horizontale portait quatre fois sur cinq sur sa partie la plus externe. Nous reviendrons, plus loin, sur la fracture de la branche de l'ischion.

Quand le déplacement du fragment sacré médian qui supporte la colonne vertébrale était assez considérable pour que l'extrémité supérieure de l'os soit venue butter contre le sol, on trouve en même temps une fracture transversale du sacrum qui a porté, dans les deux cas où elle s'est présentée; sur la troisième pièce, le fragment inférieur est plus ou moins refoulé en avant et forme, avec le fragment supérieur, un angle à sinus antérieur plus ou moins ouvert. Mais nous reviendrons bientôt sur ce point.

II. Comme on le voit par les expériences de ce premier groupe, même lorsque la chute paraît s'être effectuée bien perpendiculairement sur les deux ischions, il est exceptionnel que la lésion soit absolument symétrique. Mais lorsque, ce qui est le plus ordinaire, la chute se fait un peu obliquement et porte à peu près exclusivement sur un seul ischion, la lésion du sacrum, quand elle existe, est unique, et on trouve une double fracture verticale du bassin du côté de l'ischion qui a porté le premier et le plus rudement.

Chacune des deux fractures présente des caractères spéciaux qui méritent de fixer l'attention. La fracture postérieure porte, on pourrait dire constamment, sur l'aile du sacrum. Le trait de la fracture, partant du bord supérieur de l'aile, se présente en avant et en arrière à peu près sur le même plan antéro-postérieur, et suit toujours la ligne des trous sacrés dans la première partie de son trajet; sur cinq sujets, nous l'avons vu suivre cette ligne sur toute sa longueur; mais il peut arriver que, parvenu au deuxième trou sacré, il abandonne brusquement sa direction primitive, et se dévie en dehors pour se porter vers l'échancrure sciatique au voisinage de la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque; nous avons rencontré trois faits de ce genre, et, dans un autre, la fracture descendait jusqu'au troisième trou sacré avant de se dévier en dehors. Enfin, on peut rencontrer une disposition pour ainsi dire mixte de la fracture qui a détaché l'aile du sacrum dans toute sa hauteur suivant la ligne des trous sacrés, et qui présente un trait accessoire qui part du deuxième trou sacré pour aller rejoindre l'échancrure, de sorte qu'il existe, entre les deux fragments principaux, un troisième petit fragment mobile, pyramidal, à sommet supéro-interne; nous avons vu deux fois une semblable lésion: la fracture, qui va du deuxième trou sacré à l'échancrure, paraît consécutive et due à la pression du fragment médian du corps du sacrum qui, supportant tout le poids du corps transmis par la colonne vertébrale, tend à glisser sur le fragment externe, maintenu par le sol, par l'intermédiaire de l'ischion.

Dans le cas de chute sur un ischion, la fracture du sacrum, dans la ligne des trous sacrés, est de règle, et cette règle ne souffre que de rares exceptions: deux fois seulement, nous avons trouvé, à la place de la fracture postérieure, une luxation de la symphyse sacro-iliaque du côté du choc. Dans trois autres cas, il y avait une fracture de la partie postérieure de l'os iliaque, et ces dernières exceptions mériteront une description spéciale.

Si, laissant de côté ces quelques faits exceptionnels, on rapproche les lésions de la partie postérieure du bassin dans les doubles fractures verticales produites par chute sur le siége, de celles que l'on observe à la suite d'un choc latéral, on constate une notable différence qu'il peut être intéressant de connaître pour aider à déterminer pendant la vie le siége de la lésion. Ainsi, dans cette série des fractures par chute sur le siége, abstraction faite des fractures bilatérales du sacrum, nous avons seize lésions doubles du bassin portant sur le côté qui a supporté le choc; dans quatorze cas où nous avons eu des doubles fractures verticales, onze fois la fracture postérieure porte sur la ligne des trous sacrés: cette localisation est donc de beaucoup la plus fréquente. La proportion est toute différente dans les cas de chocs latéraux; sur trente-deux expériences, faites à la Salpêtrière sur des femmes, en éliminant les cas où il y a eu fracture du pubis seul et ceux où il y a eu en même temps luxation sacro-iliaque, il restait 21 observations relatives à de véritables doubles fractures verticales: en ajoutant à ces faits trois autres expériences faites à Bicêtre sur des hommes et dans lesquelles la fracture a porté sur la partie postérieure de l'os iliaque, au voisinage de la symphyse, on arrive à avoir un chiffre égal pour les deux variétés de fractures.

Ce résultat est contraire à l'opinion de la plupart des auteurs, qui admettent que, dans les doubles fractures verticales du bassin, quels que soient leur cause et leur mécanisme, c'est presque toujours la partie postérieure de l'os iliaque qui est rompue. Malgaigne ne cite à cette règle qu'une exception, le fait de Richerand. Voillemier a montré que la fracture de l'aile sacrée n'est pas aussi rare qu'on l'avait cru; mais l'ensemble de nos expériences prouve que la fracture de l'aile sacrée, non-seulement n'est

(1) Bellemère. — *Considérations sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale.* Th. de Paris, 1877.

pas rare, mais même que dans les cas de choc latéral, elle serait aussi fréquente que celle de la crête iliaque et que, dans le cas de chute sur le siége, elle serait pour ainsi dire la règle.

Passons maintenant à l'étude des lésions du segment antérieur du bassin. Le siége de la solution de continuité peut varier ; la fracture peut porter sur le corps même du pubis, mais ce fait est relativement rare, nous ne l'avons observé que deux fois, tandis que, dans dix expériences, elle portait sur les branches.

La fracture du corps du pubis ou de sa branche horizontale offre, suivant le plan antéro-postérieur, une direction à peu près constante : sur trois sujets seulement le trait de la fracture est à peu près directement antéro-postérieur, tandis que dans le reste des cas, il est oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, de sorte que le corps du pubis ou sa branche horizontale se trouve divisé parallèlement à la gouttière sous-pubienne (*Fig. 53*). Dans deux cas exceptionnels la fracture passait sur l'éminence iléo-pectinée, se continuait en arrière et en dehors jusqu'à la partie moyenne du détroit inférieur, traversait en avant la cavité cotyloïde pour se terminer un peu en arrière et au-dessus de la tubérosité ischiatique, où elle rejoignait le trait supérieur qui avait divisé de haut en bas la face interne de l'ischion. On voit que, même dans ces cas anormaux,

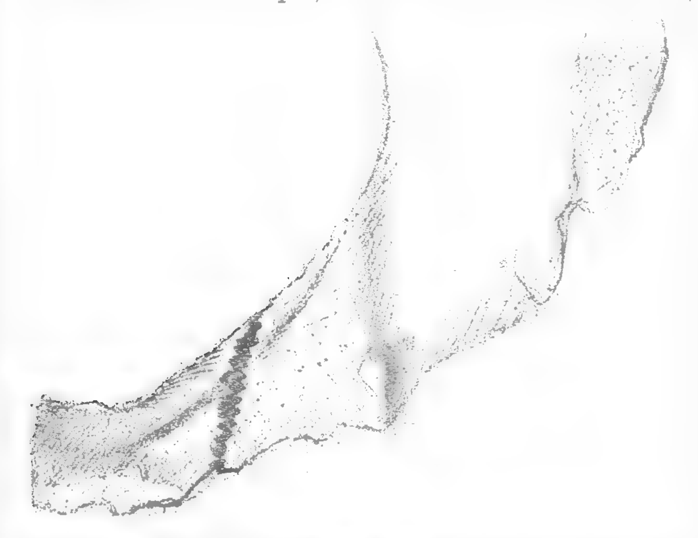


Fig. 53. — Partie antérieure de l'os iliaque gauche vue d'en haut. Fracture de la branche horizontale du pubis, oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans.

la direction de la fracture antérieure est toujours la même, oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, de sorte qu'on ne peut jamais, à moins d'un déplacement considérable dans le sens vertical, obtenir par la pression latérale une réduction du diamètre biiliaque. Ce résultat constant est surtout intéressant si on le rapproche de ce qu'on voit dans la double fracture verticale par choc latéral ; alors, en effet, la fracture du pubis est oblique en sens inverse et on peut toujours produire une réduction du diamètre bi-iliaque.

Dans les cas de fracture des branches, la solution de continuité de la branche descendante est ordinairement horizontale jusqu'à un ou deux centimètres au-dessous de la symphyse. Deux fois, nous avons vu la tubérosité ischiatique divisée par une fracture verticale portant sur sa partie antérieure et allant rejoindre le bord inférieur du trou sous-pubien ; mais cette lésion coïncidait avec un écrasement de la tubérosité.

Je n'ai trouvé qu'une seule fois, avec une frature unilatérale du sacrum, la diastase de la symphyse pubienne. Une autre fois cette diastase coïncidait avec une fracture verticale de la partie postérieure de l'os iliaque.

Avec une double fracture verticale d'un côté, on peut trouver une fracture du pubis du côté opposé portant soit sur le corps (1 cas), soit sur les branches (1 cas). Ces fractures du pubis du côté opposé au choc présentaient une direction antéro-postérieure ; elles nous paraissent difficiles à expliquer, mais elles devaient être aussi signalées. Dans plusieurs faits de choc direct sur le pubis ou d'écrasement suivant l'axe antéro-postérieur, on a vu une forme de fracture analogue ; les deux pubis forment un fragment médian, et il existe en arrière une fracture secondaire pouvant porter sur la ligne des trous sacrés, ou encore une luxation sacro-iliaque.

Quel est le mécanisme des doubles fractures verticales du bassin par chute sur le siège ? Woillemier (1) l'explique ainsi : au moment de la chute, « le choc imprimé à l'os iliaque ne se transmet que faiblement au sacrum, et, *dirigé en haut*, il tend plutôt à faire glisser l'une sur l'autre les deux surfaces articulaires de l'os iliaque et du sacrum, à déchirer les ligaments et à produire une luxation sacro-iliaque. Cependant, si la violence est considérable, et si les ligaments résistent, elle finit par agir sur le sacrum, mais par l'intermédiaire des ligaments. Le sacrum est brisé, mais la fracture a lieu par *arrachement*. » Nous ne pouvons guère nous expliquer comment Voillemier a pu comprendre que, lorsque l'ischion vient frapper le sol, l'os iliaque peut être projeté en haut (2) assez violemment pour arracher l'aile du sacrum qui est supposé fixe : il ne nous paraît pas nécessaire d'insister longuement pour démontrer que la violence agit précisément en sens inverse. Au moment de la chute, l'ischion est arrêté brusquement et l'os iliaque devient fixe, tandis que le sacrum qui supporte le poids du corps par l'intermédiaire de la colonne vertébrale tend à continuer son mouvement de descente. Mais l'aile du sacrum est retenue à l'os iliaque non seulement par des ligaments puissants, mais encore en raison de la direction des surfaces articulaires, la différence de largeur du sacrum à sa base et à la partie inférieure de la surface articulaire est, en effet, de 25 millimètres en moyenne chez les Européens (3) ; il en résulte que le sacrum a plus de tendance à se rompre qu'à se séparer de l'os iliaque, et il se rompt dans le point le plus faible, c'est-à-dire sur la ligne des trous sacrés.

D'ailleurs, en admettant que la fracture se produise principalement, grâce à la résistance des ligaments sacro-iliaques, il n'en résulterait pas qu'elle méritât le nom de fracture par arrachement. Il n'y a pas, en effet, que la partie de l'aile sacrée qui donne insertion aux ligaments qui soit détachée du corps de l'os ; dans ce cas, le rôle des ligaments nous paraît se borner à établir la continuité entre les os juxtaposés, et la fracture a lieu dans le point le plus faible. *(A suivre.)*

(1) *Loc. cit.*, p. 96.
(2) *Loc. cit.*, p. 95, 96, 98.
(3) Bacarisse. — *Du sacrum suivant les sexes et suivant les races*. Thèse de Paris, 1873.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).

Les leçons orales d'une heure après vingt-quatre heures de préparation continuent. Les sujets suivants ont été traités : *Mardi* 18, M. Guibal : *Des corps étrangers et des calculs des glandes salivaires* ; — M. Eudin : *De la régression utérine après l'accouchement*. — *Mercredi* 19, M. Lefour : *De l'écoulement prématuré et spontané du liquide amniotique* ; — M. Hirigoyen : *De l'influence de la brièveté du cordon ombilical sur la grossesse et l'accouchement*. — *Jeudi* 20, M. Porak : *Du relâchement des symphises du bassin chez la femme enceinte ou récemment accouchée* ; — M. Stapfer : *Des modifications du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement*. — *Vendredi* 21, M. Poulet : *Comparer l'accouchement par la tête à l'accouchement par l'extrémité pelvienne* ; — M. Dumas : *De la manie puerpérale*.

Création d'une chaire d'anatomie pathologique.

M. le Dr Henry Liouville, député, a déposé l'amendement suivant au projet du budget :

Ministère de l'Instruction publique (Chapitre 7. Facultés). — Modifier le § 4 du projet du budget.

Au lieu de l'augmentation de 27,400 fr. demandée pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique à l'Hôtel-Dieu de Paris,

Inscrire la somme de 25,000 fr. pour assurer l'organisation à la Faculté de médecine de Paris, d'un Institut central d'anatomie pathologique, par la création d'une Direction des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'un Laboratoire de recherches et de démonstrations.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La statistique municipale (1).

Le médecin vérificateur des décès aura désormais à fournir deux pièces : le certificat légal et une notice statistique. Pour ces deux pièces, on a cru devoir adopter une division en trois colonnes qui déroute d'abord singulièrement l'esprit du lecteur, en éveillant en lui des idées incompatibles avec ce genre de documents. De la disposition sur deux lignes des titres des deux premières colonnes (2), de la distinction nettement établie entre les enfants de 4 ans et ceux de 6 ans, de la différence qui saute matériellement aux yeux des questions rangées dans ces deux colonnes, on conclut instinctivement que les questions de la première doivent s'appliquer indifféremment aux adultes et aux enfants âgés de plus de 5 ans. Et l'on a peine à ne pas rire en voyant demander si le décédé est marié ou veuf, patron ou ouvrier. La réflexion aidant, on se reporte au titre, on s'aperçoit que cette association d'idées incongrues a dû avoir pour première origine l'emploi incorrect d'une conjonction, et aussitôt, malgré soi, on songe à la discussion comico-grammaticale du *Mariage de Figaro*. — En tête de la troisième colonne ce qu'on voit tout d'abord c'est : « *Sexe — du père, — de la mère* » ; et de l'impression sensorielle résulte immédiatement une idée drôlatique qu'il eût été facile de ne pas faire naître. Il suffisait auprès de l'accolade réunissant les deux dernières questions, d'imprimer horizontalement le mot *nom* que dissimule sa disposition verticale.

Ce sont là des bagatelles ; mais ces vétilles ne sont pas les seuls défauts de la composition du certificat de décès. Tel qu'il se comporte, il établit une parité parfaite entre un adulte et un enfant de 5 ans, et une dissemblance absolue entre celui-ci et l'enfant au-dessous de 5 ans. A quel point de vue s'est-on placé pour admettre cette distinction d'une part, cette confusion de l'autre ? On ne sait !

La science a-t-elle récemment découvert que l'âge de cinq ans est une date immuable, divisant la vie humaine en deux périodes dissemblables ? La statistique a-t-elle un intérêt puissant à connaître les noms des parents d'un enfant décédé à cinq ans deux mois, tandis qu'ils lui sont aussi indifférents que la couleur des cheveux paternels et maternels, si l'enfant a seulement quatre ans et huit mois ? Ou bien, puisqu'enfin il s'agit d'un document légal, la loi prescrit-elle au médecin de renseigner l'état civil sur la légitimité d'un baby de six mois, tandis qu'à cet égard, elle s'en rapporte à d'autres pour un gamin de dix ans ou pour un homme de cinquante ans ?

Habile qui dira les raisons de ce mélange, aussi incohérent qu'arbitraire, de renseignements utiles à la statistique, d'indications relatives à l'identité !

Le certificat de décès ne se borne pas à s'enquérir de ce qui touche le mort et ses parents ; il lui faut encore le nom et le domicile du médecin traitant, du pharmacien et de l'accoucheur, selon l'occurrence. A Bordeaux, autrefois, certain personnage, célèbre plus tard dans le monde financier, avait déjà officieusement réalisé cette idée mirifique ; il en avait tiré plus de profit que d'honneur.

(1) Voir le n° 20.

(2) ADULTES ET ENFANTS âgés de plus de 5 ans. | ENFANTS au-dessous de 5 ans.

La population parisienne n'aura que des félicitations à adresser à la statistique officielle, quand elle publiera, en tout désintéressement, les résultats de cette enquête particulière. En consultant le tableau des praticiens, rangés dans l'ordre de leurs coefficients de léthalité, chacun pourra choisir son médecin, suivant sa fortune et l'estime qu'il fait de sa vie. Il est regrettable qu'on n'ait pas songé à dresser un pareil état pour les garde-malades ; c'est une lacune à combler.

Pourtant, les vérificateurs des décès aimeraient peut-être avoir à remplir un certificat plus simplifié, conçu exclusivement au point de vue de l'état civil ; c'est déjà bien assez pour eux des détails de la notice statistique. Dans celle-ci, les catégories sont les mêmes que dans le certificat : adultes et enfants, âgés de plus de cinq ans, enfants au-dessous de cinq ans, mort-nés et enfants morts avant la déclaration de naissance.

Et, naturellement, on y continue, sur la question de l'état civil, à demander, pour l'enfant au-dessous de cinq ans, s'il est légitime ou illégitime, s'il est reconnu, s'il a été reconnu par le père, par la mère ou par tous deux, le degré de parenté de ceux-ci, en se contentant, pour l'enfant au-dessus de cinq ans, de savoir s'il est célibataire, marié ou veuf. Les trois catégories ont des questions communes. Les unes sont relatives à la demeure ; on s'enquiert du quartier, de la rue, du numéro, ce qui a son intérêt, et de l'étage, ce qui ne signifie rien Une note explique en langage obscur que les médecins-vérificateurs devront apprécier eux-mêmes le degré de salubrité du logement et ne point demander à ce sujet l'opinion des habitants. Il eût été bon, pour éviter l'erreur personnelle, grande toujours en matière d'appréciation, de dresser au préalable une échelle-type de ces degrés de salubrité et d'inviter les vérificateurs à la prendre pour étalon.

Il eut été meilleur encore, et plus commode, et plus scientifique, d'éliminer résolument d'une statistique qui veut être sérieuse, ces quantités que chacun évalue à sa façon et de ne plus parler de degré d'aisance, de patron ni d'ouvrier, de pauvre ni de riche, tous ces mots représentant des états complexes ou d'une définition difficile, et que, par surcroît, doivent déterminer des observateurs différents. — Les autres questions se rapportent au degré de parenté du père et de la mère du décédé ; pour les enfants au-dessus de cinq ans, ce point n'a, paraît-il, nul intérêt. Dans aucun cas, la relation de beau-frère à belle-sœur, soigneusement notée pour les naissances, n'est plus ici recherchée; il est jugé que cette circonstance, importante pour la natalité, n'a pas d'influence sur la mortalité.

Chaque catégorie a, d'ailleurs, son questionnaire spécial où, à côté de renseignements utiles, en sont demandés d'autres, dont il est difficile de deviner quel parti on pourra bien tirer. On comprend, à la rigueur, bien que ce soit là une circonstance encore vague et complexe, que la profession du décédé soit notée ; elle peut avoir sa part d'influence sur le développement et la terminaison de certaines maladies. Mais qu'importe, dans la quasi-totalité des cas, la profession de l'époux survivant. Et le nombre d'enfants morts et vivants issu du mariage, en quoi peut-il constituer une condition favorable ou défavorable ? Il faudrait au moins savoir à quoi ont succombé les enfants morts avant de risquer la moindre hypothèse.

Quant au petit ou au grand nombre des naissances dans un ménage, en tenir compte pour y chercher une cause de mortalité pour l'un des parents, surtout pour le père, c'est vouloir expliquer *obscurum per obscurius*. Espère-t-on tirer de là un nouveau commandement : Beaucoup d'enfants tu procréeras, afin de vivre longuement? De même, il peut y avoir intérêt à savoir dans *quel* lycée, dans *quel* collège, dans *quelle* pension, dans *quelle* école, un enfant a pu contracter le germe de telle ou telle maladie, afin d'intervenir s'il y a lieu dans cet établissement spécial, nommément désigné, mais à quoi bon faire ces distinctions d'une manière générale ? Est-ce qu'un lycée quelconque prédispose plus à la fièvre typhoïde, par exemple, qu'un collège communal ou une pension libre par cela seul qu'il s'appelle lycée ? Et que vient faire ici la distinction entre les établissements laïques et les congréganistes? Prend-on à tâche de ridiculiser la campagne entreprise, à tant de justes raisons, pour laïciser l'enseignement ?

Les questions relatives aux mort-nés et enfants morts avant la déclaration de naissance, appelleraient des critiques déjà faites ; passons pour en finir.

La nomenclature des causes de décès est fort étendue et ne comprend pas moins de 180 chefs, dont plusieurs comprennent des affections de natures fort diverses, sans compter les *autres*. On y trouve jusqu'à la mort par exécution ; on a négligé seulement les cas de *mort par erreur*, oubli qui ne se comprend pas, à côté de la précaution prise de relever le nom et l'adresse du médecin traitant et du pharmacien.

En résumé, cette notice statistique augmentera de beaucoup la besogne des vérificateurs des décès voulant gagner consciencieusement leur maigre salaire. En moyenne, ils auront à poser à des parents désolés une vingtaine de questions, tantôt indiscrètes, tantôt saugrenues, et ce sera grand hasard si, dans la profusion, il ne se produit une augmentation considérable des cas de mort par précipitation d'un lieu élevé. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 *mai* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

M. POUCHET présente une *tumeur* trouvée dans l'épaisseur du muscle pectoral d'un pigeon. Cette tumeur paraît constituée simplement par du tissu graisseux.

Bec-de-lièvre chez le chien. M. MÉGNIN montre à ses collègues un petit chien mort depuis quinze jours, et sur lequel on peut constater un vice de conformation tout à fait semblable au bec-de-lièvre de l'homme. Il rappelle à cette occasion qu'il a déjà vu trois petits chiens mâles, d'une même portée, présentant une véritable *gueule de loup*. Deux petites chiennes nées en même temps étaient bien conformées : plus tard chacune d'elles eut des petits chiens bien conformés.

M. MÉGNIN présente ensuite un petit *chat monstre*, possédant deux bassins et quatre membres postérieurs. L'animal n'a qu'une tête, un thorax et deux membres antérieurs.

M. CHAMBARD, présente un appareil dont il s'est servi pour étudier à l'aide de la méthode graphique les troubles du mouvement chez les paralytiques généraux. C'est un *dynamographe* de Hammond, modifié par l'auteur. Les tracés obtenus à l'aide de cet appareil sont très nets.

M. LABORDE, montre le *bulbe d'un jeune chat* sur lequel on peut voir une petite perforation au niveau du point indiqué par Flourens comme siège du *nœud vital*. L'animal avait été comme foudroyé pendant l'expérience. Pour atteindre le nœud vital avec sûreté, il faut, selon M. Laborde, découvrir et fendre d'abord la membrane occipito-atloïdienne, puis enfoncer le perforateur un peu au-dessus du bec du calamus scriptorius. Si l'on cherche à atteindre le bulbe plus haut, on produit simplement un arrêt des mouvements respiratoires ; si, au contraire, la blessure est faite plus bas, elle n'entraîne que la paralysie des muscles de la face.

M. TRASBOT offre un travail sur la *gourme des chevaux*. D'après l'auteur, les maladies connues sous les noms de *horse-pox* et d'*herpès coïtal* ne seraient que des variétés de cette affection générique.

Dans le cours de la séance, la Société a élu membres associés : MM. Donders, Huxley et Darwin; — membres honoraires : M. Ch. Martins et Gosselin. CH. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *mai* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit un travail sur les *propriétés physiologiques et thérapeutiques des alcalis du grenadier*. Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes : 1° Les alcalis du grenadier jouissent de propriétés physiologiques réelles et énergiques ; 2° Les alcalis déterminent la paralysie des nerfs moteurs en conservant intacte la contractilité musculaire. Ils n'atteignent pas la sensibilité et paraissent frapper tout d'abord les nerfs moteurs dans leurs terminaisons musculaires : ce sont des poisons curarisants ; 3° Les sulfates de pelletiérine et d'isopelletiérine jouissent de propriétés tœnicides bien actives et à la dose de 0 gr. 30 dans une solution renfermant 0,50 de tannin ; ils amènent dans la majorité des cas, 37 fois sur 39. (Dujardin-Beaumetz), 19 fois sur 19 (Laboulbène), l'issue du tœnia avec sa tête ; 4° on devra désormais faire de nouvelles tentatives pour appliquer les propriétés physiologiques de ces sels à la cure de certaines maladies, d'abord dans celles où le curare a déjà été indiqué (tétanos, rage), et puis dans les affections oculaires, où il est nécessaire de provoquer une congestion vive du fond de l'œil ; enfin, dans certains vertiges et en particulier dans celui de Ménière.

M. HERVIEUX lit un *rapport général sur la vaccine*, dont les conclusions seront lues et discutées en comité secret.

M. DEPAUL, à l'occasion du rapport de M. Hervieux, fait remarquer qu'on ne saurait trop insister sur la valeur des cicatrices vaccinales et sur les éruptions secondaires de la vaccine. Les cicatrices vaccinales, en effet, ne prouvent rien contre l'immunité vaccinale. A ce propos, M. Depaul signale le fait d'un régiment de turcos qu'il a vacciné à l'époque où il était directeur du service de la vaccine ; il a pu alors constater que tous les turcos qui avaient eu antérieurement la variole, furent vaccinés avec succès. Les éruptions secondaires de la variole sont également importantes ; car, dans la vaccine humaine, on a toujours vu des éruptions secondaires : elles se produisent le huitième ou le neuvième jour de la vaccine, sont caractérisées par des éléments papuleux, s'accompagnent de fièvre, et disparaissent deux ou trois jours après, sans donner lieu à un accident quelconque. Les expérimentateurs qui ont recueilli le vaccin sur la vache, savent combien ces éruptions secondaires sont encore plus fréquentes : elles se caractérisent par une éruption localisée avec fièvre (il s'agit de pustules discrètes développées sur un point du corps). Les expériences que M. Depaul a entreprises dans l'espèce humaine, lui ont donné des résultats non moins positifs : le virus fut recueilli sur des individus atteints de la varioloïde et les conséquences furent absolument conformes à celles de la vaccine, c'est-à-dire, que des pustules se montrèrent au niveau des points inoculés en même temps, mais non toujours, que des pustules discrètes apparaissaient sur divers points du corps.

M. HERVIEUX est d'avis que ces éruptions secondaires peuvent être également vésiculeuses, ortiées.

M. BROCA ignore si une race est plus portée qu'une autre à contracter la variole ; mais, partout où on a constaté la variole, en Europe, dans l'Amérique du Sud, dans la Polyné-

sie, etc., cette affection a causé des ravages considérables. Il en a toujours été ainsi, quelle que soit la race, qui, pour la première fois, ait reçu cette fièvre éruptive. — Quant aux éruptions secondaires, M. Broca a été à même d'en observer une récemment dans son service de l'hôpital Necker. Il s'agissait d'une femme, atteinte d'abcès par congestion, qu'on ponctionna et dans lesquels on fit des injections iodées ; le lendemain de cette petite opération, la malade accusait un malaise général, le surlendemain, elle avait de la fièvre : trois jours après, elle présentait, sur diverses parties de son corps, des papules. Tout d'abord, M. Broca fut enclin à mettre ces accidents sur le compte de l'iodisme ; puis, il apprit que, le jour même où il avait pratiqué l'injection iodée, la malade avait été vaccinée. Par conséquent, le doute n'était plus possible et on se trouvait bien en présence d'une éruption secondaire de la vaccine : les piqûres du bras n'étaient pas aussi développées que la plupart des papules généralisées sur le corps. Cette varioloïde dura quelques jours seulement : les piqûres, une pour chaque bras, donnèrent lieu dans la suite à une large pustule. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 octobre 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

4. Pyléphlébite suppurée, de cause inconnue ; par A. CHAUFFARD, interne des hôpitaux.

Pierre D..., âgé de douze ans et demi, entre le 27 septembre 1879 à l'hôpital des Enfants-malades, au n° 7 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. JOFFROY, qui suppléait alors M. ARCHAMBAULT.

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, cet enfant était malade depuis le 10 août environ. Sans cause connue, il avait été pris de frissons violents, alternant avec des bouffées de chaleur. Il était devenu très pâle, déjà faible au point de marcher avec beaucoup de lenteur ; puis, étaient survenus des vomissements, de la diarrhée, de la céphalalgie, des insomnies, des frissons. Le ventre n'était pas ballonné, mais douloureux, surtout à droite, et le malade éprouvait une souffrance en barre à l'épigastre. On prescrivit des purgatifs qui provoquèrent des selles abondantes, bilieuses, et d'une odeur extrêmement fétide.

Une amélioration sensible se produisit dans les premiers jours de septembre. L'enfant n'avait plus de fièvre et restait levé pendant le jour, mais, la nuit, paraît-il, vers deux heures du matin, il était pris régulièrement de douleurs épigastriques et abdominales très vives, s'irradiant dans le dos, à la hauteur des dernières vertèbres dorsales. Ces crises, d'abord assez courtes, augmentèrent peu à peu de durée ; elles laissaient l'enfant fatigué, mais sans souffrances. Persistance de la diarrhée et d'accès fébriles irréguliers, rebelles au sulfate de quinine. Vers le 17 septembre l'état s'était encore aggravé ; la face était pâle et défaite, le ventre gonflé par un épanchement ascitique, les membres inférieurs infiltrés, les forces complètement abolies.

Le jour de l'entrée, le 27 septembre, le malade présentait les symptômes suivants :

La face était profondément pâle et cachectique, l'intelligence conservée, sans état typhoïde ni délire. Perte complète des forces et de l'appétit. Œdème blanc, indolent, du dos, des pieds, des régions péri-malléolaires, du scrotum et du prépuce.

Le ventre est volumineux, ballonné, partout sensible à la pression, surtout au niveau de l'épigastre. La percussion y fait reconnaître un épanchement ascitique médiocre. Pas de développement des veines sous-cutanées abdominales.

L'examen des poumons ne révèle aucune lésion. Les battements du cœur sont sourds, affaiblis, sans bruit anormal. Pas de fièvre, au moins au moment de l'examen. Les urines sont transparentes et ne contiennent pas trace d'albumine ni de pigment biliaire.

Au milieu de la nuit qui suit son entrée, le malade est pris de douleurs abdominales atroces, ayant leur maximum d'intensité au niveau de l'épigastre, et il meurt après plusieurs heures de souffrances cruelles.

AUTOPSIE. — La cavité péritonéale contient deux ou trois litres de liquide citrin, sans pus, ni flocons fibrineux. Congestion assez vive de la tunique séreuse de l'intestin, sans exsudats, ni adhérences.

Incisé dans toute sa longueur, le tube gastro-intestinal ne montre nulle part d'ulcération, ni de lésions bien prononcées. Dans sa dernière portion, l'intestin grêle présente seulement une tuméfaction légère, un aspect tomenteux et pigmenté des plaques de Peyer. Cette pigmentation est surtout sensible au niveau de la valvule de Bauhin, dont elle colore en noir tout le bord libre. Dans le cœcum et son appendice, les follicules clos montrent le même gonflement et la même coloration noirâtre. Dans les côlons et l'S iliaque la muqueuse présente seulement quelques points où elle est légèrement injectée et épaissie, mais, nulle part elle n'est ulcérée, ni profondément atteinte. La dernière portion du rectum, depuis la concavité sacrée jusqu'à l'anus, n'a malheureusement pu être examinée.

La rate est assez volumineuse, mais parfaitement saine à la coupe.

C'est dans la veine-porte et le foie que siègent les grosses lésions. Le tronc de la veine-porte, depuis son origine derrière la tête du pancréas jusqu'à sa terminaison au hile du foie, est distendu par un pus épais, phlegmoneux, sans trace de caillots ni de liquide sanguin. La paroi interne du vaisseau est épaissie, tomenteuse, ridée, tapissée de concrétions fibrineuses. Les mêmes lésions se retrouvent dans les deux veines mésaraïques ; la veine splénique, au contraire, par un contraste frappant, ne présente aucune lésion et ne contient que des caillots cruoriques.

Le foie est très volumineux, et laisse voir en plusieurs points, sous la capsule de Glisson, la teinte jaunâtre de petits abcès superficiels, isolés ou réunis en groupe. L'incision méthodique du sinus de la veine porte, et des grosses branches qui en partent, montre partout des altérations identiques; partout même inflammation végétante de la paroi interne, et même pus phlegmoneux. Toutes les branches portes sont dilatées et restent béantes à la coupe. Ces lésions se continuent avec la même intensité, jusqu'aux dernières ramifications veineuses, au-dessous de la capsule fibreuse du foie.

Tout autour des vaisseaux enflammés, le parenchyme hépatique est d'un rouge brun foncé, parfois presque hémorrhagique. Il est criblé, çà et là, de petits abcès développés autour des parois vasculaires ulcérées et détruites par la suppuration. Les veines sus-hépatiques sont saines, ainsi que l'appareil biliaire.

Du côté de l'appareil pulmonaire, un peu de congestion des deux poumons et adhérences pleurales à la base droite.

Le cœur présente, sur une assez grande partie de sa surface, des adhérences fibro-celluleuses des deux feuillets péricardiques. Quelques caillots cruoriques dans les cavités ventriculaires. Les bords de la valvule mitrale sont un peu rugueux et épaissis. Les reins ne paraissent pas altérés.

Notons, en terminant, que le liquide purulent contenu dans la veine porte présentait tous les caractères histologiques du pus véritable ; nous avions donc bien affaire, actuellement au moins, à une pyléphlébite suppurée, et non à une thrombose terminée par la désagrégation et la transformation puriforme d'un caillot fibrineux.

L'*examen histologique*, pratiqué sur des coupes colorées au carmin et montées dans la glycérine, montre les lésions suivantes, portant à la fois sur les gros rameaux portes, sur les veines interlobulaires et sur le lobule hépatique lui-même.

Les parois des principales ramifications de la veine porte sont épaissies, végétantes, infiltrées de cellules embryonnaires. Cette multiplication cellulaire, tantôt reste limitée aux parois mêmes du vaisseau, et, tantôt, envahit les lobules adjacents, les dissocie, les détruit, les convertit en petits abcès périvasculaires.

Les veines interlobulaires sont encore plus altérées ; leurs parois sont uniquement constituées par du tissu embryonnaire qui forme dans les espaces interlobulaires de petits nodules, au milieu desquels se voient les canaux biliaires, qui ne paraissent présenter aucune lésion.

Quant aux lobules hépatiques, ils sont dissociés par une

énorme stase leucocytique. Les vaisseaux intralobulaires sont très dilatés et bourrés de globules blancs; ils ont, par leur distension, refoulé et atrophié les cellules hépatiques : celles-ci, au lieu d'être polyédriques, sont devenues étroites et allongées, presque fusiformes. Certains lobules, par le fait de cette double altération, présentent un véritable aspect caverneux.

Les veines centrales sont dilatées, mais sans trace de lésions inflammatoires.

L'existence de ces différentes lésions montre combien était entravée la circulation sanguine intralobulaire, et rend très bien compte de l'ascite qui s'était produite pendant les derniers temps de la maladie.

RÉFLEXIONS. — Il nous a été impossible, d'après les renseignements cliniques que nous avons pu recueillir, et d'après les lésions que nous a montrées l'autopsie, de remonter à la cause déterminante de cette pyléphlébite. A-t-elle eu pour point de départ une lésion intestinale qui se serait ensuite terminée par la guérison, pendant que continuait à évoluer la phlébite qu'elle avait déterminée? La chose est probable, mais nullement prouvée. Rien dans l'histoire du malade ne nous montre cette première phase de son affection. Dès le début, nous voyons que les symptômes ont été vagues et insidieux; les frissons, les accès de fièvre, la perte des forces, les vomissements et la diarrhée, étaient loin de former un ensemble symptomatique qui permît de soupçonner la lésion. Jamais l'ictère ne s'est montré. Seules, les douleurs en barre à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, puis l'ascite terminale pouvaient faire supposer une affection hépatique. Remarquons, enfin, que les crises douloureuses se montraient de préférence pendant la nuit, qu'elles n'ont fait qu'augmenter en durée et en intensité jusqu'à ce qu'enfin l'une d'elles ait amené la mort, par un mécanisme difficile à expliquer.

Au point de vue anatomique, plusieurs points intéressants doivent être signalés. Bien que la pyléphlébite fût généralisée, nous n'avons trouvé ni inflammation de voisinage de la tunique séreuse du foie, ni abcès pyhémiques, dus à une infection purulente secondaire.

Enfin, il est frappant de voir combien la différenciation physiologique l'a emporté sur la continuité anatomique dans le mode de distribution des lésions. La veine porte, dans ses racines intestinales, comme dans ses branches hépatiques, était pleine de pus, tandis que la veine splénique et les veines sus hépatiques étaient restées parfaitement indemnes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Corps étranger du rectum. — M. VERNEUIL donne des nouvelles du malade auquel il a fait la laparotomie pour un corps étranger volumineux du rectum. L'opéré va à merveille : à part une petite fistule, la plaie abdominale est cicatrisée, et, chose remarquable, la dysenterie chronique, cause première de tous les maux, est guérie.

Hernie inguinale étranglée. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation de M. CABADÉ. Ce médecin a été appelé au 3e jour auprès d'un malade atteint de hernie inguinale étranglée : Tous les signes de l'étranglement existaient, les symptômes généraux exceptés. Deux fois le taxis avait été pratiqué ; M. Cabadé le pratique une troisième fois et applique la bande élastique de Maisonneuve; rien n'y fait. Il se décide alors, à la 85e heure, à faire la kélotomie et le malade guérit. L'opération a été cependant trop tardive; lorsqu'une hernie devient brusquement irréductible, si le taxis a été infructueux, il faut opérer, et opérer rapidement, quelle que soit la bénignité des symptômes observés.

M. DESPRÈS est peu partisan du taxis, surtout du taxis forcé, tel qu'il a été préconisé par M. Gosselin : le taxis a le tort grave de toujours aggraver les hernies dont il ne réussit pas à être maître. Trois symptômes caractérisent l'étranglement herniaire : le défaut d'émission de gaz par l'anus, le ballonnement du ventre, les vomissements fécaloïdes; ce sont ces trois symptômes qui commandent l'intervention chirurgicale.

M. P. BERGER fait observer que les gaz peuvent faire défaut, sans qu'il y ait pour cela étranglement; il vient d'en voir un exemple à l'hospice d'Ivry. D'autre part, M. Berger proteste contre l'assertion de ceux qui attribuent à M. Gosselin le *taxis forcé;* le taxis forcé appartient à Lisfranc; M. Gosselin s'est borné à l'atténuer et l'a remplacé par le *taxis prolongé*, aidé d'un puissant auxiliaire, le *chloroforme.*

M. DESPRÈS convient qu'en effet le pseudo-étranglement, et même le pseudo-étranglement avec vomissements fécaloïdes existe : Souvent le chirurgien, trompé par les apparences, intervient par le bistouri et il a tort; ces faux étranglements cèdent tout seuls. M. Desprès trouve que M. Gosselin a eu tort de préconiser le taxis prolongé : le chloroforme lui-même n'est d'aucune utilité, et une preuve est que M. Desprès a réduit sans chloroforme une hernie que M. Berger n'avait pas pu réduire au moyen du chloroforme. Ce qui empêche la réduction, ce n'est pas l'action musculaire, c'est le dépoli de l'intestin. Une chose vaut mieux que le chloroforme, c'est le bain prolongé préconisé par Desault et dont l'efficacité a été consacrée par l'expérience.

M. TERRIER. Pour affirmer le diagnostic de hernie étranglée, a dit M. Desprès, il faut du ballonnement, des vomissements fécaloïdes, l'absence de tout gaz. Or, chez le malade de M. Cabadé, les vomissements fécaloïdes ont fait défaut; le ballonnement a été tardif, et quant aux gaz, les lavements que beaucoup administrent, sont à eux seuls susceptibles d'en donner; M. Terrier est cependant d'avis qu'il eût fallu opérer plus tôt. Pour sa part, suivant l'exemple de Jarjavay et de Monec, qui s'en sont très bien trouvés, il opère le plus tôt possible : c'est-à-dire qu'il croit le pseudo-étranglement exceptionnel; bien plus, en deux circonstances, il s'est trouvé avoir opéré une simple épiplocèle qui avait donné lieu à tous les symptômes de l'étranglement; étant donné l'empressement qu'il met à opérer, il tombera sans doute encore dans la même erreur; mais il n'en modifiera pas sa manière de faire. M. Desprès fait jouer un trop grand rôle au dépoli de l'intestin; l'étranglement mécanique est le grand, le vrai coupable; et en effet, le taxis ne se fait-il pas d'habitude au début de l'étranglement, alors qu'aucun dépoli n'a eu le temps de se produire?

Quant aux bains préconisés par M. Desprès, quelle que soit la haute autorité de Desault, il ne peut leur accorder une grande confiance. Comment un bain agirait-il sur un étranglement herniaire.

M. DESPRÈS. Il est possible de diagnostiquer l'épiplocèle étranglée. Dans l'épiplocèle étranglée, en effet, il n'existe pas de vomissements fécaloïdes; les gaz ne sont pas supprimés. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, lorsque survient la *parésie* de l'intestin, que ces symptômes graves se montrent. Quant à la *corde* épiploïque inventée par Malgaigne, elle ne signifie rien. Chemin faisant, M. Desprès dit que les vomissements fécaloïdes ne sont point verts, comme on le dit souvent: ils sont jaunes, avec odeur stercoreuse.

M. VERNEUIL. Il est facile de savoir comment agissent les bains dans la hernie étranglée; ils agissent comme les lavements de tabac, comme le chloroforme, en assouplissant la face abdominale, en diminuant l'action musculaire, en détruisant le spasme; à ce titre, ils ne valent rien contre la hernie crurale, ils sont utiles, au contraire, dans la hernie inguinale, mais sont bien inférieurs au chloroforme.

M. TERRIER. D'après M. Desprès, l'épiplocèle étranglée ne se complique de parésie intestinale que vers le 4e jour, ce n'est qu'à ce moment qu'éclatent les vomissements fécaloïdes. Or, en présence de symptômes d'étranglement, et au risque de se tromper, M. Terrier aime mieux ne pas attendre les vomissements fécaloïdes et opérer avant le 4e jour; mieux vaut opérer inutilement qu'opérer trop tard.

Corps étrangers de l'œsophage. — M. LANNELONGUE fait une très intéressante communication sur les corps étrangers de l'œsophage, si fréquents chez les enfants. En 3 ans, il en entrait 18 à l'hôpital Sainte Eugénie. Ils se décomposent ainsi : 12 pièces de 0,05 centimes, 1 de 2 francs, une assiette métallique de petit ménage d'enfant, une queue de casserole d'un jouet semblable, un bouton, un petit flacon de curaçao (comme on on en donne aux petits enfants) avalé avec son contenu, et une roue de petit chemin de fer. Les petits malades avaient

entre 18 mois et 7 ans. Très souvent les jeunes patients ne disent rien s'ils ne sont pas dénoncés par leurs camarades, ils ne se déclarent eux-mêmes qu'autant qu'ils ont des troubles de la déglutition, ou des troubles réflexes de la phonation et de la respiration. Plusieurs tolèrent le corps étranger pendant 8 ou 10 jours.

L'extraction est toujours très difficile et très laborieuse en raison de la résistance qu'opposent les enfants : souvent l'olive passe à côté du corps étranger sans en signaler la présence : c'est qu'en effet, à la longue, le corps étranger s'entoure d'une couche de mucus et de matières alimentaires, pain, viande, etc., qui rendent tout frottement impossible, mais le panier de Graefe est un excellent instrument que M. Lannelongue recommande très fort : s'il ne sent pas plus que l'olive, du moins il *accroche*. Mais parfois le panier est lui-même infidèle ; on a alors la pince courbe à bec de canard, imaginée par Collin, ou bien le balai anglais ; M. Lannelongue s'en est servi heureusement dans un cas où l'usage du panier avait provoqué des hémorrhagies inquiétantes. Il est presque inutile de le dire, l'extraction du flacon de curaçao, corps cassant et fragile, n'a pas été tentée ; la nature s'est chargée de l'éliminer par les voies inférieures. Lorsqu'il était chirurgien de Bicêtre, M. Lannelongue a eu à soigner un soldat du fort qui, en jouant, avait avalé un énorme oignon : l'anxiété du malade était indicible, l'asphyxie menaçante ; il fallait agir d'urgence ; à bout d'instruments, M. Lannelongue parvint à glisser dans l'œsophage, un *brise-pierres*, avec lequel il brise l'oignon, que le soldat, à sa grande joie, expulsa sur-le-champ.

M. Desprès, ayant à soigner un enfant qui avait un sou dans l'œsophage, a laissé le corps étranger sortir de lui-même par le rectum ; quant au soldat à l'oignon, il se serait contenté de repousser le végétal dans l'estomac, le soldat n'aurait avalé qu'un oignon de plus.

M. le Dr Vérité a observé des *concrétions muqueuses des fosses nasales postérieures*, chez des arthritiques atteints de dermatoses. La relation de cause à effet est manifeste. Ces concrétions engendrent de la rhinite spasmodique, un hoquet convulsif et une céphalalgie intense pongitive. Elles sont justiciables des douches nasales par la méthode de Weber.

P. Méricamp.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 28 avril 1880. — Présidence de M. E. Trélat.

Reverdissage des légumes par le sulfate de cuivre. — M. Galippe donne lecture d'un rapport des plus intéressants sur l'emploi du sulfate de cuivre dans le reverdissage des conserves alimentaires. La Société avait été saisie de cette question par M. Brouardel, qui, délégué avec M. Pasteur par le Conseil d'hygiène pour faire un rapport sur le même sujet, avait formulé la conclusion suivante : « L'administration peut tolérer l'usage du reverdissage des conserves alimentaires par les sels de cuivre, à la condition que, sur les boîtes de conserves, soit imprimée en caractères lisibles la déclaration de la substance par laquelle le reverdissage a été obtenu ; » conclusion qu'il désirait soumettre aux critiques de la Société.

La Commission a d'abord étudié le point suivant : L'administration peut-elle forcer un fabricant à divulguer ses procédés de fabrication et à les indiquer sur les produits mis en vente ? Se conformant en cela à l'opinion des jurisconsultes, la Commission a été d'avis qu'une telle obligation ne pourrait en aucun cas être imposée aux fabricants. Si le procédé mis en usage est de nature à porter atteinte à la santé publique, l'Administration a le droit de l'interdire. Or, pour ce qui regarde l'emploi du sulfate de cuivre dans le reverdissage des légumes, on peut dire que, dans l'état actuel de la science, il serait impossible d'établir devant un tribunal que, dans les conditions où se pratique aujourd'hui ce reverdissage, la santé des consommateurs soit exposée à une atteinte quelconque. En adoptant d'ailleurs les conclusions de MM. Brouardel et Pasteur, on s'exposerait au danger de voir le fabricant introduire dans ses conserves une quantité illimitée de la substance qui lui paraîtrait la plus propre à assurer leur conservation, et cela en restant à l'abri de poursuites s'il accomplit la formalité de la déclaration : il y aurait donc là une source d'inconvénients.

Le rapporteur entre ensuite dans l'étude de la nocuité du sulfate de cuivre, employé comme agent de reverdissage, et démontre qu'aucun accident, dûment constaté, n'a pu lui être attribué. Il n'en saurait être autrement si l'on songe que le cuivre se trouve dans les conserves à l'état d'albuminate insoluble, et partant est peu assimilable. Il signale, au contraire, le danger que peut présenter pour les consommateurs l'introduction dans les conserves d'un métal infiniment plus dangereux que le cuivre, c'est-à-dire le plomb. Ce métal, en effet, a été trouvé par M. Gautier dans des boîtes de conserve, et dans des quantités variant entre 7 et 8 milligrammes par kilogramme de légumes. La présence s'en explique par l'usage de la soudure employée, et qui consiste en un alliage contenant deux parties de plomb et une d'étain fin. Les moyens de parer à ce danger seraient d'imposer aux fabricants l'emploi de fer blanc à l'étain fin comme matière constituante des boîtes, et de ne tolérer la soudure que faite au moyen de l'étain fin. Le rapport se termine par les conclusions suivantes qui ont été adoptées à l'unanimité.

Considérant que le cuivre existe dans l'économie animale et dans beaucoup d'aliments usuels, quelquefois même en quantité plus grande que dans les conserves reverdies avec soin ;

Considérant en outre qu'il n'est nullement démontré aujourd'hui, après une expérience de vingt-huit années faite sur une très grande échelle, que les conserves reverdies aient jamais produit aucun accident ; nous préoccupant, enfin, des intérêts de l'industrie des conserves alimentaires, qui ne saurait transformer ses procédés du jour au lendemain, nous concluons :

Qu'il n'y a pas lieu d'interdire le reverdissage des conserves par le sulfate de cuivre sous la réserve que ce sel ne sera employé que dans des limites que les fabricants ne devront pas dépasser ?

Tenant compte de ce fait que la quantité de cuivre fixée par certains légumes verts, les haricots, par exemple, est plus considérable que celle que l'on trouve dans les petits pois, votre Commission a été d'avis de fixer cette limite à 4 milligrammes de cuivre métallique par 100 grammes de légumes égouttés.

Il n'y aurait lieu de poursuivre que les fabricants de conserves introduisant dans leurs produits une dose plus élevée de cuivre.

Sur un mode de propagation de la variole. — M. Bertillon, frappé de la constance avec laquelle le quartier de la Sorbonne (Ve arrondissement) était atteint par la variole, variole qui, au lieu de s'éteindre sur place comme pour les autres quartiers, semblait se perpétuer et causait chaque semaine un chiffre élevé de décès, fut amené à rechercher les causes de cet état de choses. Il dressa à cet effet une carte sur laquelle il distribua les décès varioleux de ce quartier par rue et par maison, et il vit alors que les décès, au lieu d'être à peu près répartis entre les diverses rues, se trouvaient groupés dans un pâté de maisons, compris entre le petit bras de la Seine et le boulevard Saint-Germain. Comparé au chiffre des décès pour la population générale, celui de ces maisons se trouvait être *seize* fois plus grand. La cause de l'aggravation était donc confinée dans ce petit espace. Informé alors par M. le Dr Farabeuf, que l'accroissement des décès par variole, signalé dans le quartier de la Sorbonne, pouvait avoir pour cause l'existence du dépôt de varioleux de l'Hôtel-Dieu annexe, M. Bertillon, qui ignorait l'existence de ce dépôt, se livra à une enquête et fut convaincu que c'était bien là que se trouvait le foyer d'infection, que c'était de l'Hôtel-Dieu annexe qu'émanait le virus contagieux.

En présence de ce fait, M. Bertillon résolut d'appliquer le même système d'investigation aux quartiers environnants les hôpitaux où se trouvaient des dépôts de varioleux. Il vit ainsi que pour le quartier des Quinze-Vingts où se trouvent des dépôts de varioleux à Saint-Antoine et à Sainte-Eugénie, le chiffre des décès par variole était *trois* fois plus grand ; mais, pour le quartier voisin de l'hôpital Laënnec, où se trouvent également des varioleux, le chiffre des décès était sensiblement le même que pour les autres quartiers de la ville. Devant ces résultats contradictoires, M. Bertillon alla sur les lieux pour examiner si les dispositions topographiques des divers hôpitaux ne pourraient fournir une explication de ces divergences, et cette explication fut facile à trouver dès la première inspection qu'il fit de ces hôpitaux. En effet,

l'annexe de lHôtel-Dieu, qui renferme des varioleux en quantité assez considérable, est un bâtiment fort élevé, dominant les maisons voisines, maisons sans air, sans lumière, habitées par une population agglomérée, misérable, qui offre prise à la contagion et fournit une mortalité très élevée en raison même de ses conditions de misère et de délabrement physique. Les poussières infectieuses, les squames épidermiques émanant de l'hôpital, trouvent donc un milieu favorable pour déterminer la contagion. Le chiffre énorme des décès s'explique dès lors facilement. Le quartier des Quinze-Vingts, au contraire, au moins dans les endroits occupés par les deux hôpitaux, offre des maisons très espacées et fort éloignées des dépôts, les poussières contaminantes s'éparpillent dans de vastes espaces; d'autre part, la population étant plus soigneuse du domicile et de la personne, il est tout naturel que la contamination soit plus rare. Enfin, pour l'hôpital Laënnec, l'immunité relative s'explique par ce fait, que les fenêtres du dépôt ne s'ouvrent que sur des jardins, et que cet hôpital est situé sur les confins de quartiers à maisons généralement propres et bien aérées, habitées par une population, sinon riche, au moins soigneuse et propre. En outre, à Laënnec, les infirmiers jettent immédiatement au feu les poussières balayées sur le sol des salles de varioleux (1).

M. Bertillon termine sa communication en insistant sur l'influence du voisinage des hôpitaux sur la santé publique, et demande une enquête scrupuleuse et prolongée sur cette influence, surtout pour les affections les plus manifestement contagieuses.

(*A suivre.*) A. BLONDEAU.

BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu des thèses d'agrégation. Médecine (2).

XI. Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux; par le Dr X. ARNOZAN. Vol. in-8° de 266 pages. Paris, 1880. Ve Adrien Delahaye, éditeur.

XI. M. X. Arnozan avait tiré de l'urne une des questions les plus intéressantes, celle des « *lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux* »; il s'est acquitté à son honneur d'un travail long et délicat et sa thèse restera évidemment comme une des meilleures parmi celles qu'aura fait naître le dernier concours d'agrégation. Il s'agit même plutôt d'une revue critique que d'une thèse à proprement parler, puisque la cause intime des troubles trophiques reste aussi inconnue aujourd'hui qu'hier, et que l'on ne pouvait, par conséquent, édifier sur une donnée aussi incertaine un plan de thèse régulier: il fallait se borner à rassembler les faits nombreux épars un peu dans tous les recueils, en donner une critique justifiée, grouper ces faits d'une façon aussi naturelle que possible, tenter enfin, sinon de les explipuer, au moins de les rattacher par une des théories opposées de l'action trophique. Nous savons donc gré à M. Arnozan d'avoir, dans ce cas tout particulier, commencé d'abord par le vif de son sujet, par les troubles trophiques eux-mêmes.

Après avoir rappelé en quelques pages l'historique des lésions trophiques et des actions trophiques, M. Arnozan étudie les troubles de nutrition dits trophiques dans les différents systèmes et appareils. Le chapitre I traite des lésions trophiques dans le système nerveux même; les dégénérations secondaires forment une partie importante de ce chapitre; on y lira avec intérêt les données nouvelles qui viennent compléter le mémoire classique de M. Bouchard, sur le faisceau pyramidal, d'après les leçons de M. Charcot et les faits de MM. Franck, Pitres et Brissaud. Il résulte de ces données une conception toute individuelle de chacun des groupes de fibres du faisceau pyramidal, qui peuvent se dégénérer seules, au moins au début de la dégénération secondaire; chacune de ces dégénérations secondaires correspondant à la lésion d'un point particulier de l'affleurement cortical du faisceau, ou bien à l'interruption des communications entre le point cortical et les tractus pédonculo-médullaires qui en dérivent, par le trajet de la capsule interne. Une autre partie de ce chapitre est consacrée aux dégénérations ascendantes et descendantes de la moelle, si connues depuis les recherches de M. Charcot sur la compression de la moelle dans le mal de Pott. M. Arnozan étudie ensuite les dégénérations dans les nerfs périphériques: on lira avec grand intérêt ce chapitre de pathologie expérimentale qui, à défaut de documents nouveaux, contient un résumé fidèle des recherches les plus récentes sur la dégénération et la régénération nerveuses. M. Arnozan consacre la dernière partie de son premier chapitre aux atrophies nerveuses phériphériques et centrales: la donnée de la thèse permettait-elle d'introduire ce paragraphe? nous n'oserions l'affirmer. Peut-être peut-on considérer comme trophique toute lésion de nutrition dépendant du système nerveux, même quand il ne s'agit pas du processus particulier, destructif, en tous cas irritatif, qui accompagne d'ordinaire les lésions trophiques. Il semble cependant singulier de voir grouper dans le même chapitre des dégénérations secondaires et des atrophies cérébrales et cérébelleuses sans lésions nerveuses des centres.

Le chapitre II traite des lésions trophiques dans le système musculaire, c'est-à-dire les amyotrophies d'origine cérébrale, les amyotrophies d'origine spinale, et celles qui surviennent après les lésions des nerfs. Ce chapitre, comme le précédent, est fait avec beaucoup de soins. Le chapitre III a rapport aux lésions trophiques dans les os et les articulations. Les arrêts de développement, l'ostéomalacie des aliénés, les atrophies osseuses de l'ataxie, les fractures, les arthropathies des ataxiques sont rattachés à des lésions du système nerveux ainsi que les altérations osseuses de la lèpre, la sclérodermie et la trophonévrose faciale. Pour les arthrites d'origine nerveuse, M. Arnozan admet, après M. Charcot, l'existence d'arthrites à la suite du ramollissement cérébral plutôt qu'après les hémorrhagies, ou succédant à des lésions spinales postérieures.

Le chapitre IV, consacré aux lésions trophiques de l'appareil tégumentaire, débute par une critique justifiée de l'hypothèse de Lewin, qui tendrait, on le sait, à rattacher toutes les dermatoses à des lésions de filets nerveux différents, sensitifs ou sécréteurs, ou trophiques. C'est une hypothèse encore prématurée. Nous ne suivrons pas, faute d'espace, M. Arnozan dans tout ce chapitre auquel nous renverrons le lecteur: nous relevons cependant à la page 119, à propos des pseudo-phlegmons d'origine nerveuse, des cas, cités par M. Arnozan, dans lesquels il y eut des pseudo-phlegmons ou des phlegmons à la suite de piqûres de morphine nombreuses. M. Arnozan paraît rattacher ces cas à l'affection nerveuse dont souffrait la malade: c'est peut-être vrai, mais ce qui nous paraît encore plus vraisemblable, c'est que les solutions de morphine et les seringues hypodermiques d'un hôpital sont parfaitement capables, vu leur fréquente malpropreté, de donner lieu à des accidents locaux, sans qu'on puisse ranger pour cela ces faits parmi les troubles trophiques. Les escharres sont étudiées avec soin dans ce chapitre, ainsi que le mal perforant, la maladie bronzée, etc. C'est dans ce chapitre que l'on remarque surtout combien il eût été désirable de pouvoir faire un plan, car, par suite de la division des troubles trophiques selon les systèmes, on trouvera pêle-mêle, à la suite, les affections les plus dissemblables

Dans le Ve chapitre, M. Arnozan recherche les troubles des organes des sens liés à une altération du système nerveux; on remarquera en particulier le chapitre des troubles oculaires liés aux affections nerveuses et celui de l'othematome. Le chapitre VI s'occupe des lésions trophiques des viscères, c'est dire que la plupart des documents qu'il renferme sont encore incertains, sauf peut-être ceux relatifs aux hémorrhagies parenchymateuses et à l'altération du myocarde: en tous cas, l'auteur discute clairement les faits, à défaut de documents personnels. Dans le dernier chapitre de la première partie,

(1) Dans un bulletin antérieur à cette communication (n° 12, 20 mars 1880), étudiant l'influence des services d'isolement sur les décès varioliques des quartiers environnants, nous avons émis les idées que vient d'exposer M. Bertillon, et nous avons montré que c'était surtout aux mauvaises conditions hygiéniques de tout le quartier compris entre le boulevard Saint-Germain et le quai, que devaient être attribués les nombreux décès produits par la variole.

(2) Voir les n°s 15, 16, 17, 18, 19 et 20.

M. Arnozan recherche la valeur séméiologique des lésions trophiques et cite quelques observations inédites.

Nous n'avons rien à dire de la deuxième partie de la thèse, assez courte et consacrée à la discussion de l'action trophique en elle-même. Ce chapitre est à lire en entier : comme le dit en terminant M. Arnozan : « Les lésions trophiques, aussi » bien chez l'animal que chez l'homme, semblent se montrer » dans un organe ou dans un tissu en proportion directe des » propriétés sensibles ou motrices qu'il présente. » Ce qui revient à dire que les actions trophiques sont des actions nerveuses, et ce qui n'avance pas plus la question que de dire que parmi les actions nerveuses il y a des actions trophiques.

Le travail de M. Arnozan est donc avant tout un recueil de faits, et c'est là son mérite, car il contient peu d'appréciations, peu de discussions stériles, mais beaucoup de renseignements, et se termine par un index bibliographique très complet. C'est donc, comme nous le disions au début de cette trop courte notice, une des thèses d'agrégation dont la lecture doit être recommandée à ceux qui s'intéressent à la pathologie nerveuse. Henry de Boyer

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nouvel otoscope ; du Dr Jacquemart.

M. Béclard présente à l'Académie un otoscope fabriqué sur les indications de M. le Dr Jacquemart par M. Ch. Dubois. L'otoscope (*Fig. 54*) que nous présentons à l'Académie nous a été inspiré par les imperfections que nous trouvons à ceux dont on s'est servi jusqu'à présent.

Nous trouvons que l'otoscope de Brunton qui parait de prime abord être le plus parfait, laisse beaucoup à désirer. Sans doute, il donne, s'il est d'une construction convenable, un bel éclairage qui permet de voir tous les détails de la membrane du tympan ; mais c'est tout. Il ne sert ni aux opérations, ni aux pansements, quelles que soient les modifications qu'on ait voulu faire subir à son extrémité objective. Ce qui est vrai pour cet instrument l'est bien plus pour les appareils de MM. Bonnafous, Garrigan, Désarènes et autres qui sont établis sur le même principe. Nous trouvons que MM. Troëltch et Duplay, avec le bandeau frontal ou la monture de lunettes supportant un miroir réflecteur, donnent un système assez incommode pour les gens non habitués au moins, car il est assez difficile d'accommoder son attention à diriger et la tête et la main tout à la fois. Trop de mise en scène en un mot. M. Miot qui a fixé le miroir sur la pince bivalve modifiée d'Itard et ensuite sur une pince porte-spéculum, nous a prévenu dans notre conception Mais encore a-t-il eu le tort de faire un appareil compliqué et d'une application souvent douloureuse à cause de la longueur de la pince.

L'usage que nous avons fait des divers instruments désignés nous a amené à l'idée de faire construire le suivant qui, au mérite de la simplicité et de son peu de valeur vénale, réunit, croyons-nous, la commodité des meilleurs, sans compter qu'il est d'une application facile et peu ou point douloureuse.

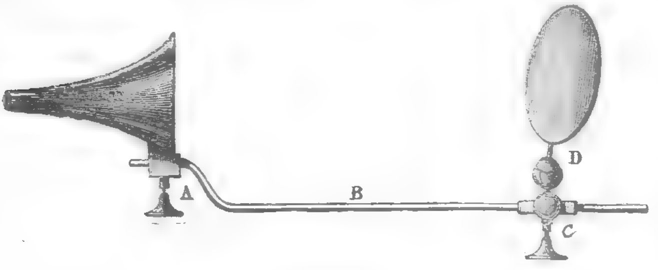


Fig. 54.

Aux spéculums pleins de Toynbee, de Troëltch, de Gruber ou autres, aux spéculums bivalves de M. Bonnafous et d'autres auteurs, nous faisons souder un petit appendice métallique A sur le côté de la partie évasée, lequel appendice est percé d'un trou dans lequel s'engage une tige B carrée et coudée pour laisser plus de champ à l'œil et à la main qui doit opérer. Sur cette tige nous faisons glisser un curseur C qui supporte un miroir D mobile sur une genouillère, concave, de 0 m. 15 de foyer. Curseur et tige sont maintenus fixes par des vis de pression qu'on voit en A et en C. Le spéculum peut servir isolément à l'inspection du conduit, et, si besoin est, on y adapte très facilement la tige et son miroir. De même on peut introduire l'appareil tout monté. En tenant le spéculum *immédiatement* de la main gauche dans l'oreille, nous évitons la violence des frottements qui ne peut manquer d'exister si on tient l'appareil à distance à l'extrémité d'une pince de quelque nature qu'elle soit. Nous faisons la tige et le miroir très légers pour donner moins de poids à l'appareil. Comme éclairage nous obtenons une intensité égale à celle donnée par les meilleurs appareils qui ont été faits sur le même principe.

VARIA

Etude sur les eaux de la Bourboule (1).

IX. — Avant de conclure, M. Fr. Morin consacre quelques mots aux cachexies : « Nous en avons fini avec les grandes diathèses que l'expérience a reconnues justiciables de nos eaux. Nous passons les autres sous silence ; elles n'ont rien à gagner ici. Nous arrivons aux cachexies, terme final des diathèses que l'on n'a point combattues, et qui ont suivi leur évolution naturelle ».

La plupart des médecins ne considèrent comme curables que les cachexies qui ne sont pas sous la dépendance d'une diathèse ancienne ; ainsi nous lisons dans le Dictionnaire de thérapeutique des Drs E. Bouchut et A. Desprès, cette assertion : « Il n'y a de guérison possible dans les cachexies que pour celles qui résultent de l'action du mercure, des miasmes paludéens, du plomb, de la syphilis, de la dyspepsie et du nervosisme ». Dans ces différents cas, on peut soustraire le cachectique aux causes premières qui ont engendré le mal.

Toutefois, dans les cachexies d'origine diathésique, des palliatifs peuvent souvent être très utilement employés concurremment à des spécifiques pour combattre le mal et pour restaurer l'organisme. C'est ainsi que les mêmes Drs, Bouchut et Desprès, recommandent l'emploi des ferrugineux, des arsénicaux, des toniques, des bains de mer et conseillent « en un mot, le traitement de l'anémie ou de la chlorose ».

Tous les praticiens s'accordent aujourd'hui pour proclamer les bons effets de l'hydrothérapie, lorsqu'il faut relever les forces et stimuler les fonctions de nutrition ; on doit donc attendre du traitement suivi à La Bourboule les meilleurs résultats possibles pour la cure des cachectiques. Car la station leur offre à la fois l'action éminemment reconstituante de son eau minérale, et toutes les ressources de l'hydrothérapie moderne.

M. F. Morin a constaté une amélioration notable chez de vrais cachectiques, quittant La Bourboule après leurs cures, pleins de l'espoir d'y revenir une autre année. Ces indications paraîtront suffisantes à beaucoup de praticiens, pour qu'ils conseillent à leurs clients, réduits à ce triste état, d'aller tenter de retrouver à La Bourboule, un regain de force et de santé, qu'ils chercheraient vainement ailleurs.

Nous arrivons maintenant à la conclusion de ce travail que M. Morin formule rapidement : Il n'est plus possible aujourd'hui de nier l'existence des diathèses ; et, d'autre part, rien n'est plus à craindre « que leur transmission par l'hérédité, et leurs métamorphoses dans la descendance, par la prédisposition qu'elles transmettent à la réceptivité des diathèses nouvelles ».

Nous avons vu que les observations des praticiens exerçant à La Bourboule, conformes aux indications des maîtres de la science, et aux considérations physiologiques les plus généralement adoptées, conduisent aux conclusions suivantes : Les diathèses scrofuleuse, rhumatismale, glycosurique, albuminurique, herpétique et syphilitique, trouvent dans le traitement de La Bourboule, une médication efficace, qui, dans un certain nombre de cas, peut conduire à la guérison complète. Mais il faut que le malade sache bien qu'il doit faire preuve de persévérance.

En effet, plus l'efficacité de ces eaux minérales, employées avec discernement, est incontestable pour ceux qui les connaissent bien, plus il importe de détruire ce préjugé, dangereux à tous les points de vue, qui consiste à croire qu'une maladie sérieuse, affectant l'organisme comme les diverses formes de la scrofule, comme le diabète, etc., ou qui a la ténacité de l'eczéma, du psoriasis, etc., puisse être considérablement amélioré et même guérie, par un traitement de vingt et un jours. Le Dr Gubler écrivait en 1874 (*loc. cit.*) :

« Certaines cures altérantes, dirigées contre des maladies constitutionnelles, telle que la scrofule, la tuberculose, la dartre, devraient être continuées parfois au-delà de trente ou trente-cinq jours, à la condition de ménager quelques jours

(1) Voir les nos 7, 8, 9, 11, 13, 15, 17 et 19.

de repos, et, pour ainsi dire, de recueillement, entre la première saison de vingt et un jours, et la demi-saison de dix à quinze jours, qui doit la compléter ».

Les médecins hydrologues sont actuellement de plus en plus convaincus de la sagesse de ces recommandations.

La plupart des affections graves, qui peuvent trouver à La Bourboule, plutôt que dans toute autre station thermale, une médication victorieuse, exigent, pour que ce résultat soit obtenu, deux, trois, ou même quatre saisons, dont les effets soient confirmés pendant les hivers qui les séparent, à l'aide de l'eau minérale transportée, bue à des intervalles plus ou moins espacés.

Mais n'oublions pas que l'eau minérale de La Bourboule, thermale, chlorurée, sodique et arsénicale, ne peut être considérée comme une panacée universelle, également propre à guérir ou améliorer toutes les maladies qui affligent l'humanité. Cette étiquette décevante n'appartient qu'aux eaux véritablement indifférentes.

Bien au contraire, le domaine d'activité de l'eau de La Bourboule est nettement circonscrit, et c'est en s'y renfermant que les praticiens, par une sélection raisonnée des malades, et par une connaissance approfondie des indications auront la certitude de voir les clients qu'ils enverront à La Bourboule soumis à une médication toujours utile; médication susceptible quelquefois de prolonger une vie gravement menacée; de rendre tolérable d'autres fois une existence qui ressemblait à un long martyre; et, dans un grand nombre de cas enfin, de ramener à la santé complète, des malades pour lesquels on avait épuisé, sans résultat durable, toutes les ressources de l'art.

Telles sont les conclusions qui nous paraissent résulter du travail de M. le Dr Morin, et de l'étude attentive des opinions émises par les différents médecins qui se sont occupés de La Bourboule.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS

Séance du 13 mai. — Présidence de M. Thulié.

Laïcisation de l'Assistance publique sous la monarchie et de nos jours. — Les processions : les reposoirs de l'Administration. — Projets de concerts et de soirées amusantes pour les malades.

M. Bourneville a fait hier au Conseil certaines communications du plus haut intérêt. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire in-extenso l'analyse de son discours et la réponse qui lui a été faite par le nouveau directeur de l'Assistance publique.

Le Conseil, dit-il, a manifesté à maintes reprises son désir de voir s'opérer la laïcisation de l'Assistance publique. Il n'a pas cru devoir s'en tenir aux déclarations rassurantes de M. le préfet et a émis des votes. C'est ainsi que, lors de la discussion du budget de 1880, vous avez décidé la suppression de onze aumôniers des hôpitaux et hospices, le remplacement des frères à l'hospice des enfants assistés par des instituteurs laïques ; vous avez créé des écoles à Bicêtre et à la Salpêtrière pour préparer des infirmières laïques en mesure de remplacer les congréganistes. Quelques satisfactions nous ont été données. L'an dernier, l'hôpital Laennec a été laïcisé; il en a été de même cette année pour l'hospice Lenoir Jousserand. Vous avez, en outre, émis des vœux dans le même sens, par exemple pour que les noms des saints inscrits au-dessus des portes des salles des établissements hospitaliers soient remplacés par ceux de savants illustres, pour que les religieuses des maisons de secours soient remplacées par des laïques.

Il ne faut pas oublier que la question de laïcisation de l'Assistance publique, que nous demandons, a déjà été posée dans le passé ; sous la monarchie on a enlevé au clergé de Notre-Dame l'administration de l'Hôtel-Dieu, aux sœurs l'économat et le service de la cave des hôpitaux. Ajoutons que sous Louis XIV l'Hôpital général (La Salpêtrière) a été confiée à des laïques et qu'à Bicêtre il n'y a jamais eu que des laïques. Nous ne faisons que continuer ce qui s'est fait dans le passé. En demandant comme j'ai l'honneur de le faire, présentement, que les processions dans les hôpitaux et hospices cessent d'avoir lieu comme le dimanche de la Fête-Dieu et le dimanche suivant, je ne fais que suivre la tradition.

Voici quelques renseignements sur ces cérémonies. A l'hôpital Saint-Louis, nous avons vu, en 1869, le directeur, un cierge à la main, suivi de ses subalternes, marcher derrière le dais ; l'an dernier, à l'hôpital Sainte-Eugénie, la procession étant sortie dans les jardins, les habitants des maisons voisines ont crié : Vive la République ! et ont répondu au chant des cantiques en entonnant la *Marseillaise*. A la suite de ces protestations toutes pacifiques, il a été décidé que la procession n'aurait pas lieu le dimanche suivant. A la Salpêtrière, deux grandes processions ont lieu, chaque année, avec le concours de la musique militaire.

Les processions, outre les inconvénients que je viens de dire, sont une charge pour le budget. Celles de la Salpêtrière coûtent 800 francs et de plus les ouvriers sont occupés pendant quinze jours à dresser les reposoirs, à faire tous les préparatifs, etc. ; des infirmières, des surveillantes y prennent part, et, malgré tout le zèle possible, le service des malades graves souffre ; la simple satisfaction de quelques vieilles femmes ne saurait prévaloir sur le service de santé.

Je vois là, en outre, une violation de la liberté de conscience, car dans les hôpitaux il y a des malades de différentes confessions, il y a des libres penseurs ; enfin j'ai déjà dit que le bon ordre souffrait parfois des processions comme à Sainte-Eugénie.

Il serait préférable, je crois, de remplacer ces cérémonies d'un autre âge par d'autres plus en harmonie avec nos mœurs et avec l'esprit républicain ; on pourrait consacrer le crédit qui sert aux processions pour instituer des concerts, des soirées amusantes, de petites représentations théâtrales comme cela se fait à l'étranger, à Londres surtout. Nous avons déjà créé des bibliothèques pour les malades ; c'est un premier pas dans cette voie ; nous ne saurions trop faire pour eux. Je dépose, en conséquence, la proposition suivante : Le Conseil invite l'administration de l'Assistance publique : 1° à supprimer les processions dans tous les hôpitaux et hospices de Paris ; 2° à remplacer ces cérémonies par des soirées amusantes, des concerts ou des représentations théâtrales, à l'exemple de ce qui existe à l'étranger et en particulier à Londres.

M. le Directeur de l'Assistance publique.— M. Bourneville a eu raison de le dire : il s'est introduit dans les établissements hospitaliers une coutume fâcheuse, la coutume des processions.

Voici ce qui se passe : à Bicêtre, les processions ont été reléguées l'an dernier dans l'intérieur de l'église, les musiciens ont été jouer dans le pavillon des infirmes, mais les prêtres ne les ont pas accompagnés. A la Salpêtrière, il y a effectivement une grande cérémonie annuelle et même le grand reposoir s'appelle reposoir de l'administration. Ce sont surtout les membres de l'administration qui forment le cortège. Seulement la dépense ne monte pas à 800 fr., comme l'a dit Bourneville, mais à 300 francs. A l'hôpital Sainte-Eugénie, la procession de la Fête-Dieu a été l'objet de manifestations regrettables ; le chant des cantiques a été accueilli par des chants contraires, et l'administration a dû donner l'ordre de ne pas faire la procession du second dimanche. Dans ces conditions, que devons-nous faire pour assurer dans nos établissements hospitaliers, la liberté de conscience des catholiques, des gens appartenant à différents cultes et de ceux qui n'en ont aucun ?

Pour les hôpitaux, la question ne se pose même pas ; les malades qui sont dans leur lit n'ont pas besoin de processions. Quant aux enfants assistés, on a dit qu'ils pourraient voir une privation dans la suppression des processions ; mais le personnel de ces enfants se renouvelle continuellement et ils ne savent même pas que ces cérémonies ont existé. Là encore la suppression des processions ne présente aucun inconvénient.

Restent les hospices. La population que contiennent les hospices est une population essentiellement parisienne, qui a droit au respect de toutes ses opinions, quelles qu'elles soient. La solution est bien simple. Il n'y a qu'à laisser à l'aumônier la faculté de faire toutes les cérémonies qu'il voudra, mais seulement à l'intérieur de l'église, sans aucune dépense pour l'administration et avec l'interdiction complète de promener la manifestation religieuse dans les cours et préaux.

M. Bourneville a parlé des représentations théâtrales comme d'un moyen excellent pour remplacer la distraction des processions ; c'est en effet une idée ingénieuse, mais qui nécessitera une augmentation du crédit actuel. En résumé, messieurs, et avec l'autorisation de M. le Préfet, ordre sera donné d'assurer la liberté de l'aumônier à l'intérieur de la chapelle, mais à la condition expresse que toute manifestation extérieure, toute procession au dehors sera absolument interdite.

M. Bourneville.— Je tiens à insister sur le chiffre de la dépense spéciale à la Salpêtrière pour les processions de la Fête-Dieu, qui a été contesté par M. le directeur de l'Assistance publique. La construction des reposoirs s'élève à 300 fr., sans compter les contributions supplémentaires du personnel. Les consommations des musiciens, des plantons, gardiens de la paix, ouvriers, etc., atteignent la somme de 484 fr. On voit que le chiffre de 800 fr. donné par moi, est assez exactement établi.

M. le Directeur de l'Assistance publique. — Je suis d'accord avec M. Bourneville sur le fond même de la question. Je ne fais de réserves que sur la nécessité de mettre à la disposition de l'Administration des fonds pour fêtes et cérémonies dans les hospices, lorsque la question aura été étudiée.

La proposition de M. Bourneville, mise aux voix, est adoptée.

(*Grand Journal.*)

La Direction de l'Assistance publique.

Nos lecteurs savent qu'après la mort de M. Michel Möring, il s'est produit plusieurs candidatures pour la place de directeur de l'Administration de l'Assistance publique. Parmi les candidats qui semblaient désignés pour cette place, se trouvait M. Bailly, qui, entré en 1852 dans cette Administration, a parcouru successivement les différents grades jusqu'à

celui de secrétaire général qu'il a occupé pendant quelques années; il fut ensuite nommé inspecteur, et il remplit encore cette fonction à l'heure actuelle. M.Bailly est, de plus, conseiller municipal de la ville de Courbevoie et, sur la présentation du Conseil municipal républicain de cette ville, il a été nommé maire; c'est en cette qualité qu'il a laïcisé les écoles, la crèche et l'hôpital de sa commune.

M. Bailly acceptait le programme du Conseil municipal de Paris, en ce qui concerne l'assistance publique, et principalement en ce qui touche la laïcité, l'organisation sérieuse du traitement externe des hôpitaux, la réduction du personnel de l'Administration centrale de l'Assistance publique. Ce dernier point a une très grande importance; car, suivant nous, si, dans l'ordre politique, le Gouvernement républicain est celui qui doit laisser aux citoyens la plus grande somme de libertés possibles, il doit également, dans l'ordre économique, être celui dont les frais généraux doivent être les moins élevés. M. Bailly avait déclaré, en outre, qu'il ne maintiendrait sa candidature que dans le cas où le Conseil municipal de Paris ne présenterait pas de candidat.

Or, la majorité du Conseil municipal a pensé qu'il y avait lieu de présenter un candidat, et elle désigna au choix de l'Administration l'un de ses membres les plus distingués, notre ami M. le Dr Thulié qui, depuis dix ans, s'est constamment occupé de toutes les questions relatives à l'Assistance publique. En effet, M. Thulié a fait successivement des rapports très-remarquables non seulement sur les affaires courantes, mais encore sur le service des aliénés, des enfants assistés; de plus, sur la désignation du Conseil municipal, il a été nommé membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. le préfet de la Seine s'appuyant sur les considérations ci-après :

Je n'ai rien à opposer, mes chers anciens collègues, à ce que vous dites de la compétence de M. Thulié et de ses divers titres à la confiance du Conseil et de l'Administration. Sur tous ces points, je pense comme vous.

Mais l'administrateur a des devoirs d'un ordre particulier qui lui imposent la défiance envers des entraînements qu'il serait disposé à partager, et il se trouve obligé de tenir compte de considérations qui peuvent échapper à une assemblée délibérante, quelque éclairée qu'elle soit, alors même qu'elles sont d'un poids considérable. M. le ministre de l'intérieur et moi avons pensé qu'une fin de non recevoir insurmontable s'élevait contre la nomination du Dr Thulié à la direction de l'Assistance publique, *c'est sa qualité même de médecin*. Le directeur de l'Assistance publique doit être exclusivement un administrateur. (*Lettre aux délégués du Conseil municipal.*)

a écarté la candidature de M. Thulié et a porté son choix sur M. Charles Quentin, qui a été installé le samedi 8 mai par M. Vergniaud, secrétaire général de la préfecture de la Seine, remplaçant M. le préfet indisposé.

Il serait à croire que M. Quentin serait d'un avis différent de celui de M. Hérold, touchant la compétence des médecins relativement aux questions d'assistance publique; c'est du moins ce qui semble résulter des termes de la circulaire suivante qu'il vient d'adresser au corps médical des hôpitaux.

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance l'arrêté de M. le ministre de l'intérieur qui m'a appelé, sur la proposition de M. le sénateur, préfet de la Seine, à la direction de l'Administration générale de l'Assistance publique;

Si toutes les affaires de cet important département se résolvent, en définitive, par des mesures de l'ordre administratif ou de l'ordre économique, je n'ignore pas que la plupart d'entre elles ont très souvent pour objet la réalisation et la mise en pratique des progrès, des réformes, des améliorations de tout genre, réclamés ou conseillés par l'expérience et le savoir de MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Je me ferai donc un devoir, non-seulement de donner la plus sérieuse et la plus sympathique attention à toutes les observations qu'ils croiraient devoir me présenter, mais encore de provoquer leur avis et de rechercher leurs conseils, comme aussi de remettre à leurs lumières l'étude de toutes les questions qui sont spécialement de leur haute compétence.

En un mot, je serai heureux de pouvoir être compté, dans l'ordre de mes fonctions, comme l'auxiliaire et le collaborateur de ce corps éminent dont la science profonde et le dévouement sans bornes sont l'honneur de Paris et de la France entière.

Veuillez agréez, etc...

Nous croyons également devoir publier l'opinion de quelques-uns des organes de la presse médicale, relativement à cette qualité de médecin, qui constitue pour M. Hérold une contre-indication formelle, pour remplir les fonctions de directeur de l'Assistance publique.

La mort de M. Möring rendait vacant le poste de Directeur général de l'Assistance publique. Le Conseil municipal désirait voir nommer M. le Dr Thulié, président de la commission de l'Assistance publique. Mais son titre de médecin était aux yeux de M. Hérold, préfet de la Seine, un obstacle à cette nomination, et c'est M. Quentin qui a été choisi. La presse médicale presque tout entière regrette, croyons-nous, cette détermination et ne pense pas que le titre de docteur soit un motif suffisant pour motiver l'exclusion d'un homme compétent sous tous les rapports. (*Le Praticien.*)

Peut-on surtout donner d'aussi mauvaises raisons pour ne pas nommer le Dr Thulié! « La qualité même de médecin est une fin de non recevoir insurmontable! » Mais M. Hérold ignore donc les nombreuses et étroites afférences de la médecine et de l'hygiène avec l'administration de l'Assistance publique! « Le Directeur de l'Assistance publique doit être exclusivement un administrateur! » Il y a donc incompatibilité entre le titre de docteur et les qualités d'administrateur? Mais alors, M. le Préfet, pourquoi dites-vous dans votre lettre: « Je n'ai rien à opposer à ce que vous dites de la compétence de M. Thulié et de ses titres divers à la confiance du Conseil et de l'Administration; sur tous ces points je pense comme vous? » Mais alors, M. le Ministre, pourquoi conservez-vous dans les services d'aliénés des *médecins qui sont en même temps directeurs*? Soyez donc logique! Vos aînés de 1848 — au moins aussi républicains que vous — pensaient tout autrement que vous, car, pour remplacer le directeur de l'Assistance publique, ils nommèrent non pas un médecin, mais *trois*. Et je ne sache pas que les intérêts des malades aient périclité sous le triumvirat de MM. les Drs Dumont, Thierry et Woillemier!

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*).

Si parfait administrateur qu'il ait été, M. Michel Möring n'en a pas moins laissé la partie la plus importante des services qu'il avait mission de diriger, dans un état tout aussi peu satisfaisant qu'à son entrée en fonctions; nous voulons parler de l'hygiène hospitalière; c'est qu'en effet les qualités administratives ne sauraient suffire, lorsqu'il s'agit des perfectionnements du régime hospitalier. On ne parait pas encore se douter dans les sphères administratives, que la science de l'hygiène demande des études et des connaissances spéciales et que les diverses questions qui sont du domaine de l'Assistance publique ne sont pas uniquement affaires juridiques ou bureaucratiques........

A qui fera-t-on croire que les médecins des hôpitaux, dont les réclamations incessantes depuis tant d'années sont au contraire, une preuve de l'impuissance de l'Administration, telle qu'elle existe, à les satisfaire, pourrait se plaindre de voir enfin les services hospitaliers dirigés par un homme, susceptible de les comprendre, et que ses études spéciales désignaient à leur confiance? Et ne semble-t-il pas singulier, à notre époque, de faire décréter en quelque sorte une nouvelle incapacité, et quelle incapacité? Celle du médecin en matière d'administration, lorsque c'est à cette administration qu'est confié l'assistance publique. C'est là une opinion que nous n'envions pas à un préfet de la Seine de 1880 qui loge, par une singulière ironie, dans les salles mêmes où se tenait le Congrès international d'hygiène de 1878. (*Art médical belge.*)

Enfin, voici l'opinion de M. le Dr de Ranse, rédacteur de la *Gazette Médicale*.

On a pu lire, dans la plupart des journaux politiques, que le Conseil municipal de Paris avait proposé et recommandé la candidature de M. le Dr Thulié pour le remplacement de M. Michel Möring à la direction générale de l'Assistance publique. On a lu également la réponse de M. le Préfet de la Seine, et la raison qu'il a fait valoir pour ne pas agréer le candidat du Conseil municipal : « M. le Ministre de l'Intérieur et moi, dit-il, nous avons pensé qu'une fin de non recevoir insurmontable s'élevait contre la nomination du Dr Thulié à la direction de l'Assistance publique, c'est sa qualité même de médecin. Le directeur de l'Assistance publique doit être exclusivement un administrateur. »

On ne saurait trop protester contre une semblable opinion, non seulement au nom de la profession médicale, frappée ainsi sans raison d'ostracisme, mais encore et surtout au nom de l'intérêt public. On craint, dit-on, des conflits entre le directeur médecin et le corps médico-chirurgical des hôpitaux : mais y en a-t-il entre le général qui tient le portefeuille de la Guerre et les autres généraux qui souvent l'ont commandé? Ce sont là de faibles motifs et d'un intérêt plus que secondaire. Par contre, il importe au premier chef que le directeur général de l'Assistance publique soit initié de longue date à toutes les questions, non seulement d'hygiène hospitalière, mais d'hygiène publique, pour qu'il puisse apprécier par lui-même la gravité, l'urgence de certaines réformes, et la nécessité de les effectuer sans retard. Si, comme on l'a vu plus haut, on continue de contrevenir aux règles les plus élémentaires de l'hygiène; si l'on bâtit toujours de grands hôpitaux au sein des quartiers les plus populeux; si l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux est encore à peu près à l'état de projet; si hier,

seulement, on a confié à une Commission le soin d'étudier une bonne organisation de l'assistance à domicile, n'est-ce pas parce que, dans la Commission de surveillance, comme dans les fonctions administratives à tous les degrés, par une sorte de préjugé, une prévention inexplicable, on met à l'écart, à l'exemple de M. le Préfet de la Seine, les hommes vraiment compétents en hygiène et dévoués à l'assistance des pauvres, les médecins? En fait d'administration, il ne suffit pas d'avoir voix consultative, il faut avoir le droit et le pouvoir d'agir. Voilà pourquoi, pendant que la contagion fait chaque jour de nouvelles victimes dans les hôpitaux, la voix des médecins crie en vain dans le désert.

Nous nous associons entièrement aux critiques si judicieuses qui ont été formulées par M. le Dr de Ranse.

Récompenses honorifiques décernées aux membres des Conseils d'hygiène et de salubrité publiques.

Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique en France, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner aux membres des Conseils d'hygiène et de salubrité publiques, qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1877, les récompenses honorifiques suivantes :

Médaille d'or. M. le Dr Drouineau, à La Rochelle, membre du conseil de la Charente-Inférieure. Travaux remarquables. Propositions importantes sur l'organisation de l'hygiène en France.

Rappel de médaille d'or. M. Rabot, pharmacien, secrétaire du conseil de Seine-et-Oise.

Médailles d'argent. M. le Dr Bourgade, professeur à l'école de médecine de Clermont-Ferrand, membre du conseil du Puy-de-Dôme. Rapports sur les eaux minérales. — M. Delcominète, professeur suppléant à l'école supérieure de pharmacie de Nancy, secrétaire du conseil de Meurthe-et-Moselle. Rapports nombreux et intéressants. Participation active et dévouée aux travaux du conseil. — M. le Dr Fauvelle, à Laon, membre du conseil de l'Aisne. Rapport intéressant sur la vaccine. — M. le Dr Guillier, à Paris, membre de la commission d'hygiène du 20e arrondissement. Participation active aux travaux de la commission. — M. le Dr Laënnec, à Nantes, membre du conseil de la Loire-Inférieure. Rapport sur une question de salubrité. — M. le Dr Paul Levasseur, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu de Rouen, secrétaire-adjoint du conseil de la Seine-Inférieure. Rapport sur la vaccine. — M. Loret, pharmacien, secrétaire du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Sedan (Ardennes). Participation active aux travaux du conseil. — M. Marchand, pharmacien à Fécamp, membre du conseil de l'arrondissement du Hâvre. Rapport sur la réunion générale annuelle des conseils d'hygiène de la Seine-Inférieure en 1877.— M. le Dr Martellière, à Paris, membre de la commission d'hygiène du 2e arrondissement. Participation active aux travaux de la commission. — M. le Dr Maurice, à Saint-Etienne, vice-président du conseil de la Loire. Rapports intéressants. — M. le Dr Alph. Mauricet, à Vannes, secrétaire du conseil du Morbihan. Continue chaque année sa participation très active et très dévouée aux travaux du conseil. — M. le Dr Nivelet père, président du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Commercy (Meuse). Compte-rendu des travaux du conseil. — M. le Dr Pamard, à Avignon, secrétaire du conseil de Vaucluse. Participation importante aux travaux du conseil. — M. Philippe, vétérinaire à Rouen, membre du conseil de la Seine-Inférieure. Rapports nombreux à ce conseil. — M. le Dr Pujos, à Auch, secrétaire du conseil du Gers. Rapport intéressant sur une épidémie de diphthérie à Aubret. — M. le Dr Rampal, président du conseil des Bouches-du-Rhône. Rapports intéressants. — M. le Dr Ritter, professeur à la faculté de médecine de Nancy, membre du conseil de Meurthe-et-Moselle. Rapport sur l'analyse des eaux de Nancy. — M. le Dr Rousselin, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, secrétaire du conseil de la Seine-Inférieure. Rapport général. — M. le Dr Thouvenet, à Limoges, membre du conseil de la Haute-Vienne. Travaux intéressants. — M. le Dr Voyet, à Chartres, président du conseil d'Eure-et-Loir. Participation importante aux travaux du conseil.

Rappels de médailles d'argent. M. le Dr Bancel, de Melun (Seine-et-Marne). — M. Barny, pharmacien à Limoges (Haute-Vienne). — M. le Dr Bouteiller, de Rouen (Seine-Inférieure). — M. le Dr Chartier, de Nantes (Loire-Inférieure). — M. le Dr Evrard, de Beauvais (Oise). — M. le Dr Nivet, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — M. le Dr Perret (Félix), de Rennes (Ille-et-Vilaine). — M. Verrier, vétérinaire à Rouen (Seine-Inférieure).

Médailles de bronze. M. Bobière, membre du conseil de la Loire-Inférieure. Travaux de chimie. — M. Canonne, vétérinaire à Vaux-sous-Laon, membre du conseil de l'Aisne. — M. le Dr Dehée, à Arras, secrétaire du conseil du Pas-de-Calais. Compte-rendu des travaux du conseil. — M. le Dr Delacour, directeur de l'école de médecine de Rennes, membre du conseil d'Ille-et-Vilaine. — M. Gebhart, pharmacien à Epinal, secrétaire du conseil des Vosges. — M. le Dr Giustiniani, à Ajaccio, secrétaire du conseil de Corse. — M. le Dr Jaubert, à Périgueux, secrétaire du conseil de la Dordogne. — M. le Dr Lallement, à Charleville, membre du conseil des Ardennes. — M. Larue-Dubarry, pharmacien à Limoges, membre du conseil de la Haute-Vienne. — M. Lejourdan, ingénieur-agronome, à Marseille, membre du conseil des Bouches-du-Rhône. — M. le Dr Lachèze, à Angers, secrétaire du conseil de Maine-et-Loire. — M. Magen, pharmacien à Agen, secrétaire du conseil de Lot-et-Garonne.— M. le Dr Méplain, à Moulins, secrétaire du conseil de l'Allier. — M. Pillon, pharmacien à Saint-Just-en-Chaussée (Oise), membre de la commission d'hygiène du canton (arrondissement de Clermont). — M. le Dr Rebory, à Digne, secrétaire du conseil des Basses-Alpes. — M. le Dr Recipon, au Puy, secrétaire du conseil de la Haute-Loire.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 24. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Houel, Cadiat. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Ollivier. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Pozzi ; — 2e *série* (Charité) : MM. Parrot, Guyon, Chantreuil.

MARDI 25. — 1er *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Robin, Delens, Humbert ; — 2e *série* : MM. Charcot, B. Anger, Duval ; — 3e *série* : MM. Ball, Lannelongue, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Gosselin, Lasègue, Charpentier ; 2e *série* (Charité) : MM. Hardy, Pinard, Berger.

MERCREDI 26. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Houel, Nicaise, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Fournier, Guéniot, Marchand.

JEUDI 27. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, B. Anger, Duval. — 2e *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Hardy, Peter, Humbert ; — 2e *série* : MM. Lasègue, Ball, Richelot ; — 3e *série* : MM. Brouardel, Delens, Legroux. — 2e *Officier de santé* : MM. G. Sée, Pinard, Berger.

VENDREDI 28. — 1er *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Béclard, Houel, Pozzi. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Parrot, Nicaise, Chantreuil ; — 2e *série* (Charité) : MM. Fournier, Guéniot, Terrillon.

SAMEDI 29. — 1er *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Robin, Lannelongue, Duval ; — 2e *série* : MM. Ball, B. Anger, Berger. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Panas, Delens, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Lasègue, Brouardel, Lancereaux. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Gosselin, Laboulbène, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Bouchard, Pinard, Humbert.

THÈSES. — *Mardi* 25 : 216. M. Robin : De l'électropuncture dans la cure des anévrysmes. — 217. M. Bal Outrey. — *Mercredi* 26 : 218. M. Gœury : Contribution à l'étude des tumeurs solides du bord alvéolaire. — 219. M. Rochard : Des blessures causées par les substances explosibles d'invention moderne. — 220. M. Desenne : Etude sur l'analgésie thérapeutique locale déterminée par l'irritation de la région similaire du côté opposé du corps. — 221. M. Provenaz : De l'extension continue dans les affections articulaires aiguës. — *Jeudi* 27 : 222. M. Faisnel : Contribution à l'étude de la colique saturnine. — 223. M. Pion : Parrallèle des différentes interventions chirurgicales dans l'ostéo-myélite aiguë ; résultats statistiques. — 224. M. Brun : Essai sur l'irido-choroïdite rhumatismale et son traitement par le salycilate de soude. — 225. M. Hébert : Une année médicale à Dagana. — *Vendredi* 28 : 226. M. Jarry : De l'anesthésie dans les opérations de la face qui exposent à l'entrée du sang dans les voies aériennes. — 227. M. Ferrand : Contribution à l'étude de la péricardite rhumatismale.

Résultats statistiques de la conscription de 1879.

Le nombre des jeunes gens admis à participer au tirage était de 295,924 ; présentant une augmentation de 9,817 sur l'année précédente, soit d'un trentième environ. — Sur ce nombre, il y en a eu 33,543 exemptés pour infirmités diverses :

Aveugles ou borgnes	1583,	soit 1 sur 187
Maladies des yeux	1345,	— 224
Surdité	832,	— 356
Epileptiques, idiots, aliénés, crétins	1843,	— 160
Pertes de membres	3697,	— 80
Faibles de constitution	3255,	— 91
Pour diverses causes	21078,	— 14

Il y a donc en tout 33,543 infirmes sur 295,924, soit environ un neuvième. Du contingent restant (262,381), il faut encore déduire pour diverses causes 45,410 dispensés du service actif ; et 4,800 jeunes gens remplissant diverses conditions (écoles diverses, séminaires, instituteurs, etc). L'ensemble disponible du contingent se trouve finalement réduit à 141,797 conscrits, soit à peu près la moitié des jeunes gens qui participent au tirage.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BUDIN et RIBEMONT commenceront, le mardi 1er juin, à 4 h. du soir, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Accouchement normal ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° *Exercices cliniques et opératoires*. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Voies urinaires. — Le Dr H. PICARD a recommencé son cours, sur les maladies de l'appareil urinaire, le mercredi 19 mai, à 5 h., amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Jonathan LANGLEBERT commencera le mardi 25 mai à 4 h., dans le local de sa clinique, boulevard Saint-Germain, 93, une série de conférences sur le *diagnostic* et le *traitement des rétrécissements de l'urèthre*.

FORMULES

31. Poudre à faire priser dans le coryza aigu. YVON.

Les poudres absorbantes à priser au début du coryza aigu soulagent souvent beaucoup le patient si on y joint un narcotique. En rendant la poudre légèrement astringente, on réussit à arrêter quelquefois le développement du rhume de cerveau. M. Yvon donne la formule suivante d'une poudre composée qui peut être prescrite avec avantage dans ces cas :

Sous-nitrate de bismuth.........	20 grammes.
Poudre de benjoin..............	10 —
Tannin.........................	4 —
Chlorhydrate de morphine.......	0,10 centigr.

A prendre par prises dès le début du coryza (*Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*).

32. Térébenthine de Chio dans le cancer. J. CLAY.

Voici un nouveau remède du cancer, facile à employer, c'est la térébenthine de Chio préconisée par le Dr John Clay (de Birmingham). Ce dernier l'a employée surtout dans le cancer des organes génitaux de la femme. — Une vieille femme avait un col de l'utérus profondément creusé par un cancer ; hémorrhagies fréquentes et cachexie marquée. 35 centigr. de térébenthine de Chio et 20 centigr. de fleur de soufre lui furent donnés en deux pilules toutes les quatre heures. Le quatrième jour, la malade se sentait en meilleur état, accusant toutefois un écoulement très abondant. Le vagin contenait une sorte de liquide compact, durci, et le douzième jour cette masse avait été rejetée. Dès la douzième semaine, les parties avaient complétement changé d'aspect et étaient cicatrisées et mamelonnées.

Chez une autre femme, le cancer avait disparu en quatre semaines et elle fut revue au bout de quatre mois. Ici, au bout d'un certain temps, les pilules furent remplacées par la mixture suivante :

Térébenthine de Chio.........	8 grammes.
Ether........................	30 —
Solution de gomme adragante...	120 —
Sirop simple.................	30 —
Fleur de soufre..............	2,50 centigr.
Eau..........................	500 grammes.

A prendre 30 grammes, trois fois par jour.

Chez une autre femme de 32 ans, renvoyée comme incurable, un cancer de la lèvre postérieure du col disparut rapidement. Des cancers d'autres régions paraissent être influencés fort heureusement aussi par le traitement à la térébenthine. Mais la térébenthine de Venise et de Strasbourg n'ont pas produit les mêmes résultats favorables que la térébenthine de Chio. M. J. Clay termine sa relation en disant : je juge d'après mon expérience que cette térébenthine agit comme un poison sur le néoplasme. (*London med. Record* et *J. de méd. et de chir. pratiques.*)

33. Pommade contre l'urticaire. BULKLER.

Hydrate de chloral............	4 grammes.
Gomme pulvérisée..............	4 —
Camphre pulvérisé.............	4 —
Cérat.........................	30 —

On triture ensemble les trois premières substances jusqu'à ce que le mélange se liquéfie, puis on ajoute le cérat. Onctions, matin et soir, pour calmer le prurit de l'urticaire. (*Union médicale.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 7 mai au jeudi 13 mai 1880, les naissances ont été au nombre de 1,113, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 423 ; illégitimes, 169. Total, 592. — *Sexe féminin* : légitimes, 380 ; illégitimes, 141. Total, 521.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 7 mai au jeudi 13 mai les décès ont été au nombre de 1,204, savoir : 661 hommes et 543 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 18. F. 15. T. 33. — Variole : M. 44. F. 27. T. 71. — Rougeole : M. 13. F. 18. T. 31. — Scarlatine : M. 2. F. 3. T. 5. — Coqueluche : M. 4. F. 6. T. 10. — Diphtérie. Croup : M. 26. F. 32. T. 58. — Dysentérie : F. 1. — Erysipèle : M. 5. F. 6. T. 11. — Affections puerpérales : F. 5. — Autres affections épidémiques : ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 108. F. 79. T. 187. — Autres tuberculoses : M. 30. F. 30. T. 60. — Autres affections générales : M. 79. F. 58. T. 137. — Bronchite aiguë : M. 22. F. 18. T. 40. — Pneumonie : M. 56. F. 49. T. 105. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 32. F. 22. T. 54. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 46. F. 42. T. 88 ; — chroniques : M. 99. F. 82. T. 181 ; — douteuses : M. 41. F. 40. T. 81. — Après traumatismes : M. 1. F. 1. T. 2. — Morts violentes : M. 34. F. 8. T. 42. — Causes non classées : M. 1. F. 2. T. 3.

Morts nés et prétendus tels : 80, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 13. Total, 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 12. Total, 34.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Ecole pratique. Exercices opératoires.* M. FARABEUF, chef des travaux anatomiques.

Cinquième cours. M. le Dr P. SEGOND, prosecteur, avec le concours de cinq aides d'anatomie, a fait sa première démonstration le mardi 18 mai, à 1 heure précise (pavillon n° 7).

Sixième cours. M. le Dr Ch. NÉLATON, prosecteur, avec le concours de cinq aides d'anatomie, a fait sa première démonstration le mardi 18 mai, à 1 heure précise (pavillon n° 3).

ASILES DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. *Concours pour l'internat en pharmacie.* — A la suite des deux premières épreuves (reconnaissance des substances simples et composées) les candidats ont obtenu les points suivants, le maximum étant 40 : MM. Astier, 24 3/4 ; Acquérin, 25 1/2 ; Hébert, 30 ; Paillé, 22 3/4 ; Bonnet, 30 1/2 ; Morin, 25 3/4 ; Gibert, 29. — A l'épreuve écrite qui a eu lieu le vendredi 14, deux candidats, MM. Hébert et Paillé, se sont retirés. Cette épreuve comportait le sujet suivant : *Composés oxygénés du soufre. — Teintures alcooliques et en particulier Baume du commandeur. — Mannes.*

ASILES D'ALIÉNÉS. *Nominations.* — M. le Dr Broc, directeur-médecin de l'asile de Dreux, est nommé directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares, en remplacement de M. Foville, nommé inspecteur général. — M. le Dr Brunet, directeur-médecin de l'asile de Breuly (Charente), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Evreux, en remplacement de M. Broc. — M. le Dr Cullère, médecin en chef de la section des hommes de l'asile de Marseille, est nommé directeur-médecin de l'asile de Breuly.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Par arrêté du 18 mai 1880, M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours s'ouvrirait le 1er décembre prochain, pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — Cette société tiendra sa prochaine séance le mercredi 26 mai, 3, rue de l'Abbaye, à 8 heures précises du soir. — Ordre du jour : 1° Discussion des communications faites dans les précédentes séances ; — 2° Dr Vallin : De quelques accidents produits par les papiers de tentures récemment appliqués ; — 3° Dr Mathelin : Des spécialités toxiques en pharmacie ; leurs dangers au point de vue de la médecine publique ; — 4° Dr Emery-Desbrousses : De la désinfection des fosses d'aisance par l'huile lourde de houille ; — 5° A.-J. Martin : Essai d'organisation de la médecine publique en France ; — 6° Soulié : Les égouts de la ville de Rennes ; modifications projetées ; résultats hygiéniques.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XIe arrondissement que le dimanche 6 juin 1880, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Cauvin, médecin de 1re classe de la marine, est chargé d'une mission à l'effet de continuer, à Melbourne, ses recherches anthropologiques. — M. le Dr Hacks, membre de la société d'anthropologie, est chargé d'une mission à l'effet de poursuivre ses recherches anthropologiques à Malacca, dans les îles de la Sonde, l'Indo-Chine, la Chine et le Japon.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE DE TURIN. — Le conseil municipal de Paris a désigné comme délégués, pour le représenter au Congrès international d'hygiène de Turin, MM. le Dr Thulié, président du conseil ; le Dr Bourneville, conseiller municipal ; Couche, ingénieur ; le Dr Bertillon, directeur du service de la statistique.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera dimanche prochain 23 mai, une course géologique à Lardy, Jeanville et Laferté-Aleps. Réunion à la gare d'Orléans où l'on prendra à 6 h. 50 du matin le train pour Lardy. — *Nota.* On sera rentré à Paris à 5 h. 1/2 du soir.

M. Ch. VÉLAIN, maître de conférences, fera, dimanche prochain 23 mai, une excursion géologique à Etampes. — Rendez-vous à la gare d'Orléans, à 6 heures 45 m. précises du matin.

HERBORISATION. — M. BUREAU, professeur de botanique au Muséum

d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le dimanche 23 mai, dans les bois de Saint-Cloud — Rendez-vous à la gare de Saint-Cloud, à l'arrivée du train partant de Paris (gare Saint-Lazare), à onze heures 30 minutes.

M. le professeur BAILLON fera sa prochaine herborisation à la forêt de Carnelle et à l'Isle-Adam, le dimanche 23 mai 1880. Départ à la gare du Nord, à 8 h. 30 pour la station de Presles.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr B. CAMPEMAS, ancien médecin principal en retraite, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges, vient de mourir à Paris, à l'âge de 80 ans.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, de midi à cinq heures.

DUPUY (L.-E.). Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies. In-8° de 16 pages, 50 cent. — Pour les abonnés. 35 cent.

FERRIER. Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales. Traduction avec l'autorisation de l'auteur, par H. DURET. In-8° de 74 p. avec 11 fig. dans le texte, 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 fr. 35.

GIRALDÈS (J.-A.). Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.). Etudes anatomiques ou recherche sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et dans quelques animaux. Paris 1836. In-4° de 83 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

GIRALDÈS (J.-A.). Des luxations de la mâchoire. Paris 1844. In-4° de 50 pages avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

GIRALDÈS (J.-A.). De l'anatomie appliquée aux beaux-arts. Cours professé à l'Athénée des Beaux-Arts. Compte rendu par Mlle Lina Jaunez. Paris 1856. In-8 de 8 pages. — Prix : 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.). Plan général d'un cours d'anatomie appliqué aux beaux-arts. Paris 1857. In-8 de 8 pages. — Prix : 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.). Recherches anatomiques sur le corps innominé. Paris, 1861. In-8 de 12 pages avec 5 planches. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A). De la fève de Calabar, note présentée au congrès médico-chirurgical de France tenu à Rouen le 30 septembre 1863. Paris 1864, in-8 de 8 pages avec figures. — Prix : 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.). Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne. Paris 1866. In-8 de 7 pages. Prix : 40 cent.

GIRALDÈS (J.-A.). Sur un point du traitement de la périostite phlegmoneuse diffuse. Paris 1874. In-8 de 12 pages. Prix 50 cent.

LIOUVILLE (H.). Nouveaux exemples de lésions tuberculeuses dans la moelle épinière. In-8, 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

LIOUVILLE et DEBOVE. Note sur un cas de mutisme hystérique, suivi de guérison. — Paris, 1876. In-8. 30 cent.

GOLAY (E.). Des abcès douloureux des os. Un volume in-8 de 162 pages. — Paris, 1879. — Prix : 3 fr. 50 ; pour nos abonnés, 2 fr. 50

GOMBAULT. Etude sur la sclérose latérale amyotrophique. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

HAYEM (G.). Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde, recueillies par Boudet de Pâris. In-8 de 88 pages avec 5 figures. Prix : 2 fr. 50. — Pour les abonnés, 1 fr. 70

KELSCH (A.). Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse. In-8°. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Tenon. — *Médecine.* — Service de M. H. RENDU. — Visite à 8 h. 30. Consultation le samedi. Spéculum mardi. — Salle Sainte-Marguerite (F) : 3, cirrhose hypertrophique ; 11, hoquet nerveux ; 16, coxalgie hystérique ; 17, phlegmon péri-utérin ; 21, ictère catarrhal. — 1re salle à gauche (H) : 8, fièvre typhoïde ataxique ; 10, congestion pulmonaire. — Salle Gérando (H) : 14, affection aortique ; 23, carie du rocher, paralysie faciale ; 25, sclérose en plaques. — Salle Tenon : variole.

Service de M. DIEULAFOY. — Visite à 9 h. Consultation le lundi à 9 h. 1/2. — Salle Magendie : 2, rhumatisme articulaire subaigu, insuffisance mitrale ; 4, périmétrite ; 8, rétrécissement mitral ; 10, anémie. — Salle Laënnec : 9, bronchite, emphysème ; 13, hoquet hystérique ; 22, rhumatisme articulaire aigu, endocardite. — Salle Saint-Vincent : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 6, syphilis cérébrale ; 10, empyème ; 12, pneumonie, alcoolisme ; 26, fièvre typhoïde. — Salle 1re extrême gauche : 7, phthisie aiguë ; 17, phlébite chez un tuberculeux ; 9, hémorrhagie pulmonaire.

Service de M. GERIN-ROZE. — Visite à 9 h. Laryngoscopie le jeudi de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Spéculum le vendredi. — Salle Lelong : 1, albuminurie, néphrite mixte ; 5, phthisie, albuminurie ; 10, pneumonie du sommet ; 11, 12, péritonite tuberculeuse ; 10, insuffisance et rétrécissement mitral ; 18, pneumonie chez un alcoolique ; 19, tétanos traumatique ; 23, insuffisance aortique, souffle 2e temps à la pointe. — Salle Sainte-Honorine : 9, purpura cachectique ; 14, albuminurie ; 16, pelvi-péritonite ; 17, cancer du foie. — Salle Sainte-Marie : 5, pelvi-péritonite ; 9, albuminurie, néphrite mixte ; 2 bis, lithiase biliaire ; 5 bis, fièvre typhoïde, érysipèle ; 6 bis, tuberculose ; 7 bis, broncho-pneumonie dans le cours d'une rougeole.

Service de M. GRANCHER. — Visite à 9 h. Consultation le mercredi. — Salle Andral (H) : 2, 3, 23, 18, pleurésie ; 21, paralysie agitante ; 22, tumeur cérébrale ; 9, péritonite cancéreuse ; 8, néphrite parenchymateuse. — Salle Sainte Thérèse (F) : 1, néphrite parenchymateuse ; 17, asystolie ; 7, carie du rocher, troubles cérébraux. — Salle Sainte-Geneviève : 5, myélite transverse. — Salle 1re à droite : 2, péritonite tuberculeuse ; 31, cystite et métrite ; 17, chlorose.

Service de M. STRAUSS. — Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Spéculum le mardi. — Salle Saint-Augustin (H) : 9, tumeur cérébrale ; 11, ataxie locomotrice ; 12, maladie bleue ; 13, mal de Bright ; 21, insuffisance mitrale. Salle 2e extrême gauche (H) : 9, pleurésie purulente, empyème ; 10, paralysie agitante ; 24 bis, cirrhose hypertrophique ; 32, saturnisme. — Salle Collin : 17, phlegmon du ligament large. — Salle Tenon (F) : variole.

Service de M. Th. ANGER, suppléé par M. BLUM. Visite à 9 h. Consultations : lundi, mercredi, vendredi à 10 h. Salle Delessert : 1, carie des os du bassin ; 7, folliculite chancreuse ; 12, cystite chronique ; 12, thyroïdite suppurée. — Salle Monthyon : 1, hydrocèle symptomatique, induration considérable de l'épididyme, hernie inguinale ; 15, scrofule, abcès multiples, arthrite de l'articulation sterno-claviculaire ; 6, amputation de jambe ; 11, anthrax, stomatite ulcéro-membraneuse ; 12, enchondrome de l'épaule ; 15, sciatique (élongation du nerf). — Salle Dupuytren : 2, tumeur blanche du genou ; 5 et 8, fractures de la rotule ; 7, fistule anale ; 9, fistule uréthrale. — Salle Seymour : 22, abcès froids multiples ; 3, fracture du bras ; 4, mal perforant : 5, phlegmon de la jambe.

Service de M. DELENS. Visite à 9 h. Consultations : mardi, jeudi, samedi. Salle Richard Wallace : 1, lymphangite de l'avant-bras ; 7, plaie de la tête, décollement du cuir chevelu ; 10, hernie étranglée, anus contre nature. — Salle Boyer : 3, phlegmon de la fosse iliaque ; 5, périostite de l'extrémité inférieure du fémur, arthrite suppurée du genou.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur HARDY. — Salles Sainte-Anne et Saint-Charles : Cliniques les lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures.

Service de M. le professeur VULPIAN. (Suppléant : M. le Dr TROISIER). — Salle Sainte-Madeleine : 3, hématocèle rétro-utérine ; 4 *bis*, méningite spinale ; 6, myome utérin ; 23, catalepsie. — Salle Saint-Jean-de-Dieu : 1, ataxie ; 3, paralysies saturnines ; 23, zona ophthalmique ; 15, ictère, fièvre intermittente.

Service de M. le professeur LABOULBÈNE. — Salle Saint-Michel : 5, dilatation du cœur ; 7, péricardite ; 9, pleurésie gauche ; 13, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale ; 16, fièvre typhoïde, pleurésie double ; 18, cirrhose ; 29, tremblement mercuriel. — Salle Sainte-Marthe : 2, fièvre typhoïde, otite suppurée ; 8, fièvre typhoïde, abcès multiples ; 10, pérityphlite ; 18, angine diphthéritique ; 20, lupus vorax de la gorge.

Service de M. le Dr BERNUTZ. — Salle Saint-Basile : 1, gastralgie ; 11, ramollissement cérébral ; 14, syphilis, grossesse ; 15, pelvipéritonite

blennorrhagique ; 20, tumeur fibreuse de l'utérus. — Salle Saint-Louis : 8, syphilis, ictère ; 10, lésion mitrale ; 11, endocardite aiguë ; 17, cirrhose hypertrophique ; 26, dilatation bronchique ; 29, ataxie locomotrice.

Service de M. le Dr RAYNAUD. (Clinique, le vendredi à 9 heures.) — Salle Saint-Ferdinand : 2, sciatique ; 3, pyopneumothorax ; 10, pneumonie, ictère ; 11, cirrhose ; 13, paralysie diphthéritique ; 15, péritonite tuberculeuse ; 17, pleurésie purulente, empyème ; 26, goître exophthalmique. — Salle Saint-Joseph : 1, fièvre typhoïde ; 7, sclérose en plaques ; 15, néphrite parenchymateuse ; 16, endo-péricardite ; 18, fièvre typhoïde ; 24, rhumatisme articulaire aigu.

Chirurgie. — Service de M. le professeur GOSSELIN. — Salle Sainte-Catherine : 1, mal de Pott ; 4, rein flottant ; 7, tumeur adénoïde du sein ; 14, abcès du sein ; 13, ophthalmie blennorrhagique. — Salle Sainte-Vierge : 27, orchite ulcéreuse expulsive ; 29, orchite blennorrhagique et syphilis ; 31, corps étrangers articulaires ; 36, fracture de jambe ; 40, fracture de la 12e côte ; 48, cancroïde du plancher buccal ; 13, adeno-phlegmon sus-claviculaire ; 19, fracture de la malléole externe ; 4, fracture du crâne.

Service de M. le professeur TRÉLAT : 3, rétrécissement de l'urèthre, infiltration d'urine ; 10, plaie contuse de la main gauche ; 16, abcès ganglionnaire du cou ; 19, carcinôme du testicule droit avec propagation à l'épiploon gastro-hépatique ; 21, rétrécissement de l'œsophage.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. SIREDEY. Salle Ste-Geneviève (F.) ; 15, pelvi-péritonite ; 20, paralysie diphthéritique ; 34, péritonite. — Salle Saint-Augustin (*bis*) ; 10, hypochondrie ; 26, insuffisance aortique, apoplexie pulmonaire ; 30, ascite.

Service de M. PROUST : Salle Ste-Marie (F.) ; 5, asthme avec urticaire ; 7, chlorose ; 14, syphilis cérébrale ; 24, paraplégie ; 26, colique hépatique. — Salle Saint Charles (H.) ; 1, tremblement alcoolique ; 3, insuffisance mitrale avec hydrothorax ; 24, ramollissement cérébral ; 33, vertige de Ménière.

Service de M. DUPLAY. Salle Saint Honoré (H.) ; 6, épispadias ; 8, exstrophie de la vessie ; 17, rétrécissement de l'urèthre avec fièvre urineuse ; 30, épanchement sanguin de la cuisse. — Salle Saint-Ferdinand (H.) ; 7, cancroïde de l'oreille ; 8, parotidite suppurée ; 11, entorse du genou ; 19, fracture de la rotule. — Salle Ste-Marthe (F.) ; 3, corps fibreux de l'utérus ; 4, cancer du sein ; 6, hernie ombilicale ; 8, hypertrophie de la mamelle ; 15, eczéma du sein droit, épithelioma du sein gauche. Salle Ste-Marthe (*bis*) ; épithélioma de l'œil et du sein.

Service de M. LABBÉ. Salle St-Louis (H.) ; 9, paralysie du biceps ; 10, gangrène des bourses ; 16, tarsalgie des adolescents ; 17, contusion du plexus brachial (paralysies et troubles trophiques. — Salle St-Augustin (H.) ; 5, éclat d'obus dans la fesse, sciatique, double mal perforant ; 10, kysto sarcome du testicule ; 17, testicule syphilitique. — Salle Ste-Jeanne (F.) ; 12, kyste hydatique du grand pectoral ; 23, sarcôme de l'aisselle, généralisation.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. MARTINEAU. — Clinique syphiliographique du samedi 9 h. — Salle Saint-Louis : 2, syphilis, syphilides vulvaires, végétations ; 11, métrite, rétroflexion, adéno-lymphite ; 12, syphilis, métrite chronique, adéno-lymphite droite, ulcérations folliculaires, adéno-pelvi-péritonite adhésive ; 20, syphilis, syphilide érythémateuse et papulo-spameuse, herpès de la vulve syphilide utérine ; 30, syphilis, syphilides vulvaires et anales ; 32, syphilis, syphilides vulvaires et anales, métrite chronique, adéno-lymphite droite. — Clinique gynécologique du mercredi 9 h. — Salle Saint-Alexis : 8, syphilis, syphilides vulvaires, syphilide érithémateuse et papulo-spameuse ; 11, syphilis, syphilides vulvaires, métrite chronique, adéno-lymphite droite ; 24, manuélisation, tribadisme, syphilis, syphilides vulvaires, métrite, adéno-lymphite double avec péri-adénite droite ; 26, manuélisation, saphisme, adéno-lymphite droite, métrite chronique, rétroversion chancrelle ; 27, uréthrite, ulcération traumatique de l'anus, folliculite simple ; 40, syphilis, syphilides vulvaires, pédérastie, manuélisation et saphisme, métrite chronique, adéno-lymphite gauche.

CERF ET FILS, IMP., 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 22. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 29 MAI 1880.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

Du Mercure (1).

Leçon recueillie par M. E. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Action physiologique du mercure. — 1° *Action locale.* — Les préparations mercurielles sont irritantes, parfois même, vous le savez, elles sont employées comme des agents substitutifs et caustiques. Cette propriété irritante augmente avec leur solubilité (Ex. Sublimé), et elle se développe dans les sels insolubles au fur et à mesure qu'ils se trouvent dans les conditions favorables à se transformer en sels solubles (Ex. le Calomel en présence des chlorures.) Vous m'objecterez sans doute que l'onguent napolitain n'est pas soluble, et que, néanmoins, il jouit de propriétés irritantes. C'est vrai, mais remarquez que les inflammations cutanées provoquées par l'onguent napolitain ne sont pas aussi fréquentes qu'on le dit, et, enfin, elles sont d'autant plus intenses — l'idiosyncrasie une fois mise à part — que la pommade est plus ancienne, c'est-à-dire que l'axonge est rance, qu'il s'est formé des sels mercuriels et que le corps gras a subi la fermentation butyrique.

On a souvent relevé contre l'emploi du mercure cette action irritante locale, pouvant amener sur la peau des eczémas spéciaux. Chez les enfants, chez les bébés eux-mêmes, nous ne sommes point frappés de la fréquence de ces irritations cutanées. Je prescris des frictions mercurielles à tous les enfants syphilitiques. Et cependant, combien avez-vous constaté d'accidents cutanés ? Un à deux cas, sur la quantité qui est assez grande dans une année scolaire. D'ailleurs, à quoi se réduisaient ces accidents ? A de légères inflammations que les lavages, les soins de propreté, la suspension des frictions suffisaient pour guérir en peu de jours. Si donc vous voyez se produire le lendemain des frictions une irritation quelconque de la peau, conseillez d'abandonner l'aisselle et de faire les frictions aux jarrets et aux plis de l'aine. Vous ne priverez pas ainsi le petit syphilitique de la meilleure voie d'absorption dont vous puissiez souvent disposer. Chez les enfants de notre consultation, qui échappent nécessairement à une surveillance quotidienne, je conseille par précaution de pratiquer ces frictions alternativement sous l'aisselle droite et gauche, puis de passer aux jarrets, aux plis de l'aine et à la paroi de l'abdomen.

En fin de compte, prenez toujours la précaution de recommander au pharmacien de fournir des pommades fraîches ou bien conservées.

Sur la muqueuse des voies digestives, cette action irritante du mercure détermine du catarrhe intestinal qui, chez l'enfant et chez l'adulte, contrarie singulièrement l'absorption du médicament. Si le médecin ne combat point cet inconvénient, il n'obtient pas les effets utiles du mercure, et l'accuse d'impuissance.

Chez l'enfant nouveau-né, par exemple, cette question se présente sous deux faces différentes : 1° l'enfant syphilitique a des gardes-robes normales ou même il est constipé. Dans ce cas, il n'y a pas à hésiter, vous devez avoir recours aux préparations mercurielles ; 2° ou bien le bébé est déjà diarrhéique, c'est alors que, songeant aux propriétés irritantes du remède, vous aurez la pensée de vous adresser d'abord à une médication antidiarrhéique. Je vous démontrerai dans un instant, notez-le bien, que bon nombre d'enfants syphilitiques, atteints de diarrhée, guérissent merveilleusement par les agents mercuriaux ; que d'ailleurs, si la diarrhée n'en persiste pas moins, la suspension du traitement mercuriel, la mise en œuvre d'un traitement antidiarrhéique et la continuation des frictions constituent encore un traitement très efficace.

Chez l'adulte, vous le savez, on a toujours le soin d'associer des substances astringentes et l'opium en particulier, aux préparations mercurielles. L'abondance des chlorures dans le sang, les sécrétions et les aliments, rend quelquefois chez l'adulte cette précaution insuffisante, et, un certain nombre de syphilitiques, tourmentés par le catarrhe intestinal, ne retirent que de médiocres bénéfices de l'usage interne du mercure. Ils sont sujets à des dérangements d'entrailles qui les affaiblissent, et n'absorbent presque pas de sels mercuriels.

De cette action physiologique découlent les préceptes suivants : Surveillez le régime, diminuez les chlorures, augmentez la dose de l'opium, laissez au besoin reposer le tube digestif pendant quelques jours, ayez recours à la surface cutanée ; et l'absorption, devenue plus active, luttera avec avantage contre le poison morbide.

Indépendamment de son action locale, quelquefois irritante, et dans certains cas très caustique, le mercure possède la faculté de pénétrer aisément à travers la peau et les tissus sur lesquels il est déposé. Sur la peau, incorporé à des corps gras qui le fixent et le mélangent intimement aux sécrétions cutanées, il s'introduit très rapidement dans la circulation chez certains sujets. En contact avec la muqueuse digestive, son absorption est, sans contredit, très facile également, mais à une condition que je viens de vous signaler, c'est qu'il ne produise pas d'hypersécrétion muqueuse, sans quoi, il est entraîné par un flux diarrhéique.

On a beaucoup discuté, Messieurs, pour décider sous quelle forme chimique le mercure, mis en contact avec la peau et la muqueuse des voies digestives, pénétrait dans l'organisme. Un certain nombre d'expérimentateurs avaient cru trouver, à la suite de frictions, des gouttes microscopiques de mercure métallique, non-seulement dans l'épiderme et ses prolongements glandulaires, mais encore dans le derme et les tissus sous-cutanés.

Il a été démontré de nos jours que le mercure ne dépassait pas la couche cornée de l'épiderme, et ne pénétrait même pas dans la couche muqueuse de Malpighi.

A la suite d'expériences fournissant la preuve que le mercure émettait à la température ordinaire et même aux basses températures des vapeurs très diffusibles, on a cru que le mercure était absorbé sous cette forme par les poumons, chez les individus exposés à ces vapeurs.

Il est certain que les vapeurs mercurielles sont rapidement absorbées par les voies respiratoires, mais elles ne sont pas, dans ces conditions, les seules voies d'absorption de cet agent thérapeutique, car on a pu en trouver des traces dans l'urine d'un sujet frictionné, qui recevait l'air destiné à la respiration au moyen d'un masque permettant de le puiser à une grande distance.

Des recherches non moins nombreuses ont été faites pour savoir si le mercure métallique, employé en frictions, ne pénétrait pas dans l'économie sous forme de composé soluble ; d'après Miahle, toutes les préparations mercuriques, mises en contact avec les chlorures alcalins qui imprègnent les surfaces absorbantes, se transformeraient partiellement en chlorures hydrargyro-alcalins.

Des travaux plus récents ont modifié ce que cette théorie avait de trop exclusif, et font intervenir dans les transfor-

(1) Voir le n° 20.

mations chimiques compliquées du mercure l'ozone du sang; toutefois, elles tendent de plus en plus à rejeter l'absorption directe du mercure liquide et à accepter sa transformation en composés salins et solubles, ou en composés organiques.

Em résumé, l'absorption se fait sous forme de chlorure ou d'albuminate de mercure.

2° *Action générale.*— Introduit dans le sang, le mercure diminue la plasticité du liquide nourricier et le nombre des globules. Les auteurs, car il s'en est trouvé, qui ont accordé des propriétés reconstituantes au mercure, n'ont pas séparé, dans leur parallèle, l'action du mercure chez l'homme sain et chez le malade syphilitique. Débilitant, altérant, chez l'homme sain ou chez le malade non syphilitique, il joue le rôle de tonique chez les syphilitiques. Il multiplie les globules, leur donne plus de vitalité, les régénère, accroît les qualités plastiques du sang, à condition toutefois que la dose de la préparation mercurielle et la durée de son administration ne dépassent pas les limites nécessaires.

Ainsi, Messieurs, le même médicament, utile chez le syphilitique, joue le rôle de poison chez l'homme sain, même à doses thérapeutiques. Seulement son action est lente ou rapide suivant les conditions d'hygiène, d'administration, d'idiosyncrasie, de dosage des préparations mercurielles.

Lente, chez l'ouvrier mineur, le doreur, les malades dont le traitement a été modéré mais prolongé à l'excès, elle amène à la longue une sorte d'anémie profonde, d'état cachectique caractérisé par l'hypoglobulie, la liquéfaction du sang, une stomatite chronique avec carie dentaire, chute des dents, et enfin un tremblement nerveux involontaire.

Rapide, chez les individus doués d'une très grande susceptibilité, chez ceux surtout qui l'absorbent en frictions cutanées, ou à doses trop élevées non fractionnées, en un à deux jours, quelquefois en moins de temps, son action peut dépasser le but et provoquer une stomatite accompagnée d'une salivation des plus intenses, d'une faiblesse extrême et d'une anémie considérable. Vous n'ignorez pas qu'il existe des prédispositions fort singulières et que la science, sans pouvoir en rendre compte, se borne à enregistrer les particularités. Tel malade supporte 0,10, 0,15, 0,20 centigrammes de proto-iodure de mercure sans éprouver de sensation pénible aux gencives, sans stomatite, ni ptyalisme. Tel autre ne peut absorber le mercure par les voies digestives ou cutanées sans en ressentir tous les accidents (stomatite, salivation, anémie).

En résumé, que le mercure ait pénétré dans l'économie par la peau, la muqueuse digestive ou respiratoire, dès qu'il est en contact avec les éléments du sang, il les altère chez l'homme non syphilitique, dans des proportions qui varient avec la dose, la durée du traitement et la susceptibilité de l'individu. Au contraire, chez le syphilitique, tant que la dose et la durée sont rationnelles il ravive, il fortifie, il multiplie ces mêmes éléments.

Cette action reconstituante ne s'observe que dans le traitement de la vérole. De là le nom de spécifique donné au mercure. Et c'était à juste titre, je crois. Le mercure n'agit pas seulement comme antiplastique chez l'homme sain et le syphilitique. Il reste là une inconnue que nous n'avons pas encore pu résoudre, autrement cette propriété antiplastique, facilement exploitée dans la syphilis, maladie à tendance hyperplasique pendant une certaine période, le serait avec un égal succès dans les autres maladies produisant des dépôts plastiques ou pseudo-membraneux, c'est ce qui n'existe pas.

Nous ne connaissons, il ne faut pas nous illusionner à cet égard, qu'une partie des effets du mercure sur la nutrition et la vie du sang. Les conquêtes scientifiques sur ce point ne sont pas à dédaigner, mais il reste encore bien des points obscurs. Permettez-moi de vous citer à l'appui de mon opinion un exemple qui vous fera comprendre toute ma pensée : Un syphilitique, vierge de tout traitement, portant encore l'induration du chancre, atteint d'une vérole de moyenne intensité dont l'origine ne remonte pas à plus d'un mois, se plaint de malaise général; son intelligence est moins vive, ses fonctions digestives sont troublées; l'appétit diminue et se perd tout à fait vers la chute du jour, heure à laquelle le malade a les mains chaudes et tombe dans une sorte de nonchalance, pour ne pas dire plus. Eh bien, donnez du mercure à ce patient dont je vous abrège à dessein la liste des misères et vous le verrez du jour au lendemain, vous traduire, non pas un changement complet et profond de toute l'économie, mais une amélioration, un bien-être très sensible. L'esprit est plus ouvert, l'appétit meilleur, les forces moins déprimées, la réaction nocturne moins accusée.

En un mot, le voilà tout transformé en fort peu de temps. Les principales fonctions tendent à rentrer dans une harmonie physiologique, pendant que l'induration souscutanée s'assouplit et se résorbe.

Eh bien, est-ce en vertu de cette propriété de résorption, ou bien n'est-ce pas plutôt par cette action tonique bienfaisante pour les syphilitiques (augmentation des globules et des principes plastiques) que le malade ressent immédiatement un bien-être incomparable? Je préfère de beaucoup cette interprétation qui, pour être moins simple, me paraît plus médicale : c'est en s'adressant aux sources mêmes de la vie, compromises par le virus morbide, que le mercure régénère les éléments constitutifs du sang. La propriété de résorber les dépôts plastiques rentre dans sa puissance modificatrice, comme celle de combler, de cicatriser des ulcérations reconnaissant une même cause.

Donnez du mercure à des scrofuleux atteints de dépôts plastiques, ou frappés d'ulcérations plus ou moins profondes, et vous assisterez aux plus déplorables résultats. Loin de reprendre des forces, votre malade tombera dans une anémie plus grande sans que ni les indurations ni les ulcérations ne cessent de se développer, au contraire, le traitement débilitant leur donnera une activité destructive incontestable.

Action sur le foie. — La croyance à l'action cholagogue du mercure fut longtemps générale ; dans les Indes, les Anglais abusaient et abusent sans doute encore du calomel pour combattre la prédisposition aux congestions et aux inflammations du foie, si communes dans les pays chauds. Aujourd'hui, cette action est controversée, cependant, on s'accorde généralement à considérer le mercure comme cholagogue, sans pouvoir se prononcer sur le mécanisme de cette action.

Action sur la peau.— Je vous ai dit que les frictions mercurielles peuvent engendrer un eczéma spécial qu'on observe plus rarement chez les enfants que chez l'adulte. L'action du mercure peut encore s'exercer d'une autre façon sur la surface cutanée. Par le seul fait de l'introduction du mercure à l'intérieur, moins souvent bien entendu que par l'usage externe, on a pu constater, des inflammations cutanées de nature eczémateuse qui appartenaient vraisemblablement à l'élimination du métal par la sueur. Ces eczémas peuvent atteindre un degré d'intensité considérable qui a permis de les catégoriser en trois classes: 1° Eczéma mitis, apyrétique ; 2° febrilis ; 3° malignum, avec œdème, grosses bulles, douleurs vives, fièvre intense, quelquefois gangrène.

Action sur l'appareil uropoiétique. — Il n'est pas très rare d'observer l'albuminurie transitoire et légère chez les individus soumis à l'action prolongée des préparations mercurielles. N'allez pas croire pourtant que cette albuminurie, d'ailleurs passagère, soit liée à la stéatose rénale. Vous ne la rencontrerez guère que dans les empoisonnements professionnels.

Dans l'hydrargyrie aiguë, l'albuminurie est due à l'action destructive du mercure sur les globules et les matériaux

plastiques du sang. Chez l'homme non syphilitique, ou chez l'individu contaminé dont on a élevé et prolongé le traitement au-delà de toute mesure, cette action désorganisatrice des éléments sanguins finit par accumuler les déchets inassimilables dans le sang ; il en résulte alors un véritable état cachectique caractérisé par l'anémie, l'albuminurie, l'anurie, la dissolution du sang, et accompagné de bouffissure de la face et de faiblesse générale.

Dans l'hydrargyrie chronique, à ces causes premières d'albuminurie, s'ajoute, à la longue, une altération rénale qui peut aller jusqu'à compromettre la vie. Ces faits sont plus rares aujourd'hui depuis l'usage de la galvanoplastie.

(*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE

Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin (1);

Par **Ch. FÉRÉ.**

Les doubles fractures verticales du bassin par chute sur le siége nous paraissent s'effectuer par l'enfoncement ou la pénétration de la partie moyenne du sacrum, qui supporte le poids du corps, entre les deux parties latérales qui sont séparées de la première par deux espaces largement perforés et moins résistants. Les lésions se produisent en deux temps : 1° dans le premier, le poids du corps transmis par la colonne vertébrale tend à enfoncer le corps du sacrum entre les deux ailes, et la rupture se fait dans les lignes des trous sacrés. Si les deux ischions ont porté et ont été arrêtés par le sol au même moment, la fracture du sacrum peut être double, tandis que, si un seul ischion a porté, la moitié latérale du bassin qui n'a point été arrêtée reste unie au corps du sacrum et continue à descendre avec lui, il n'y a qu'une seule fracture du côté où l'ischion a été fixé; 2° c'est dans le second temps que se fait la fracture du segment antérieur. Cette fracture ne manque qu'exceptionnellement, mais cette exception est très utile pour montrer la succession des faits. Elle résulte de la pénétration du corps du sacrum entre les deux ailes. Les trous sacrés, en effet, ne sont pas disposés sur deux lignes verticales, mais ils forment d'une façon générale deux lignes obliques qui convergent vers la partie inférieure, de sorte que, dans le cas particulier, le corps du sacrum peut être considéré comme ayant la forme d'un coin dont la base est constituée par la surface articulaire vertébrale, qui est encore notablement plus large que l'espace compris entre les deux premiers trous sacrés (2). Il en résulte que l'enfoncement bilatéral ou unilatéral du corps du sacrum tend à repousser en dehors l'aile sacrée, et par conséquent à redresser la demi-circonférence du bassin du même côté ; or, la lame interne de l'os iliaque formant un arc d'un plus petit rayon, subit plus tôt l'influence du redressement, elle se rompt donc la première et plus près du sacrum : c'est ce qui explique comment la fracture antérieure présente généralement une direction oblique de dehors en dedans et d'arrière en avant. — Accessoirement, lorsque la pénétration du corps du sacrum entre les deux ailes est considérable, le coccyx et la partie inférieure du sacrum peuvent aller frapper le sol et alors il se produit une fracture secondaire, transversale, avec déplacement du fragment inférieur dans le sens de la concavité du sacrum.

III. — J'appellerai maintenant l'attention sur des faits exceptionnels que je n'ai fait qu'indiquer plus haut et dans lesquels la fracture, produite aussi par chute sur le siége, au lieu de porter sur l'aile sacrée, siégeait sur la partie postérieure de l'os iliaque. Ils représentent une forme de fracture qui ne paraît pas avoir été observée en clinique, mais qui cependant offre un certain intérêt, en ce sens qu'elle montre encore l'influence de la direction du choc sur la forme anatomique des lésions.

Dans le premier, il existait une fracture du pubis droit, oblique, comme d'ordinaire, d'avant en arrière et de dedans en dehors, et en outre une fracture verticale de l'os iliaque du même côté. L'os n'était pas rompu dans sa partie postérieure au voisinage de la symphyse sacro-iliaque, comme dans les cas de choc transversal sur la crête iliaque, mais à peu près à la partie moyenne de la fosse iliaque. La fracture présente encore cette particularité que, dans sa moitié inférieure, le fragment antérieur est taillé en biseau aux



Fig. 55. — Fracture de la table interne de l'os iliaque droit (notre ami Budor a dessiné l'os iliaque isolé pour simplifier la figure.)

dépens de sa face interne, le fragment postérieur présentant une disposition inverse ; de sorte que le trait de la fracture était situé six centimètres plus en avant sur la surface interne de l'os que sur l'externe ; les deux traits de la surface interne et de la surface externe convergeaient de nouveau vers le bord inférieur de l'os pour se réunir vers le fond de l'échancrure sciatique.

Ce fait n'eut guère frappé s'il était resté isolé ; mais, dans une autre expérience, il se produisit une fracture incomplète qui me paraît de nature à expliquer la forme et le mode de production de la première. Sur la pièce, on voit une diastase de la symphyse pubienne, dont le fibro-cartilage est resté attaché au pubis gauche. Le bord supérieur du pubis droit est plus élevé de trois à quatre millimètres que celui du pubis gauche. Sur l'os iliaque droit on trouve une fracture qui part du milieu de la crête iliaque, descend jusqu'à la partie inférieure de la fosse iliaque interne où elle s'arrête à trois centimètres en avant de la symphyse sacro-iliaque, et à deux environ au-dessus de la ligne innommée ; jusque-là, le trait de la fracture de la face externe correspond exactement dans sa direction générale à celui de la face interne. A partir de ce point, au contraire, on voit que, sur la surface interne de l'os, le trait de la fracture se dévie brusquement en avant pour devenir presque horizontal et va se terminer au niveau de la ligne innommée, à peu près à deux centimètres en arrière de l'éminence

(1) Voir les nos 19, 20 et 21.

(2) Nous avons mesuré 50 sacrums appartenant à des sujets des deux sexes et à des races diverses, voici les moyennes que nous avons obtenues :

Largeur de la surface articulaire supérieure médiane	48mm
Intervalle des premiers trous sacrés postérieurs	36
— deuxièmes —	31
— troisièmes —	27
— quatrièmes —	26
Intervalle des premiers trous sacrés antérieurs	31
— deuxièmes —	27
— troisièmes —	26
— quartièmes —	24

Les intervalles des trous inférieurs peuvent présenter des variétés assez considérables chez quelques individus, mais cela importe peu à notre point de vue spécial, puisqu'il n'y a que la partie supérieure dont la pénétration joue un rôle important.

iléo-pectinée, (*Fig. 55*). Sur la surface externe, à partir du même point, le trait de la fracture se dévie brusquement en arrière pour aller se terminer dans la partie inférieure de la symphyse sacro-iliaque (*Fig. 56*). En somme, la forme générale de cette fracture représente un Y renversé dont la branche de bifurcation antérieure est figurée par la fracture de la face interne, et la branche postérieure par la fracture externe. Le sacrum est absolument intact ainsi que tout le reste du bassin ; il existe seulement, sur le bord inférieur de l'os iliaque gauche, une petite fissure de deux centimètres de longueur environ qui part de la symphyse sacro-iliaque et n'atteint pas le fond de l'échancrure sciatique.



Fig. 56. — Fracture de la table externe du même os iliaque.

Si on fait presser de bas en haut sur la tubérosité de l'ischion du côté fracturé, ou si l'ischion étant fixé on appuie sur le sacrum, si en un mot on cherche à reproduire l'action du traumatisme, on voit le pubis s'incliner en avant pendant que le pubis du côté opposé s'abaisse ; et, en même temps, il se produit un écartement dans la fracture de l'os iliaque, le bord supérieur du fragment antérieur se porte en dehors ; la torsion de l'os iliaque s'exagère. La pression agit d'autant plus efficacement que le bassin est plus incliné à droite, et que la poussée est dirigée plus obliquement ; et si on continuait l'effort, la fracture se compléterait et reproduirait la même lésion que dans le cas précédent.

La description des pièces suffirait pour montrer que, dans ces cas, la fracture ne se produit point par le même mécanisme que dans les cas ordinaires. Quand dans une chute sur le siége, il se produit une fracture du sacrum dans la ligne des trous, bilatérale ou unilatérale, suivant que le choc a été plus ou moins verticalement sur le bassin, la lésion est due à un enfoncement de la partie moyenne du sacrum qui supporte le poids du tronc transmis par la colonne vertébrale ; l'enfoncement du sacrum est produit directement au moment du choc par la puissance qui se trouve agir à peu près parallèlement à la ligne faible de l'os, et par conséquent dans de bonnes conditions pour le rompre. Ici, il en est tout autrement : le sacrum a résisté au choc parce qu'il a été pris obliquement entre la puissance et la résistance, la violence n'agissant plus parallèlement à la ligne des trous sacrés n'a pu la briser ; l'ischion, qui porte obliquement sur le sol au moment de la chute, résiste au choc et maintient le pubis en lui transmettant la force de la résistance, tandis que, d'autre part, le poids du corps tend à faire descendre le sacrum et la moitié latérale du bassin qui n'a pas porté, et à rompre la ceinture pelvienne dans son point le plus faible. Il se produit soit une disjonction de la symphyse pubienne (2e cas), soit une fracture du pubis (1er cas) ; et la force continuant son action tend à exagérer la torsion en dedans de la partie intérieure de l'os iliaque, pendant que la partie antéro-supérieure est rejetée en dehors, et l'os commence à se rompre par sa partie supéro-externe, par la crête. Ces *doubles fractures par torsion de l'os iliaque*, déterminées par une chute portant sur un seul ischion, ne peuvent se produire qu'à condition que le segment postérieur du bassin ne cède pas au choc, et elles sont subordonnées à la résistance de l'ischion. Le sacrum ne peut résister que si l'ischion porte plus obliquement que dans les catégories précédentes.

IV. — Dans un autre fait exceptionnel, il existait une fracture de la branche horizontale du pubis, parallèle à la gouttière sous-pubienne, et une fracture transversale de la branche descendante, à deux centimètres au-dessous de la symphyse. En arrière, on trouvait une autre fracture incomplète, partant du fond de l'échancrure ischiatique, et remontant à peu près verticalement jusqu'au milieu de la fosse iliaque ; l'angle formé par le bord postéro-inférieur de l'os iliaque paraît avoir été écarté. Nous n'avons pas pu nous expliquer le mode de production de ce fait isolé, n'ayant rien remarqué de particulier dans les conditions de la chute ; mais des faits analogues pourront venir l'éclairer et nous n'avons pas voulu l'omettre.

V. — En somme, à quelques exceptions près, la double fracture verticale du bassin produite par une chute sur le siége porte en arrière sur la ligne des trous sacrés et en avant sur le pubis. La fracture présente une direction telle que, à moins de déplacement considérable dans le sens vertical, on ne peut produire par la pression latérale aucune réduction du diamètre biiliaque. Dans les cas simples, on peut donc par la compression circulaire maintenir les fragments en contact et les immobiliser sans crainte de modifier notablement la forme de la circonférence interne du bassin ; tandis que, dans les fractures par choc transversal, on pourrait, en serrant fortement le bassin pour l'immobiliser, produire un déplacement qui n'existait pas tout d'abord, ou exagérer le déplacement primitif ; or, ces déplacements peuvent déterminer un rétrécissement du bassin dont les conséquences peuvent devenir graves chez la femme.

Nous ne ferons que rappeler que les chutes sur le siége peuvent déterminer d'autres fractures de la colonne vertébrale, des côtes et du sternum (1).

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE. — **M. RANVIER**.

Trentième leçon (2)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — I. Etude des mouvements vibratiles ; historique succinct ; les mouvements vibratiles ont été connus avant que l'on eût la notion des éléments cellulaires qui les produisent. — Notion des cellules vibratiles ; points de l'organisme où on le rencontre. — Choix des objets d'étude. — II. Etude des cellules à cils vibratiles de l'œsophage de la grenouille, forme des cellules. — Constitution des éléments cellulaires. *a*) Corps de la cellule, protoplasma. *b*) Noyau. *c*) Cils vibratiles. *d*) Plateau qui les supporte. Rapports du protoplasma et des cils vibratiles ; observations de Valentin, d'Eberth, de Marchi. — Mode d'union des cellules vibratiles entre elles, ciment intercellulaire, rapports des cellules ciliées, avec les caliciformes. — Etude des cellules vibratiles vivantes, retour de l'élément à la forme globuleuse, production des gouttes sarcodiques, mort de la cellule. Importance du retour de la cellule ciliée à la forme sphérique.

Messieurs,

Nous avons étudié jusqu'à présent le tissu musculaire à contraction brusque et volontaire, celui du cœur dont l'action est également brusque, mais non soumise à la volonté, enfin les fibres lisses qui, chez les animaux su-

(1) Féré. — *Bull. soc. anat.*, 1877, p. 436. — *Note pour servir à l'histoire des fractures et des luxations du sternum.* Progrès médical, 1880.

(2) Voir les nos de 1879 ; no 6, 7, 15, 16, 18 et 19 de 1880.

périeurs, ne sont jamais volontaires. Il est des fibres-cellules qui sont, au contraire, soumises à la volonté chez un grand nombre d'animaux et notamment chez les mollusques; j'aurai l'occasion de revenir plus tard sur ce sujet intéressant. Actuellement, j'arrive à la description d'un autre élément contractile, doué de fonctions extrêmement importantes dans la série, la *cellule à cils vibratiles*.

Les mouvements des cils vibratiles ont été observés depuis longtemps. Déjà, à la fin du XVIIe siècle, ils étaient connus. Il suffit, en effet, de regarder avec une forte loupe les branchies de l'huître commune ou d'une anodonte, pour distinguer dans leur ensemble les mouvements vibratiles qui se produisent incessamment à la surface de ces organes. On voit alors se produire des courants très-nets dont la direction est constante; et le liquide dans lequel nage l'animal étant le plus souvent chargé de minimes particules étrangères, la marche de ces dernières est excessivement facile à suivre et indique la direction du courant.

Lorsqu'au lieu d'employer la loupe, on fait usage du microscope composé avec un faible grossissement (50 ou 60 diamètres, par exemple), le mouvement ciliaire devient extrêmement net, et on peut l'étudier avec profit. Cette première observation sommaire peut démontrer de plus que les mouvements des cils, et ces derniers eux-mêmes, sont liés à l'existence de cellules subjacentes.

Les anciens anatomistes ignoraient ce dernier détail, mais depuis nombre d'années, l'on a reconnu l'existence de cellules ciliées, et l'on a d'abord étudié leur distribution dans les organes.

Les cellules vibratiles existent, en effet, dans certaines parties déterminées du système respiratoire, du système génital, et sur bien d'autres points encore. Je passe rapidement sur cette énumération que vous pourrez compléter en consultant l'un quelconque des traités classiques. J'arrive à l'étude analytique, et je prendrai pour objet de cette dernière un organe que chacun peut se procurer facilement, en tout temps : l'œsophage de la grenouille commune.

Il suffit de racler, à l'aide d'un scalpel, le pharynx d'une grenouille, et de dissocier dans l'eau le produit de ce raclage, pour obtenir une préparation très instructive. L'épithélium dissocié est recouvert d'une lamelle; on lute à la paraffine, et on observe avec un grossissement d'environ 300 diamètres. Les cellules se voient difficilement, mais ce que l'on remarque d'abord, c'est un mouvement giratoire incessant qui entraîne dans la préparation de petits blocs irréguliers hérissés de cils en mouvement. Sur les points où la dissociation est restée imparfaite, on voit de grands îlots dont la surface est hérissée de cils qui s'agitent incessamment. Si l'on examine de plus près la forme des blocs isolés, on les voit présenter une configuration irrégulièrement cubique, les cils vibratiles n'occupant qu'un des plans-côtés du cube. On conclut de là tout d'abord que ce revêtement épithélial de l'œsophage était pavimenteux chez la grenouille (Kölliker, première édition française); il n'en est rien cependant.

Pour observer la véritable forme des cellules ciliées, il est nécessaire d'employer des réactifs qui les fixent dans leurs contours en même temps qu'ils les dissocient. Les meilleurs qu'on puisse employer sont le sérum iodé et l'alcool au tiers. Le second doit être employé surtout lorsqu'on veut ensuite colorer les cellules.

Un minime fragment de l'œsophage de la grenouille est immergé pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers; si, au bout de ce temps, on l'agite dans une goutte de picro-carminate d'ammoniaque, à 1 pour 100, les cellules ciliées se répandent dans le liquide additionnel et s'y colorent rapidement. La préparation est recouverte d'une lamelle et bordée à la paraffine. On voit alors que les cellules à cils vibratiles ne sont nullement pavimenteuses, mais présentent une forme prismatique. Elles ne sont autre chose qu'une variété de ce que l'on nomme improprement l'épithélium cylindrique. Nous conserverons cette dénomination en l'appliquant, comme on le fait d'ailleurs communément aujourd'hui, à tout épithélium formé de cellules épaissies et plus hautes que larges.

Nous avons à distinguer dans ces cellules une masse

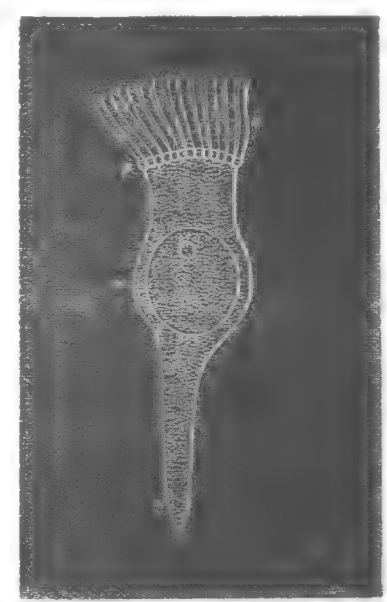


Fig. 57. — *Cellule épithéliale à cils vibratiles.* — *c*, cils. — *q*, plateau strié — *n*, noyau. — *l*, extrémité pointue de la cellule.

protoplasmique, un noyau, des cils vibratiles, et un plateau cuticulaire qui les supporte.

A. *Corps cellulaire.* — Le corps de la cellule se montre sous la forme générale d'une pyramide à quatre ou six pans. Les faces latérales sont dues à la pression réciproque exercée par les éléments les uns sur les autres. La base de la pyramide est située du côté de la cavité œsophagienne



Fig. 58. — Cellule caliciforme expulsant son mucus par son orifice permanent.

et porte les cils; son sommet, plus ou moins irrégulièrement dentelé, sert de base d'implantation à l'élément. Parfois, l'axe de la petite pyramide formée par la cellule, est légèrement incurvé; cela tient simplement à ce que l'élément considéré était adjacent à une cellule globuleuse, caliciforme, et destinée à la sécrétion du mucus, intercalée aux éléments ciliés. Le protoplasma est entièrement transparent et homogène lorsqu'il est vivant, parfois sa masse est semée de granulations graisseuses, notamment pendant l'hiver. En un mot, la substance protoplasmique est brillante, très-réfringente, ne laissant point voir de noyau distinct dans son intérieur. Ceci tient simplement à ce que, dans l'élément

vivant, le noyau possède exactement la même transparence et le même indice de réfraction que le reste de la cellule. Sous l'influence du picro-carminate d'ammoniaque, la substance protoplasmique se colore légèrement en jaune et devient finement granuleuse. Mais ici, une question se présente : existe-t-il à la périphérie du corps cellulaire une membrane continue l'enveloppant, et en faisant une cellule telle que la comprenait Schwann ? Je ne le pense pas; jamais, en effet, je n'ai pu distinguer, sur le pourtour de l'élément, le double contour caractéristique d'une production membraneuse.

Il s'agit ici, certainement, d'une cellule limitée simplement par son protoplasma et non point par une production particulière. Les réactifs colorants tels que les sels d'aniline qui, après l'action de l'alcool au tiers, mettent en évidence le double contour des globules rouges du sang des amphibies, n'exercent sur la cellule à cils vibratiles aucune action analogue. J'en conclus que la membrane limitante, admise par certains auteurs, n'a pas d'existence réelle, puisqu'aucune méthode ne m'a permis de l'apercevoir.

B. *Noyau.* — Chaque corps cellulaire renferme un noyau qui, sur les préparations traitées par le picro-carminate d'ammoniaque, paraît nettement coloré en rouge. Ce noyau est ovalaire, son grand axe se confond avec celui de la cellule, il renferme un nucléole distinct. Il est ordinairement situé au milieu de la masse protoplasmique, et, dans les cellules vibratiles de l'anodonte, étudiées par Marchi et mesurant de 40 à 60 μ dans leur hauteur sur 8 à 12 μ de large, sa longueur est généralement de 10 à 12 μ.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assistance publique. — Les Infirmiers.

De nombreux renseignements ont été insérés dans ce journal sur la situation des infirmiers et des infirmières des hôpitaux et hospices de Paris, et sur les réformes urgentes qu'il convient d'apporter dans le recrutement, l'instruction, la nourriture, le salaire de ces modestes collaborateurs des médecins. Déjà quelques améliorations ont été réalisées. L'allocation accordée aux sous-employés, admis au *repos*, a été augmentée ; en 1878, le Conseil municipal a voté un crédit supplémentaire de 100,000 francs pour élever la paie de tous les sous-employés, en demandant une répartition égale entre les 2,649 sous-employés, serviteurs et agents laïques. L'Administration, au lieu de s'en tenir simplement à cette indication si juste a chargé un de ses fonctionnaires d'établir une autre répartition fort compliquée et qui n'a donné satisfaction qu'à une partie des sous-employés, les infirmiers et infirmières conservant leur traitement de 15 fr. par mois, à leur entrée dans les hôpitaux.

L'an dernier (1), le Conseil municipal, maintenant le crédit supplémentaire de 100,000 fr. y a joint un nouveau crédit de 84,500 fr. Cette fois, l'Administration a tenu compte des intentions du Conseil et, depuis le 1er avril, le minimum du traitement mensuel des infirmiers et infirmières est de 20 fr.

La création des écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière permet, aujourd'hui, d'instruire au point de vue élémentaire et au point de vue professionnel un certain nombre d'infirmiers et d'infirmières. Les résultats obtenus sont très encourageants et montrent qu'il suffit de fournir des éléments d'instruction pour qu'il se rencontre de suite de nombreuses personnes désireuses d'en profiter.

(1) Bourneville. — *Rapp. sur le projet de budget de l'Assistance publique pour 1880*, p. 17 et 18.

Toutefois, il ne faut pas se leurrer ; ces améliorations sont insuffisantes, et, en ce qui concerne les infirmiers, ce n'est pas avec 20 francs par mois qu'on aura des chances d'avoir toujours et partout des hommes laborieux ; il y en a, nous le reconnaissons, mais ils sont en petit nombre.

Le fait suivant, publié récemment par les journaux politiques, sous ce titre : *Un scandale à l'Hôtel-Dieu*, nous autorise à revenir sur une idée que nous avons déjà émise sur les avantages de la substitution des *infirmières* aux infirmiers. Voici d'abord le fait en question :

Rue de la Bûcherie se trouve un bâtiment annexe de l'Hôtel-Dieu ; deux infirmiers employés dans cette annexe, les nommés Adolphe Delétang et Jean-Baptiste Reverdy, étaient complétement ivres avant-hier. Ils faisaient un tapage épouvantable dans la maison et scandalisaient tout le monde par leur attitude. Le directeur, prévenu de ce fait, fit mander des gardiens de la paix pour procéder à l'arrestation des deux ivrognes.

Mais, quand les agents arrivèrent, ceux-ci s'étaient enfermés dans une pièce dont ils avaient barricadé les issues. On dut aller chercher le commissaire de police. Ce magistrat accourut aussitôt, mais, malgré ses sommations, les assiégés refusaient d'ouvrir. On eut alors recours à la force et les portes furent brisées.

Delétang et Reverdy se voyant pris, essayèrent de se défendre, puis accablèrent d'injures le commissaire et les agents. Il fallut envoyer chercher du renfort et ce n'est qu'après une lutte pénible qu'on a pu se rendre maître des deux forcenés.

Ce fait a ému l'opinion ; or, il est loin d'être isolé. Le plus souvent, les infirmiers sont renvoyés en silence et personne n'en sait rien. C'est en nous appuyant sur les graves inconvénients qui résultent de la situation actuelle, que nous avons réclamé et que nous réclamons encore la substitution dont nous parlions tout à l'heure. Et, comme à cet égard, notre pensée a été mal comprise par quelques-uns de nos collègues des hôpitaux, nous allons reproduire les raisons sur lesquelles nous nous sommes appuyé.

« Jamais, avons-nous écrit (1), l'idée ne viendra à l'esprit d'une personne sensée, de faire soigner des femmes malades par des hommes. Eh bien, pour les hommes, la question n'est pas moins nettement tranchée. Interrogez les hommes qui ont été malades, interrogez surtout ceux que le dénûment conduit dans nos hôpitaux, tous seront unanimes à déclarer sans hésitation qu'ils préfèrent les soins de la garde-malade ou de l'infirmière à ceux de l'infirmier. Interrogez les soldats qui ont été soignés par des infirmiers militaires, ils vous diront que c'était un bonheur pour eux de voir quelquefois auprès de leur lit la religieuse, non pas parce que c'était une religieuse, mais parce que c'était une femme qui leur rappelait une mère, une sœur dévouées.

» Aux prétendus moralistes qui verraient des inconvénients à confier des salles d'hommes à des infirmières, nous opposerons les recommandations si remarquables de mis Veitch : « En même temps, dit-elle, que l'infirmière doit » sans cesse être prête à rendre quelque service que ce » soit, même désagréable et répugnant, tant que le malade » est réellement incapable de se rendre à lui-même ce service, elle doit apporter le plus grand soin à cesser de » rendre tout service de ce genre à partir du moment où » cela n'est plus absolument indispensable. Jamais non plus, » elle ne devra permettre qu'un malade, mû par une paresse » impudique, réclame d'elle un service qu'un sentiment de

(1) Bourneville. — *Rapp. sur le projet de budget de l'Assistance publique pour 1879*, p. 30 et 31.

» décence devrait lui commander d'accomplir lui-même. » Il est, en effet, d'une très grande importance que, dans » les salles d'hommes, les malades respectent absolument » leurs infirmières. Ce respect n'est jamais mis en danger » par l'accomplissement le plus empressé des devoirs les » plus désagréables, quand il s'agit de malades qui en ont » réellement besoin, mais il s'évanouirait dès qu'on s'apercevrait d'une indifférence immodeste de la part de l'infirmière. Et je rappellerai aux infirmières, ajoute miss » Veitch, que, sur ces matières, les hommes sont des juges » subtils et vigilants (1). »

» Il suit de ces remarques que l'Administration de l'Assistance publique devra remplacer successivement les infirmiers par les infirmières, partout où ce remplacement peut s'opérer sans inconvénient. »

Et nous citions, entre autres, comme services où il était nécessaire de conserver des infirmiers, ceux qui sont consacrés aux aliénés. On voit du reste, par la citation qui précède, que nous demandions au Conseil d'inviter l'Administration à procéder à cette transformation avec prudence et en s'éclairant, à l'occasion, des avis des médecins et des chirurgiens des hôpitaux.

A différentes reprises, le Conseil municipal a insisté sur cette réforme et rappelé à l'Administration la nécessité d'améliorer la nourriture et le logement des infirmiers et des infirmières, et tout en remplaçant les hommes par les femmes, partout où cela est possible, de conserver un certain nombre d'hommes de peine pour faire la grosse besogne qui, dans trop d'établissements, et plus à la Salpêtrière que partout ailleurs, reste encore à la charge des infirmières. B.

Hôpital Saint-Louis : Ouverture du cours de M. Alf. Fournier.

Le vendredi 21 mai, a eu lieu l'inauguration du cours de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

A part le titre officiel de la chaire nouvelle, il n'y a rien de changé à l'enseignement de M. Fournier. Il est question qu'un laboratoire soit annexé à cette chaire ; mais le professeur en sera réduit encore, cette année, aux seules ressourses dont il ait profité jusqu'à ce jour. On ne saurait trop désirer que l'installation du laboratoire promis se réalisât promptement. L'hôpital Saint-Louis est assurément, dans son genre, le plus riche qu'il y ait au monde ; et cependant combien avons-nous à envier à nos rivaux étrangers qui, moins favorisés que nous, ont si largement mis à profit les moyens limités dont ils disposent ! Si l'on fait exception pour quelques travaux tout récents, sur l'anatomie pathologique de certaines affections cutanées et des principales lésions de la syphilis, on ne pourrait découvrir aucune étude française d'histologie dermatologique qui fût à la hauteur de l'enseignement clinique de cet hôpital.

M. Fournier doit traiter, d'ici aux vacances, l'histoire clinique de la syphilis dans toutes ses périodes. La première leçon a été consacrée à faire ressortir les différences fondamentales des lésions syphilitiques suivant les âges de la maladie, et le professeur a surtout insisté, en manière de préambule, sur la méthode qu'il se propose de suivre pour arriver à tracer un tableau d'ensemble des nombreuses manifestations de la vérole.

Cet enseignement sera essentiellement clinique. Le service que dirige M. Fournier est assez vaste pour que toutes les formes morbides de la syphilis y soient en même temps représentées, depuis la lésion initiale et les accidents secondaires de la peau et des muqueuses, jusqu'aux néoplasies profondes de la période tertiaire, telles que les gommes viscérales ou osseuses, les scléroses, les cirrhoses, etc. Cette abondance considérable de matériaux pathologiques permettra donc au professeur de parcourir régulièrement son programme, en profitant de tous les cas à la fois, de manière à faire ressortir les différences et à établir les contrastes.

Après l'examen des malades dans les salles, la leçon sera faite à l'amphithéâtre où les élèves pourront encore contrôler, à l'aide des pièces moulées par MM. Baretta et Jumelin, les descriptions relatives au sujet traité.

Il est impossible que cet enseignement ne soit pas très fructueux, si l'on songe surtout, qu'à la méthode et aux moyens pratiques, est associée l'habileté professorale de M. Fournier.

(1) *Handbook for Nurses for the Sick*, p. 28-29.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 mai 1880. — Présidence de M. de Sinéty.

La gale du chat: sa contagion. — M. Mégnin a observé deux exemples bien nets de transmission de la gale du chat au cheval. Il fut appelé un jour à voir deux chevaux eczémateux, qui avaient des croûtes sur le dos, et qui se laissaient facilement gratter autour des croûtes. Quelle était l'origine de cette affection ? En prenant ses renseignements, M. Mégnin apprit que le chat du concierge allait tous les jours se coucher sur le dos des chevaux. Or, ce chat était mort depuis quelques jours: on le déterra ; des lambeaux de sa peau furent examinés au microscope: ils logeaient sous l'épiderme de nombreux acariens. M. Mégnin trouva aussi sur les chevaux malades des nymphes de ces acariens.

La gale du chat, qui a été découverte à Stuttgard, ne produit pas de sillons. La femelle fait son nid sous l'épiderme. M. Mégnin s'est assuré par plusieurs inoculations que la gale du chat est transmissible au chien. Le rat d'égout en est aussi infecté: la maladie paraît même affecter le rat en premier lieu.

Mouvements de l'amnios. — M. Mathias Duval, après avoir rappelé que M. Vulpian a pu voir les mouvements de l'amnios sur des œufs ouverts, déclare qu'il a parfaitement constaté ces mouvements par transparence, sur des œufs de fauvette, de rossignol et de serin soumis à l'incubation. Au huitième jour, l'amnios présente 10 à 15 oscillations par minute. Au moment de la formation de l'embryon tout devient obscur. M. Duval expose ensuite les résultats de ses recherches sur le *développement de l'allantoïde.*

Diagnostic du cancer de l'estomac. — M. Leven signale à la Société les difficultés grandes qui se présentent parfois en clinique pour le diagnostic différentiel du cancer de l'estomac et de la dilatation simple. Les vomissements réputés incoërcibles existent dans l'un comme dans l'autre cas. Pour empêcher les vomissements, M. Leven conseille de donner aux malades des aliments solides une fois par jour (150 grammes de viande), de manière à éviter la congestion de la muqueuse. Le reste de l'alimentation se compose de 1 litre et demi de lait et de six œufs pour les vingt quatre heures. Si au bout de huit jours de ce régime on parvient à faire cesser les vomissements, on peut avoir la certitude qu'il ne s'agit pas d'un cancer de l'estomac. A l'appui de ses idées, M. Leven rapporte l'histoire de deux malades qu'il a traités de cette manière et qui ont guéri.

*

M. Galippe montre deux sous en *cuivre* qui ont été rendus, après avoir traversé l'intestin, par un enfant qui les avait avalés par mégarde. La famille inquiète alla trouver M. Galippe qui s'empressa de la rassurer. En effet, l'enfant rendit, deux jours après, les sous décapés sur une de leurs faces.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. J. Bœckel (de Strasbourg), lit un travail sur le traitement du *Genu valgum par l'ostéotomie sous-cutanée.*

M. H. Roger lit le discours qu'il a prononcé à la cérémonie d'inauguration du monument élevé à la mémoire de M. Hirtz.

M. Féréol lit un travail ayant pour titre : *De la rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques, et du traitement qu'elle comporte dans certains cas.* De l'ensemble de ce travail il résulte que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire quelles sont les conditions qui déterminent la bénignité absolue, la gravité extrême ou la gravité atténuée de ruptures hydatiques dans le péritoine ; mais les notions suivantes semblent résulter de l'étude qui précède : 1° La suppuration préalable du kyste amène, en cas de rupture, une péritonite suraiguë, rapidement mortelle, à moins peut-être que le péritoine ne soit déjà cloisonné par des adhérences qui limitent son inflammation. 2° La pénétration dans le péritoine d'un liquide absolument limpide et frais, qui paraît inoffensive dans certains cas, a, dans d'autres cas, été suivie d'accidents rapidement mortels. 3° La présence d'hydatides vivantes versées dans le péritoine est moins dangereuse que celle d'hydatides mortes : la guérison spontanée est possible dans ce cas. 4° Dans le cas où la péritonite consécutive à la rupture se modère, et où cependant il se produit une ascite, on pourra intervenir avec des chances de succès si cette ascite ne se résorbe pas. La ponction simple peut suffire à procurer la guérison. Si ce procédé échoue, il faut évacuer le plus tôt possible les corps étrangers contenus dans le péritoine. On peut y parvenir en établissant une ouverture à l'abdomen à l'aide d'un gros trocart et en pratiquant deux fois par jour des lavages péritonéaux, au moyen de grosses canules présentant une large ouverture latérale où les membranes puissent s'engager. Ce procédé, l'auteur en convient, laisse beaucoup à désirer ; on devra trouver mieux. Mais c'est déjà un point important de savoir que le péritoine peut supporter des lavages bi-quotidiens, répétés pendant plusieurs semaines, avec une terminaison favorable.

M. Pasteur demande la parole à l'occasion de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, au sujet du *rapport* de M. Hervieux. — Il rappelle d'abord que M. Alph. de Candolle a émis une opinion de tous points semblable à celle de M. Broca, relativement à l'immunité acquise à l'égard de certaines maladies virulentes, et de la petite vérole en particulier. Les Européens, toujours d'après cet auteur, doivent l'immunité relative dont ils jouissent à l'égard de la petite vérole, à ce qu'ils sont issus de nombreuses générations de parents varioleux ayant résisté à la maladie. — M. Pasteur est d'avis que cette question pourra être résolue au moyen de ses propres expériences sur le choléra des poules ; on verra si les jeunes couvées issues de poules vaccinées seront moins aptes que leurs parents à contracter la maladie. Quant à la question de la communauté d'origine de la variole et de la vaccine, beaucoup de médecins sont restés sur cette impression qu'il y a connexité d'origine entre les deux maladies, tandis que les vétérinaires sont portés, au contraire, à admettre qu'elles sont indépendantes l'une de l'autre. La commission lyonnaise a été trop loin lorsqu'elle a conclu à l'indépendance de la vaccine et de la variole. Les médecins qui croient à la relation d'origine de la variole et de la vaccine ne s'appuient que sur des données incertaines.

M. Pasteur, lui, croit à la communauté d'origine de la variole et de la vaccine ; il s'appuie sur les résultats de ses expériences relatives au choléra des poules, dans lesquelles se produit tantôt un virus tellement actif qu'il fait périr tous les animaux auxquels il est inoculé, tantôt il obtient un virus atténué, dont l'inoculation préserve les poules du virus le plus virulent, par une sorte de véritable vaccination. M. Pasteur obtient donc un véritable vaccin du choléra des poules ; il pense que les résultats de ses expériences sur le choléra des poules ont une autre valeur que les impressions vagues des médecins, qui croient à la communauté d'origine de la vaccine et de la variole humaine. Rien ne démontre la réalité de l'opinion de Jenner, à savoir que le horse-pox et le cow-pox ne sont autre chose que la variole humaine atténuée par son passage à travers l'organisme du cheval ou de la vache. Les expériences de M. Pasteur lui semblent prouver que l'on peut passer du virus varioleux au virus vaccin par des atténuations successives, en dehors de l'intervention de l'organisme des animaux.

M. J. Guérin rappelle qu'il a démontré que le vaccin n'est pas un virus spécial, mais le produit de l'inoculation de la variole des animaux à l'homme.

M. Blot déclare qu'il n'y a aucun rapprochement à faire entre le choléra des poules, inoculé par M. Pasteur, et l'inoculation vaccinale.

M. Pasteur demande s'il y a indépendance d'origine entre la variole et la vaccine, car rien ne permet de l'admettre.

M. Depaul rappelle certaines épidémies de variole dans lesquelles l'épidémie a commencé par les animaux pour passer ensuite à l'homme, et réciproquement. Les virus ne se comportent pas tous de la même manière, et M. Pasteur n'est pas autorisé à conclure de ses expériences sur le choléra des poules, à ce qui se passe dans la variole et la vaccine. Revenant à la question du choléra des poules, M. Depaul se demande comment M. Pasteur peut savoir que le microbe est réellement la cause de cette maladie ; car on peut également soutenir que ce microbe n'est que l'effet de cette même maladie. Rien ne prouve que les poules inoculées avec le liquide de culture soient mortes du choléra ; par contre, rien ne prouve que ces poules ne sont pas mortes du poison qu'on leur a inoculé.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 octobre 1879. — Présidence de M. Houel.

6. Kyste périostique du maxillaire supérieur ; par Kirmisson.

Nous avons trouvé ce kyste à l'Ecole pratique, sur le cadavre d'un vieillard (homme) servant aux exercices de médecine opératoire. Il siége sur le maxillaire supérieur gauche au niveau de la première et de la deuxième petites molaires. Il forme sur la face antérieure de l'os une tumeur arrondie à grand diamètre vertical, du volume d'une grosse amande ; par sa paroi postérieure, il proémine sur la face externe des fosses nasales et dans la cavité du sinus maxillaire qu'il a légèrement déprimée devant lui. Son contenu muco-purulent, visqueux, renferme une très forte proportion de cholestérine. On trouve, faisant saillie dans la cavité du kyste, la racine dénudée et usée de la première petite molaire dont la couronne a disparu par le fait de la carie. La deuxième petite molaire est également cariée, mais sa racine est séparée de la paroi kystique par une mince lamelle osseuse.

Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est le siége de la tumeur au-devant de la paroi antérieure du sinus maxillaire. D'où la nécessité d'un diagnostic clinique à faire entre les kystes de la nature de celui-ci et les tumeurs ou les dilatations du sinus maxillaire. Une particularité venait ici rendre le diagnostic plus difficile ; le kyste, en effet, ne se laissait nullement déprimer, il ne fournissait en aucun point la sensation parcheminée ; on aurait donc pu le prendre pour une tumeur osseuse solide. Le rapport intime du kyste avec deux dents cariées, la saillie de la racine de l'une d'elles dans l'intérieur de la poche indiquent manifestement qu'il s'agit d'un de ces kystes appelés par Magitot périostiques. Le même auteur a, du reste, fort bien indiqué le développement de ces tumeurs au-devant du sinus maxillaire, d'où la confusion qu'on faisait souvent autrefois entre ces kystes et l'hydropisie du sinus maxillaire. Il a noté également, dans un certain nombre de cas, l'atrophie, la dépression que subissent les parois de la poche qui, au lieu de se laisser distendre et de

s'amincir reviennent au contraire sur elles-mêmes et reprennent, avec le temps, une plus grande épaisseur.

C'était évidemment le cas ici ; le diagnostic, nous le répétons, aurait pu, à cause de ce fait, être embarrassant. Il prouve une fois de plus la nécessité de s'enquérir toujours, dans les cas de tumeurs des mâchoires, de l'état du système dentaire. Ici la constatation de la carie dentaire, l'extraction des deux dents malades auraient suffi au chirurgien pour poser à la fois le diagnostic et instituer le traitement.

Séance du 24 octobre 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT

7. Anatomie du lobe olfactif; par M. le professeur BROCA.

M. Broca fait une communication sur l'anatomie du lobe olfactif, considéré au point de vue de l'anatomie comparée.

Les différences que présente l'appareil olfactif sont tellement grandes qu'elles justifient la division des mammifères en deux groupes, ou plutôt en deux catégories qu'il a distinguées sous les noms de mammifères *osmatiques* et *anosmatiques*. Chez les osmatiques, le sens de l'olfaction joue un rôle prépondérant. L'homme est anosmatique, par exception, car la règle est que les mammifères soient osmatiques.

Le *lobe olfactif* des mammifères est l'un des trois lobes qui composent le *grand lobe limbique;* celui-ci constitue, dans l'hémisphère cérébral, une partie entièrement distincte du reste du manteau. Il est constitué par trois *lobes* qui sont : 1° le lobe du *corps calleux;* 2° le lobe de l'*hippocampe,* et 3° le lobe *olfactif.*

Ce lobe olfactif est rattaché au cerveau par un pédoncule qui fournit à sa base *quatre* racines : les deux principales sont blanches et se séparent en divergeant : l'*interne* se porte sur la face interne de l'hémisphère et se rend sur l'origine du lobe du corps calleux; l'*externe* qui se porte en arrière sur la face inférieure de l'hémisphère et va se jeter sur le bord externe du lobule de l'hippocampe. La troisième racine, *racine grise ou moyenne*, occupe l'espace quadrilatère ou espace *perforé* et consiste en une substance grise, assez épaisse, qui s'insère sur l'angle de séparation des deux racines blanches, sur leurs bords, se continue en arrière avec l'écorce grise du lobule de l'hippocampe, et en dedans passe sur la face interne de l'hémisphère pour tapisser une petite surface désignée par M. Broca sous le nom de *carrefour*. Mais cette racine grise contient au-dessous de son écorce grise une couche de fibres blanches longitudinales qui, passant sous la bandelette optique comme sous un pont, vont se continuer avec les fibres les plus inférieures du pédoncule cérébral. Le lobe olfactif, chez les osmatiques, se trouve donc mis en communication directe avec les fibres motrices de la moelle. Chez l'homme, cette racine moyenne existe.

La quatrième racine olfactive a été désignée par M. Broca sous le nom de racine supérieure ou *frontale*. Lorsqu'on enlève la mince couche de substance grise qui recouvre, à la partie supérieure, l'implantation du pédoncule olfactif sur le lobe frontal on aperçoit une couche de substance blanche qui se continue en haut avec la substance blanche de la circonvolution frontale orbitaire.

D'ailleurs, à l'état embryonnaire, le lobe olfactif est creusé d'une cavité qui se continue avec l'extrémité antérieure du ventricule latéral. Chez quelques animaux, le cheval en particulier, la cavité persiste, on voit alors, facilement, qu'il existe deux feuillets au pédoncule olfactif, l'un supérieur, l'autre inférieur, et chacun d'eux est composé d'une couche blanche, recouverte d'une couche corticale grise. On voit de la sorte que le feuillet supérieur se continue par sa substance blanche, avec la circonvolution orbitaire du lobe frontal.

La surface de l'espace quadrilatère occupée par la couche grise de la racine moyenne est souvent coupée par un amas de substance blanche que M. Broca appelle la bandelette diagonale de l'espace quadrilatère. Elle part de l'angle externe de l'espace et vient se perdre à la face interne de l'hémisphère, probablement dans le bec et dans le lobe du corps calleux.

Chez les animaux anosmatiques, les cellules motrices décrites dans la substance grise du lobe olfactif disparaissent. La racine moyenne disparaît également. Il en résulte que cette région s'affaisse, s'atrophie, elle devient une vallée profonde. Mais la racine *externe* s'atrophie de même. Il en résulte une scissure constante qui est la scissure ou mieux la *vallée de Sylvius*. La mise en communication de la vallée avec la scissure est le résultat de la disparition de l'appareil olfactif. L'anatomie comparée le montre clairement. Chez les primates qui ont le sens du toucher à leur service, la vallée se creuse.

D'après les considérations anatomiques qui précèdent, il est évident que le lobe olfactif affecte des connexions avec trois centres: 1° avec le lobe de l'*hippocampe*, qui lui sert peut-être à étudier, à reconnaître les odeurs ; 2° avec le lobe du *corps calleux*, qui lui servirait à reconnaître les sensations désagréables ; 3° enfin, avec le lobe frontal.

8. Végétation polypiforme de la trachée, implantée sur la cicatrice d'une ancienne trachéotomie ; par le Dr PETEL, ancien interne des hôpitaux.

Cette pièce, qui provient du service de M. le professeur PANAS, est un exemple de végétations polypiformes de la trachée, développées sur la cicatrice d'une ancienne trachéotomie ; elle a été trouvée par hasard en faisant l'autopsie d'un homme de 69 ans, qui s'est suicidé, et sur lequel par conséquent je n'ai aucun renseignement ; mais l'existence d'une cicatrice cutanée, correspondant à celle de la trachée et y adhérant, ne permet pas de douter que cet homme ait subi autrefois la trachéotomie.

La cicatrice qui existe sur la muqueuse trachéale présente l'aspect suivant : située en avant et sur la ligne médiane, elle commence au-dessous du premier anneau de la trachée, à 22 millimètres de la corde vocale inférieure ; elle est entourée par deux lèvres légèrement saillantes, surtout à gauche, et formant comme un bourrelet autour d'une dépression cicatricielle, au fond de laquelle s'implante une végétation sessile, allongée verticalement et se prolongeant sur la muqueuse, en s'inclinant à droite, jusqu'au niveau du cinquième anneau. Sur la pièce fraîche, cette végétation était molle, tremblottante.

Au-dessous d'elle, toujours sur la ligne médiane, existe une autre petite végétation, que l'on peut, je crois, considérer à cause de son siége, comme développée sur une ulcération produite par le bec de la canule. — Le larynx est sain.

RÉFLEXIONS.— N'ayant pu avoir sur cet individu aucun renseignement, nous ne saurions dire si la présence de cette végétation donnait lieu à des troubles laryngés, comme cela est habituel. En effet, les recherches que nous avons faites pour notre thèse (des polypes de la trachée survenant après cicatrisation de la trachéotomie et nécessitant une nouvelle opération, th. 1879), nous ont permis de réunir neuf observations analogues chez des enfants.

Une fois seulement, comme dans le fait actuel, le polype est resté latent ; dans les autres cas, il a donné lieu à des accidents graves, caractérisés par un ronflement nocturne, du cornage, des accès de suffocation et qui se sont terminés ainsi : Quatre fois, guérison définitive, soit après expulsion spontanée du polype par les voies naturelles (1 cas), soit après une seconde trachéotomie suivie d'arrachement et de cautérisation de la végétation (3 cas). Une fois, guérison incomplète, avec nécessité de la canule à demeure, malgré deux trachéotomies consécutives. Enfin, dans les trois autres observations, la mort est survenue brusquement dans un accès de spasme de la glotte, avant qu'on ait pu intervenir.

9. Fibro-myome du grand rond ; par CERNÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Campion Marie, âgée de 53 ans, entre, le 8 octobre 1879, dans le service de M. Théophile ANGER, à l'hôpital Tenon, pour une tumeur occupant le creux axillaire, et meurt le 15 octobre d'une affection intercurrente.

Il y a deux ou trois ans, elle s'était aperçue qu'elle portait à la partie supérieure et postérieure de l'aisselle gauche une tumeur analogue à une glande, pendant longtemps indifférente, et qui n'a commencé à grossir d'une manière inquiétante et à lui faire éprouver quelques douleurs spontanées qu'il y a quinze mois. Cette tumeur a des connexions intimes

avec l'omoplate dont elle occupe le bord axillaire, sans adhérence à la peau, arrondie, lobulée, indolente à la pression.

A L'AUTOPSIE, nous recueillons cette tumeur qui nous présente les particularités suivantes : Ayant son grand axe longitudinal, presque égal en longueur au bord axillaire de l'omoplate au-dessous de la cavité glénoïde, elle est convexe, arrondie et un peu lobulée, en arrière et en dehors; aplatie en avant, où elle est en rapport avec la paroi thoracique sur laquelle elle glisse pendant les mouvements de l'omoplate. En dedans, elle embrasse le bord axillaire de cet os, empiétant beaucoup plus sur sa face postérieure que sur sa face antérieure. Elle lui semble d'abord intimement adhérente, mais on la meut assez facilement sur l'os, et par la dissection on voit qu'elle ne lui est adhérente qu'en deux points où, à la coupe, on constate une intime adhérence avec le périoste, sans modification de l'os.

A la surface semblent s'*insérer* véritablement de nombreuses fibres musculaires du grand dorsal et du grand rond, qu'on ne peut enlever qu'avec des lamelles fibreuses faisant manifestement partie de la tumeur. A la partie supéro-interne, le tendon du grand rond s'enfonce dans la tumeur dont on ne peut le séparer et les fibres tendineuses semblent donner insertion de divers côtés à un tissu plus jeune, en continuité avec lui. D'autres tractus fibreux la relient au grand dorsal et à la longue portion du triceps brachial.

Sa consistance est celle du fibrome. A la coupe, le tissu est blanc rosé, avec des traînées vasculaires assez nombreuses et des parties plus rouges qui sont composées de tissu musculaire englobé. On y voit une disposition en couches concentriques analogue à celle des tumeurs fibreuses de l'utérus, bien que moins régulière. L'examen histologique confirme les données macroscopiques. On voit, en effet, ces lobules formés de couches de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses, absolument comme dans les fibro-myomes utérins.

Le point de départ est, à n'en pas douter, dans le tendon et les cloisons fibreuses du grand rond, jusqu'à leur insertion au périoste. Le rapport des fibres musculaires s'insérant superficiellement sur la tumeur, tandis que le périoste était inséré sur le bord axillaire seulement, rend la chose évidente.

Séance du 31 *octobre* 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

10. La dermite aiguë grave, primitive ; par le Dr QUINQUAUD, médecin des hôpitaux.

C'est une affection érythémato-desquamative, exfoliatrice, aiguë, primitive de la peau, caractérisée par un aspect polymorphe, ressemblant, au début, à une scarlatine, à un érysipèle, à un phlegmon érysipélateux ou à un eczéma aigu, coïncidant toujours avec un appareil fébrile, en général intense, s'accompagnant de la même éruption sur les muqueuses, d'un état général sérieux, de troubles nerveux plus ou moins graves : fatigue excessive, parésie, paralysies localisées ou diffuses, pouvant se terminer par la mort, parfois guérissant. Les lésions sont celles d'une dermite intense avec altérations du sang, du système nerveux central périphérique.

On a confondu sous le nom de *dermatite exfoliatrice* des cas tout à fait disparates, dont quelques-uns ont une certaine analogie avec notre définition et seraient peut-être des variétés atténuées. On a confondu, dis-je, sous ce nom l'eczéma foliacé, le pemphigus foliacé, le pityriasis rubra de Devergie, le psoriasis foliacé, l'érythème scarlatiniforme foliacé, l'herpétide exfoliatrice de Bazin, affections qui forment autant de *genres distincts* les uns des autres et différents de notre dermite ; ces genres peuvent, à un moment donné, à une période quelconque de leur existence, sous l'influence de vices constitutionnels, d'un mauvais état général de l'organisme, se généraliser, s'accompagner d'une *exfoliation épidermique* très abondante avec chute des cheveux, des ongles, etc.; parfois même ces variétés génériques sont de nature arthritique, et s'accompagnent de phlegmasies articulaires plus ou moins violentes. A un certain moment de leur évolution, il est possible, à l'aide de la lésion élémentaire, de faire le diagnostic de ces divers groupes d'affections cutanées. Parfois cependant, si le médecin arrive à la fin de la maladie, alors que l'exfoliation est généralisée, la diagnose est impossible ou du moins fort difficile: c'est surtout en s'aidant de la marche, de l'aspect de l'exfoliation, principalement dans les régions récemment envahies, que l'on arrive à reconnaître le genre de maladie.

Mais notre définition ne s'applique point à ces faits, qui sont souvent chroniques, avec fièvre légère, guérissant ordinairement, du moins pour un temps. Au contraire, dans notre dermite aiguë, primitive et grave, l'appareil fébrile, léger au début, devient ensuite intense, et la mort survient fréquemment. Nous trouvons bien dans quelques auteurs des cas qui se rapprochent des nôtres : nous citerons, en particulier, l'observation première de la thèse de M. Percheron, observation recueillies dans le service de notre collègue, le Dr Vidal, à St-Louis, quelques cas d'Alibert, d'Hébra, de Neumann ; mais si ces faits présentent des analogies avec nos observations, les différences sont plus grandes encore. C'est pour cela que nous croyons utile de résumer les signes présentés par nos cinq malades, chez lesquels existait une grande uniformité d'aspect, d'éruption, d'évolution, de symptômes et de lésions nerveuses et sanguines.

Voici le résumé synthétique des signes observés chez cinq malades, dont trois ont succombé ; un dernier exemple a été suivi avec soin à l'hôpital St-Louis, pavillon Gabrielle (service de M. le Dr Hillairet) : je publierai ultérieurement les observations *in extenso*.

Première période. — Début aigu : apparition d'une efflorescence cutanée avec rougeur plus ou moins vive, présentant un aspect pseudo-érysipélateux lorsqu'elle siége sur le scrotum ou aux paupières, à la face, etc. Cette éruption a une *tendance extensive ;* c'est même là un caractère important, elle se dissémine d'une manière continue ou discontinue. La vivacité de la rougeur augmente, et sur certains points de la surface, on voit des *éléments accessoires*, qui font souvent commettre des erreurs de diagnostic, ce sont des éruptions impétigineuses, des vésicules, des bulbes, des phlyctènes : on dit alors qu'il s'agit d'un eczéma, d'un pemphigus, d'un eczéma impétigineux, d'un psorasis, etc. Il n'en est rien, c'est une dermite intense, qui se complique d'éruptions diverses, puisqu'elles peuvent exister isolées sur le même sujet, parfois coexister toutes ensemble les unes à côté des autres.

La fièvre est modérée d'abord, la température est à 38°, 38°,5, un peu plus tard 39° le soir avec des oscillations : c'est une fièvre rémittente, qui s'accroît vers la fin de cette période. L'alimentation se fait encore ; l'appétit a diminué, n'est pas perdu ; le malade se lève, parfois n'éprouve que du malaise avec démangeaisons.

Cependant, à mesure que l'on se rapproche de la période d'état, du 15e au 20e jour, il se produit de la faiblesse générale, de la parésie localisée ou généralisée.

Période d'état. — La surface cutanée ressemble à une peau atteinte de psoriasis scarlatiniforme généralisé ; l'éruption s'étend en surface et en profondeur ; il n'est pas rare de pouvoir constater de l'*œdème dermique* très net. Les muqueuses ne sont pas respectées ; la muqueuse des lèvres, de la bouche, des amygdales, du pharynx, quelquefois du larynx, peut-être du tube digestif (d'où la diarrhée) sont envahies par l'éruption érythémato desquamative : là, production de plaques blanchâtres, d'aspect pseudo-membraneux, à l'entrée des voies digestives. La peau est d'un rouge scarlatineux, luisant, un peu humide par places.

L'exfoliation est parfois *excessivement* abondante ; d'autrefois et cela dans les cas graves, l'exfoliation apparaît bien à la surface de la peau sous forme de larges lamelles, mais ces lamelles tombent peu dans le lit des malades.

Le pouls s'élève à 110, 120 le soir; la température arrive à 40°, s'abaissant un peu le matin ainsi que le pouls. La station debout, la marche sont encore possibles mais difficiles, pénibles ; parfois même il existe une sorte de paraplégie incomplète, le malade ne peut se tenir debout, ou bien il se fatigue très vite.

Troisième période.— Si la maladie doit se terminer favorablement, la desquamation, la rougeur continuent pendant trois, quatre mois, six mois, et le sujet finit par guérir, après avoir présenté quelques accidents de convalescence comme des

éruptions furonculeuses, ecthymatiques, quelques paralysies même.

La fièvre ne cède que peu à peu et pendant un ou deux mois, on peut encore observer 38°,5 le soir. Il est juste de comparer ces convalescences aux convalescences longues de la fièvre typhoïde, ce qui démontre bien que cette dermite grave est autre chose qu'une lésion locale, et qu'il y a là une maladie généralisée.

Dans d'autres cas, le pouls s'élève, le soir, à 120, 130; la température à 40°, 40°,5, 41°, le malade tombe dans l'adynamie, la somnolence ; il ressemble à un malade atteint d'une affection septique: les eschares se produisent dans les points comprimés, il succombe le quinzième jour, le vingtième, un ou deux mois après le début, dans une sorte de prostration générale, d'état infectieux. Pas d'albuminurie, ni de glycosurie.

Voilà ce que l'on observe en clinique, voyons l'anatomie *pathologique :* trois de nos malades ont succombé : chez les deux premiers, on a pu examiner la moelle, les nerfs et le sang; dans le second cas, recueilli par M. Gaucher, nous n'avons pu examiner que quelques nerfs cutanés avec mon interne, M. Leloir : les préparations histologiques que je montre à la Société ont été faites avec l'acide osmique. L'ensemble de ces examens m'a montré : 1° des lésions du derme ; 2° des altérations des centres nerveux ; 3° des lésions des nerfs.

1° *Lésions dermiques.* — Infiltration du derme par de jeunes cellules embryonnaires nombreuses, surtout au niveau des vaisseaux, congestion intense du derme, nombreux leucocytes qui infiltrent les couches dermiques; les cellules du tissu connectif sont gonflées, arrondies ; il y a là une dermite des plus intenses.

2° *Lésions des centres nerveux.* — A l'état frais, nombreux corps granuleux dans la substance grise et dans la substance blanche. Sur des coupes fines (après macération dans l'acide chromique), on retrouve une multiplication des noyaux connectifs : les cellules nerveuses ne paraissent pas très altérées. Il y a là les lésions d'une myélite diffuse.

3° *Lésions des nerfs* (nerfs intercostaux, sciatique et nerfs cutanés). — La myéline est très fragmentée, certains tubes sont presque vides, elle se réduit à de fines granulations graisseuses : chez le premier malade que j'ai observé la myéline des tubes traités par l'acide osmique était représentée par de petites gouttes noires miliaires, avec multiplication évidente des noyaux. Il existait donc une névrite parenchymateuse bien évidente : on peut voir ces altérations sur les préparations histologiques que je montre à la Société.

Dans le tissu dermique qui entoure les nerfs, on voit des granulations protéiques ou albumino-fibrineuses, des noyaux connectifs nombreux.

4° *Lésions hématiques.* — Le sang est parfois couleur jus de fumier, surtout quand on l'observe dans des cas d'adynamie profonde ; si la maladie est moins grave, les lésions sont moins avancées. On observe qu'une partie de l'hémoglobine a perdu son pouvoir absorbant ; dans notre première observation il aurait dû être de 110 centimètres cubes d'oxygène, il n'était que de 70 centimètres cubes, bien que l'hémoglobine fût encore à 100 grammes pour 1000 grammes de sang (spectroscopie). Ainsi il y a destruction de l'hématocristalline ; de plus, une partie est devenue inerte.

En outre, les matériaux solides ont diminué, sont descendus à 76, 74 grammes au lieu de 92 grammes, chiffre normal. Les matières extractives ont augmenté de quantité, tandis que les phosphates ont diminué, ainsi que les sels minéraux, surtout dans les cas où la prostration devient extrême. Or, on sait combien la minéralisation du sang est importante pour que les fonctions de ce liquide soient normales : on peut donc s'expliquer par cette altération une partie des phénomènes graves.

En résumé, au point de vue clinique, nous trouvons : 1° une éruption cutanée polymorphe, ressemblant, suivant la période à laquelle on l'examine, à divers genres d'affections cutanées, ce qui doit faire penser à un état général, qui domine tout ; 2° un ensemble de symptômes généraux graves : fièvre intense, troubles circulatoires sans albuminurie, sans glycosurie ; 3° des troubles nerveux : fatigue, courbature excessive jusqu'à la paralysie tantôt localisée, tantôt généralisée : ces signes doivent faire songer à l'existence de quelque lésion matérielle des tissus nerveux; c'est, en effet, ce que démontre l'examen histologique.

Au point de vue des lésions, nous rencontrons : 1° une myélite diffuse, caractérisée par de nombreux corps granuleux; une multiplication des noyaux de la névroglie et des vaisseaux ; 2° un névrite parenchymateuse caractérisée par une réduction de la myéline en gouttelettes miliaires et en une multiplication des noyaux.

Pathogénie. — En présence de ces faits, quelles sont les altérations primitives ? Les nerfs sont-ils pris les premiers ? ou bien est-ce la lésion du sang qui domine tout ?

Est-ce la dermite qui a entraîné la lésion des tubes nerveux de la peau ? Ou est-ce le contraire ? Ou encore n'y a-t-il aucune relation entre ces faits ? Quel est l'enchainement de ces différentes altérations ?

Il serait difficile de répondre, si l'on voulait être affirmatif, avec des preuves absolument démonstratives à l'appui.

A défaut d'une certitude mathématique, il est permis de faire une supposition d'attente : sous l'influence d'une cause inconnue et d'un terrain prédisposé il se produit une altération du sang, qui modifie le tissu nerveux de manière à engendrer et la myélite et la névrite diffuse ; de plus nous savons, d'après les auteurs, et d'après M. Charcot et ses élèves, que les lésions des nerfs peuvent modifier la peau et y déterminer des éruptions ; la pathologie expérimentale vient nous montrer qu'à la suite de lésions du sciatique, les poils s'atrophient, tombent, la peau subit des altérations ; il est donc permis de supposer que chez nos malades les lésions des nerfs ont entraîné des modifications du côté de la peau. C'est là une théorie rationnelle et rien de plus, car il pourrait bien se faire que la cause qui produit la dermite fût la cause également des altérations nerveuses.

Quoi qu'il en soit de la théorie, il reste acquis que, dans certaines dermites graves, le système nerveux est atteint de lésions bien nettes.

11. Myxôme de la région dorsale ; par Ch. Féré et G. Laurand, internes des hôpitaux.

La nommée R... Mélanie, âgée de 39 ans, journalière, entre le 12 mai 1879, dans le service de M. Broca (salle Sainte-Marie, n° 11.)

Elle n'a connu personne dans sa famille qui ait été affecté de tumeur quelconque. Elle-même n'a jamais eu aucune maladie sérieuse. Il y a 7 ou 8 mois, son mari remarqua une déformation dans la région dorsale et constata, du côté gauche de la colonne vertébrale, la présence d'une tumeur qui n'a pas beaucoup augmenté de volume depuis. La malade n'avait jamais senti de douleur ni dans cette région, ni ailleurs. Il y a 4 mois, elle éprouva une sensation d'insensibilité de la région inférieure gauche de l'abdomen ; ces troubles ne durèrent qu'une quinzaine de jours puis cessèrent complétement. Il n'existait alors rien d'anormal du côté des membres inférieurs; mais on avait remarqué un certain degré d'inclinaison du tronc du côté gauche pendant la marche.

Lorsqu'elle alla trouver un médecin, il y a quinze jours; elle n'éprouvait aucun trouble, ni sensitif, ni moteur, mais sa tumeur l'inquiétait. On lui fit faire des badigeonnages avec la teinture d'iode et des onctions avec une pommade.

A son entrée, on constate la présence d'une tumeur située du côté gauche de la colonne vertébrale, atteignant la ligne médiane qu'elle semble même dépasser un peu. Cette tumeur se limite nettement en haut au niveau de la cinquième côte ; à la partie inférieure, ses contours sont moins bien limités, elle paraît descendre jusqu'à la dixième côte. Dans son ensemble, elle forme une masse ovalaire à grand axe longitudinal de 11 centimètres, à petit axe transversal de 7 centimètres; elle est constituée par trois lobules, un supérieur, mou mais non fluctuant, un moyen et externe, et un inférieur plus mal limité, ces deux dernières parties offrent une consistance très dure. La peau glisse facilement sur la tumeur qui paraît faire corps avec les côtes. Aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. M. Broca diagnostique un chondrôme des côtes.

18 mai. Depuis son entrée à l'hôpital la malade avait cru remarquer que ses jambes s'affaiblissaient, et aujourd'hui, en sortant du bain, elle n'a pu revenir à pied dans la salle. La sensibilité est conservée aux membres inférieurs et à l'abdomen.

22 mai. La paralysie des membres inférieurs a augmenté, la malade ne peut plus soulever ses jambes. Il y a un affaiblissement considérable des membres inférieurs au contact, de la douleur à la température. Cette insensibilité relative paraît à peu près égale des deux côtés, elle remonte sur l'abdomen jusqu'à 5 centimètres au-dessous du nombril en avant, et un peu plus haut en arrière. Les orteils sont légèrement contracturés dans la flexion. Les mouvements réflexes sont exagérés. Météorisme.

23 mai. Ce matin la malade n'a pas uriné, il a fallu la sonder. Elle ne va à la selle que grâce à des lavements quotidiens depuis quatre jours. Même état de la motilité et de la sensibilité et en outre fourmillements et sensation de chaleur dans les membres inférieurs.

25 mai. La rétention d'urine n'a duré qu'un jour et demi, il y a maintenant de l'incontinence. Insensibilité complète.

28 mai. Légère contracture des membres inférieurs placés symétriquement dans l'abduction, la rotation en dehors et la demi-flexion. La contracture des orteils a augmenté, la position est restée la même, mais la rigidité est plus grande.

29 mai. La contracture des membres inférieurs augmente. Les fourmillements persistent, la malade éprouve une sensation de serrement qu'elle compare à la pression d'un étau. La sensibilité a reparu, mais très obtuse. La rotule droite peut se subluxer en dehors sous l'influence d'une pression légère et même spontanément et conserver quelque temps sa position vicieuse; il y a des frottements articulaires dans le genou.

4 juin. La rétention d'urine reparaît. Cathétérisme.

10 juin. Purulence des urines; escharre de la largeur d'une pièce de cinq francs située à gauche de la ligne médiane, au niveau de la base du sacrum.

11 juin. Ponction de la partie supérieure de la tumeur avec un trocart capillaire : issue de quelques gouttes de liquide jaunâtre, transparent, visqueux.

13 juin. Nouvelle ponction avec un trocart à hydrocèle : issue de 40 grammes environ de matière gélatineuse jaunâtre (masse fibrineuse contenant des globules sanguins). L'examen de cette matière, pratiqué par M. Latteux, n'a donné aucun résultat. Injections d'eau phéniquée dans la vessie.

16 juin. L'eschare de la fesse gauche commence à s'éliminer, toute la région fessière du même côté offre une coloration rouge foncé, tandis que de l'autre côté de la ligne médiane la peau a conservé son aspect normal.

17 juin. Outre la contracture qui persiste, on observe dans les membres inférieurs des mouvements convulsifs qui font rapprocher brusquement les deux genoux. Ces mouvements se produisent spontanément, mais plus souvent après un contact brusque, on ne provoque plus que cette sorte de mouvements réflexes.

18 juin. On perçoit une sensation de crépitation parcheminée dans la partie inférieure et externe de la tumeur.

19 juin. Nouvelle ponction avec le trocart à hydrocèle. issue d'un liquide sanguinolent rapidement coagulé.

25 juillet. L'état de la malade s'est peu modifié depuis un mois. La paralysie est complète dans les membres inférieurs, même contracture, mêmes mouvements réflexes. On ne peut plus déplacer la rotule. La sensibilité est restée obtuse. Alternative de rétention et d'incontinence des urines. Constipation opiniâtre. L'eschare sacrée s'est étendue du côté de la ligne médiane, l'os est à nu. Aucune modification du côté de la tumeur.

28 août. Un peu de fièvre le soir depuis quelques jours, accès de dyspnée, sans signes physiques du côté du poumon ou du cœur.

1er septembre. Nouvel accès de dyspnée.

Depuis cette époque, jusqu'à sa mort, 10 *octobre*, aucun phénomène nouveau n'est survenu. L'état général s'est progressivement aggravé; l'amaigrissement a fait des progrès, l'œdème des jambes a augmenté : l'eschare a graduellement gagné toute la région fessière.

Mais la mort a été surtout hâtée par les accès de suffocation, qui sont devenus quotidiens, toujours plus prononcés dans la soirée, ils survenaient, sans cause appréciable, avec une intensité qui fit craindre souvent la mort dans un accès. Les injections de morphine amenaient un soulagement très notable, mais la respiration restait embarrassée, la poitrine remplie de râles, et le murmure très affaibli à gauche.

La mort a eu lieu le 10 *octobre* au soir.

Autopsie. — Dans la *région dorsale*, tumeur du volume d'un gros poing, couchée dans la gouttière latérale gauche de la colonne vertébrale, et s'étalant en dehors, sur la convexité des 7, 8 et 9e côtes gauches. Elle est divisée, par un sillon vertical, en deux tumeurs secondaires.

A. Une *tumeur externe* du volume d'un œuf, ovoïde, à grand axe vertical, arrondie, hérissée de petits mamelons, au niveau desquels la pression donne la sensation de petites aiguilles osseuses, et une crépitation analogue à celle de cristaux de neige écrasés sous le doigt.

Elle est développée sur la 8e et la 9e côtes, et sutout la 8e; elle atteint, en dehors, l'angle de ces côtes, où elle cesse brusquement de s'étaler, en mourant, sur leur face postérieure. Au niveau de ce point d'arrêt, existe sur les deux arcs osseux une fracture verticale. *En haut.* Elle gagne le bord inférieur de la 7e côte qui ne paraît pas atteinte par le mal. *En bas.* Elle dépasse la 9e côte, mais laisse indemne la suivante.

B. Une *tumeur interne.* Elle comble la gouttière latérale. Partant de la même limite inférieure que la précédente, elle remonte plus haut, recouvrant la naissance des 5e et 6e côtes. Elle est séparée de la tumeur externe par un sillon qui s'enfonce entre elles jusqu'au plan osseux. En dedans, elle déborde le sommet des apophyses épineuses, dont elle efface la ligne saillante. Elle envoie, en même temps, entre ces apophyses, des fusées, dont les bourgeons font saillie dans la gouttière latérale du côté opposé. Au niveau de cette tumeur, pas de crépitation parcheminée, et pas trace de fracture spontanée. Tel est l'aspect de la tumeur sur la face postérieure du tronc.

Dans le *médiastin*, elle nous offre une saillie du volume du poing, à grand axe transversal, formant avec la tumeur externe ci-dessus une masse qui englobe la 8e côte, comblant les deux espaces intercostaux suprà et infrà, pour atteindre les deux côtes correspondantes. Elle dépasse en dehors la limite de la tumeur postérieure. Le nerf pneumo-gastrique gauche est aplati par elle, dans l'étroite gouttière qui la sépare des corps vertébraux correspondants. La tumeur, dans son ensemble, présente une surface régulière, lisse, mamelonnée par place. La consistance est lardacée, élastique : sauf, au niveau de la tumeur médiastine, qui est beaucoup moins ferme, et n'offre pas non plus les points de crépitation observés en arrière. Ouverte par un trait de scie, la *cavité rachidienne* apparaît comblée dans la hauteur des 7e et 8e corps vertébraux par le tissu morbide. La moelle est réduite à l'état d'un mince ruban, appliqué sur l'arc antérieur.

On est frappé, à l'examen des corps vertébraux, de trouver leurs coupes intactes : sauf un peu de rougeur de leur tissu aucune altération, ni de forme ni de consistance : ce qui pourrait faire supposer que le mal a pénétré par les trous de conjugaison.

Les autres organes ne nous ont présenté aucune lésion.

La section de la tumeur, sur la partie inférieure du lobule inférieur, présente une surface irrégulière, comme boursoufflée par points : les boursoufflures sont séparées par des travées fibreuses. Les parties molles sont constituées par une substance amorphe légèrement fibrillaire sur quelques points, quelques cellules embryonnaires et des cellules étoilées de formes variables présentant des prolongements anastomosés. Sur quelques points, le tissu renfermé dans l'intervalle des travées fibreuses qui forment des espèces de kystes est très ramolli, presque fluide, mais on y retrouve les mêmes éléments cellulaires.

12. Rapport sur la candidature de M. Dubar au titre de membre adjoint; par Bazy.

Dans une de nos dernières séances, M. Dubar vous a fait une communication sur laquelle je vous demanderai la permission d'insister.

Il s'agissait, vous vous en souvenez, d'un foie où s'étaient développés côte à côte la cirrhose et le cancer. Le diagnostic pendant la vie avait été hésitant. Tour à tour on avait pensé à une dégénérescence cancéreuse, à une altération cirrhotique du foie, finalement on s'était attaché à cette dernière idée; l'autopsie est venue montrer la coexistence des deux maladies.

Je n'insisterai pas sur l'examen macroscopique qui se trouve soigneusement relaté dans la communication de M. Dubar. Le foie contenait des noyaux cancéreux, quelques-uns assez volumineux, d'autres très petits, et dans ses autres parties il semblait atrophié.

L'examen histologique a un grand intérêt : en effet, dans les parties de la glande hépatique qui semblaient, à première vue, avoir échappé à la dégénérescence cancéreuse; il a fait reconnaître les points suivants :

A un faible grossissement, il paraissait n'y avoir que de la cirrhose, ce qui concordait avec les résultats de l'examen à l'œil nu. Mais si on venait à examiner avec un objectif puissant, voici ce qu'il était possible de constater.

Certains lobules présentaient les lésions si faciles à reconnaître de la cirrhose, mais immédiatement à côté d'eux on en trouvait qui avaient une disposition en apparence normale. Les travées séparant les cellules étaient dirigées et avaient la même forme qu'à l'état normal. Entre les faisceaux de fibres conjonctives qui les constituaient on pouvait voir des espaces, sur les parois desquels se trouvaient des cellules plates de tissu conjonctif. Dans leur intérieur, un examen attentif prouvait l'existence de quelques cellules cancéreuses. Les cellules hépatiques de ces lobules étaient elles-mêmes envahies par le cancer.

Voilà donc un cas où, en certains points, il était possible de trouver dans certaines portions du foie la cirrhose et le cancer diffusés. Il existe peu de cas semblables; sans doute on avait déjà publié de nombreuses observations dans lesquelles on montrait que le tissu conjonctif du foie s'hypertrophiait à la périphérie du cancer. Nous pensons que, si l'on examinait avec de forts grossissements les parties du foie éloignées du noyau cancéreux, là où il ne paraît y avoir que de la cirrhose, on trouverait encore du cancer, comme infiltré et à l'état naissant.

13. Rapport sur la candidature de M. Lataste, au titre de membre adjoint; par E. Chambard, interne des hôpitaux, répétiteur à l'Ecole des hautes études.

Parmi les intéressantes présentations faites par M. Lataste à la Société anatomique, nous désirons appeler l'attention sur un cas de transformation kystique du foie et des reins qui, rapproché de ceux qui sont déjà mentionnés dans la littérature médicale, pourra servir à constituer un jour l'histoire des associations morbides qui se rencontrent si fréquemment entre ces deux organes. A la suite de son observation, M. Lataste expose l'historique de la question qui l'occupe et signale les recherches de notre maître, M. Malassez, qui ont permis de rapporter à un même processus histologique des altérations de localisation bien différentes, et de comparer à ce point de vue les kystes du foie et des reins à ceux dont il avait si bien étudié la structure et le développement dans d'autres glandes : l'ovaire et le testicule en particulier.

Dégénérescence kystique du foie et des reins. — L..., Marie, quarante-cinq ans, entre le 2 novembre 1877 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 8, dans le service de M. Gouguenheim.

Elle avait toujours joui d'une bonne santé, mais depuis quelque temps des revers de fortune l'avaient réduite à la dernière misère et elle avait dû supporter de nombreuses privations qui, disait-elle, avaient épuisé ses forces.

Le 3 *novembre* on examina la malade; la percussion et l'auscultation de la poitrine ne dénotent aucune lésion; les bruits du cœur ne présentent aucune altération. L'abdomen est souple, pas météorisé, pas douloureux à la pression, le foie ne déborde pas les fausses côtes. La langue a son aspect normal; l'appétit est bon, les fonctions digestives s'accomplissent bien. L'amaigrissement est très prononcé, la faiblesse extrême, mais il n'existe ni bouffissure de la face, ni œdème des membres inférieurs. Cet état se prolonge sans modification jusqu'au 12 novembre.

13 *novembre*. La malade se plaint de douleurs à l'épigastre en même temps qu'apparaissent des vomissements.

14 *novembre*. Les vomissements persistent et l'examen de l'urine par la chaleur et l'acide nitrique fait constater un léger nuage d'albumine. Des purgatifs répétés et le régime lacté sont prescrits à la malade.

15 *novembre*. Les vomissements continuent, la quantité d'urine recueillie dans les vingt-quatre heures ne dépasse pas 400 grammes.

16 *novembre*. La malade présente de plus que les jours précédents des troubles cérébraux caractérisés par du délire, de l'agitation, en même temps que des troubles de la vue.

17 *novembre*. Les mêmes phénomènes persistent accompagnés d'une dyspnée intense: La malade n'a uriné que 200 grammes d'un liquide constitué par du sang presque pur. Ce jour-là on observe pour la première fois, un très faible degré d'œdème au niveau des malléoles. Un purgatif et huit ventouses scarifiées appliqués sur la région rénale constituent le traitement.

18 *novembre*. La malade est plongée dans un coma profond; on ne peut plus recueillir ses urines. Elle succombe dans cet état le 19 novembre dans la matinée.

Autopsie. — L'autopsie est faite le lendemain matin. Le cerveau est légèrement œdématié; mais sans aucune autre altération. Les plèvres sont accolées par des adhérences anciennes, mais ne renferment pas de liquide. Les poumons sont le siége d'une congestion intense, surtout aux deux bases, le tissu pulmonaire est en quelque sorte dans un état de splénisation.

Le cœur présente une hypertrophie notable du ventricule gauche et il existe en même temps un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche dû à des végétations fibrineuses siégeant sur la face auriculaire de la valvule. Aucun bruit anormal n'avait révélé cette lésion pendant la vie. La rate est petite, pas diffluente.

Le foie a son volume normal; mais il est parsemé de petites taches noirâtres qui apparaissent nettement à travers sa capsule fibreuse. Elles sont au nombre d'une vingtaine au moins, d'étendue variable. A la coupe, on constate que ces taches répondent à de petits kystes sous-jacents à la capsule et d'où s'écoule un liquide incolore, se coagulant par la chaleur et l'acide nitrique.

Les plus petits de ces kystes ont à peine le volume d'une lentille et présentent des traces d'un cloisonnement incomplet. Dans l'intérieur du foie on ne trouve pas de kystes et le tissu hépatique parait normal. Le volume des reins est doublé; ils ont un aspect bosselé rappelant assez bien la forme extérieure d'une grappe de raisin. Cet état est dû à une série de kystes de volume variable renfermant un liquide incolore et albumineux. Dans quelques kystes, la coloration du liquide est noirâtre, ce qui est dû à un épanchement sanguin dans leur cavité.

A la coupe, le rein présente un aspect aréolaire; il est transformé en une série de cavités kystiques de volume variable, isolées les une des autres par de minces lamelles de tissu rénal. L'altération atteint au même degré les deux reins. Dans le bassinet du côté droit on trouve un caillot sanguin qui en remplit toute la cavité. Les calices, les bassinets, les uretères et la vessie ne présentent aucune altération.

Réflexions. — Les exemples de dégénérescence kystique du foie et des reins sont assez rares, et c'est à peine si on en trouve quelques exemples dans les Bulletins de la Société anatomique; aussi n'est-il pas étonnant que la plupart des traités de pathologie interne ne signalent même pas la coïncidence de l'altération de ces deux organes. Les causes en sont inconnues et la symptomatologie ne présentant aucun caractère distinctif, l'affection est le plus souvent méconnue pendant l'existence.

La destruction de la substance du rein par la formation de ces nombreuses cavités kystiques détermine la diminution de la sécrétion urinaire, mais seulement à une époque avancée de la maladie. A part cette oligurie, tous les autres symptômes

sont ceux de la néphrite interstitielle. C'est ainsi que l'hypertrophie du cœur est signalée dans toutes les observations, que les urines ne renferment que peu d'albumine, que l'œdème est rare, peu prononcé et que l'affection se termine le plus souvent par l'apparition brusque d'accidents urémiques.

Les hémorrhagies sont fréquentes; l'hématurie a presque toujours été observée et plusieurs malades ont été atteints d'hémorrhagie cérébrale.

Mais, en somme, ce qui domine dans les symptômes de cette affection, c'est le trouble des fonctions rénales. Les altérations du reste sont généralement plus avancées du côté des reins que du côté du foie. Ceux-ci sont même quelquefois augmentés de volume à tel point, dit M. Lancereaux, qu'on peut sentir leurs bosselures à travers les parois abdominales et arriver ainsi à faire le diagnostic de la maladie. Dans certains cas, cependant, les lésions ont paru débuter par le foie; et, à l'autopsie, c'est dans cet organe qu'on a trouvé les lésions les plus avancées. Malgré cela, l'affection a été caractérisée seulement par les altérations de la sécrétion urinaire; et on n'a jamais noté du côté du foie que l'augmentation de volume sans aucun phénomène douloureux.

Quant à la durée de cette maladie, on ne peut guère donner aucune indication précise. Son début insidieux et l'absence de phénomènes douloureux n'appelant que tardivement l'attention du malade lui-même.

Lorsqu'un rein est moins altéré que l'autre, il peut le suppléer pendant un certain temps et retarder la terminaison fatale; mais généralement il ne tarde pas à être complétement désorganisé lui aussi par la dégénérescence.

Ces dégénérescences kystiques atteignant en même temps le foie et le rein ne sont pas seulement intéressantes au point de vue clinique, elles soulèvent aussi une question de doctrine qui a été diversement résolue. Faut-il les considérer seulement comme de simples coincidences, ou doit-on y voir au contraire, une manifestation diathésique attaquant simultanément les deux organes? Fredereich, Reindfleish, Wirchow, Ritter étudiant surtout les kystes du foie les ont considérés comme de simples kystes par rétention, dus à l'oblitération de petits canalicules biliaires, et dont le liquide serait devenu séreux et incolore par résorption de la matière colorante de la bile suivant les uns, par sécrétion muqueuse des parois du kyste après résorption totale de la bile suivant les autres. Mais on peut objecter à ces opinions sur la pathogénie de ces kystes que jamais on n'y rencontre aucune trace de pigment biliaire et que l'analyse n'y décèle jamais aucun des principes constitutifs de la bile, quelque petit que soit le kyste.

Frerichs, ayant rencontré deux cas analogues de dégénérescence kystique du foie et des reins, constata que les kystes n'avaient aucune communication avec les canalicules biliaires et les signala comme de simples kystes séreux, mais sans s'étendre davantage sur leur pathogénie et sur leur coincidence avec les kystes des reins. Il ajouta seulement que Bristowe ayant le premier signalé des altérations de cette nature, elles furent considérées par Beale comme procédant des cellules hépatiques.

Dans les observations de dégénérescence kystique du foie et des reins que renferment les Bulletins de la Société anatomique et qui sont dues à MM. Caresme (1855), Chantreuil (1867), Joffroy (1868), Leboucher (1869), aucune hypothèse n'est émise sur la pathogénie de l'affection, et la coïncidence de l'altération des deux organes n'est rapportée par aucun d'eux à un processus morbide commun.

M. Lancereaux, dans son atlas d'anatomie pathologique et plus tard dans son article Rein, du dictionnaire encyclopédique, ne considère plus la co-existence de ces kystes dans le foie et le rein comme une coïncidence fortuite; il rappelle qu'on les rencontre constamment dans les deux organes et émet l'idée de leur développement aux dépens d'une altération épithéliale.

Mais c'est surtout à l'occasion d'une présentation de M. Kamorowsky (1876) à la Société anatomique, que les examens microscopiques de M. Malassez ont bien montré la pathogénie de ces kystes et par là même la relation intime qui existe entre les lésions hépatiques et rénales.

Enfin, M. Courbis, dans sa thèse (1877), a étudié la question en s'appuyant sur une observation et les examens microscopiques de M. Charpy. Il admet comme M. Malassez, l'existence d'un processus irritatif portant surtout sur l'épithélium des canalicules biliaires et même l'existence de canalicules de nouvelle formation.

On peut ainsi résumer l'opinion de M. Malassez qui donne une idée exacte de la pathogénie de cette dégénérescence kystique, en même temps qu'elle explique comment l'altération frappe à la fois les parenchymes du foie et des reins : La lésion atteint en même temps le tissu conjonctif et l'épithélium. On voit entre les lobules un tissu conjonctif abondant renfermant de petits conduits tapissés d'épithélium cylindrique ou polyédrique abondants surtout à la périphérie du foie où se développent les kystes; le reste du tissu hépatique restant sain. Leur liquide est toujours incolore, albumineux, sans trace de pigment biliaire, même dans les plus petits kystes.

Dans les reins, où les kystes atteignent habituellement un volume plus considérable, on constate la même altération du tissu conjonctif et de l'épithélium; mais leur évolution est moins facile à observer. Le liquide est aussi albumineux, le plus souvent transparent, quelquefois coloré par du sang. Le tissu normal de l'organe est plus ou moins détruit par la compression.

C'est donc dans les mêmes circonstances et par un processus semblable, prolifération conjonctive et épithéliale, que la dégénérescence kystique atteint le foie et les reins; on ne saurait par cela même y voir l'effet d'une simple coïncidence. Il n'y a là qu'un exemple de plus des relations qui unissent le foie et les reins, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique.

Séance du 7 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Sarcome de la voûte plantaire. Abcès de la fosse iliaque;
par René LE CLERC, interne des hôpitaux.

Le nommé Moreau, âgé de 29 ans, employé à la Bourse de Paris, entre le 11 octobre 1879 à la Maison de santé, service de M. CRUVEILHIER, suppléé par M. RECLUS.

Ce jeune homme, né à Paris, blond, lymphatique, avoue ne pas avoir eu d'affections scrofuleuses dans son enfance, et dit même qu'il n'a pas été malade une minute dans sa vie. Il y a un an et demi ou deux ans, le malade remarqua qu'il portait à la plante du pied une petite tumeur grosse comme une noisette, ne roulant pas sous le doigt, recouverte par la peau qui, à ce niveau, avait sa couleur normale. Cette tumeur n'était pas douloureuse, car pendant bien longtemps elle n'empêcha pas Moreau de faire son service qui l'oblige à rester debout la plus grande partie de la journée et à marcher constamment. Bien plus, elle lui permit de faire ses 28 jours, au mois de septembre 1878, sans qu'il y ait eu la moindre souffrance pour le malade.

Sans devenir plus douloureuse, la tumeur devint gênante en grossissant et força le malade à modifier la forme de sa chaussure. Il y a un mois, ennuyé de cette affection, le malade s'adressa à un médecin qui ordonna des cataplasmes, puis fit deux incisions lesquelles donnèrent issue à du sang. Il y a 12 jours, cet homme ressentit une douleur au niveau de l'aine, vers la partie moyenne, mais il n'y fit point attention. Notons, au point de vue des antécédents héréditaires, que sa mère est morte à la suite d'accidents divers survenus au moment de la ménopause, et que le père est foncièrement goutteux.

Etat actuel. 1° *Pied.* A la voûte plantaire, en un point correspondant à la moitié antérieure des métatarsiens, existe une masse hémisphérique, grosse comme une petite mandarine, se laissant malaxer sans douleur et donnant à la pression une matière puriforme, rougeâtre et beaucoup de sang qui s'échappe par l'incision pratiquée il y a quelque temps.

Cette tumeur est ulcérée, grisâtre, répandant une odeur de sphacèle : l'incision première se confond maintenant dans l'ulcération consécutive. Cette masse, qui semble occuper toute la voûte du pied est mobile au premier abord, mais par un examen plus approfondi, on sent qu'elle est adhérente. Il

existe de la fluctuation, mais plutôt une de ces fausses fluctuations mollasses qui permettent de penser à des tissus fongueux et non à un liquide, soit pus, soit sang.

Un stylet enfoncé de bas en haut, de la voûte plantaire sur la face dorsale et à la partie antérieure de la tumeur, traverse le tissu mou, saignant facilement et vient pointer à l'extrémité antérieure du premier espace interosseux. Si maintenant on dirige le stylet un peu obliquement en arrière, on éprouve la même sensation que précédemment mais sans retrouver le stylet sur la face dorsale.

2° *Région inguino-crurale.* Toute la région est douloureuse au moindre mouvement, mais à la pression la douleur existe surtout sur la moitié antérieure de la crête iliaque, au niveau de l'épine antéro-supérieure et sur la région abdominale avoisinant le ligament de Poupart.

La paroi abdominale est bombée et cette voussure se prolonge un peu dans le flanc droit : il y a en ce point de la rougeur, de la chaleur, de l'œdème de la peau, bref, tous les signes d'une inflammation franche et de plus une fluctuation très marquée indiquant un liquide abondant.

Diagnostic. Sarcome du pied. Adénite iliaque et abcès iliaque consécutif.

12 *octobre.* M. Reclus fait une longue incision, au-dessus du ligament de Fallope et retire deux verres d'un pus rougeâtre, répandant une odeur fécale très tenace. Lavages avec la solution phéniquée au 20[e].

Pansement avec la tarlatane imbibée du même liquide. Soir T. A. : 39°,8.

13 *octobre.* Une incision est faite d'avant en arrière sur la tumeur : il ne sort que du pus grisâtre, mélangé à du sang.

17 *octobre.* Sur le bord interne du pied on aperçoit des traînées bleuâtres qui remontent sur la face interne de la jambe à une petite distance de l'articulation : ce sont des veines dilatées comme dans les tumeurs de mauvaise nature. Aussi M. Reclus propose-t-il au malade l'amputation.

18 *octobre.* La plaie de l'abcès iliaque va très bien : il y a peu ou pas de suppuration sous l'influence de l'acide phénique en solution forte. La cavité, quoique profonde encore, se rétrécit de jour en jour.

24 *octobre.* L'amputation est acceptée par le malade : M. Reclus pratique l'amputation sus-malléolaire par le procédé du professeur Guyon. Pansement de Lister. Matin T. A.: 38°,8.

25 *octobre.* On renouvelle le pansement. T. A. matin : 39°,6, soir 40°.

26 *octobre.* Quelques douleurs dans le moignon. T. A. matin : 38°,2, soir 38°.

A partir du 27, le pansement est levé tous les deux jours.

Aujourd'hui 20 *novembre*, la plaie abdominale est en bonne voie de guérison. Quant au moignon d'amputation, il y a réunion dans presque tous les points, excepté à la partie externe où l'on avait placé l'un des drains. Pour la température, après l'ouverture de l'abcès, le thermomètre est tombé le 13 octobre de 39°,8 à 38° et s'est maintenu entre 38° et 38°,3 jusqu'au 20, où il est remonté à 39°. Il s'est maintenu à ce taux jusqu'au 22, et le 23 il est retombé à 37°,4.

A partir du 26 *novembre*, c'est-à-dire le surlendemain de l'opération, la température a varié entre 38°,6 et 37°,4.

Dissection de la voûte plantaire. La peau de la plante du pied se dissèque facilement dans toutes ses parties, même autour du point ulcéré où seulement elle est altérée à l'œil nu. Après avoir enlevé la graisse de la région, on tombe sur l'aponévrose plantaire qui conserve là sa couleur nacrée, brillante, sa résistance énorme. A sa partie antérieure seulement elle a disparu, envahie par l'ulcération ; toutefois, on retrouve des prolongements terminaux, au niveau des phalanges.

Le groupe interne des muscles du pied, séparé du groupe médian par une aponévrose assez résistante, est respecté. Toutefois il semble qu'en un point il y ait un amincissement considérable de la barrière limitant en dedans la loge médiane; mais enfin il n'y a pas perforation.

Les rapports avec le groupe externe sont les mêmes; de ce côté aussi le processus morbide n'a pas dépassé la loge médiane. Le fléchisseur commun et le fléchisseur propre pénètrent au milieu de la masse morbide ; il n'y a rien à noter dans leurs gaînes, si ce n'est un peu d'injection dans celle du fléchisseur propre. Rien du côté du jambier postérieur ; rien du côté du paquet vasculo-nerveux en arrière de la malléole.

La veine saphène interne est dilatée et remplie de sang ; ses parois même sont plus consistantes et plus dures que d'habitude.

Si l'on pratique la coupe antéro-postérieure du calcanéum de façon à soulever l'aponévrose à laquelle est adhérente la tumeur, voici ce que l'on constate : la tumeur s'isole facilement des parties profondes; du côté externe on trouve un point fluctuant, on dirait un kyste. En donnant un coup de scalpel, on remarque que ce kyste a une paroi épaisse et résistante et qu'elle contient une matière cérébriforme.

En isolant de plus en plus la tumeur d'arrière en avant, on arrive en un point où celle-ci est adhérente et se prolonge dans le premier espace interosseux par un pseudo-kyste semblable à celui dont nous venons de parler. Chemin faisant, on découvre l'artère plantaire externe qui passe en dehors et en arrière de la tumeur.

En faisant une coupe antéro-postérieure, c'est-à-dire selon le grand axe de la tumeur, on voit que celle-ci est composée macroscopiquement et dans presque toutes ses parties d'une matière cérébriforme, qui n'est peut-être qu'une dégénérescence graisseuse des éléments de la tumeur. De place en place on trouve des épanchements sanguins et en un point existe une plaque de la grandeur d'une pièce de 1 franc et complètement calcifiée.

Examen histologique. Cet examen a été fait par notre excellent collègue et ami Quenu, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux. D'après sa note, la tumeur est un sarcome fuso-cellulaire à petites cellules.

CONCLUSION. Nous avons donc chez notre malade un sarcome fuso-cellulaire, développé probablement aux dépens de l'aponévrose ou du tissu cellulaire intermusculaire et exclusivement localisé dans la loge musculaire médiane de la voûte du pied.

2. Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, du rein, des épiploons et du petit bassin. — Obstruction intestinale. — Compression de la veine cave inférieure; par M. HAVAGE, interne des hôpitaux.

La nommée S..., Catherine, âgée de 48 ans, ménagère, entre le 27 octobre 1879 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. RENDU.

Cette femme, autrefois bien portante, commença à souffrir à la fin de 1875. Elle eut une métrorrhagie qui ne céda qu'au bout d'un an. Survinrent alors des douleurs sourdes dans la région du foie, accompagnées de temps en temps de vomissements; pendant deux mois même il y eut du melœna. Cet état dura dix-huit mois environ, rendant le travail impossible, et ayant amené une certaine détérioration de l'état général.

Il y a six mois, il paraît y avoir eu des symptômes aigus du côté de l'abdomen : état fébrile, augmentation de volume du ventre, vomissements plus fréquents, douleurs plus vives. C'est surtout le côté droit du ventre qui devint volumineux, dur et douloureux, mais la malade ne peut pas préciser le point de départ exact de la tuméfaction.

Depuis ce temps-là les vomissements ont toujours été plus fréquents, et l'amaigrissement est devenu considérable. A aucun moment il n'y a eu d'œdème des membres inférieurs ni d'ictère.

28 *octobre.* A l'entrée de la malade on est frappé par l'augmentation du volume du ventre qui contraste singulièrement avec l'émaciation de la face et des membres. On y remarque une circulation supplémentaire très développée. Les veines sous-cutanées occupent la partie supérieure des cuisses et toute la hauteur de l'abdomen, mais elles sont prédominantes du côté droit; l'une d'elles, notamment a le calibre d'une grosse plume d'oie. La circulation s'y fait manifestement de bas en haut.

Par la palpation, on tombe sur une masse dure, irrégulière, bosselée, qui occupe le flanc et l'hypochondre droits

jusqu'au voisinage du foie. Elle dépasse à peine la ligne médiane et n'empiète que très peu sur le flanc gauche. A côté de cette masse principale il semble qu'il y en ait d'autres plus petites et isolées.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume, il est séparé de la limite supérieure de la tumeur abdominale par une zone très nette de sonorité. La rate semble avoir son volume normal.

Au toucher vaginal, on trouve le col immobile et enclavé. Résistence dans les culs-de-sac, mais pas de tumeur appréciable. Rien au cœur ni aux poumons.

La langue est sèche, la soif vive, l'appétit nul, et la malade dit ne rien pouvoir garder des aliments ou des boissons qu'elle ingère. De plus, il y a depuis plusieurs jours une constipation opiniâtre.

Le développement du ventre produit une dyspnée assez considérable. Douleurs très vives dans toute la région du ventre, aussi bien spontanées que provoquées; elles ne se sont un peu calmées que par des injections de morphine que le médecin de la ville répétait 3 ou 4 fois par jour.

29 *octobre*. Les vomissements, par leur aspect et leur odeur, sont franchement fécaloïdes. On prescrit de la glace, et des lavements purgatifs.

5 *novembre*. Les vomissements ont cessé sous l'influence de la glace; mais la malade ne peut prendre aucune nourriture. Il n'y a pas eu de garde-robes, malgré l'administration de plusieurs lavements, et d'un purgatif. L'état général est de plus en plus mauvais; le facies est franchement péritonéal, les yeux sont excavés, le pouls est à peine perceptible et les extrémités sont froides.

En se livrant à un nouvel examen, on découvre sur le côté droit du ventre, un peu en dedans et au-dessus de l'épine iliaque antéro-postérieure, une bosselure ayant à peu près l'étendue d'un œuf de dinde, et qui est le siége d'une fluctuation bien manifeste. En appliquant un doigt sur cette tumeur rénitente, et en frappant ce doigt par de petites chiquenaudes, on ressent nettement une sorte de frémissement ondulatoire que M. Rendu compare au frémissement hydatique.

Dans l'espoir de soulager la malade, dans le cas où cette poche kystique aurait des prolongements profonds et contiendrait beaucoup de liquide, M. Rendu pratique une ponction avec le petit trocart de l'appareil Potain.

On ne retire qu'environ 60 gr. d'un liquide non visqueux, d'une limpidité parfaite, donnant par l'acide azotique un léger précipité albumineux, et par le nitrate d'argent un dépôt très abondant de chlorure d'argent; au microscope on n'y trouve que quelques cellules épithéliales, mais pas de crochets d'échinocoques. La malade s'éteignit environ une heure après la ponction, à 10 heures du matin.

Autopsie. — En ouvrant la cavité abdominale, on aperçoit toute la masse intestinale distendue et refoulée vers le diaphragme; on y constate des signes de péritonite ancienne (adhérences fibreuses) avec des signes de péritonite récente (injection et vascularisation).

Le *foie* n'a guère que son volume normal. Il présente à sa face antérieure, près de la vésicule biliaire, une ancienne poche kystique, en partie remplie de bouillie grisâtre; dans l'intérieur du parenchyme, il y a trois ou quatre autres kystes plus petits, renfermant un liquide limpide caractéristique et un certain nombre de vésicules filles.

Périhépatite accusée par un épaississement de la capsule. Au-dessous du foie, et occupant toute la partie latérale droite de l'abdomen, se trouve la masse bosselée qu'on avait sentie pendant la vie. Elle se présente sous la forme d'un gâteau mamelonné, ayant environ trente centimètres en longueur et en largeur, et une épaisseur moyenne de dix à douze centimètres. Cette masse pèse trois kilos cinq cents. Elle est formée par des kystes hydatiques de toute grandeur, dont le nombre peut être évalué à trente ou quarante, et qui sont réunis entre eux par des brides fibreuses très vasculaires; quelques-uns d'entre eux, situés à la périphérie de la tumeur, jouissent d'une indépendance relative et sont comme pédiculés.

La portion droite du côlon transverse est adhérente à la face profonde de la tumeur; son calibre est réduit de volume, ses parois sont épaissies, la muqueuse est pâle, et il est évident que depuis longtemps déjà il n'y passe plus de matières fécales.

Toute la partie inférieure de la masse kystique remplit le petit bassin. Un des kystes notamment a le volume d'une petite tête de fœtus, et comprime fortement le rectum en même temps qu'elle abaisse le vagin. Les organes génitaux internes sont enclavés au milieu de tous ces kystes; on retrouve facilement l'utérus et l'ovaire gauche, qui n'ont avec les kystes que des rapports de voisinage, mais il est impossible de reconnaître l'ovaire droit.

C'est par cette énorme masse que se trouve comprimée aussi la veine cave inférieure, compression qui s'est faite graduellement, ainsi qu'en témoignent l'absence d'œdème pendant la vie et le développement d'une très riche circulation supplémentaire.

L'un des *reins* porte à son extrémité un kyste, dont le volume dépasse celui du poing, et qui paraît s'être développé aux dépens de la capsule. L'autre rein est complétement indemne.

La *rate* est pour ainsi dire transformée en un kyste hydatique à parois assez épaisses, à la surface duquel se trouve disséminée en deux ou trois points principaux la masse splénique. Ce kyste qui a presque le volume d'une tête d'adulte, pèse deux kilos.

Nous n'avons pas trouvé de kystes hydatiques dans les autres organes: Cœur, poumon, cerveau, globes oculaires. En examinant au microscope le contenu liquide de plusieurs de ces kystes, en ayant soin même d'étaler et de racler la membrane interne des vésicules filles, qu'on trouvait en grand nombre dans la poche principale, nous n'avons pas une seule fois trouvé de crochets d'échinocoques.

Remarques. — Nous appellerons l'attention:

1° Sur la difficulté du diagnostic avant la ponction exploratrice; car, vu l'absence de symptômes actuels du côté du foie, vu le mode d'apparition des accidents qui ont débuté par des troubles menstruels au moment de la ménopause, vu la réplétion du petit bassin par une tumeur rénitente, il était plus naturel de songer à une tumeur de l'ovaire, mi-partie solide, mi-partie liquide, qu'à des kystes hydatiques; 2° Sur le développement rapide de la masse épiploïque qui, en moins de six mois est arrivée à peser sept livres; 3° Sur la multiplicité des kystes qui occupaient tous les organes viscéraux de l'abdomen; 4° Sur la possibilité de la compression de l'intestin et de la veine-cave par les tumeurs; 5° Sur l'absence d'échinocoques dans tous ces kystes, qui sont des acéphalocystes; 6° Enfin, sur le début brusque de la tumeur abdominale qui fut marqué par des symptômes de péritonite, et qui semblerait donner raison aux auteurs qui prétendent que les hydatides ne se développent dans le péritoine qu'après y avoir été jetées à la suite de la rupture d'un kyste hydatique viscéral voisin.

M. Rendu insiste sur la présence d'une circulation supplémentaire, tout à fait différente de celle de la cirrhose; dans le cas présent, cette circulation avait son maximum de développement sur les parties latérales et postérieures du corps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Au nom de M. le Dr Charles Leroux, M. Verneuil, présente pour le prix Duval une thèse intitulée: *Amputations et résections chez les phthisiques*.

Corps étrangers de l'œsophage. — M. Després présente deux aiguilles, qu'il a extraites de l'œsophage de deux malades. Chez les deux patients, l'aiguille était située au lieu de l'élection, c'est-à-dire au niveau de l'orifice *postérieur de l'œsophage*. Faisant mettre le malade à genoux, la tête fortement inclinée en arrière, la bouche regardant en haut, dans la position de l'avaleur de sabres, position qu'il recommande fortement, et sur laquelle il insiste beaucoup, M. Després introduisit profondément son doigt, à une profondeur qu'il évalue à 15 cen-

timètres environ. Il put ainsi sentir la pointe de l'aiguille, et appuyant de la pulpe de l'index contre l'extrémité acérée du corps étranger, il put ainsi dans les deux cas fixer l'aiguille à son doigt et l'attirer au-dehors sans encombre.

M. Poinsot (de Bordeaux) envoie un long mémoire sur la *Tarsotomie* appliquée au traitement du *Pied bot varus ancien.*

Anesthésie par le bromure d'éthyle. — M. Terrillon donne la suite de ses expériences sur l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle. Pour donner cet anesthésique, il se sert d'une compresse large sur laquelle il verse d'emblée 5 à 6 grammes du liquide, et qu'il étale sur la face du patient. Celui-ci paraît n'en point souffrir; point d'irritation de la gorge, point de troubles de la respiration; au bout d'une minute environ, l'anesthésie est obtenue; au bout de 2, 3, 4 minutes la résolution musculaire survient; elle est moins prompte à se montrer chez les alcooliques. La période d'excitation paraît absolument manquer; les convulsions cloniques de la chloroformisation sont remplacées par des convulsions toniques, par une sorte de raideur tétanique; mais la face, le cou, la partie supérieure du tronc lui-même sont violemment *congestionnés*, et une sueur plus ou moins abondante les recouvre; le pouls est toujours accéléré, et bat d'autant plus vite que la dose est plus considérable; la respiration se fait bien, les pupilles ne sont jamais contractées.

Tel est le malade endormi; il faut maintenant entretenir le sommeil: que faire pour cela? Que va-t-il arriver?

La vive congestion de la face, congestion qui du reste n'est nullement inquiétante persiste; de même la sueur.

La respiration, de facile et calme qu'elle était devient stertoreuse, c'est qu'en effet des mucosités abondantes s'accumulent dans le pharynx et gênent la respiration; elles provoquent des mouvements de *régurgitation* qu'il importe bien de ne pas confondre avec des vomissements, de là la nécessité d'aller de temps en temps nettoyer l'arrière-gorge au moyen d'une éponge montée. De plus, à cette seconde période, la compresse ne doit pas être laissée en permanence sur la face; il faut des *intermittences* dans l'administration du bromure d'éthyle, mais ces intermittences doivent être courtes.

Une fois l'anesthésie interrompue, le réveil se fait avec une très grande rapidité, sans la moindre hébétude; 40, 50 secondes suffisent; mais M. Terrillon a quelquefois observé des vomissements; une fois, les vomissements ont éclaté au réveil même: dans plusieurs cas, il en existait encore, quatre ou cinq heures après l'anesthésie; parfois même le malade a vomi pendant le sommeil anesthésique; mais ces faits sont rares, et le patient ne vomit jamais si l'on ne vise qu'à l'anesthésie simple, sans aller jusqu'à la résolution musculaire.

En résumé, M. Terrillon croit le bromure d'éthyle supérieur au chloroforme; les mucosités, il est vrai, sont très grandes, mais les accidents qu'elles déterminent sont progressifs, et on n'a à redouter aucun des accidents brusques et subits du chloroforme.

M. P. Berger a fait, avec M. Charles Richet, des expériences qui contredisent sur plusieurs points celles de M. Terrillon. Il a expérimenté sur des lapins et sur des chiens, et chaque fois, l'anesthésie, suffisamment continuée, a déterminé la mort brusque et foudroyante de l'animal. La mort est survenue presque aussitôt après le début de la période d'anesthésie, de sorte que cette dernière a été le signal de la mort. Il a remarqué en outre que le bromure d'éthyle détermine chez les chiens une salivation excessivement abondante; que rapidement le pouls devient très-lent, très-faible, *ondulatoire*; qu'à partir de ce moment continuer l'expérience c'est vouloir la mort de l'animal M. Berger reproche en outre au bromure d'éthyle d'avoir une odeur désagréable et pénible, de provoquer des vomissements tout aussi sûrement et peut-être plus sûrement que le chloroforme. S'appuyant sur ces dernières considérations et sur ses expériences chez les animaux, il hésiterait beaucoup à se servir d'un pareil anesthésique général. Mieux vaut le chloroforme.

M. Verneuil se félicite du bromure d'éthyle comme anesthésique local: il rend surtout des services signalés, en tant qu'il permet d'être associé au fer rouge et au thermo-cautère. Grâce au bromure d'éthyle, M. Verneuil, a pu débrider des trajets fistuleux, à deux et trois centimètres de profondeur, sans que le malade se plaigne. Comme anesthésique général, les résultats sont contradictoires, et M. Verneuil n'en dira rien. Il a cependant été frappé de ce fait que chez un de ses malades trois ou quatre inspirations ont suffi pour amener une résolution complète. Peu d'agents agissent avec autant de rapidité.

M. U. Trélat rappelle à la Société que, depuis deux ans déjà, il associe le chloral au chloroforme; que, donnant aux malades, 2, 4, 6 grammes de chloral, avant la chloroformisation, il a supprimé la période d'excitation.

M. Lucas-Championnière a administré pendant une heure trois quarts, le bromure d'éthyle à une femme en couches. La malade a été très incommodée et respirait difficilement. Il serait peut-être bon d'associer le chloroforme qui déprime la circulation, au bromure d'éthyle qui l'excite. Dans cette demi-anesthésie des femmes en couches, le bromure d'éthyle a beaucoup d'analogie avec l'éther.

M. Le Dentu. Dolbeau, ayant donné du chloroforme à un malade qui avait déjà pris du chloral, a dû pendant deux ou trois heures disputer ce malade à la mort.

M. Nicaise. Le bromure d'éthyle est un excellent anesthésique: il est surtout bon, lorsqu'on se sert du fer rouge; à ce titre, il est très supérieur à l'iodure d'éthyle qui laisse se dégager des vapeurs très désagréables d'acide iodhydrique; mais, comme anesthésique local, il ne vaudrait peut-être pas mieux que l'éther. Ayant à ouvrir un phlegmon profond, M. Nicaise l'a incisé couche par couche sous un jet *continu* d'éther, sans que le malade ait accusé la moindre souffrance. L'éther est également un agent précieux dans l'opération du phimosis: non-seulement il supprime toute douleur, mais congelant pour ainsi dire, fixant et durcissant les parties à enlever, il laisse la peau et la muqueuse accolées l'une à l'autre. P. Méricamp.

Séance du 26 mai 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Giraud-Teulon prend la parole au nom d'une commission composée de MM. Farabeuf, Sée, etc. et fait un rapport sur un travail de M. Abadie, ayant pour titre: *De la ténotomie partielle* des muscles de l'œil pour combattre la myopie progressive. La commission ne partage pas les idées théoriques de l'auteur sur le mécanisme de production du staphylome postérieur, et revendique pour de Græffe le procédé opératoire qu'il a le premier conseillé et employé. Le rapport conclut à remercier M. Ch. Abadie et à l'insertion du travail dans les archives. Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Pendant la lecture de ce rapport, on vote sur l'admission de M. Panas, comme membre honoraire de la Société. A l'unanimité de 18 votants, M. Panas est proclamé membre honoraire.

M. J. Boeckel, membre correspondant, lit une observation d'*étranglement interne par bride épiploïque*, chez un individu ayant eu autrefois une typhlite et une péritonite consécutive. Gastrotomie; pansement Lister; guérison en 19 jours.

M. Desprès regrette que l'on ne s'attache pas à décrire plus minutieusement les brides, dans ces sortes d'étranglement.

M. Lucas-Championnière, pour le cas particulier du malade opéré par M. Terrier, constate que la bride a été fort exactement décrite.

M. Pilate lit une observation de *hernie inguinale congénitale*, avec migration incomplète du testicule atrophié, et pincement de l'intestin; kélotomie, castration, guérison.

M. Lucas-Championnière présente une scie imaginée et construite par M. Collin pour couper les appareils plâtrés. (Voir page 439) P. Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance de décembre 1879. — Présidence de M. Hervieux.

Adéno-lymphite péri-utérine consécutive à la métrite. — M. Martineau rappelle que MM. Lucas-Championnière, Siredey, Guérin, ont trouvé de l'adéno-lymphite chez les femmes qui

meurent en couches. La clinique lui a démontré l'existence constante d'une adéno-lymphite similaire, consécutive aux altérations de la muqueuse utérine. On trouve d'abord une inflammation simple ; puis, dans une seconde période survient un adéno-phlegmon, d'où peut résulter le phlegmon du ligament large, le phlegmon péri-utérin ou la pelvi-péritonite. Mais la constatation anatomique faisait défaut : une autopsie récente vient de la fournir. Il est probable que, souvent, on a diagnostiqué une ovarite, alors qu'il s'agissait simplement d'un engorgement des ganglions nombreux qui sont accolés à l'ovaire. La métrite soit aiguë, soit chronique, s'accompagnerait toujours, et quelle que soit sa forme, d'adéno-lymphite.

MM. DUMONTPALLIER, HERVIEUX et GUYOT, font remarquer qu'il faut distinguer la forme de la métrite, que rarement on constate des altérations aussi nombreuses que sur la pièce présentée ; et enfin, que cette lésion est moins commune que M. Martineau ne le pense.

Fièvre typhoïde simulant une méningite. — Autopsie. — M. GUYOT relate l'histoire d'un enfant de 13 ans qui, pris dans la rue de convulsions épileptiformes auxquelles succéda bientôt le coma fut apporté à l'hôpital Beaujon. Le lendemain, on constatait de la contracture, du trismus, de l'inégalité pupillaire, un ventre en bateau, sans taches rosées, et une fièvre marquée 38°,7. La mort survint le lendemain. A l'autopsie, on trouvait une légère congestion des méninges et du cerveau ; mais il y avait une altération non douteuse des plaques de Peyer.

Hystérie. Hématémèse à la fin des attaques. — M. RATHERY pense qu'il faut distinguer en trois groupes les hémorrhagies qui surviennent chez les hystériques : 1° hémorrhagies au moment des règles ; 2° hémorrhagies au moment des règles, mais non supplémentaires ; 3° hémorrhagies qui accompagnent les attaques d'hystérie.

Anévrysmes pulmonaires. — M. DAMASCHINO communique l'observation d'un homme de 22 ans qui offrait tous les signes d'une tuberculose pulmonaire. Après une amélioration temporaire, de nouvelles et abondantes hémoptysies survinrent, et le malade mourut rapidement.

A l'autopsie, on trouvait de nombreuses cavernes ; l'une d'elles, située dans le lobe moyen, laissait échapper des caillots mous et diffluents ; elle contenait une masse ovoïde, grosse comme une petite noix, qui offrait tous les caractères des anévrysmes pulmonaires. Une incision permit de voir la petite branche artérielle, par laquelle cette poche communiquait avec l'arbre artériel ; des caillots à couches concentriques, les uns décolorés, les autres d'un rouge foncé remplissaient cette cavité. Une autre tumeur anévrysmale se trouvait dans une caverne du lobe inférieur. Le volume de ces dilatations artérielles s'explique par la présence des coagulations sanguines ; leur grande quantité explique à la fois et l'hémostase et la répétition des hémorrhagies.

Anurie et urémie. — M. DEBOVE complète sa communication relative à une malade atteinte d'anurie (1). L'urine contenait une quantité d'urée au-dessous de la normale. Roberts avait remarqué ce fait et pense pouvoir l'expliquer grâce aux expériences d'Hermann. M. Debove croit que cette petite quantité d'urée, contenue dans l'urine d'une malade dont le sang renferme une grande quantité d'urée, peut tenir à une action particulière du liquide sanguin sur le rein ainsi atteint d'anurie. Il y avait seulement 7 gr. 30 d'urée par litre. Le foie contenait seulement 0,37 durée. Les reins étaient fort altérés, plus à droite qu'à gauche. Ici l'anurie avait duré dix-huit jours : les altérations du rein étaient-elles très profondes ; lorsque la sécrétion se rétablit vers le quatorzième jour, les malades peuvent guérir, parce que probablement les lésions rénales sont encore curables. R. A. M.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 28 avril 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. TRÉLAT (2).

Propagation de la variole (Suite). — M. BROUARDEL dit que les croûtes de variole semblent être les semences de la variole, qu'elles se propagent en voltigeant dans l'atmosphère. Partant de cette idée, il s'est demandé si, lorsque le temps devenait pluvieux, l'air balayé par les vents contenant moins de poussière et par conséquent moins de semences, la pluie n'amenait pas une diminution dans le nombre des varioleux. Des tableaux comparatifs établis dans ce but lui ont fait voir que, à une semaine pluvieuse correspond (trois semaines après (1), un abaissement de la mortalité ; qu' à une série de semaines très sèches correspond un accroissement très notable.

M. VIDAL. A l'appui de la transmission de la variole à distance, je signalerai le fait suivant, que j'ai constaté à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, en 1865. Dans cet hôpital, la salle d'isolement des varioleux était éclairée de deux fenêtres, s'ouvrant sur une cour de 10 à 12 mètres de largeur. Le côté opposé de la dite cour faisait partie d'une caserne, et les fenêtres d'une chambrée de 20 soldats étaient en face de celles du quartier des varioleux. Les poussières balayées pouvaient facilement être transportées d'une salle à l'autre. Le fait suivant s'est alors produit, c'est que, parmi les soldats de la caserne qui ont été atteints de la variole, le plus grand nombre appartenait à cette chambrée.

M. COLIN a visité, comme délégué du Conseil de salubrité, plusieurs des locaux contaminés du quartier de la Sorbonne. Il est, comme M. Bertillon, disposé à considérer cette prédominance locale de l'épidémie comme résultant surtout des irradiations virulentes du foyer varioleux installé dans l'Hôtel-Dieu annexe. Il entre dans certains détails sur la population qui réside dans ce quartier et qui offre, par son agglomération, un terrain épidémique spécialement favorable. Il conclut en disant que, de tous les hôpitaux, ceux de varioleux sont ceux qui doivent être le plus formellement exclus du centre des villes et reportés à leur périphérie.

M. BLONDEAU croit que ce fait particulier signalé par M. Bertillon, à savoir, que les décès par variole s'étaient surtout produits du côté gauche des rues avoisinant l'Hôtel-Dieu annexe, tandis que la mortalité du côté droit était peu élevée, pourrait s'expliquer par l'influence des vents dominants. En effet, si l'on admet avec M. Brouardel que la contagion se fasse par les croûtes varioliques transportées à distance par les vents, la direction de ces vents aura une influence indéniable sur la répartition des agents de contagion. Or, pendant les mois de décembre, janvier et de février, les vents du Nord ont soufflé presque continuellement ; le côté gauche des rues du quartier précité, faisant face à ces vents du Nord qui se chargent de miasmes en passant sur l'Hôtel-Dieu annexe, a dû subir une contagion plus active que le côté droit qui se trouve à l'abri de ces mêmes vents. M. Blondeau ajoute sur la population de ces rues des détails qui confirment ceux avancés par M. Colin.

M. VIDAL partage cette manière de voir, et dit qu'en 1832, au moment de l'épidémie de choléra, les quartiers avoisinants l'Hôtel-Dieu qui furent les plus éprouvés furent ceux situés au Sud-Ouest de l'hôpital. Les vents régnants à cette époque étaient des vents du Nord-Est. En 1849, le choléra régna encore épidémiquement, le vent soufflait de l'Ouest ; les quartiers situés à l'Est de l'hôpital furent alors plus particulièrement atteints, tandis que ceux frappés en 1832 l'étaient très peu.

M. PINARD lit un travail des plus intéressants sur les *nouvelles maternités et le pavillon Tarnier.* A. BLONDEAU.

MORTALITÉ DES ENFANTS EN BAS AGE A LONDRES. — La mortalité des enfants en bas âge a décru à Londres pendant la dernière période quinquennale. Elle a été de 179 pour 1,000 de 1870 à 1874, tandis que de 1874 à 1879 elle n'a été que de 164 pour 1,000. Dans les principales villes anglaises, la mortalité des enfants au-dessous d'un an a donné les chiffres suivants (pour 1,000) en 1878 : Portsmouth, 160 ; Londres, 158 ; Brighton, 158 ; Bristol, 160 ; Birmingham, 174 ; Newcastle, 179 ; Manchester, 188 ; Leeds, 192 ; Liverpool, 216.

(1) Voir le numéro 17.
(2) Voir le n° 21.

(1) Comme on compte en moyenne douze jours pour l'incubation de la variole, et que c'est le plus souvent vers le 8e ou le 9e jour que la mort arrive, l'influence de la pluie ne peut se montrer qu'environ 21 jours plus tard.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation. Médecine (1).

XII. Des sueurs morbides; par L. Bouveret. Vol. in-8° de 148 pages. Paris, 1880. J.-B. Baillière et fils, lib. éditeurs.

XIII. Accidents de la lithiase biliaire; par Mossé. Vol. in-8° de 160 pages. Paris, 1880. J.-B. Baillière et fils, lib. éditeurs.

XII. M. Bouveret a consacré un premier chapitre à des considérations sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil sudoripare; il est assurément fort intéressant de connaître la forme exacte de l'épithélium des glandes sudoripares et de savoir que l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique coupé, chez un chat, provoque la sécrétion de la sueur à l'extrémité de la patte sur laquelle a porté l'expérience. Malheureusement, après avoir lu ce chapitre au commencement d'un ouvrage sur les *sueurs morbides*, le lecteur s'attend à voir ces données anatomiques et physiologiques intervenir dans la classification et dans l'étude des sueurs morbides, et il éprouve une certaine déception en voyant que, ce chapitre terminé, l'auteur aborde l'étude des sueurs morbides en se plaçant à un point de vue exclusivement clinique. Supposez un architecte chargé de construire un monument, il fait de superbes fondations, puis il construit son édifice à côté; n'a-t-on pas le droit de lui dire que ses fondations, si belles et si solides qu'elles soient, ont le grand tort d'être inutiles? Tel est à peu près le cas de M. Bouveret; en lisant ses intéressantes considérations physiologiques, nous pensions qu'il allait en faire sortir une classification nouvelle des sueurs morbides; or, il n'en est rien, et, dans les chapitres suivants, l'auteur se borne à passer en revue toutes les maladies aiguës ou chroniques qui donnent lieu à des sueurs morbides, en commençant, il est vrai, par les maladies du système nerveux. Cette priorité accordée aux maladies du système nerveux est la seule trace de l'influence exercée par les considérations physiologiques, et cette influence même ne nous parait pas avoir été très heureuse; les sueurs morbides des maladies du système nerveux ne sont pas comparables, au point de vue de leur importance clinique, à celles qui se produisent dans les pyrexies par exemple, et elles ne méritaient guère d'occuper la première place dans une classification, qui est en somme une classification clinique.

Nous ne reprochons certes pas à M. Bouveret de ne pas avoir fait un essai de classification des sueurs morbides, basée sur les données de la physiologie, de n'avoir pas divisé par exemple les sueurs morbides en sueurs par excitation du système cérébro spinal, par paralysie du grand sympathique et par action réflexe, nous pensons comme lui, qu'une pareille tentative serait peut-être prématurée, et qu'elle demanderait en tout cas beaucoup de temps et de recherches; nous estimons qu'il eût été imprudent de l'improviser en quelques jours, et que l'auteur a agi sagement en adoptant une classification clinique; mais cette décision prudente et sage une fois adoptée, il était inutile de placer en tête de l'ouvrage une ouverture anatomo-physiologique, il fallait adopter franchement une classification clinique des sueurs morbides, et les diviser par exemple en sueurs locales et sueurs générales; un chapitre de physiologie pathologique, placé à la fin de l'ouvrage, aurait parfaitement suffi pour résumer les faits de physiologie qui trouvent leur application dans l'histoire des sueurs morbides.

La plupart des physiologistes accordent aujourd'hui un rôle prédominant aux nerfs cérébro-spinaux dans la sécrétion de la sueur; la pathologie, au contraire, tend à démontrer que les troubles de la sécrétion sudoripare, très fréquents dans les maladies du système grand sympathique sont rares dans les maladies de l'axe cérébro-spinal. Cette contradiction apparente entre les données de la physiologie et celles de la clinique demandait à être mise en relief, M. Bouveret s'est efforcé au contraire de l'atténuer; il a accueilli, par exemple, relativement à l'action de l'encéphale sur la sécrétion de la sueur, des observations qui nous paraissent peu probantes; l'existence de centres « sudoraux » dans l'encéphale est plus que douteuse.

A propos des sueurs morbides qui se produisent dans les maladies du grand sympathique, M. Bouveret aurait pu mentionner la maladie qui a été décrite par Duchenne (de Boulogne) et Sijerson sous le nom de *paralysie vaso-motrice généralisée des membres supérieurs;* la peau des mains et des avant-bras est d'un rouge violacé, la pression du doigt laisse une tache blanche qui s'efface lentement, et la peau est constamment couverte d'une sueur visqueuse; l'électricité donne dans ces cas de très bons résultats. Ces sueurs locales avec asphyxie des extrémités sont bien différentes des sueurs des mains qui se produisent souvent chez les femmes nerveuses, et qui sont bien étudiées par M. Bouveret sous le nom d'*éphidroses*, avec les sueurs auxiliaires, les sueurs locales des pieds et des jambes, de la face et des régions parotidiennes.

Dans ce même chapitre (Ch. III) le lecteur trouvera un résumé très bien fait des recherches relatives à la chromidrose et à l'hématidrose ou sueur de sang. A propos de cette dernière maladie, M. Bouveret aurait pu rappeler que les sueurs de sang ont fait souvent crier: au miracle; les exemples célèbres ne lui auraient pas manqué, même à notre époque.

Les chapitres IV et V sont consacrés à l'étude des sueurs dans les maladies aiguës et chroniques, dans les intoxications et dans les maladies cutanées.

Après avoir parlé de la sueur, M. Bouveret s'occupe, sous le titre de *fièvres sudorales*: de la fièvre intermittente simple, des accidents pernicieux connus sous les noms de fièvres pernicieuses algides et diaphorétiques, de la septicémie, de la fièvre urineuse, des fièvres typhoïdes qui s'accompagnent de sueurs abondantes, du rhumatisme articulaire aigu, de la grippe, enfin de quelques maladies inflammatoires. Ce groupe de *fièvres sudorales* est, il faut l'avouer, bien peu homogène. Les sueurs qui se montrent dans une maladie aiguë au moment de la défervescence, surtout si cette défervescence est brusque, critique, ne suffisent pas à justifier l'épithète de *sudorale* appliquée à cette maladie. M. Bouveret, qui avait étudié d'une façon générale la sueur critique dans les maladies aiguës, n'avait pas à y revenir, à propos de chaque cas particulier. La pernicieuse diaphorétique et le rhumatisme articulaire méritaient seuls une mention spéciale. Dans la pernicieuse algide, la sueur est peu abondante, c'est une sueur froide qui a beaucoup de rapports avec la sueur de la période algide du choléra et avec la sueur agonique.

A propos de la fièvre intermittente, l'auteur admet le type *inverse*, c'est-à-dire des accès dans lesquels la période de sueurs précéderait la période de frisson ou la période de chaleur; tous les médecins qui ont eu l'occasion d'étudier les fièvres intermittentes dans leurs foyers principaux, en Algérie, à Rome, aux Indes, etc., s'accordent aujourd'hui à reconnaître que ces types inverses n'existent pas, qu'une des périodes de l'accès fébrile peut manquer, mais que jamais les sueurs ne précèdent le frisson; M. Bouveret n'a pas consulté suffisamment sur ce point les auteurs qui ont fait des fièvres palustres une étude spéciale.

Botkin a vu que, chez les pneumoniques, au moment de la défervescence, il se produit quelquefois des sueurs abondantes à la face du côté correspondant au poumon hépatisé; nous avons eu également plusieurs fois l'occasion d'observer ce curieux phénomène; M. Bouveret l'attribue avec Rotkin à un réflexe, il nous semble qu'il s'agit d'un phénomène de même ordre que la rougeur de la pommette, les épistaxis par la narine du côté malade, et la tendance à la méningite aiguë qui s'observent surtout dans la pneumonie du sommet, et qui s'expliquent assez bien par une altération du voisinage du grand sympathique.

Sous le nom de *Syndrome sudoral*, M. Bouveret décrit l'état des malades qui présentent des sueurs abondantes; il faudrait décrire au moins deux variétés, ce nous semble, suivant que les sueurs sont abondantes, *profuses* comme on dit, accompagnées de chaleur à la peau, ou bien que les sueurs sont peu abondantes, visqueuses, accompagnées de refroidissement; il y a là deux types cliniques bien distincts qui correspondent probablement à deux modes pathogéniques

(1) Voir les nos 15, 16, 17, 18, 19, 20 et 21.

différents ; le système nerveux cérébro spinal paraît jouer le côté principal dans la production des sueurs profuses, tandis que, dans les sueurs froides, le grand sympathique abdominal paraît être en cause.

M. Bouveret a fait une très bonne étude de la sueur chez les phthisiques et des moyens thérapeutiques que nous pouvons leur opposer : atropine, agaric, etc.

Les recherches très intéressantes qui ont été faites dans ces derniers temps sur le jaborandi, la pilocarpine et son antagonisme avec l'atropine, auraient dû figurer à notre avis dans le chapitre consacré aux sueurs dans les intoxications bien plutôt que dans les considérations physiologiques où l'auteur les a placées.

La thèse de M. Bouveret est écrite dans un style simple et vraiment scientifique, elle renferme un exposé très complet de la question des sueurs morbides ; les difficultés inhérentes au sujet, la rapidité de la conception et de l'enfantement, expliquent suffisamment que ce travail, très remarquable d'ailleurs, donne prise par quelques points à la critique.

A. Laveran.

XIII. Le titre comprend tous les phénomènes morbides dus à la lithiase biliaire et non point seulement ses complications. Pour exposer isolément les accidents de la cholélithiase, l'auteur suit, à l'exemple de M. le professeur Charcot, la marche habituelle des calculs. D'où la division suivante :

1° *Migration du calcul par les voies naturelles.* Colique hépatique et ses complications ; — 2° *Arrêt du calcul.* Rétention biliaire, lésions canaliculaires, lésions parenchymateuses; — 3° *Migration par les voies anormales.* Ruptures, perforations, fistules.

Après un court aperçu historique, l'auteur entre dans le cœur de son sujet en abordant l'étude de la colique hépatique. La description de l'accès classique une fois faite, il revient d'une façon spéciale sur deux symptômes : la *température* et l'*ictère.* Le premier de ces paragraphes présente un intérêt tout particulier, grâce à la communication des travaux de M. le professeur Peter sur les températures locales. Elévation de la température locale (hypochondre droit) sans élévation parallèle de la température générale, tel est le phénomène intéressant que nous fait connaître ce chapitre. L'hyperthermie localisée traduit évidemment la congestion du foie développée sous l'influence de la douleur ; elle persiste encore après que celle-ci a cessé et disparaît très lentement. Bien plus, la température morbide locale peut être plus élevée que la température centrale prise le même jour et dans les mêmes conditions.

Au point de vue de la physiologie pathologique, de la pathogénie de l'accès, il importe tout d'abord de connaître la structure anatomique des conduits biliaires. Entre les auteurs (Sappey) qui admettent une couche musculaire assez complexe, et ceux (Robin, Henle, Kölliker, Frey) qui sont portés à la considérer comme très problématique au-delà de la vésicule et du canal cystique, il y avait place pour une opinion intermédiaire. Après avoir fait connaître les résultats auxquels sont arrivés MM. Charcot, Grancher, Pitres, l'auteur entreprend à son tour quelques recherches ayant pour objet la musculature des gros canaux biliaires chez l'enfant. A cette époque de la vie, le canal cystique ne contient que de rares fibres musculaires. Elles sont disséminées dans la paroi, mais il est peu probable que ces éléments arrivent à former chez l'adulte, par leur développement, une vraie couche musculaire. La musculature du canal cholédoque est beaucoup plus riche que celle des autres canaux, mais les fibres musculaires ne sont pas disposées dans un ordre constant. Les complications de la colique hépatique sont : la lipothymie, la syncope, la mort rapide, la congestion pulmonaire, des troubles cardiaques, bruit de souffle systolique à la pointe, signalé pour la première fois par M. Gangolphe. M. le professeur Potain, à la suite de plusieurs observations où il constata la présence d'un souffle systolique à la pointe, admet comme incontestable qu'une affection aiguë des voies biliaires peut déterminer une dilatation transitoire des cavités cardiaques droites. Jamais il n'a rencontré le souffle d'insuffisance mitrale annoncé par M. Gangolphe, et il pense que les bruits signalés par lui sont destinés à recevoir une autre interprétation que la sienne.

Quant au mécanisme en vertu duquel un calcul engagé dans les voies biliaires agit ainsi sur la circulation pulmonaire (congestion) et sur le cœur, on ne peut admettre que l'une des deux interprétations suivantes : ou bien les matériaux résorbés de la bile excitent directement les capillaires du poumon, ou l'excitation portée sur la muqueuse des canaux hépatiques stimule par voie réflexe la vaso motricité pulmonaire. La première de ces deux interprétations ne saurait rendre compte de tous les faits observés, de ceux où il n'y a pas d'ictère. Mais quelle est la voie nerveuse suivie par l'acte réflexe qui, partant des voies biliaires, aboutit au poumon et au cœur. Sans vouloir se prononcer, M. Potain pense que le pneumogastrique pourrait bien être la voie lésodique par laquelle l'impression reçue à la surface des canaux biliaires serait transmise au centre réflexe, peut-être même la voie exodique par laquelle l'excitation serait amenée au plexus pulmonaire.

Il est intéressant de remarquer que cette nouvelle espèce de dilatation et d'hypertrophie de la partie droite du cœur fait une sorte de pendant à l'hypertrophie cardiaque d'origine brightique, laquelle se limite au cœur gauche. Toutes deux, en effet, reconnaissent pour cause un excès de la tension artérielle. Mais, pour l'une, c'est de la tension dans l'artère pulmonaire qu'il s'agit ; pour l'autre, de la tension dans le système aortique. Dans un cas, l'excitation primitive part du foie, dans l'autre elle part du rein, et, à des points de départ différents correspondent des changements de l'état cardiaque très différents aussi. L'analogie pathogénique s'accompagne, pour ces deux variétés droite et gauche, d'une analogie non moins grande dans la sociologie commune, l'hypertrophie brightique, l'hypertrophie hépatique a habituellement son bruit de galop, mais ce bruit s'entend dans la première, principalement à la pointe et le long du bord gauche du cœur; dans la seconde, il prédomine à l'extrémité inférieure du sternum et à l'épigastre. Tandis que le premier a une intensité grande, celui-ci est beaucoup moins accentué bien que manifestant tous les caractères d'un galop vrai. Ces caractères propres d'intensité et surtout de siége permettent de le distinguer du précédent, et M. Potain croit pouvoir conclure que le bruit de galop du bord droit du cœur est lié à la dilatation droite d'origine gastro-hépatique, comme celui du bord gauche l'est à l'hypertrophie d'origine brightique. Sans être plus pathognomonique que ce dernier, le bruit de galop droit peut mettre sur la voie d'un diagnostic souvent difficile.

Dans le chapitre intitulé *Arrêt du calcul*, l'auteur étudie successivement : 1° La dilatation, l'angiocholite simple et chronique ; 2° Les lésions interstitielles et parenchymateuses (cirrhose biliaire, lésion des cellules) ; 3° Les abcès du foie.

La place nous manque pour nous étendre sur ce chapitre dans lequel M. Mossé, à la suite de M. le professeur Charcot, a très nettement établi les diverses phases du processus par lequel, du simple arrêt dans les voies biliaires, on arrive aux petits abcès multiples du foie en passant par la cirrhose biliaire.

La migration du calcul hors des voies naturelles peut se faire par rupture, ulcération, perforation. M. Mossé fait, entre ces diverses appellations, des distinctions très utiles dans un travail du genre du sien, mais qui n'intéresseront que médiocrement le lecteur.

Les fistules biliaires peuvent intéresser tous les organes de l'abdomen et même du petit bassin. M. Mossé a soigneusement recherché partout, et complété tous les cas de ce genre; il a basé là-dessus une division des plus complètes et une description qui renferme tous les cas connus.

Le traitement est surtout médical : bains, anesthésiques, stations thermales. Cependant, le chirurgien devra intervenir quelquefois dans les cas de tumeurs biliaires et de fistules.

D. Aigre.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Lacassagne, ancien agrégé de la Faculté de Montpellier et de l'Ecole du Val-de-Grâce, médecin-major de 1re classe, vient d'être nommé professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur,

Plusieurs médecins qui me portent intérêt m'ont prévenu que M. Leiter, amené par M. Mathieu qui n'est probablement pas au courant de la polémique qui a couru les journaux spéciaux de Vienne et de Berlin, a présenté dernièrement dans le vestibule de l'Académie de médecine un appareil analogue au mien destiné à éclairer les cavités du corps humain

La présentation de cette méthode nouvelle d'éclairage à la Société royale de Vienne a causé un véritable scandale scientifique. On sait en effet que je suis l'auteur de cette méthode que j'avais exposée à Vienne en 1873, sous l'ensemble et le nom de Polyscope électrique. Cet appareil et la méthode sont universellement appréciés aujourd'hui, car l'appareil est répandu à environ 2,000 exemplaires.

Lors de la présentation de l'appareil allemand à la Société de médecine de Vienne, cette méthode fit sensation, et, en présence d'une pareille hérésie scientifique, les compatriotes de M. le Dr Nitze (c'est sous ce nom que la méthode a été d'abord présentée) se récrièrent vivement et prirent ma défense chaleureusement.

Il en est résulté une polémique qui fut toute à mon avantage tant au point de vue de la priorité qu'à celui de la simplicité de l'instrumentation. En effet, cette méthode n'est devenue pratique que du moment où je suis parvenu à éliminer le courant d'eau que j'avais employé tout d'abord, comme du reste Millot (de Paris), Buch (de Breslau), Lazarewitz (de Karkoff), que l'on retrouve dans l'appareil allemand ainsi que la pile d'acide azotique connue dans les premiers appareils.

J'ose donc espérer, Monsieur, que si il y avait lieu, je trouverais dans mon propre pays des défenseurs aussi éminents qu'en pays étranger ; quand M. Nitze et M. Leiter n'ont pas trouvé un seul partisan à Vienne et en Allemagne.

Il est fâcheux que M. Mathieu se soit employé de bonne foi à servir de marche-pied à cet allemand qui, dans une brochure livrée à la publicité, n'a pas craint d'insulter nos célébrités médicales et cherché à salir mon nom ; quoique, jusqu'à présent, je n'avais pas encore prononcé le sien et que nous n'ayons jamais eu de rapports ensemble.

Comme vous recevez tous les journaux de médecine de l'étranger, je me permettrai de vous signaler plus particulièrement ceux dans lesquels des médecins éminents, qui m'étaient inconnus jusqu'alors, ont pris ma défense spontanément : 1° *Viener medicinische Presse ;* 2° *Viener medicinische Blätter.* 3° *Berlin. Wolckenscheifk.*

Agréez, etc. G. Trouvé.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Scie rotative à levier ; de M. Collin.

M. le Dr Lucas-Championnière présente à la Société de chirurgie une scie rotative à levier (*Fig. 59*), construite par M. Collin.

La scie dont nous donnons le dessin est destinée à couper les appareils plâtrés. On sait que cette section est assez difficile, même avec de bonnes cisailles. Elle est très facile avec cet instrument, susceptible de couper des objets très durs et aussi des substances molles, qui se tassent : comme le chiffon et le papier.

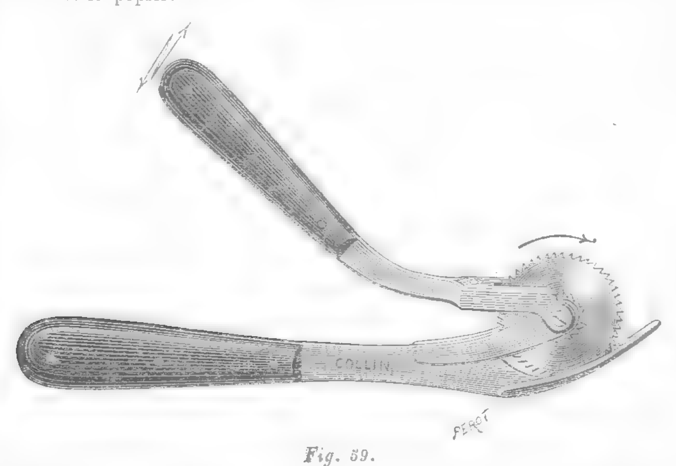


Fig. 59.

Il se compose d'un manche qui supporte une tige creusée d'une baie très étroite où s'engage exactement une grande roue dentée, véritable scie circulaire. Cette scie circulaire tourne sur son axe lorsqu'on met en mouvement le second manche de l'instrument, qui s'articule dans un engrenage placé vers le centre. Il fait avancer la roue dentée. si on veut ramener le manche en arrière, après que la scie a fait environ un quart de tour en avant, le manche se dégage de l engrenage et revient en arrière en laissant la scie à sa place. Il a exécuté le double mouvement en avant et en arrière indiqué par des flèches. On fait alors recommencer ce mouvement. La scie circulaire avance de la sorte, constamment, suivant le sens indiqué par des flèches isolées.

Si on place entre la saillie inférieure et la roue dentée, l'objet à couper il s'engage au-dessous de la roue dentée puis il est entraîné au-dessous d'elle avec une force considérable. Il n'est pas seulement tranché, mais subit une perte de substance, comme dans un emporte-pièce.

En définitive, cet instrument est constitué par une scie tranchant dans une mortaise comme un emporte-pièce, et mue par un levier assez long pour lui donner une puissance très-grande. Il est destiné d'abord à couper les appareils plâtrés, mais il aura certainement d'autres usages en chirurgie, vu la facilité de son action simultanée sur des parties molles et dures.

VARIA

HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

La Théorie de l'Irritabilité.

Franciscus Glissonius, quid de naturæ substantia seu vita naturæ senserit. — Thèse latine pour le doctorat, soutenue devant la Faculté des Lettres de Paris par H. Marion, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, professeur au lycée Henri IV. Paris, 1880. Germer Baillière, éditeur.

Peut-être n'est-ce pas sans quelque étonnement que nos lecteurs trouveront à cette place l'analyse d'une œuvre purement littéraire, le compte-rendu d'une thèse de doctorat ès-lettres. Nous espérons, nous sommes certain, qu'ils accueilleront bien notre travail quand ils verront tout l'intérêt que peut présenter aujourd'hui l'historique de ces questions si importantes qui agitent la science et qui servent encore de base à toutes nos hypothèses sur la nature des phénomènes que nous révèle l'expérience.

Il n'y a pas longtemps encore que *le Progrès Médical* publiait le résumé de la discussion qui s'élevait entre MM. Turner et Ch. Richet sur l'origine de la découverte de la circulation du sang ; et voici qu'un problème d'une nature presque identique se pose aujourd'hui devant nous, grâce à la thèse de M. Marion. — Haller a-t-il eu, comme Harvey, un précurseur; n'a-t-il pas emprunté à un autre, pour la développer plus complétement, la théorie de l'*irritabilité* à laquelle tant de savants modernes se rattachent encore aujourd'hui ?

Plus heureusement que pour la découverte de la circulation, le problème peut être ici résolu, car Haller lui-même a pris soin de nous avouer où il avait puisé son idée; c'est à savoir dans les œuvres de l'anatomiste anglais Glisson, que nous ne connaissons guère plus aujourd'hui que par des descriptions de la capsule d'enveloppe du foie et de la rate

Il appartenait à M. Marion de mieux nous faire connaître cet homme illustre, qui fut un grand philosophe en même temps qu'un médecin célèbre, et qui mérite à ce double titre l'admiration des littérateurs aussi bien que celle des médecins.

La plus grande partie de la thèse de M. Marion a rapport à la philosophie de Glisson considéré comme précurseur de Leibnitz; un chapitre se rapporte à Glisson médecin, c'est le seul que nous retiendrons ici et peut-être, si notre compte-rendu ou notre traduction ne défigurent pas trop la pensée de notre philosophe, les médecins qui me lisent en ce moment voudront-ils connaître le reste dans l'auteur même, dussent-ils pour cela braver les difficultés d'un latin qui, je me hâte de le leur dire, n'a rien d'aride et se montre plus aimable en bien des points que le français de maint homme de science.

« Tous les médecins, dit M. Marion, qui ont porté sur Glisson leur jugement, s'accordent à le considérer comme le précurseur du savant Haller, ils le reconnaissent comme l'auteur véritable de la célèbre théorie de l'irritabilité. Et comme je ne saurais m'attribuer sur ce point une compétence suffisante, je préfère rapporter les paroles des savants et d'Haller lui-même avant tous autres.

Haller donc, dans sa *Bibliothèque anatomique,* s'exprime ainsi au sujet de Glisson : « C'était un homme d'un esprit profond, ayant des connaissances étendues en toutes choses, remarquable aussi bien par la science anatomique qu'il avait acquise dans ses nombreuses dissections, que par la qualité qu'il possédait au plus haut point d'établir des hypothèses. Dans son anatomie du foie, il a découvert ou soigneusement

décrit bien des détails, et en particulier l'enveloppe, qu'on appelle encore aujourd'hui capsule de Glisson. Il a étudié les mouvements et le rôle de la bile, et, s'étant servi d'injections pénétrantes, il a réussi à donner une notion complète des canaux excréteurs.

« Du même auteur, le traité de l'estomac et de l'intestin, ouvrage de sa vieillesse, contient plus de raisonnements et moins de faits, et n'est pourtant pas moins remarquable par bien des considérations anatomiques et physiologiques. Le premier, il a reconnu la nature de la fibre musculaire. Personne, avant Glisson, n'avait mieux décrit l'*irritabilité*, que d'ailleurs il attribue, peut-être un peu trop libéralement, à toutes les parties de l'organisme, même aux liquides. Le premier, il a fait dériver de cette irritabilité, le mouvement du cœur, il en a défini les degrés, il l'a distingué de la sensation: c'est lui-même, en un mot, qui a trouvé et imaginé ce mot même d'irritabilité. »

Voilà comment Haller s'exprime sur le compte de Glisson, et cela non pas une fois, car il y revient souvent dans sa *Bibliothèque de médecine pratique*. « C'est, dit-il, un homme qui examine profondément chaque chose, et qui, ne se contentant pas des opinions des autres, joint toujours son propre raisonnement à l'examen des faits naturels, » puis, il y revient encore, à propos d'un traité du rachitisme dont il avait omis de parler dans sa *Bibliothèque anatomique*.

Mais, retournons à l'*irritabilité* et arrêtons-nous-y quelque temps. Elle est, en effet, la théorie principale de Glisson, et elle nous amènera à saisir son opinion sur la nature même de la substance.

Haller, qui, s'il ne fut pas l'auteur de la théorie, en fut au moins le défenseur le plus illustre avant Bichat; Haller définit ainsi l'irritabilité.

« C'est le pouvoir inhérent à la fibre de se contracter sous l'influence d'une excitation. » Glisson a connu et décrit cette propriété. Aussi bien en avons-nous pour preuve l'opinion de tous ceux qui se sont occupés de la question, de Weber le premier, qui, dans son chapitre sur l'*Origine et les progrès de la théorie de l'irritabilité*, s'exprime en ces termes: « Glisson attribue aux fibres des corps vivants la faculté inhérente de se contracter; il nomme cette force *irritabilité*, et il la distingue soigneusement de toutes les forces naturelles connues. »

Et d'ailleurs, dans Glisson lui-même, on trouve écrit le mot d'irritabilité, à la page 396, de son anatomie du foie, et lui-même explique que c'est de là qu'il a tiré les premiers linéaments de sa doctrine. « Un calcul s'échappe du conduit biliaire et de la vésicule du fiel. Il est certain que ces canaux sont irrités, de telle sorte qu'une excrétion plus grande a lieu en ce moment. Il n'est douteux pour personne qu'il y ait *irritation*, (ce mot est souligné par Glisson lui-même), quand des purgatifs ou des vomitifs ayant été absorbés, il y a immédiatement un grand accroissement dans la sécrétion. »

Pour bien comprendre ce point, il est nécessaire de connaître l'action et les usages des nerfs qui se rendent à ces organes.

Et en effet: 1° Si les vaisseaux biliaires étaient privés de toute sensibilité, ils ne sauraient certainement être irrités comme nous l'avons dit. C'est que toute irritation suppose en même temps une perception. Toute partie blessée est par le fait même irritée, afin qu'elle puisse réagir contre la cause de destruction. Or, cette réaction ne pourrait avoir lieu si la lésion n'était perçue de quelque façon. Et par la même raison, s'il était nécessaire que les vaisseaux hépatiques fussent irritables, il fallait bien qu'ils fussent munis de nerfs par lesquels la sensation fut recueillie. »

« D'autre part, pour qu'une partie puisse être le sujet de l'irritation, il faut encore qu'elle soit douée de mouvement. Comment dire en effet qu'une chose est irritable, si elle ne peut être mise en mouvement. Donc, pour que les vaisseaux hépatiques soient irritables, il faut qu'ils possèdent des nerfs, lesquels fassent accomplir les mouvements commandés par la sensation. Et je ne parle pas là d'un mouvement en quelque sorte animal, mais d'un mouvement semblable à celui que nous observons dans l'estomac et les intestins. Et bien que ce mouvement ne soit pas volontaire, il ne peut cependant se passer sans le concours des nerfs, puisqu'il dépend lui-même de la sensation.

» Nous pouvons d'ailleurs renverser le raisonnement, et dire: il est certain que la vésicule et les canaux biliaires sont munis de nerfs. Ces organes sont donc doués de sensibilité et de mouvement; quoi de plus pour que l'irritabilité existe. Un obstacle survient-il ? elles s'efforcent de le briser: et, puisque ces organes se vengent pour ainsi dire des blessures qui leur sont faites, on peut dire à proprement parler qu'ils sont irritables.

» Bien plus, ils ont une double irritabilité: ils tirent la première de leur propre nature, la seconde, de leurs relations avec les parties voisines.

» A propos de la première de ces irritabilités, qu'on nous permette de rappeler ce que nous avons déjà dit, à savoir que la bile ne s'écoule pas sans cesse dans l'intestin, mais par intervalles seulement. Or cet écoulement est occasionné, en vertu de l'irritation même provoquée dans les canaux biliaires, par la présence de la bile. Ceci nous fait bien comprendre l'utilité de ces irritations successives.

» Pour ce qui est de l'irritabilité tenant au concours des parties voisines, il est certain que les canaux biliaires sont en relation physiologique avec l'estomac et l'intestin. Car dans les affections intestinales accompagnées de vomissement, dans le choléra morbus, à plus forte raison, dans le vomissement provoqué par la titillation du pharynx, et dans bien d'autres cas, si l'estomac et l'intestin sont irrités, les canaux biliaires le sont sympathiquement, de telle sorte que la bile est rejetée au dehors.

Et la cause de cette action simultanée est évidente, elle réside dans ce fait, que toutes ces parties reçoivent ensemble leurs nerfs de la sixième paire, et il est facile de comprendre que cette communauté d'origine entraîne leur simultanéité de fonctions.

Les liquides organiques sont rejetés de trois manières: par suite de l'irritabilité, par la réplétion des conduits, par l'acreté des humeurs, par l'action des nerfs.

« Toute *plénitude* de liquide, quand elle devient exagérée et gênante, irrite plus ou moins l'organe qui en est le siége. Il en résulte que celui-ci, ou bien rejette le liquide sur quelque partie voisine, ou bien l'expulse définitivement...

» L'*âcreté* des humeurs en quelque point qu'elle se produise amène facilement l'irritation...

» Quant à l'*excitation nerveuse*, elle a trois causes: la sensation, l'instinct et le mouvement musculaire. »

Il n'est douteux pour personne que, dans ces passages de l'anatomie du foie que nous venons de citer, il n'est question que de *l'irritation* et non encore de *l'irritabilité* proprement dite, et que les différents organes de l'économie sont considérés comme irritables à cause de leur structure et de leurs fonctions. Beaucoup plus tard, c'est-à-dire dans son livre sur l'estomac et l'intestin (1677), Glisson a beaucoup perfectionné la théorie de l'irritabilité. Là, en effet, il insiste longuement sur l'irritabilité particulière à la fibre musculaire; il s'arrête sur ce point: « Que l'irritabilité suppose la perception après laquelle le mouvement survient suivant les lois de la nature. » Il s'efforce enfin de bien séparer la sensation de la perception, ce qu'il avait négligé de faire auparavant.

Il pense donc: qu'irritées par l'action même du sang sur elles, les fibres musculaires du cœur sont portées à se contracter et à produire la pulsation, puis à se relâcher, la cause d'irritation (le sang) ayant été chassée. »

Il admet encore que l'irritabilité trouve sa cause dans une perception inhérente aux fibres mêmes. On ne saurait comprendre, dit-il, que les muscles en repos se mettent en mouvement sans une cause d'excitation, on ne saurait comprendre qu'ils soient excités s'ils ne peuvent percevoir l'excitation. Autant vaudrait parler à un sourd ou réveiller un mort. » Il reconnait ensuite trois espèces de perceptions se rapportant aux mouvements des muscles. La première est naturelle, la seconde sensitive, la troisième enfin est réglée par l'instinct animal. La première perception, la naturelle, est celle par laquelle la fibre sent l'impression agréable ou fâcheuse qui lui est portée et réagit conformément pour l'accepter ou la re-

pousser. Grâce à la seconde, la sensitive, la fibre musculaire percevant une altération faite à un organe voisin est poussée vers un but et se meut conformément. Par la troisième perception, le cerveau dirige l'action des fibres vers le but que lui-même il poursuit.

Glisson examine ensuite ces différents points.

Il s'efforce d'abord de démontrer qu'il y a perception naturelle dans tous les cas où il ne saurait y avoir possibilité de sensation.

Il range dans ce cas : 1° les mouvements du cœur, que la sensation ne dirige ni ne fait varier, qui ne cessent pas pendant le sommeil, et qui persistent même chez un animal à qui on a coupé la tête ; 2° la constriction déterminée par les liquides corrosifs dans les fibres des animaux récemment morts, et les contractions de l'intestin encore chaud chez les animaux dont on ouvre l'abdomen, etc.

Il est donc possible, conclut Glisson, d'affirmer, qu'en dehors de la sensation, les fibres peuvent *percevoir* l'irritation et se mouvoir conformément.

Cette dernière phrase résume admirablement tout le débat, et il ne semble pas qu'on puisse dénier à Glisson, d'avoir non-seulement entrevu, mais défini cette théorie de l'irritabilité qui devait plus tard être rapportée tout entière à Haller. Et on n'accusera pas M. Marion d'avoir voulu attenter à la gloire de ce dernier savant, si on veut bien se reporter à l'aveu fait par Haller lui même, aveu que nous avons enregistré au début de ce travail.

Et maintenant, il nous reste à nous excuser vis-à-vis de M. Marion, d'avoir peut-être en bien des points mal rendu sa pensée, de l'avoir partout mal traduite ; vis-à-vis du lecteur, d'être resté si longtemps sur une simple question historique. De ce dernier côté, nous sommes sûr de mériter notre pardon, au moins de la part de tous ceux que notre compte-rendu aura engagé à lire le travail même de M. Marion, et qui y auront trouvé autant de plaisir que nous en avons eu nous-même à le résumer.

P. Regnard,
Professeur de physiologie générale à l'Institut national agronomique, directeur-adjoint à la Sorbonne.

L'esprit administratif. — Circulaire aux internes des hôpitaux.

Nous reproduisons la circulaire suivante, bien qu'elle remonte déjà à plus de deux mois. C'est un document qui, en raison même de l'émotion qu'il a causée pendant un moment dans les salles de garde des internes des hôpitaux, nous a paru utile et intéressant à conserver.

Monsieur le Directeur,

L'attention de M. le sénateur préfet de la Seine a été appelée sur un fait regrettable qui s'est passé dans la soirée du 13 février dernier : une jeune fille, qui venait d'être retirée de l'eau où elle était tombée par accident, avait été conduite à l'hôpital par les soins d'un commissaire de police. L'interne de garde appelé auprès de cet enfant, voyant que son état ne réclamait aucun soin médical, l'a laissé reconduire chez ses parents, après s'être refusé à signer un billet d'admission ; l'interne de garde, en agissant ainsi, a commis une faute ; il n'a pas compris que, si l'état de cette jeune fille n'exigeait pas son entrée à l'hôpital, l'humanité prescrivait de lui faire donner au moins une boisson réconfortante, et s'il était possible, des vêtements, en échange des siens imprégnés par l'eau. Aussi M. le préfet a-t-il cru devoir infliger un blâme à cet interne, et me charger de rappeler à MM. les directeurs de nos établissements que la question d'humanité doit primer toutes les autres, lorsque des cas de ce genre viennent à se produire.

Nos traditions hospitalières, vous le savez, nous obligent à ne laisser jamais sans secours toute personne qui, se présentant à l'hôpital, n'est pas assez malade cependant pour y entrer. Mais il peut arriver que MM. les internes, lorsqu'ils sont de garde, préoccupés surtout du côté scientifique de leur mission, ne soient portés à la considérer comme accomplie, après qu'ils ont donné leur avis sur l'admission ou le refus d'un malade.

Cette mission, dans ce cas, ne saurait se borner à la seule constatation d'un fait. Elle est plus haute, et il ne suffit pas à un interne de garde, ayant à examiner une personne qu'un accident amène à l'hôpital, de déclarer s'il y a lieu d'accorder ou de refuser l'admission. Il ne doit pas oublier, lors même qu'il ne juge pas cette admission nécessaire, qu'il a presque toujours à donner un secours médical, quelque minime qu'il soit, parce qu'il peut ainsi apporter un soulagement immédiat, ou empêcher qu'un accident sans gravité n'ait des suites fâcheuses.

Je vous prie, M. le directeur, de donner communication de la présente lettre à MM. les internes de votre établissement. Je connais l'excellent esprit qui les anime, et je suis persuadé d'avance qu'il m'aura suffi de faire appel à leurs sentiments d'humanité et à leur dévouement pour qu'un fait semblable à celui que je viens de signaler ne se reproduise pas.

De votre côté, vous voudrez bien continuer de veiller avec le plus grand soin à ce que toute personne qui ne verrait pas son admission à l'hôpital prononcée, ne soit jamais renvoyée sans avoir reçu le secours que réclame son état.

Recevez, etc. Michel Möring.

Cette circulaire donnerait lieu à bien des remarques, nous les ferons aussi brèves que possible. Suivant nous, le blâme infligé à l'interne de garde n'était nullement motivé par la conduite qu'il a tenue dans la circonstance précitée. En n'admettant pas cette jeune fille, puisqu'il n'y avait pas urgence, l'interne obéissait au règlement et se serait mis dans son tort, en y contrevenant. Le règlement exige, en effet, que tout malade dont la situation n'est pas très grave soit renvoyé à la consultation du lendemain. La délivrance de médicaments à des malades du dehors, non admis dans les hôpitaux, étant interdite par le même règlement, l'interne aurait outrepassé son droit en faisant un bon, bon dont il aurait certainement vu refuser l'exécution. Lui reprocher enfin de ne pas avoir fait donner à la jeune fille des vêtements secs pour remplacer ses vêtements mouillés, ressemble singulièrement à une plaisanterie; les internes des hôpitaux n'ayant jamais eu, que nous sachions, un vestiaire à leur disposition et n'ayant jamais été chargés de distribuer des vêtements.

C'était au directeur de l'hôpital qu'incombait la mission de prendre, s'il le croyait nécessaire, ces mesures extra-réglementaires ; lui seul pouvait, en jugeant jusqu'à quel point sa responsabilité se trouvait engagée, disposer de vêtements que l'Administration centrale lui interdit de laisser sortir des hôpitaux.

M. le Préfet et M. le Directeur de l'Assistance publique se sont donc trompés dans cette circonstance, en infligeant un blâme à l'interne de garde. Celui-ci a rempli son devoir, et sa conduite a été des plus correctes. Nous ne prétendons pas, loin de là, que, dans des cas semblables, il n'y ait rien à faire et que l'humanité ne prescrive pas d'intervenir, mais il faut, pour permettre aux internes et aux directeurs d'agir avec efficacité, que les règlements soient modifiés, et c'est à l'Administration qu'il appartient de provoquer ces modifications, en organisant d'une manière sérieuse le traitement externe dans les hôpitaux.

Académie des sciences.

Prix proposés pour les années 1880, 1881, 1882 et 1883. — *Physique, chimie et physiologie.* — Prix L. Lacaze : l'Académie décernera, dans sa séance publique de 1881, trois prix de 10,000 francs chacun aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie.

Statistique. — Prix Montyon : le prix consiste en une médaille de la valeur de 500 francs.

Chimie. — Prix Jecker : l'Académie annonce qu'elle décernera tous les ans le prix Jecker, porté à la somme de 10,000 francs, aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter les progrès de la chimie organique.

Botanique. — Prix Barbier : prix annuel de 2,000 francs « pour celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir ». L'Académie décernera ce prix, s'il y a lieu, dans sa séance publique.

Anatomie et zoologie. — Prix Gama Machado : L'Académie décernera *tous les trois ans*, à partir de l'année 1882, le prix de Gama Machado, aux mémoires sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou la matière fécondante des êtres animés. Le prix consiste en une médaille de 1,200 francs.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon (médecine et chirurgie) : les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 17 juin de chaque année.

Prix Bréant : prix de 10,000 francs « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique ou les dartres ».

Prix Godard : prix annuel de 1,000 francs à décerner au meilleur mémoire sur « l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires ».

Prix Serres : prix triennal « sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine ».

Prix Chaussier : L'Académie décernera le prix, de la valeur de 10,000

francs, dans la séance publique de 1883, au meilleur ouvrage qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé son jugement, les ouvrages ou les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1883.

Prix DUGASTE : l'Académie décernera le prix Dugaste (signes de la mort), pour la première fois, dans sa séance publique de l'année 1880. Les ouvrages ou mémoires seront reçus au secrétariat de l'Institut jusqu'au 1er juin 1880.

Prix BOUDET : l'Académie décernera le prix Boudet en 1880, s'il y a lieu, à l'auteur dont les travaux « sur l'influence pathogénique des organismes inférieurs », auront paru dignes de cette distinction. Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1880.

Physiologie. — Prix MONTYON (physiologie expérimentale) : l'Académie adjugera une médaille de la valeur de 750 francs à l'ouvrage imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué au progrès de la physiologie expérimentale.

Prix généraux. — Prix MONTYON (arts insalubres) : il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des découvertes ou des ouvrages qui seront jugés les plus utiles à l' « art de guérir », et à ceux qui auront trouvé les « moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre ».

Nota. L'Académie juge nécessaire de faire remarquer à MM. les concurrents pour les prix relatifs à la médecine et aux arts insalubres : 1° Que les concours ont expressément pour objet des *découvertes* et *inventions* propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou à rendre un art moins insalubre ; 2° Que les pièces adressées pour le concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement* déterminée, ou une application bien constatée ; 3° Que l'auteur doit indiquer, par une analyse succincte, la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée et que, faute de cette indication, sa pièce ne sera point admise. Cette analyse doit être en double copie.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 31. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Houel, Monod. — 2e *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Hayem, Nicaise, Terrillon ; — 2e *série* : MM. Guyon, Fournier, Straus. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchand.

MARDI 1er. — 1er *de doctorat*. 1re *série* : MM. Ball, M. Sée, Polaillon ; — 2e *série* : MM. Charcot, Lannelongue, Humbert ; — 3e *série* : MM. Gosselin, Delens, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Panas, Perier, Farabœuf. — (Examen) : MM. Peter, Laboulbène, Richelot. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Lasègue, Pinard, Berger ; — 2e *série* (Charité) : MM. Jaccoud, B. Anger, Charpentier.

MERCREDI 2. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Guyon, Marchand. — 2e *de Doctorat* : MM. Fournier, Houel, Ollivier. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — 5e *de Doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Hayem, Nicaise, Chantreuil ; — 2e *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Terrillon

JEUDI 3. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Perrier, Berger ; — 1re *série* : MM. Panas, Laboulbène, Richelot. — 2e *série* : MM. Ball, M. Sée, Humbert ; — 3e *série* : MM. Bouchard, Lannelongue, Polaillon. — 2e *de Doctorat*. 1re *série* : MM. G. Sée, B. Anger, Rigal ; — 2e *série* : MM. Jaccoud, Delens, Duguet.

VENDREDI 4. — 1er *de Doctorat*. 1re *série* : MM. Béclard, Houel, Marchand ; — 2e *série* : MM. Guyon, Nicaise, Pozzi. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Monod.

SAMEDI 5. — 1er *de Doctorat* : MM. Ball, M. Sée, Humbert. — 2e *de Doctorat* (épreuve pratique) : MM. B. Anger, Perier, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Bouchard, Lancereaux. — 5e *de Doctorat* : 1re série (Charité) : MM. Jaccoud, Delens, Charpentier ; — 2e série (Charité) : MM. Gosselin, Pinard, Grancher ; — 3e série (Pitié) ; MM. Verneuil, Lefort, Polaillon.

THÈSES. — *Mardi* 1er : 229. M. Gandy : De la mort par infection purulente dans la fièvre typhoïde. — 230. M. Jobard. — *Mercredi* 2 : 231. M. Mohamed : Quelques mots sur les rétrécissements de l'œsophage et du cathétérisme de cet organe par la sonde Collin. — 232. M. Gouas : De la lithiase salivaire et de ses rapports avec l'arthritisme. — *Jeudi* 3 : 233. M. Mosquelon : Des accidents développés chez les ouvriers teinturiers par l'emploi du bichromate de potasse. — 234. M. Sarrazin. — *Vendredi* 4 : 235. M. Rogron : Les abcès chez les enfants à la mamelle. — *Samedi* 5 : 237. M. Godard : Etude sur les anévrysmes de l'aorte ouverte dans le péricarde. — 238. M. Bezy : Contribution à l'étude des abcès froids tuberculeux du tissu cellulaire. — 239. M. Bailly : Blessures pénétrantes de l'estomac. — 240. M. Magnin : Recherches expérimentales sur l'action des eaux minérales chlorurées sodiques.

Manifestation des étudiants à Montpellier.

Les journaux politiques rendent compte d'une manifestation que les étudiants en médecine de Montpellier viennent de faire contre deux de leurs professeurs agrégés : MM. Planchon et Sabatier.

La cause en serait dans le remplacement de M. Amagat, qui suppléait à la Faculté de médecine, M. le professeur Martin, titulaire de la chaire d'histoire naturelle, par MM. Planchon et Sabatier.

A l'inauguration de son cours, M. Planchon a été contraint de se retirer poursuivi par les huées et les sifflets. A la sortie, les étudiants se sont rendus chez M. Amagat pour lui témoigner toute leur sympathie. Le cours de M. Sabatier aurait également été interrompu par des cris et des sifflets, et celui-ci aurait dû renoncer à le continuer.

Nous mentionnons simplement ces faits, nous réservant de les apprécier lorsque nous serons édifiés à leur sujet.

Médecins militaires.

Par décret en date du 16 mai 1880, ont été promus ou nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Allaire (Louis-Victor), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, en remplacement de M. Contrejean, retraité.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Balley (François), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Allaire, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Josien (Alfred-Henri-Célestin), médecin-major de 2e classe au 18e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Licardy, retraité. — (Choix). M. Meynier (Joseph-Honoré-Marie), médecin-major de 2e classe au 3e bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Roustic, retraité.— (Ancienneté). M. Planque (Jules-Alexandre), médecin-major de 2e classe au 13e bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Balley, promu.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : (Ancienneté). M. Roqueplo (Antoine-Victor-Henri), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Chambéry, en remplacement de M. Cheux, retraité.

Congrès otologique international de Milan.

Les membres du premier Congrès otologique international qui a tenu ses séances à New-York, en 1876, ont décidé que le 2e Congrès aurait lieu dans la même ville où siègerait le Congrès ophthalmologique international. Les sous-signés ont été nommés membres du comité préparatoire.

Or, le Congrès ophthalmologique devant tenir ses séances à Milan du 1 au 4 septembre, les soussignés ont décidé que le Congrès otologique international aura lieu également à Milan du 6 au 9 Septembre 1880. Dans le but de faciliter la réunion de notre Congrès, les soussignés ont nommé un comité local, composé de M. le professeur de Rossi (de Rome), M. le Docteur Sapolini et M. le Dr Restellini (de Milan), et ces honorables confrères se sont empressés de prêter leur concours pour préparer la réception des membres du Congrès.

Les soussignés ont l'honneur d'inviter leurs confrères des 2 côtés de l'Atlantique à prendre part au Congrès ; ils espèrent trouver un nombre d'adhérents d'autant plus consisidérable que ce congrès est le premier qui aura lieu en Europe. Ceux de nos confrères qui désirent assister au Congrès sont priés d'envoyer leurs adresses à M. le professeur Moos à Heidelberg, secrétaire de notre commission. Les membres qui voudront faire des communications devront en avertir M. Moos jusqu'au 1er juin. Passé ce délai, il ne sera plus possible de les mentionner dans le programme spécial qui sera envoyé le 15 juin, à tous ceux de nos confrères qui en auront fait la demande.

Le comité préparatoire du 2e congrès otologique international : Dr Voltolini, Professeur à Breslau, Président. Dr Moos, Professeur à Heidelberg, Secrétaire. Dr Politzer, Professeur à Vienne (Autriche), Dr Loewenberg, Paris, membres du Comité.

Les étudiants de l'Université de Prague. M. le professeur Klebs.

Le 14 mai dernier, des désordres assez sérieux ont eu lieu à l'Université de Prague. Ils ont pour cause l'hostilité existante entre les diverses nationalités qui ont été réunies lors de la constitution de l'empire Austro-Hongrois.

Les étudiants tchèques ont fait un charivari au professeur Klebs et brisé à coups de pierres les vitres de la maison habitée par ce dernier. Le professeur Klebs avait dernièrement, à un banquet, insisté sur le caractère allemand de l'Université de Prague et c'est ce qui a provoqué la démonstration. Suivant le *Narodni-Listy*, environ six cents étudiants se mirent à crier à tue-tête : « A bas Klebs ! A bas le Prussien ! A bas les professeurs importés d'Allemagne ! » Les étudiants agitaient leurs chapeaux et poussaient de bruyants (Slavas) « vivats » en l'honneur de la future Université tchèque.

La *Cesky Norming* exhorte les étudiants à s'abstenir de toute nouvelle démonstration, vu que les Allemands ne manqueraient pas d'en tirer parti. Ce journal invite les députés tchèques à rédiger un mémoire pour demander aux autorités et au ministère d'intervenir contre les agitateurs allemands. On annonce la publication d'une brochure intitulée : « *Le professeur importé* » brochure qui ne serait qu'une pasquinade sur les discours prononcés par le professeur Klebs au banquet de la *Carolina* (nom de l'Université de Prague).

La Société de lecture des étudiants tchèques a exclu deux de ses membres qui appartenaient à une association d'étudiants allemands.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le lundi 7 juin, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. — On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à une heure.

Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — M. le Dr DUBUC, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le jeudi 3 juin, à 4 heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Conférences de clinique thérapeutique. — M. le Dr FERRAND, médecin de l'hôpital Laënnec fera tous les jeudis, à partir du 3 juin une conférence à l'issue de sa visite (9 heures 1/2), sur les *dicinations thérapeutiques de la phthisie pulmonaire.*

FORMULES

34. Recherche du sucre dans les urines. SCHREITER.

Pour remplacer la liqueur de Fehling, qui, comme on sait, se dépose après quelque temps, M. Schreiter (de Wissembourg) prépare la liqueur suivante :

Salycilate de soude............	1 gramme.
Sulfate de cuivre.............	1 —
Soude caustique...............	5 —
Eau distillée.................	20 —

Après filtration, on obtient un liquide bleu clair. En chauffant dans un tube à réaction, le sel cuivrique est décomposé et les moindres traces de sucre indiquées par une belle couleur brun rouge. D'après l'auteur, la liqueur se conserve parfaitement, (*Pharm. Zeitung.*)

35. Pulvérisation d'essence d'eucalyptus dans la diphtérie pharyngée. MESLER.

Employer, pour chaque inhalation, de six à soixante gouttes de la solution suivante :

Huile essentielle de feuilles d'eucalyptus...	5 grammes.
Esprit de vin rectifié....................	25 —
Eau.......................................	170 —

Pour inhalations, agiter avant de s'en servir. Dans les cas où les inhalations seraient répétées toutes les heures, étendre la solution. Odeur agréable n'occasionnant pas de mal de tête ; en cela, supériorité sur l'essence de térébenthine et l'acide phénique (*Berl. Klin. Wochensch. et Lyon méd.*).

36. Ecorce de coto dans la diarrhée des phthisiques. BURNEY YEO.

L'écorce de coto, importée de Bolivie, est employée en Allemagne et en Angleterre dans le traitement de la diarrhée des phthisiques. Burney Yeo recommande le mélange suivant qui serait très efficace sans être désagréable au goût :

Teinture de coto..............	60 gouttes.
Teinture de cardamone..........	60 —

Mêlez et ajoutez peu à peu :

Mucilage de gomme d'accacia.....	12 grammes.
Sirop simple...................	8 —
Eau............................	180 —

Deux ou trois cuillerées de ce mélange, prises à diverses reprises, suffiraient à arrêter les plus fortes diarrhées. L'écorce de coto aurait donné un extrait doué des mêmes propriétés. (*France médicale.*)

37. Inhalations antiasthmatiques. THOROWGOOD.

Ether sulfurique..............	30 grammes.
Essence de térébenthine........	15 —
Acide benzoïque...............	15 —
Baume de Tolu.................	8 —

Toutes ces substances sont mélangées dans un flacon à large ouverture et la chaleur de la main suffit pour les volatiliser. Le Dr Thorowgood conseille au malade d'en respirer les vapeurs pendant l'accès d'asthme. (*Courrier médical.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 14 mai au jeudi 20 mai 1880, les naissances ont été au nombre de 1,116, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 404 ; illégitimes, 153. Total, 557. — *Sexe féminin* : légitimes, 405 ; illégitimes, 154. Total, 559.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 14 mai au jeudi 20 mai les décès ont été au nombre de 1,227, savoir : 665 hommes et 562 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 28. F. 21. T. 49. — Variole : M. 27. F. 26. T. 53. — Rougeole : M. 8. F. 15. T. 23. — Scarlatine : M. 5. F. 1. T. 6. — Coqueluche : M. 1. F. 4. T. 5. — Diphtérie. Croup : M. 30. F. 24. T. 54. — Dysentérie : M. 1. F. 2. T. 10. — Erysipèle : M. 7. F. 3. T. 10. — Affections puerpérales : F. 15. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 111. F. 82. T. 193. — Autres tuberculoses : M. 37. F. 30. T. 67. — Autres affections générales : M. 77. F. 71. T. 148. — Bronchite aiguë : M. 18. F. 23. T. 41. — Pneumonie : M. 62. F. 50. T. 112. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 43. F. 33. T. 76. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 47. F. 39. T. 86 ; — chroniques : M. 101. F. 78. T. 179 ; — douteuses : M. 28. F. 37. T. 65. — Après traumatismes : M. 1. — Morts violentes : M. 32. F. 4. T. 36. — Causes non classées : M. 1. F. 5. T. 6.

Morts nés et prétendus tels : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 11. Total, 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 19. Total, 44.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Chirurgie et accouchements.* — Les leçons orales d'une heure sont terminées. Les derniers sujets traités ont été : *lundi* 24 : M. Ribemont : De l'infiltration séro-sanguine dans les diverses présentations et positions fœtales ; — M. Gaulard : De l'oblitération complète du col utérin chez la femme enceinte. — *Mardi* 25 : M. Duchamp : Faire connaître le travail à la faveur duquel s'élimine le cordon ombilical et les complications qui peuvent en être la conséquence.

L'épreuve clinique a commencé le mercredi 26 à l'hôpital de la Pitié. Deux candidats passent chaque jour.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN AU BUREAU CENTRAL. — *Jury* : Le Jury de ce concours qui s'est ouvert le 20 mai est composé de MM. Panas, Horteloup, Lannelongue, Nicaise, Gilette, Cruveilhier et Cornil.

CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECIN AU BUREAU CENTRAL. — *Premier concours.* Ce premier concours s'est terminé le 22 mai par la nomination de MM. Hanot, Gaillard-Lacombe et Du Castel.

Deuxième concours. — Cet autre concours commencera le 2 juin à 4 heures à l'Hôtel-Dieu. — *Jury* : Le jury est ainsi composé : MM. Blachez, Mesnet, Parrot, Guyot, Constantin Paul, Roger, Lasègue, Laboulbène, B. Anger. — *Candidats* : La liste des candidats qui a été close le mardi 18 mai se compose des trente-deux noms suivants : MM. Balzer, Barié, Barth, de Beurmann, Bourceret, de Boyer, Cadiat, Carrière, Chouppe, Cuffer, Danlos, Déjerine, Dreyfous, Dreyfus-Brissac, Frémy, Gingeot, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hyppolite), Homolle, Jean, Letulle, Lucas-Championnière (L.), Martin, Moizard, Moutard-Martin (R.), Muselier, Oulmont, Renault, Robin, Roques, Sanné et Tapret.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. *Concours pour l'internat en pharmacie.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Acquérin et Bonnet, comme internes titulaires, et de MM. Astier et Gibart, comme internes provisoires.

HÔPITAL DE PERPIGNAN. — M. le Dr Joseph Massot, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est nommé chirurgien de l'hôpital en remplacement de M. Justin Massot, décédé.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — *Prix Esquirol.* — La commission du prix Esquirol est composée de la façon suivante : MM. Baillarger, Lunier, Mitivié, Falret et Christian. — Deux mémoires ont été envoyés pour ce prix. Le premier a pour titre : *De l'influence de la profession de blanchisseuse sur le développement, la forme et l'évolution de la folie;* — le second est intitulé : *Contribution à l'étude du délire partiel.*

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE. — M. le Dr TOPINARD, sous-directeur du laboratoire d'anthropologie, commencera, le samedi 5 juin 1880, à 5 heures du soir, un cours en cinq leçons d'ostéométrie et de crâniologie pratique s'adaptant plus particulièrement aux besoins de l'archéologie préhistorique, et le continuera les samedis suivants, à la même heure.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Véron, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, est nommé préparateur du cours de pharmacie, en remplacement de M. Pihier, appelé à d'autres fonctions.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Cette Société se réunira le lundi 31 mai 1880, à 4 heures. Ordre du jour : 1° Suite de la discussion sur le *No-restraint* ; — 2° Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé Dely-Mehemed, accusé de meurtre, par M. le Dr Mougery (de Constantinople) ; — 3° Rapports de candidatures ; — 4° Communications diverses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Le Monnier, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, est en outre chargé pendant l'année scolaire 1879-80, du cours de botanique médicale, vacant à la Faculté de médecine de la même ville.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. Tailleur, pharmacien, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, pour une période de neuf années.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Debionne, pharmacien, est institué suppléant des chaires de chimie et de toxicologie, pharmacie et matière médicale, hygiène, thérapeutique et histoire naturelle, pour une période de neuf années. Il est en outre nommé chef des travaux chimiques à ladite école pour une période de six années.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS. — Cette société vient de faire appel à tous ses membres pour participer au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences qui se tiendra à Reims, du 12 au 19 août. Elle a appelé également l'attention de ses membres sur plusieurs questions, en les priant, s'ils n'avaient pas de travail personnel à produire, de vouloir bien lui envoyer les matériaux dont ils disposent. Elle cherchera à les utiliser dans un travail collectif.

Voici les diverses questions proposées à l'étude de nos confrères : 1° Maladies le plus ordinairement observées dans la région ; — 2° Influence du sol sur le développement de la phthisie, de la scrofule ; — 3° L'alcoolisme au point de vue individuel et au point de vue héréditaire ; — 4° Le goître ; — 5° Le charbon ; — 6° Transformations héréditaires de la syphilis ; — 7° Consanguinité.

AVIS AUX JEUNES MÉDECINS. — L'*Indépendant de Loir-et-Cher* nous fait parvenir l'avis suivant. — Nous prions instamment nos confrères de la presse parisienne de faire savoir qu'à propos de la circulaire préfectorale du 25 février dernier, interdisant aux sœurs la vente des médicaments dans les campagnes de Loir-et-Cher, le parti clérical proteste par tous les moyens en son pouvoir.

Les cléricaux et leurs créatures pèsent de toute leur influence sur l'esprit de certains médecins faibles, dépendants, pour obtenir qu'ils renoncent à la vente et à la distribution des médicaments. Ils pétitionnent en outre en faveur du trafic illégal des produits pharmaceutiques faits par les sœurs de charité. Cette agitation, entretenue avec passion par les ennemis de nos institutions cessera nécessairement lorsque les médecins de campagne seront assez indépendants et assez soucieux de leur dignité, pour se charger eux-mêmes de la distribution des médicaments. Très peu d'entre eux s'y refusent aujourd'hui.

Le but du présent avis est de faire appel à de jeunes médecins à la recherche d'une clientèle, et de les engager à s'adresser au président de l'*Association médicale* de Loir-et-Cher. Ils obtiendront immédiatement tous les renseignements devant les intéresser.

UNE RÉVOLTE DANS UN HÔPITAL. — Une révolte vient d'avoir lieu à Marseille, à l'hôpital de la Conception. Plusieurs femmes en traitement dans cet établissement, irritées d'une punition infligée à l'une d'entre elles, se sont barricadées dans une salle et ont brisé tous les objets qui tombaient sous leurs mains. M. le commissaire de police, prévenu de ce scandale, s'est hâté de se rendre sur les lieux avec une escouade d'agents. Ce n'est pas sans peine qu'on a pu pénétrer dans la salle où les mutines s'étaient enfermées et, malgré leur énergique résistance, en arrêter sept qui ont été mises à la disposition du procureur de la République.

HERBORISATION. — M. CHATIN, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation, dimanche 30 mai, dans la forêt de Montmorency. — Le départ aura lieu de la gare du Nord à 9 heures pour la station de Domont. Retour par la station de Montmorency.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste de géologie au Muséum, fera, le dimanche 30 mai 1880, une excursion géologique à Bellevue, Meudon et Issy. On se réunira à la gare Montparnasse où l'on prendra, à onze heures du matin, le train pour Bellevue.

NÉCROLOGIE. — M. Napoléon PÉRIER, ancien médecin en chef de l'Hôtel des Invalides vient de mourir à Paris. Il s'était particulièrement occupé des questions anthropologiques, et avait été président de la Société d'anthropologie. — On annonce la mort de M. MOREAU, à Sens, où il exerçait la médecine depuis une trentaine d'années.

En vente au PROGRÈS MÉDICAL, 6, rue des Ecoles.

L'ANNÉE MÉDICALE (*deuxième année*), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant L'ANNÉE 1879, publié sous la direction du dr BOURNEVILLE, avec la collaboration de MM. *Aigre, A. Blondeau, H. de Boyer, E. Brissaud, P. Budin, R. Calmettes, J. Cornillon, L. Cruet, H. Duret, Ch. Féré, A. Josias, Laffont, Malherbe, Maunoury, Poncet (de Cluny), Poirier, F. Raymond, P. Reclus. P. Regnard, A. Sevestre, E. Teinturier, R. Vigouroux,* collaborateurs du *Progrès médical*, un volume in-18 Charpentier, de 416 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, prix : par la poste, 3 fr. — Pris au bureau du journal : 2 fr. 50. — Il nous reste encore quelques exemplaires de la 1re année (1878), aux mêmes conditions que ci-dessus.

BRISSAUD (E.). — Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques. Un fort volume in-8° avec 45 figures intercalées dans le texte. Prix, 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

CORNILLON (J.). — Action physiologique et thérapeutique des alcalius dans la glycosurie, brochure in-8° de 40 pages. Prix, 1 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical*, 0 fr. 70 c.

DAREMBERG (G.). Les méthodes de la chimie médicale. In-8 de 10 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés, 40 cent.

DELASIAUVE. De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache, dans ses rapports avec l'assistance publique. Paris, 1877, in-8 de 16 p. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés, 35 cent.

DELASIAUVE (J.). Journal de médecine mentale, résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes (1860-1870). — Prix : 50 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 fr.

DELASIAUVE. Du double caractère des phénomènes psychiques. Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés, 35 cent.

RAYMOND (F.). — De la puerpéralité. Un fort volume in-8°. Prix, 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

LANNOIS (M.). — Paralysie vaso-motrice des extrémités ou érythromelalgie, vol. in-8° de 70 pages. Prix, 1 fr. 50. Paris, 1880.

O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain, Paris.

CARAMAN (T.). — Etude sur les eaux ferrugineuses de Forges-les Eaux, brochure in-8° de 32 pages. Paris, 1880.

Librairie V. Adrien DELAHAYE et LECROSNIER, place de l'Ecole de Médecine.

BLANCHET (J.). — Maladies du foie traitées avec un immense succès à la station thermale de Vichy, vol. in-8° de 68 pages. Prix, 2 fr. Paris, 1880.

BRUNEAU (L.). — Du passage de quelques médicaments dans les urines, vol. in-8° de 94 pages. Prix, 2 fr. 50.

CAZAUX (M.). — Des maladies curables par les eaux minérales d'Eaux-Bonnes, vol. in-8° de 32 pages. Paris, 1880.

CHOQUET. — De l'emploi du chloral comme agent d'anesthésie chirurgicale, vol. in-4° de 130 pages. Prix, 3 fr. 50. Paris, 1880.

GUÉNEAU DE MUSSY (N.). — Meeting de la British medical association à Cork en 1879, vol. in-4° de 44 pages. Prix, 1 fr. 50. Paris, 1880.

LEMOINE (A.). — Contribution à la détermination et à l'étude expérimentale des localisations fonctionnelles encéphaliques, vol. in-8° de 80 pages. Prix 2 fr. Paris, 1880.

SMITH (C.). — Précis clinique des affections des voies urinaires chez l'homme. Tome Ier, vol. in-8° de 540 pages avec 49 figures intercalées dans le texte. Prix, 10 fr. Paris, 1880.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et Ce, 108, boulevard Saint-Germain.

BYASSON (H.). — Rapport sur l'exposition collective des eaux minérales en France, vol. in-8° de 40 pages. Paris, 1880.

Librairie G. MASSON, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

BYASSON (H.). — Etude sur l'élimination par les urines des quatre alcaloïdes principaux du quinquina ingérés à l'état de sulfates basiques, brochure in-8° de 16 pages. Paris, 1880.

VERNEUIL (A.). — Mémoires de chirurgie (tome deuxième). Amputations, doctrine septicémique, pansements antiseptiques, fort vol. in-8° de 650 pages. Prix, 15 fr. Paris, 1880.

Annuaire des spécialités médicales et pharmaceutiques, 1re année 1880, vol. in-12 de 114 pages. Paris, 1880.

Annuaire de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Quarante-sixième année (1880), vol. in-12 de 420 pages. Bruxelles, 1880.

VAUTHIER (J.-Z.-F.). — Etude sur le maïs, acide maizenique, brochure in-4° de 22 pages. Bruxelles, 1880.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Laënnec. — *Médecine.* — Service de M. BALL. — Salle Saint-François (F) : 1, 4, 14, 23, tuberculose pulmonaire ; 5, 9, 15, 18, 20, hémiplégie ; 3, myélite diffuse ; 24, sclérose en plaque ; 26, paralysie générale ; 28, paralysie agitante, affection mitrale et aortique ; 30, syphilis cérébrale. — Salle Saint-Louis (F) : 1, 15, 27, 28, cancer de l'utérus ; 2, hémiplégie, aphasie ; 6, 7, 13, 26, insuffisance mitrale ; 10, 11, 30, hystérie ; 13, 23, 28, myélite. — Salle Sainte-Julie (H) : 1, hémiplégie droite, aphasie, lésion mitrale ; 5, 6, 21, 30, hémiplégie ; 2, paralysie diphthéritique ; 9, syphilis cérébrale ; 8, 17, 25, 26, myélite ; 1, 14, 15, 16, 18, 24, tuberculose pulmonaire. — Salle Sainte-Thérèse (H) : 4, gelure ; 5, 15, 20, myélites ; 7, 13, 14, 24, 25, 27, tuberculose pulmonaire ; 22, psoriasis ; 22, bronchite chronique. Service de M. FERRAND. — Salle Sainte-Marthe (H) : 1, tuberculose pulmonaire, pseudarthrose de la jambe ; 4, phthisie arthritique ; 6, paralysie

traumatique du cubital ; 3, 7, 9, phthisie pulmonaire ; 13, ataxie : 14, amaurose tabétique ; 2, 15, ramollissement cérébral ; 25, rhumatisme noueux ; 25, bronchite chronique, emphysème. — Salle Sainte-Anne (H) : 1, 3, 7, 8, phthisie pulmonaire ; 10, ulcus rotundum ; 11, myélite par compression ; 15, 18, ramollissement cérébral ; 17, eczéma foliacé ; 21, 22, 23, 24, phthisie ; 26, myélite transverse. — Salle Saint-Barthélemy (F) : 1, 16, 24, 25, rhumatisme chronique ; 5, hémiplégie gauche, rétrécissement mitral ; 10, albuminurie, néphrite mixte ; 11, névralgie intercostale ; 14, 17, phthisie pulmonaire ; 15, chorée hystérique ; 18, 28, hystérie. — Salle Saint-Julien (F) : 4, néphrite interstitielle ; 2, 3, 15, 16, hémiplégie ; 6, 20, hystérie ; 10, lésion mitrale ; 21, 23, ramollissement cérébral ; 29, incontinence d'urine.

Service de M. Damaschino. — Salle Saint-Joseph (F) : 5, endo péricardite, lésion mitrale, rhumatisme ; 4, paralysie générale ; 10, hémiplégie droite, aphasie ; 16, insuffisance tricuspide, battement hépatique ; 18, sclérose latérale amyotrophique. — Salle Saint-Jean (F) : 1, tuberculose pulmonaire, pneumothorax partiel g. ; 7, tuberculose pulmonaire, ulcération tuberculeuse du voile du palais ; 14, paralysie agitante ; 18, métrite hémorrhagique. — Salle Sainte-Marie (crèche) : 1, rougeole (enfant) ; 7, fièvre continue (mère) ; 10, syphilis, contamination de l'enfant après la naissance. — Salle Sainte-Ludivine (H) : 1, rétrécissement mitral ; 10, sciatique ; 15, ictère catarrhal ; 25, rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Salle Sainte Catherine (H) : 1, pleurésie gauche ; 14, tuberculose pulmonaire ; 15, mal de Pott, polyurie ; 20, fièvre continue ; 27, rhumatisme chronique.

Service de M. Legroux. — Salle Sainte-Geneviève (H) : 1, 2, paralysie saturnine ; 8, tumeur cérébelleuse ; 7, ataxie fruste, crises gastralgiques ; 21, psoriasis lingual, laryngite tuberculeuse. — Salle Sainte-Hélène (H) : 1, sclérose des extrémités, atrophie du membre inférieur droit, consécutivement à des phénomènes répétés d'anémie locale des extrémités ; 2, 3, 5, 6, 7, tuberculose pulmonaire ; 11, dilatation des bronches ; 13, 25, crises gastralgiques, ataxie ; 21, pachyméningite cervicale ; 23, pleuro-pneumonie. — Salle Saint-Vincent (F) : 1, 2, 25, cancer de l'utérus ; 3, arthrite, emphysème ; 13, aphasie ; 17, 26, aphasie, rétrécissement mitral. — Salle Saint-Nicolas (F) : 5, épilepsie ; 17, myélite transverse ; 22, rhumatisme d'Heberdem ; 25, aphasie. — Pavillon des varioleux : Salles Saint-Ferdinand et Sainte-Antoinette.

Chirurgie. — Service de M. Nicaise. — Leçons cliniques les mardis et vendredis à 9 h. 1/2, opérations le mercredi. — Salle Saint-Philippe (F) : 1, arthrite astragalo calcanéenne ; 2, arthrite du coude ; 3, mal de Pott ; 4, amputation de Chopart ; 5, hémiplégie, hémiatrophie gauche, mal perforant ; 6, chancre infectant ; 7, kyste de l'ovaire ; 8, épithélioma térébrant ; 11, ulcère de jambes, greffes épidermiques ; 14, arthrite suppurée, arthrotomie ; 15, chancres mous, bubon suppuré ; 17, plaie du genou ; 18, cysto-sarcome de l'ovaire ; 19, polype ; 20, arthrite du poignet ; 21, mammite chronique. — Salle Saint-André (H) : 1, fracture bimalléolaire ; 2, polyurie héréditaire ; 3, tumeur blanche du poignet ; 4, plaie de l'avant-bras, plaie du médium ; 9, séquestre du fémur, érysipèle ambulant ; 11, phlegmon de l'avant-bras ; 13, luxation de l'épaule ; 19, épithélioma de la bouche et du pharynx ; 20, arthrite sèche ; 21, fracture-bimalléolaire consolidée ; 22, phimosis ; 27, carie costale, résection ; 32, fracture de l'avant-bras ; 33, cystite, prostatite ; 35, fracture de côte ; 38, fracture de l'avant-bras.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. Triboulet. — Salle Marguerite : 4, cyanose ; 8, broncho-pneumonie tuberculeuse ; 15, fièvre typhoïde ; 17, chorée ; 20, néphrite ; 22, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Rosalie : rougeoles. — Salle Sainte-Geneviève : varioles.

Service de M. Bergeron. — Salle Benjamin : 2, insuffisance et rétrécissement mitral ; 4, 8, 27, 30, fièvres typhoïdes ; 6, méningite tuberculeuse ; 19, broncho-pneumonie ; 29, pneumonie ; 22, syphilis. — Salle Mathilde : 1, 2, 30, fièvres typhoïdes ; 3, néphrite scarlatineuse ; 4, perforation intestinale ; 17, bronchite tuberculeuse ; 19, scrofule maligne ; 20, péritonite tuberculeuse ; 25, ovarite ; 29, pleuro-pneumonie. — Pavillon d'isolement : angines et croups. — Salle Napoléon : 1, fracture de jambe ; 14, fracture du crâne, enfoncement du temporal ; 35, plaie de la fesse, produite par un vase de nuit ; 50, fracture de cuisse ; 39, abcès par congestion, ouverture. — Salle Eugénie : 10, ophthalmie purulente ; 15, abcès de la marge de l'anus ; 20, genu valgum (redressement) ; 8, otéo-sarcome du fémur ; 42, ostéosarcome du bassin.

Service de M. Cadet de Gassicourt. — Salle Saint-Joseph : 2, 3, 4, 12, coqueluche ; 5, 7, 8, broncho-pneumonie ; 16, 17, 18, 22, fièvre continue ; 23, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale ; 25, 26, 27, scarlatine ; 31, rougeole.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Tillaux. — 2e pavillon : 3, fracture de la base du crâne ; 6, phlegmon total de la cuisse ; 7, décollement de l'épiphyse inférieure de l'humérus ; 12, fracture du bassin ; 17, ophthalmie blennorrhagique ; 23, abcès périherniaires : 30, anus contre nature. Méthode de Callisen ; 35, genu valgum, ostéoclasie ; 38, amputation de jambe (10e jour) ; 38 *bis*, corps mobile articulaire ; 43, sarcome du testicule, castration ; 45, adéno phlegmon de l'aisselle ; 4, induration imflammatoire du gland, fistule urineuse périnéale ; 52, rétrécissement traumatique de l'urèthre, uréthrotomie interne. — 4e pavillon : 5, kyste du rein droit ; 6, kyste hydatique du foie, frémissement hydatique ; 8, contracture du faisceau sternal du sterno-mastoïdien ; 14, ostéite juxta-épiphysaire de l'épiphyse marginale de l'os iliaque.

Service de M. Féréol. — Salle Saint-Jean : 1, fièvre typhoïde adynamique ; 10 *bis*, rétrécissement de l'œsophage ; 11, cancer latent de l'estomac ; 14, paralysie musculaire progressive ; 22, cancer du foie ; 19, néphrite parenchymateuse. — Salle Saint-Paul : 5, scarlatine ; 7, cirrhose hypertrophique ; 12, péritonite puerpérale.

Service de M. Millard. — Salle Saint-Louis : 2, cancer du rein ; 4, pleurésie enkystée du sommet ; 5, mélanodermie généralisée, cachexie,

10, fièvre typhoïde, péricardite ; 17, affection mitrale, péritonite chronique ; 21, gastrorrhagie, melœna ; 24, érysipèle avec néphrite catarrhale et péricardite, gastrorrhagie, hypertrophie ancienne de la rate ; 20, cirrhose atrophique du foie. — Salle Sainte-Marthe : 3, phlegmon du ligament large ; 5, dothiénentérie, accidents adynamiques ; 10, pleurésie purulente, vomique ; 11, néphrite catarrhale, syphilis, roséole ; 19, ictère chronique par obstruction calculeuse, fièvre intermittente hépatique.

Service de M. Guyot. — Salle Saint-François : 1, 3, pleurésie purulente, empyème en voie de guérison ; 8, pneumonie, pleurésie diaphragmatique à droite ; 10, néphrite scarlatineuse ; 16, blennorrhagie, endopéricardite ; 22, cirrhose atrophique ; 6, 11 *bis*, 12, 20, 24, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Claire : 1, mal de Bright ; 9, 38, scarlatine ; 17, affection mitrale ; 24, hystérie, anesthésie généralisée, somnambulisme ; 2, 6, 7, 23, 25, 26, 28, 29, 36, fièvre typhoïde.

Service de M. Lefort. — 1[er] pavillon : 4, fracture de jambe compliquée de plaie ; 6, phlegmon de la cuisse ; 11, fracture de jambe, appareil hyponarthécique ; 32, plaie pénétrante de la région cardiaque ; 33, coxalgie avec luxation pathologique et fistules ; 35, rétrécissement de l'urèthre, dilatation immédiate progressive ; 37, hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale ; 44, fistules uréthrales multiples.

CERF ET FILS, IMP. 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 23. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 5 JUIN 1880.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

Du Mercure (1).

Leçon recueillie par M. E. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Voies d'élimination du mercure. — Une fois introduit dans le sang sous la forme d'albuminate ou de chlorure, le mercure circule dans tous les tissus, dans tous les organes, et s'accumule particulièrement dans les reins, le foie, les muscles ; on peut également en trouver dans le cerveau et même les os.

L'élimination commence au bout d'une à deux heures, et, après l'ingestion d'une dose modérée, elle est complétement terminée au bout de 24 heures. Il n'en est plus de même à la suite d'un traitement prolongé ou du contact professionnel avec les préparations mercurielles. Les urines contiennent du mercure pendant des jours, des semaines et quelquefois des mois après la cessation de la profession, ou de la prise longtemps répétée des agents mercuriaux.

L'élimination se fait par les urines, la sueur, les fèces, le lait et la salive. Tout ce qui augmente l'activité de ces voies d'élimination peut donc favoriser l'expulsion du mercure et, par opposition, tout ce qui arrête ces fonctions diminue le champ de l'élimination. Aussi l'iodure de potassium, les sudorifiques constituent-ils des agents auxilaires de l'élimination du mercure, le premier par son action diurétique, les seconds par leur influence sur les glandes sudoripares. Vous devrez y avoir recours pour combattre l'empoisonnement hydrargyrique et l'état cachectique.

Les refroidissements, en entravant une des voies puissantes d'élimination par la peau, rejètent sur les autres voies supplémentaires (la cavité buccale, les glandes salivaires) les préparations mercurielles qui devraient sortir par la surface cutanée, par la sueur. De là une des origines, une des causes prédisposantes d'un accident, la stomatite, dont je vous entretiendrai dans un instant. De là aussi le traitement prophylactique de cette complication parfois très sérieuse, consistant à maintenir, à exciter les fonctions de la peau par des sudorifiques, des vêtements chauds, des bains sulfureux.

N'oubliez pas, Messieurs, que le lait des nourrices traitées par le mercure, en contient d'une manière indubitable et qu'il peut vous offrir, quand la mère est nourrice, une ressource thérapeutique importante pour combattre la syphilis des nouveau-nés.

Quelquefois, les voies d'élimination sont taries depuis longtemps, le patient ne prend plus de mercure, et, cependant, sous l'influence de l'iodure de potassium, le métal fait une nouvelle apparition dans les urines. On a même vu des refroidissements faire naître des stomatites et de la salivation plusieurs semaines, plusieurs mois après la cessation du traitement mercuriel. En pareil cas, le mercure accumulé dans l'économie se trouve repris, puis expulsé par la puissance normale des sources d'élimination.

Hydrargyrie aiguë, stomatite mercurielle. — La cavité buccale, qui est une des voies d'élimination du mercure, est presque toujours le siége d'une irritation plus ou moins intense pendant l'absorption du mercure. Les gencives se tuméfient, deviennent un peu plus chaudes. C'est même là, je vous l'ai dit, un critérium certain qui doit guider le praticien dans l'administration de ce médicament.

Il faut que les gencives soient atteintes d'inflammation légère pour que le médecin puisse compter sur l'absorption du remède et sur le degré suffisant de son dosage.

Cette action physiologique, recherchée comme pierre de touche, ne s'observe point chez le nouveau-né et est très exceptionnelle chez les enfants au-dessous de 10 ans.

J'ai noté deux fois la stomatite mercurielle chez des petites filles teigneuses, soumises à des lavages quotidiens avec de la solution de sublimé. Cette immunité du jeune âge tient incontestablement à l'absence de dents chez les bébés, et, en outre, chez les autres, à la moindre quantité des chlorures dans le sang et les aliments.

Sans vouloir m'étendre ici sur l'histoire de la stomatite mercurielle, permettez-moi de vous reproduire certains faits tendant à éclairer son étiologie.

Une première théorie tend à considérer la sotmatite comme la conséquence de la salivation. Le mercure contenu dans la salive provoquerait, dans les glandes de la cavité buccale, une irritation analogue à celle que certaines substances, les cantharides, par exemple déterminent dans le parenchyme rénal.

La salivation précédant quelquefois la stomatite donnait gain de cause à cette hypothèse. Mais ce n'est pas la règle ; vous savez du reste que la stomatite débute par les gencives, et que la salivation apparaît soit simultanément, soit consécutivement à son développement. Ce qui semble, au contraire, parfaitement avéré, c'est que la stomatite et la salivation éclatent d'autant plus aisément — l'idiosyncrasie et la dose du mercure étant égales d'ailleurs — que les soins de propreté de la bouche sont négligés ; que les dents sont cariées, qu'il existe à leur collet des substances alimentaires (des dépôts de tartre, des affections du périoste). Les sels mercuriels éliminés par la salive se fixent dans la carie, sur le tartre, sur les aliments, sur la muqueuse déjà malade, et agissent en se décomposant à la manière des irritants qui, non-seulement enflamment la muqueuse buccale, mais peuvent pénétrer par la surface cariée, par le canal interne jusqu'aux filets nerveux et exercer une action réflexe sur les glandes salivaires.

De cette observation, Messieurs, découle une médication qui vous donnera les meilleurs résultats. Je puis vous assurer que, dans l'immense majorité des cas, vous pouvez prévenir la stomatite à l'aide de soins répétés de la cavité buccale, et d'une hygiène dont je vous parlerai à propos des traitements de la syphilis.

Vous rencontrerez, sans doute, des adultes jouissant d'une telle susceptibilité à l'action du mercure, que les précautions deviennent illusoires. Ces cas, retenez-le bien, constituent une très notable exception. La plupart des stomatites pourraient être évitées avec un peu plus d'attention et un peu plus de soin. Le fractionnement des doses, l'administration par la peau, en facilitent singulièrement le développement. Ce sont là des faits vulgaires sur lesquels je ne veux pas insister.

Hydrargyrie chronique. — Sous l'influence d'une intoxication professionnelle, on voit apparaître une série de symptômes que vous devez connaître. Ils portent sur l'appareil digestif et le système nerveux.

1° *Appareil digestif.* La stomatite est moins intense que dans l'hydrargyrie aiguë dont elle diffère quelque peu. L'inflammation, la douleur, la fétidité de l'haleine sont moins intenses, les gencives deviennent fongueuses et saignantes, une sécrétion purulente se fait jour au niveau de l'insertion

(1) Voir le n°s 20 et 22.

des dents qui noircissent, s'ébranlent et tombent. On a vu également les glandes salivaires s'indurer, le pharynx prendre une teinte cuivrée et présenter des ulcérations persistantes, le catarrhe de la trompe amener une surdité passagère et le catarrhe gastro-intestinal prendre d'assez grandes proportions pour déterminer un état cachectique.

2° *Appareil de l'innervation.* Le caractère des malades est modifié : ils deviennent paresseux, pusillanimes, ils n'ont plus de goût à rien, les digestions deviennent lentes et pénibles, l'appétit diminue, le sommeil est troublé par des rêves.

Le tremblement se rencontre à un haut degré dans l'hydrargyrisme comme dans le saturnisme et l'alcoolisme, il débute par une légère trémulation des paupières, des lèvres et de la langue, très analogue à celle que l'on rencontre presque constamment chez les paralytiques généraux. Plus tard, il se généralise et il en résulte pour le malade des troubles fonctionnels, tels qu'une maladresse plus ou moins grande dans l'art d'écrire ou dans l'exercice de la parole, et une gêne souvent considérable dans l'articulation des mots.

Quelquefois, le tremblement s'exagère, change de nature et devient le point de départ de diverses affections convulsives qui pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic, si on avait négligé de s'informer de la profession du malade et d'étudier la filiation des phénomènes qu'il présente. Tantôt, en effet, l'hydrargyrisme donne lieu à des convulsions toniques ou cloniques, tantôt il simule la chorée, la paralysie agitante, ou la sclérose en plaques.

Des observations plus rares, il est vrai, mais non moins certaines, signalent d'autres manifestations nerveuses de cette intoxication : l'hémiplégie, l'hémianesthésie, l'atrophie musculaire, la folie mercurielle. Je ne veux pas insister sur tous ces faits, Messieurs, je tiens seulement à vous faire remarquer que le mercure, le plomb, l'alcool peuvent être rangés dans une classe commune et ont sur les centres nerveux une action analogue.

Usages du mercure et de ses dérivés.

Indications contre la syphilis. — Le principal agent thérapeutique de la syphilis, on pourrait dire l'unique spécifique contre cette maladie, c'est le mercure. Seul actif, seul puissant contre les accidents secondaires, il s'impose encore dans le traitement des manifestations tertiaires, qu'il prépare à la médication iodurée. Enfin, il joue un rôle capital dans le traitement de la syphilis parvenue à la période de transition secondo-tertiaire. Parcourez nos cliniques, suivez avec attention les services consacrés à la syphilis, et vous n'hésiterez pas à partager cette opinion.

S'appuyant sur des arguties, on peut tout nier en thérapeutique : la valeur du sulfate de quinine contre les fièvres palustres, celle du mercure contre la vérole. Il est toujours possible d'objecter que ces deux médicaments n'ont pas guéri les malades atteints d'empoisonnement palustre ou syphilitique, et qu'il ne s'agit là, après tout, que de médicaments dont l'action physiologique est très simple. Le premier est un anémiant qui décongestionne la rate et le foie ; le second, un antiplastique qui tend à diminuer les lésions de la syphilis. Une fois lancé sur cette pente, on ne veut plus tenir compte des faits, on se place à de faux points de vue ; les statistiques se grossissent à plaisir, les résultats sont renservés, et l'équilibre des déductions se trouve faussé. Notez que le bruit de ces discussions s'est répandu en dehors du cercle médical. Les vérolés ont pris part à la dispute. Il en ont été et ils en sont encore quelquefois les premières victimes. Je connais l'histoire d'un médecin qui rentre dans cette dernière catégorie. Elevé dans une école de médecine où ces vérités sur l'action spécifique du mercure étaient combattues avec ardeur, il resta dans l'expectation en présence d'un chancre et d'une syphilis secondaire dont il était atteint. Il fit pour lui ce qu'il conseillait à ses clients. Il s'en repent amèrement aujourd'hui. Cette conviction, que je compte bien vous faire accepter volontiers en ce moment, il l'a payée dans sa progéniture, dans ses plus chères affections et dans sa propre santé, à un tel prix qu'il en a presque perdu la raison. Dernièrement encore, il m'en parlait avec une émotion communicative.

« Quel malheur, me disait-il, d'avoir été dans le doute ! » J'ai tout perdu, confiance, bonheur domestique, santé ; » Dites-le bien à vos auditeurs et citez mon exemple. » — C'est ce que je ne manquerai jamais de faire à l'occasion.

Administrez donc du mercure contre la syphilis, j'ajoute administrez-le longtemps. Bien que la syphilis des adultes appartiennent spécialement à certains hôpitaux, je vous dirai un mot, un seul mot du traitement de la vérole à cet âge.

Conservant mes habitudes de digression, je vais vous entretenir dès à présent de la syphilis infantile et de la médication que vous devez lui opposer.

De la syphilis infantile. — Exceptionnellement, la syphilis est acquise après la naissance (vaccinations, nourrices syphilitiques), ordinairement elle est héréditaire.

Cette syphilis héréditaire se présente sous trois aspects principaux.

A. Souvent, elle est une cause d'avortement. L'enfant meurt dans le sein de sa mère ; avant terme ; il est des mères syphilitiques qui nous racontent qu'elles ont eu deux, trois avortements se produisant à des époques de plus en plus éloignées de la date de la grossesse. Quelquefois, cette mère a conçu et élevé des enfants sains, puis elle a été sujette à des avortements, soit par une suractivité d'une syphilis autrefois latente, soit plutôt parce qu'elle était saine jusqu'à cette époque. — Il résulte de ces faits que la notion de la fréquence des avortements vous aidera à constituer les bases d'un diagnostic parfois fort épineux.

L'enfant, mort dans l'utérus et expulsé avant terme, ne porte sur la peau aucun signe extérieur de la vérole. Il est frappé d'une sorte d'état cachectique.

B. Après une série d'avortements ou quelquefois dès la première grossesse, le nouveau-né vient au monde à peu près à terme, mais, au bout de peu d'heures, la paume des mains, la plante des pieds se couvrent de grosses bulles de pemphigus, puis un amaigrissement rapide, une décoloration des traits précèdent une véritable cachexie spécifique qui se termine par la mort.

Vous ne confondrez pas ce pemphygus syphilitique avec la *pemphygus simple* que j'ai vu, dans de rares circonstances, se développer chez le nouveau-né. Le pemphygus syphilitique apparaît peu d'heures après la naissance sur la paume des mains, sur la plante des pieds. Il prend la forme de grosses bulles dont le liquide devient sanieux et s'échappe en les rompant pour donner naissance à des exulcérations de teinte livide. Au contraire, dans le pemphygus simple, les bulles sont transparentes, rosées, et naissent sur les organes génitaux, dans la région suspubienne, à la partie supérieure de la cuisse, parfois sur d'autres points du tronc et des membres, plusieurs jours après la naissance, sur une surface enflammée, rouge, chaude, douloureuse, sans que l'état général en soit altéré. L'enfant ne cesse de crier et de s'agiter, privé en partie de sommeil réparateur. Mais en huit à dix jours, les bulles s'affaissent ou se rompent sans laisser d'ulcération à leur suite ; l'érythème s'éteint et tout rentre dans l'ordre. Par son heure d'apparition, par son siége, par sa bénignité, ce pemphygus simple ne saurait être confondu avec le pemphygus syphilitique.

Je ne vous parle pas du diagnostic différentiel avec le pemphygus cachectique, par cette raison que ce dernier apparaît à une époque plus avancée, chez un enfant déjà éloigné de la naissance. Je vous dirai plus tard que le pemphygus syphilitique de la première heure se développe concurremment avec des lésions des viscères, du foie, du poumon et des os.

C. Enfin, l'enfant syphilitique, soit dès la première grossesse — ce qui est l'exception — soit après des avortements ou des accouchements prématurés, naît à peu près à terme et avec toute les apparences d'une bonne santé.

Dans ces conditions, voici l'évolution de la syphilis infantile congéniale. Je dois vous prévenir qu'il existe des cas exceptionnels qui ne rentrent pas dans la description que je vais vous esquisser. Attendez-vous à de grandes difficultés sur ce terrain, d'une exploration laborieuse. Je vous citerai l'histoire d'erreurs de diagnostic, inévitables jusqu'au moment où des phénomènes étranges se sont aggravés, et où le traitement a pu servir de pierre de touche et par là même lever les incertitudes.

Vers le 15e ou 20e jour, mais quelquefois plus tard, au bout d'un à six mois seulement (cette dernière date est une exception dont vous tiendrez compte pour choisir un vaccinifère). Au bout de 15 à 20 jours, dis-je, le nouveau-né, qui était resté bien portant jusq-uelà, présente des symptômes particuliers du côté de la face et des organes des sens, vers la région anale et les organes génitaux et enfin sur la surface de la peau.

Tous nos petits syphilitiques accusent ordinairement un *coryza chronique*.

La mère raconte que la maladie a commencé par ce phénomène : un bruit de sifflement s'est fait entendre dès le début, l'air ayant de plus en plus de difficulté à traverser les fosses nasales, il en est résulté une véritable gêne respiratoire qui, en augmentant, oblige l'enfant à suspendre à chaque instant la succion du mamelon pour respirer librement par la bouche.

La muqueuse des fosses nasales s'enflamme, rougit, s'épaissit, puis produit des mucosités épaisses, purulentes, dont le dessèchement forme des croûtes impétigineuses qui obturent parfois complétement l'orifice des fosses nasales. Leur expulsion, comme celle des mucosités, s'accompagne de légères gouttelettes de sang. A la longue, vous avez vu ce coryza se compliquer de fissures, d'ulcérations, et même beaucoup plus tard de destruction des cartilages et des os suivie de brisure, d'aplatissement de la racine du nez.

Pendant la première période du coryza, au moment où le sifflement trahit le début de cet accident, on voit apparaître sur les jambes et sur les cuisses, mais surtout sur la peau des jambes, une éruption de *petites taches lenticulaires* d'une durée éphémère ; une véritable roséole dont l'évolution, ordinairement discrète, parcourt son cycle en 24 ou 36 heures. Ce qui explique comment elle échappe souvent à l'observation des parents et du médecin.

En même temps, dès l'apparition du coryza et de la roséole fugace, on constate souvent du boursouflement de la muqueuse anale, dont les plis deviennent plus accusés.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE INTERNE

Faits pour servir à l'histoire des contractures (1).

Par **E. BRISSAUD** et **Ch. RICHET.**

II. Indications fournies par la méthode graphique sur les phénomènes mécaniques de la contracture.

Nous avons appliqué sur certains muscles assez facilement accessibles, comme le triceps ou le biceps, un tambour récepteur relié à un tambour à levier, et nous avons étudié la courbe myographique des muscles contracturés.

Tout d'abord, nous ferons remarquer que les indications données par la méthode graphique n'ont pas une valeur absolue, par suite de la difficulté qu'il y a à mesurer exactement le raccourcissement (ou plutôt l'épaississement) du muscle chez l'homme.

Le muscle en état de contracture peut encore, lorsqu'il est excité par l'électricité, donner des secousses musculaires (2). Le fait est facile à voir, même sans appliquer d'appareil enregistreur, il suffit de faire contracturer un muscle. Dans ce cas on voit des secousses musculaires se produire à chaque excitation électrique.

Il résulte de ce fait que *la contracture n'est pas le raccourcissement maximum du muscle et que c'est un état intermédiaire entre le tétanos physiologique maximum du muscle et son relâchement.* Ce phénomène est indiqué par la courbe myographique du muscle. La ligne de contracture est intermédiaire entre la ligne de relâchement du muscle et le sommet des secousses musculaires volontaires.

Quant aux secousses musculaires provoquées par l'électricité sur le muscle contracturé, on voit d'abord que leur niveau inférieur ne descend pas au-dessous de la ligne de contracture. Le niveau supérieur de ces oscillations ne paraît pas aussi élevé que le niveau des oscillations des mouvements volontaires. Toutefois, comme il s'agit là de différences délicates, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que les secousses de la contracture ne sont jamais aussi élevées que les secousses volontaires.

A mesure que le muscle contracturé se contracte sous l'influence de l'électricité, on voit les oscillations devenir de plus en plus étendues ; les secousses deviennent plus régulières, plus amples, plus semblables entre elles, et un moment arrive où elles ont recouvré presque tous les caractères des secousses du muscle normal, hormis l'amplitude.

Il n'en est pas toujours ainsi, et, dans certains cas, l'excitation électrique du muscle suffit à provoquer la contracture de ce muscle. Alors les oscillations, au lieu de devenir plus étendues, deviennent de plus en plus restreintes à mesure que se produit une plus forte contracture du muscle déjà contracturé.

III. D'une forme spéciale de la contracture hystérique, dite cataleptique.

Chez Mat... les phénomènes musculaires sont très différents de ceux que nous avons observés jusqu'ici ; il est même probable qu'il s'agit d'une forme extrêmement rare de la contracture hystérique ; car, à notre connaissance, on n'a pas encore rapporté de faits semblables à ceux qu'on voit chez Mat... Elle peut être endormie par la vibration prolongée d'un fort diapason et par la fixation du regard. Quand elle est dans cet état, on peut la cataleptiser ou la contracturer, mais alors même qu'elle est éveillée, ses muscles sont dans un état particulier intermédiaire à la catalepsie et à la contracture.

Si on prend son bras, par exemple, pour le lever en l'air ou l'incliner, ce membre restera dans la situation qui lui a été donnée, absolument comme un cataleptique garde la position dans laquelle on a fixé (figé, pour ainsi dire) ses muscles. En palpant le bras, on s'aperçoit qu'il y a un certain degré de contracture, contracture médiocre du reste, et qui disparait très facilement dès qu'on remet le bras dans la position normale, la main pendante le long du corps. Naturellement, on observe chez Mat... ce que nous venons de décrire chez G.., Nanc.., Bar..., Witt... et El..... ; c'est-à-dire qu'une contraction musculaire un peu forte produit une contracture aussi bien pour l'orbiculaire des lèvres et des paupières que pour le sterno-mastoïdien et le biceps ; cette contracture chez Mat... est semblable à celle de Witt.., etc., mais elle est plus facile à défaire.

Ainsi, chez Mat.., l'état habituel du muscle c'est une sorte de non élasticité telle, qu'après une contraction musculaire même très faible, le muscle ne revient pas à son état primitif, mais reste fixé dans son état antérieur. Peut-être pourrait-on voir dans cette curieuse modification de la contractilité musculaire le passage entre la catalepsie proprement dite et la contracture. Il semble que la catalepsie de Mat... soit une contracture très-légère, pouvant être facilement vaincue, survenant toutes les fois que le muscle est mis en activité, et maintenant le membre dans la position qu'on lui a donnée.

(1) Voir le n° 19.

(2) M. Onimus a déjà fait mention de cette propriété du muscle contracturé.

Il s'ensuit naturellement que les mouvements que peut faire Mat... sont extrêmement lents ; chaque secousse musculaire est suivie d'une période de contracture, en forme de catalepsie. Il est vrai que cette contracture peut être facilement réduite, mais pour ce faire il y a une perte de temps notable, et les mouvements volontaires s'accomplissent avec une sorte de langueur très remarquable. Par exemple, s'il s'agit de ramasser un objet qui est à terre, elle sera, parmi ses compagnes, la dernière à pouvoir l'atteindre. Nous avons essayé de compter combien elle pourrait, en un espace de temps limité, faire de mouvements de flexion et d'extension du bras. En 15 secondes, elle n'a pu faire ces mouvements que trente-quatre fois, alors qu'une personne normale peut les faire cinquante à soixante fois dans le même temps.

Voici d'ailleurs le tracé des mouvements volontaires que peut faire Mat... On voit combien ils sont lents et comparables aux mouvements de certains animaux à sang froid (la tortue par exemple.) On voit aussi que le relâchement du muscle se fait en deux temps. Il y a une première période qui est brève, et une seconde période beaucoup plus longue. C'est qu'alors le muscle est en état de contracture, si faible qu'on le suppose, et ne peut se relâcher qu'avec une grande lenteur.

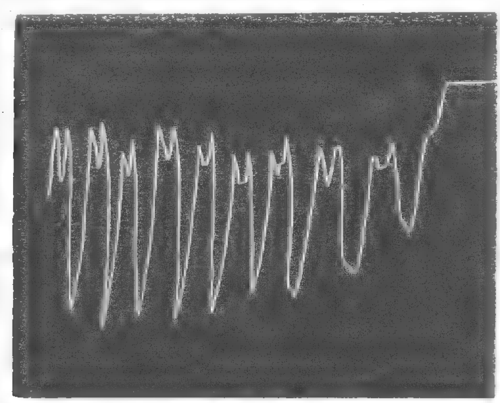


Fig. 60.

Il sera permis de faire remarquer combien cette contraction est analogue à celle que l'un de nous a étudiée sur le muscle de la pince de l'écrevisse (1). Excité par des courants induits forts, le muscle de la pince se contracture et se relâche avec une lenteur extrême ; de sorte qu'après une contracture, le muscle reste dans un état intermédiaire à la contraction et au relâchement. Nous noterons aussi que les premiers mouvements sont très lents, mais que, peu à peu, ils deviennent de plus en plus rapides, comme si le muscle, d'abord paresseux, s'habituait peu à peu à faire des mouvements rapides. On retrouve la même augmentation de la souplesse musculaire quand on excite les muscles de Mat... par l'électricité. Les mouvements d'abord lents, deviennent quelque temps après beaucoup plus rapides.

Si on excite directement les muscles par des courants indirects isolés, on retrouve la même lenteur dans la contraction, et le muscle reste, après s'être contracté dans un état de demi-contracture. La figure 61 indique bien ce fait, et on voit qu'après les dernières excitations la courbe myographique, au lieu de revenir à son point de départ, reste très élevée.

On peut aussi, à l'aide de la même figure, comprendre certains phénomènes de la contracture, phénomènes qui ne sont pas particuliers à Mat... et qu'on retrouve aussi chez les malades dont nous avons décrit plus haut les contractures, à savoir que le muscle contracturé peut encore avoir des secousses musculaires, et que la contracture est un *état intermédiaire* entre le *tétanos physiologique* maximum et le relâchement complet du muscle.

(1) Ch. Richet. — *De l'action des courants électriques sur les muscles de la pince de l'écrevisse.* In *Compte-rendus de l'Ac. des Sciences*, juin 1879.

Si on applique la bande de caoutchouc à Mat.., on ne voit pas l'aptitude du muscle à la contracture disparaître avec autant de rapidité que chez les autres malades ; au bout d'une demi-heure après l'application de la bande, l'état de ses muscles n'avait pas changé.

Ajoutons qu'il n'y a presque pas de différence entre l'état de ses muscles pendant le sommeil et pendant la veille. Il

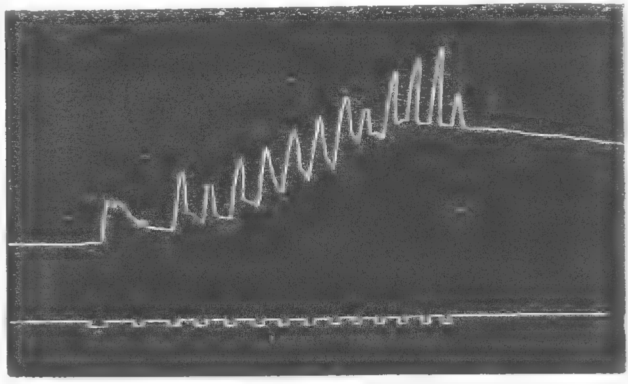


Fig. 61.

semble qu'elle soit presque toujours en état de somnambulisme latent, somnambulisme caractérisé spécialement par ce fait que ses muscles ont toujours une tendance à l'état cataleptique.

Enfin, nous avons constaté que le temps perdu (c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre le moment de l'excitation et le moment de la contraction du muscle) était chez Mat... très considérable (environ 0,02 à 0,025 de seconde). Ce fait n'est pas, comme on pourrait le croire, en opposition avec les recherches de M. Mendelssohn qui a trouvé que, dans les contractures, le temps perdu était très court. En effet, comme nous l'avons dit plus haut, chez Mat.., il y a un état musculaire spécial qui ne ressemble qu'assez peu à ce qu'on observe chez les autres hystériques.

En résumé, les deux principaux faits que nous avons notés et sur lesquels nous appelons de nouveau l'attention sont les suivants :

1° Après chaque contraction musculaire, le muscle reste raccourci, en état de contracture peu intense ; 2° cette forme de la contraction musculaire fait que les muscles sont dans un état très analogue à l'état cataleptique. On peut donc le dénommer état de contracture cataleptique.

(*A suivre.*)

ANATOMIE GÉNÉRALE

Collège de France.— **M. RANVIER.**

Trente-unième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. Renaut.

C. *Cils vibratiles.* — Ils sont difficiles à observer nettement sur les cellules vivantes, à cause de leur activité incessante ; mais dès que la cellule est morte, les mouvements s'arrêtent. Tandis que pendant la vie les cils sont disposés obliquement par rapport à l'axe de la cellule, ils se montrent, après la mort, parallèles à cet axe et implantés perpendiculairement à la surface libre. On les voit faire saillie au dehors comme les poils d'une brosse. Le picro-carminate d'ammoniaque les colore en jaune, le bleu d'aniline les teint en bleu ; ceci revient à dire qu'ils présentent exactement les mêmes réactions microchimiques que le protoplasma cellulaire. Ils se distinguent néanmoins de ce dernier, même après la mort et l'action des réactifs, par un éclat particulier et une homogénéité qui leur donne un aspect analogue à celui qu'offre la substance musculaire des fibres lisses.

(1) Voir les nos de 1879 ; n° 6, 7, 15, 16, 18, 19 et 22 de 1880.

D. *Plateau.* — Entre la ligne d'insertion des cils vibratiles et le protoplasma cellulaire, il existe une sorte de disque que l'on appelle le plateau. Ce plateau recouvre toute la surface libre de la cellule; les cils sont implantés sur lui comme une série de bâtonnets parallèles. Le plateau présente un double contour net. Le picro-carminate d'ammoniaque le laisse absolument incolore; inversement le bleu d'aniline soluble dans l'eau et employé à l'état de solution concentrée le teint énergiquement. Si la coloration a été effectuée rapidement et s'est opérée en saisissant l'élément, pour ainsi dire, le plateau se teint avant tout et paraît seul coloré. Ses réactions sont donc toutes différentes de celles du protoplasma d'une part, et, de l'autre, de celles des cils vibratiles qu'il supporte.

Mais nous devons nous demander actuellement, Messieurs, quelles sont les relations existant entre les cils vibratiles et le corps cellulaire proprement dit. En d'autres termes, les cils sont-ils purement et simplement une émanation du plateau sur lequel ils sont implantés, ou bien une production du protoplasma dont ce plateau semble au premier abord les séparer? Il y a longtemps que cette question a été posée, et beaucoup d'histologistes pensent que les cils vibratiles ne sont qu'un prolongement du protoplasma cellulaire. Valentin, le premier, a exprimé cette opinion et y a insisté, mais il n'a point donné de preuve convaincante de son assertion. Depuis lors, Eberth et surtout Marchi, un de ses élèves, sont allés plus loin encore. D'après le dernier d'entre eux, l'on pourrait voir, sur le revêtement cilié des branchies de l'anodonte, les cils vibratiles pénétrer et se continuer à travers le protoplasma granuleux jusqu'au noyau de la cellule. Je n'ai jusqu'ici pas encore pu me procurer d'anodonte pour contrôler l'assertion de Marchi, mais chez la grenouille et les mammifères, quelque méthode que j'aie employée, je n'ai jamais pu voir les cils dépasser les limites inférieures du plateau. Par contre, j'ai pu observer sur les cellules vibratiles de la trachée du cochon d'Inde, fixées dans leur forme par l'action de l'alcool au tiers et colorées par une solution faible de bleu d'aniline, les quelques faits suivants que je vais vous exposer.

Les cellules vibratiles de la trachée du cochon d'Inde (*Fig. 62*) sont cylindro-coniques, très-peu hautes, un gros

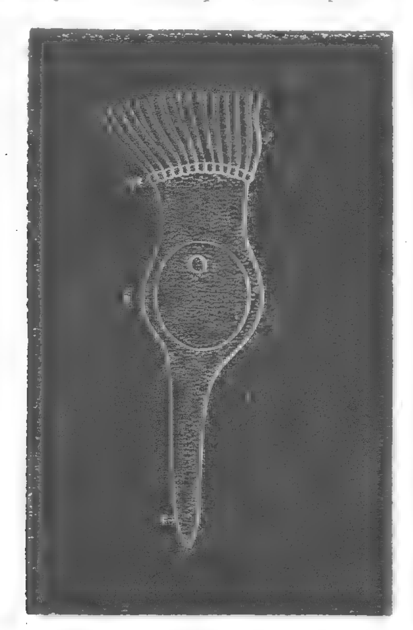


Fig. 62. — Cellule épithéliale à cils vibratiles. — *c*, cils — plateau strié. — *n*, noyau. — *l*, extrémité pointue de la cellule.

noyau occupe presque tout leur intérieur et se colore plus énergiquement que le reste de l'élément. Les cils vibratiles ne sont nullement colorés, le plateau, au contraire, est teint en bleu intense. En examinant ce dernier attentivement à l'aide d'une lentile à grand angle d'ouverture, j'ai constaté que la ligne bleue du plateau est interrompue par une série de grains incolores. Au niveau de chaque grain s'insère un cil qui se continue avec lui; ce grain ne semble être que la base renflée du bâtonnet ciliaire. Il résulte de là que les cils traversent au moins le plateau. Ils sont donc contigus par leur base renflée, avec le protoplasma cellulaire. Mais je dois avouer qu'il m'a été absolument impossible de suivre les bâtonnets formés par les cils dans l'épaisseur de la masse protoplasmique. L'assertion de Marchi ne doit donc pas être acceptée pleinement sans vérification ultérieure.

E. *Mode d'union des cellules vibratiles.* — Les cellules vibratiles sont disposées comme les épithéliums, c'est-à-dire qu'elles forment une couche de revêtement privée de vaisseaux et dont les éléments sont soudés à l'aide d'un ciment qui les unit et les sépare. Rarement elles sont indéfiniment contiguës les unes aux autres de manière à constituer une surface homogène. Entre elles, sont intercalées des cellules particulières destinées à la sécrétion du mucus. Ces dernières sont des éléments de forme tout à fait spéciale, elles sont ouvertes à la surface par un véritable goulot, et ce goulot conduit dans une cavité creusée dans la cellule et qui contient un globe de mucus. Le noyau, plongé dans une mince zone protoplasmique granuleuse, est refoulé vers la base de l'élément. Il résulte de cette disposition que la cellule à mucus offre une forme globuleuse; elle est renflée en urne et occupe les intervalles des cellules ciliées qui lui sont adjacentes et qui l'entourent. Sur des coupes minces de l'œsophage de grenouille, pratiquées perpendiculairement à la surface après

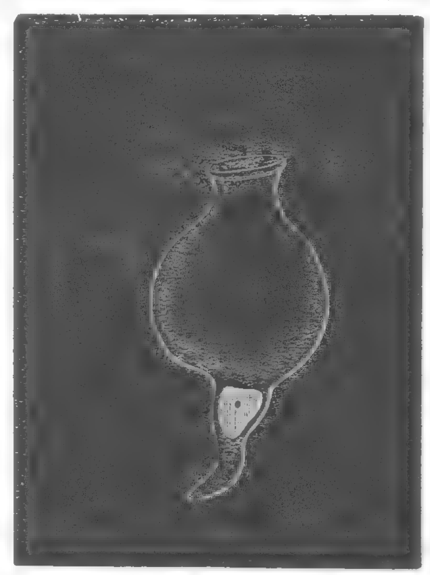


Fig. 63. — Cellule caliciforme expulsant son mucus par son orifice permanent.

l'action successive de l'alcool, de la gomme et de l'alcool, on peut voir les rapports des cellules ciliées et des cellules à mucus. Les cellules cylindriques s'incurvent pour entourer les caliciformes et prennent la configuration légèrement recourbée qui a été indiquée plus haut. Pour étudier les rapports suivant la surface, il convient d'imprégner la muqueuse œsophagienne par le nitrate d'argent à 1 p. 300. La muqueuse est lavée à l'eau distillée, traitée par la solution d'argent, lavée de nouveau et abandonnée pendant quelques heures dans un grand cristallisoir rempli d'eau distillée. Au bout de ce temps, l'épithélium se détache largement, par plaques, sous l'action des aiguilles ou du pinceau. Ces plaques desquamées sont recueillies, étalées sur une lame de verre et montées dans la glycérine. L'on constate de cette façon qu'à la surface les cellules ciliées sont soudées par un ciment occupant l'intervalle de leurs plateaux. Elles ont une forme assez régulièrement polygonale; au niveau des cellules caliciformes, l'on voit les plateaux des cellules adjacentes présenter un segment de ligne

courbe. Toutes ces courbes s'unissent pour circonscrire l'orifice béant de la cellule à mucus qui présente une configuration régulièrement circulaire. Les cellules caliciformes sont donc véritablement intercalées aux cellules ciliées; quand on abaisse l'objectif, on voit dans la profondeur se dessiner, sous forme d'un large cercle, la coupe optique de la portion renflée de l'élément mucipare.

Je n'insiste pas davantage sur ces faits, je passe à l'étude des cellules vibratiles vivantes, étudiées soit dans l'humeur aqueuse, soit dans le sérum du sang de la grenouille, soit encore dans l'eau salée à 6 pour 1000. Ces réactifs peuvent être choisis indifféremment, car ils donnent des résultats absolument identiques. La surface de l'œsophage est raclée à l'aide du scalpel, une lamelle est placée sur la préparation convenablement dissociée dans l'un des réactifs précités, et la préparation est bordée à la paraffine. Les cellules ciliées sont ici observées vivantes et isolées. Les unes se meuvent activement, elles offrent une forme un peu moins allongée que celles qui sont restées en place liées les unes aux autres ; on voit leurs cils s'incliner et se redresser successivement. Le plateau paraît sous forme d'une ligne claire à double contour, la masse protoplasmique est homogène et d'aspect vitreux. D'autres cellules, tout à fait identiques, d'ailleurs, aux premières, ont des cils qui se meuvent très-lentement, ou qui restent immobiles. Si l'on prolonge l'observation de ces dernières, on voit bientôt les cils s'arrêter définitivement ; puis brusquement le noyau paraît au centre de l'élément, cette apparition du noyau montre que la cellule est morte, on peut continuer à l'observer, elle ne bougera plus. Bientôt, dans cette cellule arrondie, et au sein du protoplasma, se montrent des granulations fines. Les contours, nettement accusés par des plans et des arêtes sont pour toujours fixés dans leur forme. Inversement, les éléments qui continuent à vivre prennent peu à peu la forme globuleuse. Les cils qui étaient d'abord rangés parallèlement sur un plateau bien net divergent les uns des autres à la façon des plumes d'une aigrette et se répandent comme une couronne sur tout le pourtour de l'élément devenu globuleux. Le plateau cesse alors complétement d'être visible; en même temps l'on voit se produire tout autour des cellules de petites gouttelettes transparentes d'une grande pâleur, et qui s'échappent du corps cellulaire pour se disposer alentour d'elles comme une couronne de petites perles ou comme les grains d'un chapelet. Ce sont des excroissances sarcodiques.

Il résulte de ce qui précède que les cellules à cils vibratiles, isolées les unes des autres, tendent à revenir sur elles-mêmes et à se contracter de façon à prendre la forme sphérique. Ce fait, tout simple à observer qu'il soit, n'a cependant été signalé nulle part, je ne l'ai moi-même observé que dans ces derniers jours : il est constant, et vous verrez dans la leçon qui va suivre quelle est son importance relativement à la théorie des mouvements des cellules épithéliales à cils vibratiles.

Faculté de médecine de Montpellier.

A la suite des troubles survenus à la Faculté de médecine de Montpellier, l'Ecole a été fermée provisoirement. Nous publions, à titre de document, la lettre suivante, adressée par les agrégés aux journaux de la ville.

Le corps des agrégés s'est réuni, le 27 courant, à sept heures et demie du soir, dans une des salles de la Faculté, à l'effet d'examiner les questions soulevées par la situation de M. Amagat, l'un de ses membres.

Après avoir entendu les communications de MM. Lannegrace et Mairet ; après avoir, en assemblée plénière (professeurs et agrégés), pris connaissance du dossier concernant M. Amagat, le corps des agrégés se déclare entièrement satisfait des éclaircissements fournis par M. le Doyen, au nom de la Faculté, et spécialement des réserves explicites qui ont été faites en faveur des droits de l'agrégation. Il affirme, par suite, qu'il reste uni dans cette circonstance avec le corps des professeurs.

Ont signé : MM. Jacquemet ; Pecholier ; Battle ; Gayraud ; Hamelin ; Gryfelt ; de Gerard ; Serre ; Grasset ; Roustan ; Carrieu ; Mairet ; Chalot ; Bimar ; Lannegrace.

Nous reviendrons sur cette affaire dans notre prochain numéro, et nous publierons des extraits d'une correspondance de Montpellier que nous avons reçue trop tard pour être insérée dans le numéro de ce jour.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle : M. Ch. Rouget.

On jugera peut-être qu'il est un peu tard pour venir parler du cours de physiologie générale que M. Ch. Rouget, successeur de Cl. Bernard au Muséum, a récemment inauguré. Mais nous estimons que ce n'est point par la seule leçon d'ouverture qu'on peut juger sûrement un nouveau professeur, et nous croyons qu'il vaut mieux le laisser pénétrer dans le détail des faits : on peut de la sorte se former de sa méthode et de son talent une idée plus juste qu'on ne pourrait le faire après avoir entendu seulement la leçon d'ouverture, leçon préparée de longue date, et dans laquelle il est généralement question de toute autre chose que du sujet du cours.

« C'est un périlleux honneur et une lourde tâche que de succéder à un physiologiste aussi illustre que Claude Bernard. » Telles sont les premières paroles qu'a prononcées M. Rouget, en prenant possession de sa chaire. Lourde tâche, en effet, et périlleux honneur ! Il convient pourtant de reconnaître que M. Rouget s'est montré entièrement à la hauteur de cette tâche. Quelle meilleure preuve en pourrait-on donner que ce grand nombre d'auditeurs qui se rendent à son cours ? Combien y a-t-il au Muséum de cours dont on en puisse dire autant ? On avait accoutumé de fuir le Muséum et ses professeurs somnifères, mais voilà que maintenant on commence à en reprendre le chemin. M. G. Pouchet a tout d'abord su attirer à lui un nombreux auditoire ; M. Baillon, en transportant son enseignement de la Faculté de médecine au Muséum, a donné à ce mouvement une impulsion nouvelle; M. Rouget enfin l'a rendu définitif. Il s'est donc fait au Muséum, dans l'espace de deux mois, une révolution profonde, révolution toute pacifique sans doute, mais qu'il n'est pas moins important de signaler. L'élément jeune et studieux y refait son apparition, comme au temps des Flourens, des Vulpian, des Paul Bert, des Claude Bernard et ces vieux murs semblent tout surpris de ne plus renfermer, comme par le passé, que de vieux rentiers, venus là pour faire tout doucettement leur sieste.

Ne faut-il pas voir dans cette métamorphose un signe des temps? L'élément jeune, disions-nous, reparaît au Jardin des Plantes : il vient aux cours des trois professeurs que nous avons nommés plus haut, pour apprendre la vraie science ; le libéralisme et la libre-pensée y pénètrent avec lui, ou plutôt l'y appellent, car ils l'y ont précédé. Nul n'ignore en effet à quelle école philosophique se rattachent MM. Pouchet et Baillon, mais M. Rouget est moins connu des Parisiens, à cause de son long séjour en province, et il convient de le faire connaître aussi de nos lecteurs sous ce point de vue. M. Rouget est un républicain convaincu, et nous n'en voulons pour preuve que ce passage de son discours d'ouverture : « N'est-ce pas en France que sont nées l'anatomie et la physiologie générales, deux sœurs jumelles sorties des flancs de notre illustre école philosophique du XVIIIe siècle, mère de la science moderne, aussi bien que cette grande évolution de l'humanité qui s'appelle la Révolution française ? »

On dira peut-être que l'opinion philosophique du professeur n'a rien à faire avec son enseignement. Nous croyons, pour notre part, qu'il y a entre l'un et l'autre les plus

grandes relations. Nous sommes persuadé que la fréquentation et le commerce de ces grands esprits qui s'appelaient Voltaire et Diderot, assurent à celui qui a pour mission d'étudier les secrets de la nature une largeur de vues et une sûreté de jugement que n'atteindront jamais ceux qui n'ont point eu assez de force de caractère pour se débarrasser des préjugés de l'enfance.

M. Rouget traitera cette année des mouvements chez les êtres vivants. Dans les quelques leçons qu'il a déjà faites, il s'est occupé des êtres inférieurs, des Infusoires et des Algues, menant ainsi de front, comme le faisait Cl. Bernard, l'étude d'une même fonction chez les animaux et chez les plantes. C'est là de la physiologie générale bien comprise : la parole claire et éloquente du professeur est un puissant attrait qui, joint à l'intérêt tout spécial que présentent ces questions, contribue à rassembler autour de lui un auditoire aussi nombreux qu'attentif.

La variole à l'annexe de l'Hôtel-Dieu.

Le dépôt de varioleux qui avait été installé dans l'Hôtel-Dieu annexe vient d'être supprimé il y a quelques jours. Désormais, les varioleux seront répartis dans les services qui fonctionnent à la Pitié, Laënnec, Tenon, Saint-Antoine et Saint-Louis.

La cause probable de la suppression de ce dépôt, vient probablement des plaintes nombreuses qui ont été formulées par les habitants de ce quartier. Ces plaintes avaient leur raison d'être, mais ce n'est pas seulement le fait de ce dépôt qui a déterminé l'énorme mortalité du quartier de la Sorbonne. L'annexe de l'Hôtel-Dieu était bien, à la vérité, un foyer d'où s'irradiaient les germes contagieux pour gagner les maisons avoisinantes, mais il n'en est pas moins vrai que la population toute spéciale de ce quartier, par son agglomération, sa misère, offrait un terrain favorable à la variole; il est donc probable que, même sans la présence du dépôt de varioleux, la mortalité aurait été élevée dans ce quartier. C'est ce que le premier, M. Bourneville a bien établi (1) et M. Bertillon, auquel il avait communiqué personnellement ses idées à ce sujet, les a développées à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, où elles ont trouvé une adhésion presque unanime. Nous ne croyons pas également qu'il y avait urgence à fermer aussi tôt cette annexe. La variole, en effet, n'est point, à proprement parler, entrée dans une période décroissante (2) et il est à craindre que les lits des autres services ne puissent, à un moment donné, devenir insuffisants. D'un autre côté, il semblerait que la contagion ait, pour ainsi dire, épuisé le terrain propice à son développement, quelle ait frappé la majeure partie de la population du quartier apte à contracter la maladie. C'est du moins ce que tendrait à prouver le chiffre des décès de ce quartier, chiffre qui depuis deux mois, n'est pas plus élevé que celui des autres quartiers où ne se trouvent pas de dépôts de varioleux (3).

Sans insister davantage sur cette question, nous étudierons très rapidement les mesures qui ont été prises par l'Administration pour empêcher la propagation de la variole à l'annexe de l'Hôtel-Dieu. Cette annexe, en écartant, bien entendu, les conditions de voisinage des maisons, sur lesquelles nous n'avons pas à revenir, offrait les meilleures conditions pour un facile isolement des malades. Le personnel médical, n'étant pas chargé concurremment d'un autre service au nouvel Hôtel-Dieu, ne pouvait servir d'agent médiat de contagion ; il était facile de consigner les infirmiers dans leur service et de leur interdire l'entrée de l'autre hôpital ; on pouvait également créer là une cuisine, une lingerie, un vestiaire réservés aux malades de l'annexe.

Cela n'a été fait qu'en partie. Un vestiaire spécial a été établi, mais les vêtements des varioleux y étaient placés sans désinfection préalable, et à leur sortie les malades reprenaient des vêtements contaminés. Le linge sale était envoyé directement à la buanderie générale (Salpêtrière), mais le linge blanc était apporté au fur et à mesure du nouvel Hôtel-Dieu, selon les besoins du moment. C'était de là aussi qu'était apportée la nourriture toute préparée, plusieurs fois par jour, d'où communication incessante entre les gens des deux services. Enfin, et c'est un fait qui doit être spécialement signalé, la porte d'entrée des malades dans l'annexe avait été choisie dans les plus déplorables conditions. Les malades entraient par la même porte que ceux qui se rendent à la salle d'attente du Bureau central d'admission, et gagnaient ensuite leur salle au moyen de la passerelle qui traverse la rue de la Bûcherie.

C'était un motif de contacts fréquents entre les malades du dehors et les varioleux. Il eût été beaucoup plus préférable d'ouvrir une nouvelle porte ou de se servir de celle qui donne rue de la Bûcherie et qui desservait l'amphithéâtre de l'ancien Hôtel-Dieu; l'entrée est peut-être un peu difficile mais on aurait pu remédier à cet inconvénient.

Ces critiques formulées, nous sommes heureux de reconnaître que certaines mesures utiles ont été prises par l'Administration. Nous signalerons parmi celles-ci : la revaccination des infirmiers du service, revaccination qui a été réclamée dans le *Progrès Médical*, depuis de longues années et que nous voudrions obligatoires pour tous, élèves, employés, etc. L'interdiction de l'entrée des salles des varioleux aux étudiants qui ne suivaient pas régulièrement le service et n'étaient pas revaccinés ; enfin, la suppression des visites des parents et amis des malades le jeudi et le dimanche, ce qui était une des causes les plus actives de la contagion.

Comme derniers renseignements sur l'annexe de l'Hôtel-Dieu, nous ajouterons qu'il a fonctionné pendant six mois, de fin novembre 1879 à fin mai 1880. Les malades admis ont été au nombre de 662, sur lesquels 137 ont succombé, ce qui donne la proportion de 1 décès sur 4,83, ou de 20,70 pour 100.

A. B.

Les varioleux au Bureau central d'admission.

Le mode si singulier adopté pour donner entrée aux varioleux dans les salles de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, nous a inspiré l'idée de visiter le Bureau central d'admission. Avec les administrations, on doit s'attendre à tous les étonnements ; et, cependant, nous avouons franchement que nous étions bien loin de nous attendre à la surprise qui

(1) Voir le nº 12.

(2) Le relevé des décès par variole depuis le commencement de l'année donne : Janvier, 249 ; Février, 325 ; Mars, 257 ; Avril, 209 ; Mai, 239 et il manque les décès des 4 derniers jours de ce mois.

(3) Les chiffres des décès par mois dans le quartier de la Sorbonne, sont : Janvier, 25 ; Février, 27 ; Mars, 17 ; Avril, 7 ; Mai, 6.

nous était ménagée. Nous informant auprès du garçon de service si les varioleux venaient au Bureau central, et, dans ce cas, quel était l'endroit où ils attendaient leur admission, il nous a été répondu : « Les varioleux viennent ici, ils attendent dans la même salle que les autres malades, mais ils sont isolés. » Eh bien ! voici en quoi consiste cet isolement. Dans l'intérieur de la salle d'attente (ancienne salle Sainte-Anne de la seconde annexe), on a formé, au moyen de banquettes disposées *ad hoc*, un petit carré de quatre mètres de côté. C'est dans ce carré que l'on fait attendre les varioleux, c'est ce qu'on appelle les isoler.

Le procédé est simple, comme on le voit, et n'a demandé ni grandes dépenses d'argent, ni grands efforts d'imagination.

Si la vie et la santé de la population de Paris ne se trouvaient pas directement en jeu, on pourrait rire d'un pareil état de choses. Mais si l'on songe que, dans cette salle d'attente, se trouvent souvent 200 et 250 malades à la fois, que ces malades sont exposés directement à la contagion, et qu'ils vont être dirigés sur les différents hôpitaux où ils pourront apporter à leur tour cette contagion, on se demande non sans effroi comment un tel état de choses peut subsister ! Et voilà six mois qu'il en est ainsi.

Isoler les varioleux en les séparant des autres malades au moyen de banquettes (il est vrai qu'elles ont des dossiers), paraît le comble du genre. Il n'en est rien. Dans un de nos grands hôpitaux, on fait de l'isolement avec un *simple fil de fer*. Nous parlerons prochainement de ce petit chef-d'œuvre et des conséquences qui en sont résultées.

A. B.

De la récolte du vaccin.

Plusieurs fois déjà, nous avons insisté sur l'obligation qui s'impose impérieusement à l'Administration de l'Assistance publique de prendre toutes les mesures nécessaires afin de combattre l'épidémie de variole. Nous avons cité, entre autres, la *récolte du vaccin* et la revaccination de tous les malades convalescents des hôpitaux. Rien, ou presque rien, n'a encore été fait dans ce sens.

Signalant, comme elle le mérite, la conduite de la sœur Ursule, chargée du service des accouchements de l'hôpital de la Pitié, qui vaccine tous les nouveau-nés de ses salles et recueille soigneusement le vaccin, nous recommandions à l'Administration de faire en sorte que cette pratique excellente fût suivie dans tous les services d'accouchement.

Si les sages-femmes de la Maison d'accouchement et celles de la Maternité de Cochin vaccinaient tous les enfants qui naissent dans ces établissements et récoltaient le vaccin, l'Administration aurait une provision suffisante pour faire face aux demandes de tous les médecins des hôpitaux qui, seuls, devraient être chargés des revaccinations dans leurs services. Il s'ensuivrait aussi que nul besoin ne serait de recourir au vaccin de la génisse, dont l'action préservatrice est si souvent inférieure à celle du vaccin d'enfant. Le crédit employé à payer les génisses et les opérateurs pourrait être mieux utilisé.

Les remarques qui précèdent s'appliquent, à plus forte raison, au service d'accouchement de la Clinique de la Faculté de médecine. Or, si nos renseignements sont exacts, on n'apprend aux sages-femmes ni à vacciner, ni à recueillir le vaccin : ce n'est que par hasard que quelques unes assistent aux vaccinations... qui sont faites. M. le Doyen de la Faculté de médecine et M. le Directeur de l'Assistance publique ont donc le devoir, chacun en ce qui le concerne, de se préoccuper très sérieusement de la réforme dont nous leur rappelons l'urgence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 *mai* 1880. — Présidence de M. de Sinéty.

L'Hypoderme du bœuf et sa présence chez le cheval. M. Mégnin rappelle l'observation récemment faite par M. Sirodot (de Rennes), d'un cheval mort à la suite d'accès spéciaux. L'autopsie a montré une congestion des enveloppes du cerveau et au bord gauche du bulbe se voyait une plaie, au fond de laquelle M. Sirodot à trouvé une larve, qu'il a considérée comme une larve d'Œstride. M. Maur. Girard, qui a rapporté ce fait dans *la Nature*, y verrait plutôt une larve de Muscide. M. Mégnin a pu, il y a deux ans, observer un fait analogue. Un cheval meurt subitement, après des symptômes d'apoplexie cérébrale. A l'autopsie, on trouve qu'un vaste épanchement enveloppe le bulbe et les portions inférieures du cerveau : dans l'épaisseur du bulbe, on rencontre encore une larve blanche, dont M. Mégnin a pu étudier le développement : il a pu, de cette façon, se convaincre que cette larve était bien celle de l'*Hypoderma bovis* Degeer. Il est probable que, sur le point de pondre et ne rencontrant point de bœuf, son terrain naturel, une femelle d'Hypoderme aura pondu sur un cheval. Celui-ci se sera léché, aura avalé de la sorte la larve issue de l'œuf, et cette larve sera remontée jusqu'au bulbe, en suivant par la trompe d'Eustache, un chemin des plus compliqués.

La trompe d'Eustache est-elle béante ou close à l'état normal? M. Gellé, contrairement à l'opinion que M. Fournier a émise récemment, pense qu'à l'état normal la trompe reste close. Il en donne les raisons suivantes, basées sur des expériences : Si la trompe était béante, un diapason vibrant et placé dans la bouche devait être entendu, alors même que les oreilles seraient bouchées. Or, cela n'a pas lieu. Il est néanmoins possible d'entendre par la trompe lorsque les oreilles sont bouchées, mais seulement dans le cas où, par un mouvement de déglutition, on vient à déboucher les trompes. Hartmann a trouvé qu'il faut, pour que l'air franchisse l'obstacle de la trompe et pénètre dans la caisse du tympan, une pression équivalente à 20, à 40 millimètres de mercure. M. Gellé, de son côté, a trouvé qu'il fallait de 30 à 40 millimètres.

Recherches expérimentales sur la physiologie de la respiration chez les reptiles (Deuxième note). MM. P. Regnard et R. Blanchard : « Dans une des dernières séances, nous avons communiqué à la Société le résultat de quelques expériences tentées par nous sur l'*Uromastix acanthinurus* et le *Lacerta viridis*. Nous apportons aujourd'hui à la Société des recherches du même genre faites sur quelques animaux que nous avons pu nous procurer depuis lors. C'est d'abord la couleuvre à collier (*Tropidonotus natrix*), si commune aux environs de Paris. Chez cet animal, on remarque que l'inspiration est très brusque et se fait d'un seul coup. Puis il existe une pause inspiratoire variable, mais généralement assez longue, à laquelle succède quelquefois une expiration directe. Le plus souvent, au milieu de la pause inspiratoire, il se produit un commencement d'expiration qui divise la pause inspiratoire en deux parties et le tracé en deux étages. Le nombre des mouvements respiratoires est de six à sept à la minute, par une température de 22°.

« La quantité d'air introduite dans les poumons à chaque inspiration, chez une couleuvre du poids de 190 grammes, s'est montrée égale à 2 centimètres cubes, ce qui suppose une ventilation pulmonaire de 840 centimètres cubes, par heure. En comparant le tracé respiratoire de la couleuvre à collier à celui du lézard vert, et à celui du fouette-queue (*Uromastix*), on voit qu'il est très semblable au premier et absolument inverse du second.

« Nous avons pu étudier aussi le *Seps chalcides* du midi de la France. Chez cet animal, de très petite taille, l'inspiration se fait par une série de petites secousses. Il existe une longue pause inspiratoire, pouvant durer deux tiers de minutes. L'expiration se fait ensuite et l'inspiration lui succède immédiatement. Il n'y a donc point ici d'arrêt au milieu de l'expiration ou au milieu de l'inspiration comme nous l'avons signalé chez les animaux précédents. Le nombre des respirations est en moyenne de quatre par minute.

« Chez l'Orvêt (*Anguis fragilis*), les phénomènes mécaniques de la respiration sont encore plus simples. L'inspiration se produit sans arrêt : il existe une pause inspiratoire, comme chez tous les reptiles, et l'expiration suit immédiatement. Le nombre des inspirations est en moyenne de 11 à la minute, à la température de 22°. »

Nouveau stéthoscope. — M. Boudet de Paris présente un nouveau stéthoscope construit par M. Verdin d'après ses indications. Il se compose d'un stéthoscope de bois ordinaire, auquel on a enlevé le pavillon. A un centimètre du bord de son extrémité évasée, est tendue, sur une bague de cuivre, une membrane de vessie, portant à son centre un petit bouton explorateur destiné à centraliser les vibrations. A la place du pavillon est un tube de cuivre sur lequel on ajuste un tube de caoutchouc bifurqué et terminé par des embouts de corne. Cet instrument si simple permet d'entendre le tonus musculaire ; le bruit de la contraction est reproduit avec une force énorme ; quant aux bruits du cœur, du poumon et des vaisseaux superficiels, je n'ai pas besoin de dire qu'on peut les étudier dans tous leurs détails avec la plus grande facilité. Cet appareil permet en outre l'auto-auscultation.

M. Boudet a pu faire une application toute spéciale de ce principe de stéthoscope, qui démontre bien son extrême sensibilité. On sait que les ophthalmologistes, et en particulier M. le professeur Javal, ont reconnu que les mouvements de l'œil pendant la lecture ne consistent pas en un déplacement régulier et continu, mais bien en une série de secousses saccadées, comme si l'œil sautait d'un mot à l'autre. Il s'agissait de trouver un instrument permettant l'auscultation de ces mouvements du globe oculaire. J'ai résolu le problème en fixant, au moyen d'une courroie élastique, une coulisse métallique qui s'appuie par trois pieds sur les bords de l'orbite, et présente un rayon correspondant à celui du globe oculaire. Sur cette coulisse glisse un petit tambour recouvert d'une membrane de vessie, portant à son centre un petit bouton explorateur en ivoire, qui peut ainsi s'appliquer sur tous les points de la circonférence antérieure de l'œil. L'application de ce bouton explorateur sur la conjonctive ne détermine d'ailleurs aucune sensation désagréable et j'ai même été fort étonné de voir que les sujets en expérience ne s'aperçoivent même pas de ce contact. A l'intérieur du tambour est ajusté un tube de caoutchouc bifurqué comme celui du stéthoscope. Les mouvements de l'œil sont alors perçus avec une telle intensité que, si les embouts sont très enfoncés dans le conduit auditif, les sons recueillis rappellent le bruit bien connu d'une locomotive passant sur une plaque tournante. En remplaçant la membrane de vessie par une de caoutchouc, on n'entend plus aucun bruit, mais on peut inscrire les mouvements de l'œil en reliant le tambour explorateur avec un tambour inscripteur de M. Marey.

Température du cerveau. M. Fr. Franck s'est demandé quelle était la température du cerveau et quelles modifications on pouvait lui faire subir par divers procédés. Si l'on enfonce un thermomètre dans le cerveau, la température diffère avec la profondeur : il accuse moins de chaleur à la surface que dans les parties profondes. Cette différence tient à ce que la surface du cerveau est recouverte par des couches de tissus qui laissent passer de la chaleur. Si on enveloppe la tête de l'animal en expérience d'une épaisse couche d'ouate, on voit le thermomètre placé dans l'écorce du cerveau traduire une augmentation de la température de ces parties, mais la température n'y atteint jamais entièrement celle qu'accuse le thermomètre profond. Ces expériences se font d'une manière plus délicate et plus sensible avec les aiguilles thermo-électriques de M. d'Arsonval.

Le sang artériel qui arrive à la base du cerveau se refroidit le long du cou. En entourant d'ouate le cou de l'animal, on voit encore monter le thermomètre cortical, mais il n'atteint jamais le degré du thermomètre profond. La température marquée par ce dernier est la même que celle du sang artériel. Si on coupe le grand sympathique au cou, pour voir l'influence de sa section sur la température du cerveau, on constate que la température de la superficie du cerveau s'élève, mais n'atteint encore jamais le degré du thermomètre profond, même si on entoure d'ouate la tête de l'animal.

R. Blanchard.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 octobre 1879. — Présidence de M. Houel.

3. Cancer de toute l'étendue de l'estomac et du grand épiploon. — Thrombose de la veine iliaque externe gauche; par M. Guinand, interne des hôpitaux.

Florine B., âgée de 44 ans, journalière, est entrée le 11 janvier 1878 à la Pitié, salle Sainte-Eugénie, service de M. Dumontpallier. D'une forte constitution et d'une bonne santé antérieure, cette malade a toujours été menstruée très régulièrement. Elle n'avait jamais été malade quand, après la mort de son mari, il y a quatre ans, elle s'aperçût que ses digestions devenaient pénibles, lentes et douloureuses ; elle eut même quelques vomissements à cette époque. Toutefois, ces premiers accidents s'amendèrent assez complétement et ce n'est que depuis quinze mois qu'elle souffre de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Elle éprouva tout d'abord de la difficulté à digérer, une pesanteur à l'épigastre, après chaque repas ; puis des régurgitations acides ; enfin, le matin elle vomissait parfois des glaires. Pendant cinq mois, elle supporta toutes ces fatigues sans trop s'inquiéter, elle pouvait encore facilement vaquer à ses occupations. Mais bientôt, survinrent des vomissements après chaque repas. Elle vomissait surtout les substances les plus récemment ingérées. Les douleurs au creux de l'estomac ont apparu, d'abord légères et survenant un certain temps après les repas, puis plus violentes et immédiatement après l'ingestion des aliments. Ceux-ci lui sont tous à peu près indifférents ; elle a cependant, depuis le commencement, moins bien supporté la viande. Jamais de vomissements noirâtres marc de café, pas d'hématémèse, pas de vomissements de bile, jamais d'ictère. Soif toujours peu marquée ou nulle. Constipation habituelle. Jamais d'œdème des membres inférieurs. Amaigrissement considérable, perte très notable des forces. Elle entre dans cet état à l'hospice Beaujon, service de M. Gubler, où elle reste du 1er septembre 1877 au 27 octobre suivant.

Le 12 janvier, le lendemain de son entrée à la Pitié, elle était dans l'état suivant : douleurs vives au creux épigastrique et dans la région dorsale correspondante, peau sèche, langue blanchâtre, teint jaune terne. Pas d'albumine dans les urines. On sent une tumeur dure, légèrement inégale, sans délimitation bien nette, siégeant à un centimètre environ au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane. Tout autour on perçoit une matité très étendue qui s'irradie en haut jusqu'à l'appendice xiphoïde et aux fausses côtes.

Transmission des battements de l'aorte à travers la tumeur; l'auscultation ne révèle pas de souffle. Rien au cœur, rien dans les poumons.

16 *février*. Douleur très vive au niveau des fausses côtes gauches. Constipation opiniâtre pendant plusieurs jours. Elle vomit à peu près tous les aliments qu'elle prend, le lait excepté.

3 *mars*. Douleurs vives dans le ventre, qui paraît balloné et rempli de gaz surtout à la région épigastrique.

8 *mars*. Epanchement ascitique assez considérable.

13 *mars*. Toujours glaires le matin, dysurie.

16 *mars*. Œdème du membre inférieur gauche, douloureux surtout à la partie interne de la cuisse par laquelle il a débuté.

19 *mars*. A la partie supérieure de l'abdomen du côté gauche on perçoit une crépitation semblable au froissement de la neige.

20 *mars*. L'œdème a augmenté, il a envahi le membre tout entier. Peu de douleur à la pression, même au niveau de la cuisse. Douleurs vives à la partie supérieure et latérale du côté gauche, au niveau du point où on percevait du frottement péritonéal. Badigeonnage au collodion sur tout l'abdomen. La malade maigrit rapidement depuis quelques jours, les arcades zygomatiques sont saillantes, le facies jaune paille subictérique.

21 *mars*. Soulagement par le collodion; l'œdème du côté gauche a beaucoup augmenté, surtout au pied et à la partie inférieure de la jambe. En outre, œdème de la jambe droite commençant par la partie interne de la cuisse.

22 *mars*. Douleur vive dans la cuisse gauche.

28 *mars*. L'œdème du membre gauche a encore augmenté et est beaucoup plus dur.

1er *avril*. Amaigrissement et affaiblissement de plus en plus marqué, dilatation des veines superficielles de l'abdomen du côté de la phlegmatia alba dolens.

5 *avril*. Vomissements bilieux épais, jaunes verdâtres comme de la bouillie intestinale.

7 *avril*. Affaissement général, augmentation de l'œdème aux deux jambes; insomnie, léger mouvement fébrile.

Mort le 8 avril dans un état profond de cachexie et d'adynamie.

4. Gommes du foie et cirrhose syphilitique; par Ern. Gaucher, interne des hôpitaux.

Une femme âgée de 29 ans entre le 12 août 1879, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Hillairet, pour une ascite considérable datant d'un an.

Elle a déjà été ponctionnée deux fois, en novembre 1878 et en février 1879, à l'hôpital de Lariboisière. Le liquide de ces deux premières ponctions était limpide et citrin comme du vin blanc, semblable à celui d'une ascite ordinaire. La malade raconte que son ventre s'est développé graduellement et uniformément; elle n'avoue aucune maladie antérieure, pas d'affection syphilitique, et ne présente aucune trace actuelle de syphilis. Elle n'a jamais eu d'enfants ni de fausse couche.

A son entrée à l'hôpital, on trouve l'abdomen distendu, plein de liquide, les veines sous-cutanées abdominales très-développées. Mais la percussion donne un renseignement de nature à induire en erreur; il y a de la sonorité dans le flanc droit, de la matité sur la ligne médiane, ce qui, pendant un certain temps, a pu faire croire à l'existence d'un kyste de l'ovaire. Cette idée, néanmoins, fut écartée, et l'autopsie, en effet, démontra que cette sonorité trompeuse était due à des adhérences péritonéales anciennes du cœcum et du colon dans la fosse iliaque et dans l'hypochondre droits.

Les autres symptômes ne présentent aucun caractère pathognomonique. Les traits sont tirés, le faciès cachectique; la malade est très amaigrie, les jambes ont enflé depuis que l'ascite est devenue considérable. *Il n'y a pas d'ictère*, il n'y en a jamais eu depuis le début de la maladie. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine; elles sont peu riches en urates. En somme, à part quelques particularités secondaires, les phénomènes cliniques sont ceux d'une cirrhose atrophique vulgaire.

Au bout de quelques jours, le liquide péritonéal devient de plus en plus abondant; la respiration est très gênée. M. le Dr. Quinquaud, chargé du service pendant les vacances, pratique une ponction évacuatrice. Le *liquide de cette troisième ponction*, contrairement à celui des deux précédentes, pratiquées dans un autre hôpital, est *vert clair*, limpide, un peu filant. L'analyse chimique montre en effet qu'il contient des *matières colorantes de la bile*; il renferme 10/1000 d'albumine, pas de paralbumine.

A part un peu d'hydarthrose et de douleur dans le genou gauche et une bronchite légère, facilement et rapidement guéries, la malade reste dans le même état jusqu'au 10 octobre.

M. le Dr. Hillairet ponctionne alors de nouveau et retire dix-neuf litres de liquide vert clair, limpide, présentant exactement les mêmes caractères que précédemment. Mais à la suite de cette quatrième ponction, une péritonite aiguë généralisée se déclare et la maladie succombe le 19 octobre.

A l'autopsie, j'ai trouvé les poumons congestionnés, des adhérences pleurales anciennes, le cœur normal. Les ovaires et l'utérus ne présentent aucune altération. Les reins sont petits et la rate volumineuse. Les intestins sont distendus par les gaz; leur tunique séreuse est rouge violacée, recouverte de pseudo-membranes; L'abdomen renferme un épanchement purulent abondant avec des flocons fibrineux: en un mot ce sont là les lésions d'une *péritonite aiguë*.

Il y a, de plus, des adhérences anciennes, qui immobilisent le cœcum et le colon ascendant dans la fosse iliaque et l'hypochondre droit.

Le *Foie* est extrêmement adhérent par sa capsule au diaphragme et aux organes voisins; c'est avec peine qu'on peut l'isoler et le retirer du ventre, sans déchirer son tissu. Il est déformé, irrégulier, bosselé; la capsule de Glisson est très épaisse et présente des rétractions cicatricielles qui donnent à la surface de l'organe un aspect lobulé, chacune des bosselures, dont le volume varie depuis celui d'un pois, jusqu'à celui d'une grosse noix, est constituée par un tissu fibro-caséeux, qui présente, à l'œil nu et au microscope, tous les caractères des *gommes syphilitiques*. De plus, on trouve dans le parenchyme hépatique, les altérations ordinaires d'une cirrhose de même nature, disposées irrégulièrement dans toute son épaisseur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin 1880. — Présidence de M. de St-Germain.

Trépanation des os longs. M. Delens a soigné dans son service un jeune homme de vingt et un ans qui, depuis cinq ans, éprouvait des douleurs très vives au niveau de l'extrémité supérieure du tibia. M. Delens s'est décidé à la trépanation: il est arrivé dans une cavité, mais dans une cavité qui ne renfermait pas de pus; et cependant la douleur a cessé, les phénomènes inflammatoires ont disparu; le malade est en voie de guérison et peut dès maintenant être considéré comme guéri.

M. Périer a également eu à soigner une femme atteinte d'ostéo-myléite du fémur. A trois reprises, il place sur le fémur trois couronnes de trépans contiguës: le pansement de Lister est employé, la plaie opératoire guérit à merveille; mais la malade accuse une nouvelle douleur au niveau du grand trochanter, et réclame elle-même une nouvelle trépanation. M. Périer trépane donc le grand trochanter: il est même obligé de le trépaner une seconde fois; mais, à l'heure qu'il est, la guérison paraît devoir être définitive. Voilà cinq trépanations pratiquées sur un même os, avec guérison de l'opérée, mais sans que jamais il se soit écoulé une goutte de pus.

M. Desprès. Lorsqu'on trépane un os, tantôt on trouve du pus, tantôt il n'en existe pas du tout. Pour trouver le pus, il faut trépaner au point de douleur maximum et là où la tuméfaction est le plus considérable. Ce sont deux excellents guides. S'il ne trouve pas de pus, M. Desprès trépane l'os de part en part, et met un drain dans le trajet: ne pas mettre de drain, c'est s'exposer à une récidive.

M. Verneuil a trépané une fois le tibia, et une fois le fémur. Sur une première malade déjà soignée par Nélaton et qui souffrait depuis quinze ans de son tibia, avec un gonflement minime de l'os, néanmoins, M. Verneuil fit une tentative. Il choisit son point et avec une gouge pénétra dans l'intérieur de l'os: pas de pus et les douleurs persistent.

C'est alors que M. Verneuil, se guidant sur les indications même de la malade, trépane un peu au-dessous, et creuse le tibia en gouttière à ce niveau. Dès ce moment la guérison fut assurée. — Un second malade avait l'extrémité inférieure du fémur hyperostosée; des trajets fistuleux multiples conduisaient sur l'os: comme il n'existait pas de sequestres superficiels, M. Verneuil pensant à un sequestre central, pénétra dans le corps de l'os; et comme il ne venait pas de pus, il traversa l'os de part en part, et plaça un drain dans le trajet ainsi créé. Mais de nouvelles douleurs survinrent néanmoins et force fut d'évider le condyle interne du fémur. Dans cette nouvelle opération, il ne devait pas sortir plus de pus que la première fois. M. Verneuil est partisan du drainage des os.

M. Lucas-Championnière a opéré un individu qui portait

depuis longtemps au niveau du grand trochanter un grand nombre de fistules rebelles à toute thérapeutique. Ces fistules étaient indépendantes de toute altération de l'os ou du périoste : il les a opérées par la méthode de Wolkmann, et la guérison est survenue.

M. E. Cruveilhier. Les vrais abcès des os sont très rares; sur cinq trépanations que ce chirurgien a faites, une fois seulement du pus est sorti. Mais lorsqu'on a fait le diagnostic d'abcès douloureux des os, on tombe toujours sur une cavité ; quelquefois elle renferme du pus, le plus souvent elle n'en contient pas ; il en existe donc deux grandes variétés : les cavités avec pus et les cavités sans pus. M. E. Cruveilhier insiste beaucoup sur ce fait que les abcès des os récidivent très fréquemment : il a observé jusqu'à trois récidives ; il a eu à soigner entre autres, un malade déjà opéré par M. Desprès, et qui deux ans après la première opération, souffrait tellement qu'on avait des craintes légitimes pour sa raison. Ce malade est sorti guéri.

M. Duplay a fait une douzaine de trépanations des os ; les lésions allaient de l'ostéite condensante ou éburnée, à l'ostéite raréfiante en passant par tous les intermédiaires. Une cavité était la règle, mais cette cavité pouvait renfermer ou ne pas renfermer de pus. De son expérience, il résulte que les trépanations larges, alors même qu'il n'y a pas de pus, réussissent très bien contre l'élément douleur, mais la raison de ce fait lui échappe.

Bec-de-lièvre. M. Trélat fait une très intéressante communication sur l'opération du bec-de-lièvre. Ayant à soigner deux enfants atteints de gueule-de-loup, avec aplatissement et élargissement considérable de l'une des narines, avec large solution de continuité, il a combiné les sutures profondes, avec des sutures superficielles ou de perfectionnement. Deux plaques de plomb réunies par un fil mince, ayant été exactement appliquées de chaque côté des narines, il lui a suffi de les rapprocher pour affronter aussitôt les deux lambeaux. C'est alors qu'il a placé quelques sutures superficielles. Au bout de quelques jours, grâce peut-être au pansement de Lister, grâce surtout au procédé opératoire, la réunion était parfaite et le résultat complet.

M. Marc Sée insiste sur l'atrophie des cartilages de l'aile du nez, dans le cas de bec-de-lièvre.

M. S. Duplay présente un malade atteint de *cal vicieux* à la suite d'une *fracture de jambe*, et auquel il a rendu les fonctions du membre par une résection cunéiforme, après avoir inutilement tenté le redressement ; le cal, en effet, avait toute la consistance de l'ivoire, la guérison a été lente, mais le résultat en est de tous points excellent.

M. Desprès est d'avis qu'il ne faut pas se hâter de recourir à ces moyens extrêmes : jusqu'au 10e mois de la consolidation, dit-il, on doit tenter le seul redressement.

P. Méricamp.

BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu des thèses d'agrégation. Médecine (1).

XIV. Du traitement de la pneumonie aiguë; par V. Hanot. Vol. in-8°. Paris, 1880. G. Masson, libraire-éditeur.

XIV. Les sujets à traiter sous forme de *thèse* par les candidats à l'agrégation sont le plus souvent choisis parmi les questions contemporaines qui n'ont pas été exposées encore dans leur ensemble ; ou bien c'est parmi celles qui, pour être plus anciennes, n'en prêtent pas moins à controverse, et la thèse n'est alors qu'un examen critique ou un simple résumé des débats. Le traitement de la pneumonie aiguë n'est pas de ces sujets-là. Depuis les expériences et les leçons cliniques de Todd et de Béhier, aucune publication nouvelle n'est venue modifier l'état de la question ; et si, comme il y a lieu de l'espérer, la thérapeutique n'a pas dit son dernier mot, toujours est-il qu'à l'heure actuelle l'immense majorité des praticiens, s'accordant à rejeter toute médication systématique exclusive, subordonnent l'intervention curative aux variantes des symptômes, aux complications anatomiques. à l'état général du sujet, et traitent enfin des pneumoniques et non plus « *la* » pneumonie.

La tâche de M. Hanot consistait donc surtout à présenter un exposé complet d'un sujet d'histoire médicale, mais d'un sujet qui appartient à tous les âges, qui touche à toutes les doctrines, et qui jusqu'à nos jours même a résumé en lui toutes les notions et toutes les théories relatives à l'art de guérir. Il ne fallait pas moins de trois cents pages pour remplir un pareil programme. Aussi espérons-nous que l'auteur nous pardonnera de ne pas donner ici une analyse proprement dite de sa thèse : tout au plus pourrons-nous indiquer le plan qu'il a cru devoir adopter, en énumérant les nombreux chapitres qu'il a consacrés au sujet que lui avait assigné le sort.

Dès la première page, on est prévenu qu'il ne s'agira pas de toutes les phelgmasies du poumon, mais seulement de la pneumonie lobaire ou fibrineuse, entité morbide, affection autonome qui, entre autres caractères distinctifs, a aussi sa thérapeutique personnelle: et comme tous les médecins de toutes les époques ont subordonné le traitement de la pneumonie à l'idée qu'ils se faisaient de l'essence même de la maladie, M. Hanot commence par étudier en détail les théories qui ont prévalu tour à tour et en établit l'insuffisance au point de vue de la thérapeutique.

La pneumonie franche ne se développe pas dans les mêmes conditions que les phlegmasies locales *à frigore*. Sur deux cent cinq pneumonies, Grisolle n'a pu constater le refroidissement comme élément étiologique que dans quarante-cinq cas. D'autre part, la fréquence de l'affection a éprouvé suivant les temps des variations remarquables dont les maxima et les minima paraissent, au dire de Ziemssen, avoir presque toujours coïncidé avec ceux de la fièvre typhoïde. Il est même certaines années où sa distribution numérique dans les différentes villes de l'Europe et de l'Amérique présente une telle similitude partout, malgré la diversité des climats, qu'il est difficile de se défendre de l'hypothèse d'une *cause tellurique* s'étendant à tout l'hémisphère boréal. Enfin, l'expérimentation et la clinique fournissent des arguments encore plus considérables de l'autonomie et peut-être de la spécificité de la pneumonie franche : on peut provoquer des bronchites et des pleurites, mais quelle que soit la nature et l'intensité de l'irritant, on ne détermine pas de pneumonie fibrineuse. Et d'ailleurs, aucune phlegmasie locale n'est soumise à une évolution aussi nettement cyclique. Pneumonie veut dire fièvre pneumonique. Les derniers travaux d'hématologie, que tant de savants français ont entrepris depuis peu d'années, mettent ce fait en grande lumière. Ainsi, tandis que dans les phlegmasies vulgaires à tendance suppurative, le nombre des globules blancs s'accroît progressivement, petit à petit, et n'atteint un chiffre élevé qu'après un laps de temps toujours assez long, dans la pneumonie franche les globules blancs augmentent considérablement dès les premiers jours de la maladie, et reviennent aussi brusquement à leur chiffre normal, comme dans une sorte de défervescence.

Mais à toutes ces preuves, on a opposé des raisons contraires. La physionomie caractéristique des pneumonies dites bilieuses, adynamiques, etc., sans faire admettre des différences foncières étiologiques entre les diverses pneumonies, leur ont fait assigner cependant non-seulement une symptomatologie mais une évolution spéciale ; et, en résumé, tenant compte du pour et du contre, M. Hanot rejette la spécificité étroite de la pneumonie fibrineuse et reconnaît cependant que parmi les autres phlegmasies spontanées, cette affection présente des particularités qui la distinguent. « Là où a été l'erreur de ceux qui ont émis l'hypothèse de la spécificité, c'est d'opposer la phlegmasie pneumonique aux inflammations traumatiques ou expérimentales... on est presque autorisé à dire que toute inflammation médicale a quelque chose de spécial ; et c'est là, à tout prendre, ce qui constitue l'abîme qui existe entre la maladie spontanée et la maladie expérimentale. Mais, encore une fois, ce n'est pas une affaire de spécificité. » Les considérations qui précèdent établissent donc que la nature de la maladie est encore inconnue, et que

(1) Voir les nos 15, 16, 17, 18, 19 20, 21 et 22.

c'est ailleurs qu'il faut chercher les règles pratiques d'un traitement rationnel.

Or, toute thérapeutique rationnelle doit avoir pour guide la connaissance des éléments pathologiques essentiels de la pneumonie aiguë : un processus anatomique, un état fébrile, une évolution. C'est à l'étude de ces trois éléments également caractéristiques qu'est consacré le deuxième chapitre. Après avoir montré les traits fondamentaux qui distinguent le processus pneumonique de tous les autres processus inflammatoires et mis en relief les principales transformations de l'état fibrile, l'auteur souligne exactement que la notion exacte des phénomènes qui traduisent la *crise* est due tout entière à l'école de l'expectation. C'est l'école de l'expectation qui a prouvé que la pneumonie aiguë franche évolue selon un cycle régulier, qu'elle décrit sa trajectoire avec la même précision qu'une fièvre éruptive, que c'est là quelque chose de mathématique, d'irrévocable. Une première indication se dégage donc de l'examen attentif des trois éléments fondamentaux de la pneumonie franche régulière : « La guérison se fait naturellement, et l'abstention doit être la règle et le *devoir* du médecin. »

Mais souvent le type s'altère ; des incidents surgissent ; la guérison n'est plus comme une fonction immanquable de la maladie. Aussi la seconde partie de ce chapitre est-elle consacrée à l'exposé général des indications tirées des modifications des trois éléments pathologiques du type. Le processus anatomique peut en effet se compliquer de bronchite, de suppuration du parenchyme pulmonaire, de pleurésie, de congestion, de péricardite, de néphrite, etc. L'état fébrile, d'autre part, est souvent accompagné de dyspnée, de délire, d'ictère, et parfois se transforme en un état typhoïde qui défigure complètement la maladie. Enfin, l'évolution se précipite dans certains cas, à tel point, qu'on a pu décrire des pneumonies foudroyantes ; ou bien, au contraire, elle avorte, ou se prolonge, ou devient intermittente, etc. Et alors seulement M. Hanot aborde l'étude des méthodes thérapeutiques. Ce troisième chapitre, de beaucoup le plus considérable, est divisé en un grand nombre de paragraphes sur chacun desquels il nous serait impossible de nous arrêter. Mais voici en quelques mots les considérations préliminaires sur lesquelles est basée la classification de l'auteur.

Il y a eu trois grandes médications de la pneumonie : la saignée, le tartre stibié, l'alcool. La saignée s'attaquait à la maladie elle même qu'elle prétendait juguler, en privant l'organisme des matériaux de la phlogose. Le tartre stibié appauvrissait les ressources de l'économie humaine qu'elle transformait en un terrain infécond où le mal, sorte de parasite morbide, ne pouvait plus prendre racine. L'alcool enfin, exaltait les forces du malade pour lui permettre de résister à la maladie. Cette dernière médication, quoique toute moderne, a été préconisée, surtout en Angleterre, d'une façon exclusive. En cela même elle ne répond pas aux tendances de la physiologie expérimentale ; car, depuis une quarantaine d'années environ, l'analyse minutieuse des médicaments a servi le plus souvent de base aux tentatives de la thérapeutique. Parmi ces médicaments, il en est qui modifient isolément la température, la tension vasculaire, l'activité cardiaque. De l'ensemble de ces connaissances sont résultées les indications relatives au traitement général. D'autre part, la découverte de l'auscultation donne actuellement plus d'importance aux indications tirées de l'état local, jusqu'alors complètement négligé ; et c'est ainsi qu'a triomphé l'éclectisme thérapeutique de l'époque contemporaine. Une étude de thérapeutique ne saurait donc être autre chose « qu'un travail d'attente, une confrontation consciencieuse des éléments de la question. »

Mais la classification de ces moyens appropriés à l'état général ou à l'état local présente de sérieuses difficultés : on ne peut guère se fonder « soit sur le résultat clinique qui est toujours complexe, soit sur l'action physiologique qui est d'ordinaire aussi multiple et quelquefois vague et contradictoire. » Aussi, M. Hanot, observant encore ici l'ordre chronologique qu'il avait jusque là suivi, passe-t-il en revue successivement, en dehors de l'expectation, les grandes médications de la pneumonie : saignée, antimoniaux, alcool, le groupe des antipyrétiques proprement dits (sulfate de quinine, digitale, vératrine, réfrigération), les vomitifs et les révulsifs. Enfin un chapitre annexe renferme les médications de second ordre qui n'ont pas passé dans la pratique ordinaire.

Il ne nous appartient pas de féliciter M. Hanot de ce travail, mais il est incontestable qu'on ne saurait le lire sans intérêt et profit. E. BRISSAUD.

CORRESPONDANCE

Sur la destruction des croûtes des varioleux;

Monsieur le rédacteur en chef,

La Société de *médecine publique et d'hygiène professionnelle* ayant agité dernièrement la question de la contagion par les croûtes des varioleux, je viens rappeler une note de moi, publiée il y a dix ans dans les « *Comptes-rendus de l'Académie des sciences* », intitulée : « *Importance de la destruction des croûtes qui entourent le lit des varioleux pendant la période de dessiccation des pustules* » (1870, 2e semestre.) J'en extrais les lignes suivantes :

« En étalant un drap autour du lit, et l'enlevant à mesure » qu'il se couvre de débris cutanés, pour détruire ces débris » par le *feu*, l'auteur a observé une diminution notable dans » la transmission de la maladie. »

Cet emploi d'un drap de lit peut, à la rigueur, suffire lorsqu'il ne s'agit que de cas isolés de variole, mais, dans les grandes épidémies, quand la quantité des croûtes est, en quelque sorte, infinie et que les convalescents en sèment partout autour d'eux, il y a d'autres précautions à prendre, et voici celles que j'ai employées pendant la dernière guerre, à Rennes.

Nous avions deux grands hôpitaux militaires remplis de varioleux ; l'hôpital civil en regorgeait de son côté, et, par les chemins de fer, il nous en arrivait sans cesse. Cependant, les ambulances particulières se refusant à en recevoir, les malades nouveaux restaient couchés sur des matelas dans la salle de la gare, de sorte que les voyageurs, arrivant, ou partant, étaient forcés de passer au milieu de ces hideuses rangées. La situation était intolérable ; nous étions en hiver, le froid était rigoureux et le sol gelé à une grande profondeur ne se prêtait pas à la construction de baraques. Que faire ? J'eus l'idée d'utiliser l'école municipale presque attenante à l'un de nos deux établissements militaires. Sur ma demande, on s'empara de l'école *manu militari*. Les frères jetèrent de hauts cris et se refusèrent à la mesure. On envoya quatre hommes et un caporal, et les élèves eurent leurs vacances. Alors le maire m'attaqua vivement dans le *Journal de Rennes*, prétendant qu'à la cessation de l'épidémie l'école resterait pour longtemps infectée. Je répondis qu'on prendrait à cet égard les mesures nécessaires, qu'on n'avait pu faire autrement, et qu'au surplus la chose avait été décidée dans l'intérêt même de la ville. Et, en effet, pourquoi créer encore un foyer d'infection, un nouvel hôpital de varioleux, dans un autre quartier ? Mieux valait utiliser un bâtiment à côté d'un des hôpitaux déjà établis. L'opinion publique m'approuva et le maire fut amené à donner sa démission. Je reviens à la question des croûtes.

Lorsque j'eus les nouveaux locaux à ma disposition, je n'en fis pas un hôpital proprement dit de varioleux, mais seulement de malades de cette catégorie arrivant à la dernière période de leur affection. Dès que, chez un sujet de l'hôpital à côté, les pustules s'étaient affaissées, et que la dessiccation allait s'établir, à moins de quelque complication interne, tout aussitôt il était dirigé sur l'annexe ; naturellement ceux déjà convalescents y avaient été placés les premiers, et ce sont ceux-ci qui furent chargés de ramasser et de brûler les croûtes. La consigne était donnée que tous ceux en état de se lever étaient tenus de contribuer à l'exécution de la mesure, sous peine de privation générale de vin, si quelques croûtes étaient trouvées sur le sol ; semblable punition pour celui qui n'était pas alité et dans les draps duquel on trouverait des débris cutanés. Cela a suffi. Ces braves gens, ennuyés de leur réclusion, et ne pouvant pas l'hiver se promener dans la cour, se firent un

jeu de ramasser les croûtes et s'amusèrent à qui le premier en trouverait une. La combustion s'en faisait dans le poële. Ajoutons que les bains furent prescrits fréquemment, ce qui permit de prononcer plus tôt la sortie de l'hôpital.

Les avantages de ce système furent très marqués et à des points de vue divers. 1° Sur 70 infirmiers, 6 sœurs, et 20 médecins ou sous-aides, un seul infirmier fut atteint et, grâce à sa vaccine antérieure, n'eut qu'une varioloïde. 2° Par suite des évacuations presque journalières de l'hôpital sur l'annexe, il y a toujours eu des lits vides dans le premier établissement, et conséquemment les malades graves jouirent d'un air moins vicié. 3° Les convalescents ne se trouvaient plus au milieu des odeurs si nauséabondes des varioleux suppurants. 4° Le médecin spécialement chargé de l'annexe a pu porter toute son attention sur les convalescents, et ouvrir à temps les petits abcès, cause si fréquente de résorptions purulentes, et qui trop souvent échappent au praticien chargé simultanément des varioles graves.

Ajoutons que, pendant tout le temps de l'épidémie, la propreté a été telle que, le moment étant venu de restituer les locaux à l'école, il a suffi de huit jours de nettoyage avec blanchiment pour que les élèves aient pu être admis sans nulle suite fâcheuse.

Est-il besoin de faire remarquer que, dans les hôpitaux spéciaux que l'on crée aujourd'hui, le même système pourrait être appliqué au moyen de quelques salles uniquement destinées aux convalescents.

Veuillez agréer, etc.

A. NETTER
Médecin principal en retraite, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Nancy.

Nancy, le 31 mai 1880.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Fixateur linguo-maxillaire; de MATHIEU fils.

M. de Saint-Germain a présenté à la Société de chirurgie un nouveau fixateur linguo-maxillaire fabriqué par M. Mathieu fils. Cet instrument (*Fig. 64*) se compose d'une plaque fixée sur une espèce d'anneau courbé passant pardessus l'arcade dentaire et déprimant la langue sans appuyer sur les dents.

Cet anneau est terminé par une tige sur laquelle vient glisser une contre-plaque s'appliquant sous le menton et destinée à servir de point d'appui formant pince avec la première plaque, c'est-à-dire à fixer la langue (sans le secours d'un aide et laissant libres les deux mains du chirurgien), tout en la déprimant sur le plancher de la bouche.

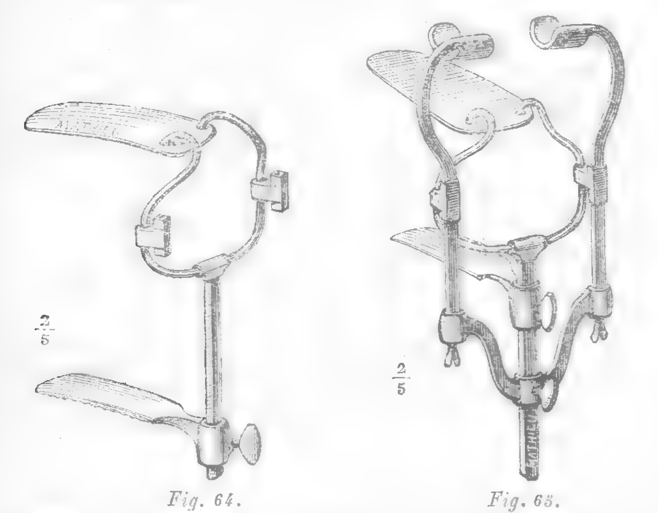


Fig. 64. *Fig. 65.*

Profitant de cette disposition avantageuse d'un instrument tenant seul et n'ayant pas de tendance à sortir ou à glisser (puisqu'il vient serrer la langue et le plancher de la bouche moins épais que la largeur du maxillaire), nous en avons fait un bâillon en y ajoutant deux pièces montées sur un coulant et destinées à écarter les deux mâchoires en s'appuyant sur l'arcade dentaire ou alvéolaire supérieure.

Cet instrument a donc l'avantage d'être un bâillon sur lequel on peut compter, puisqu'il est fixe ; de pouvoir servir d'abaisse-langue ordinaire et d'abaisse-langue fixateur (*Fig. 65*), puisqu'il peut maintenir la langue fortement abaissée, sans qu'il soit nécessaire de le tenir.

Il remplace donc à lui seul trois instruments très employés.

Il est aussi plus simple et moins coûteux que tous les bâillons faits jusqu'à ce jour.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS

Construction d'une salle de consultations externes à l'hospice de la vieillesse (femmes). — Rapport par M. BOURNEVILLE, (Séance du 1er mai).

Messieurs,

L'organisation à la Salpêtrière d'une consultation pour le traitement des malades du dehors atteints de maladie chroniques, de maladies nerveuses et mentales, réclamé depuis une dizaine d'années (1), nécessitait la construction d'un bâtiment spécial dont les plans et devis font l'objet du projet qui nous est soumis, conformément à un vœu adopté par vous en 1877 et renouvelé depuis cette époque à diverses reprises (2).

Ce vœu, vous l'avez adopté parce que sa réalisation contribuait à une organisation désirée par vous et consistant à installer dans tous les hôpitaux et hospices une consultation sérieuse, faite par les mêmes médecins, avec délivrance des médicaments et de bons pour les bains ou le traitement hydrothérapique. Nous devons vous exposer rapidement, encore une fois, les raisons qui justifient cette nouvelle création.

L'hospice de la Salpêtrière, le plus considérable de tous nos établissements hospitaliers, comprend, vous le savez : 1° l'hospice proprement dit avec une population de 3,069 femmes ; 2° un quartier consacré aux aliénées et aux épileptiques avec une population de 600 femmes et 120 enfants.

La population de l'hospice se compose de femmes âgées de plus de 70 ans et de femmes de tout âge à partir de 15 ans, atteintes de maladies chroniques, parmi lesquelles les affections du système nerveux figurent pour une notable part. La consultation est donc destinée plus particulièrement aux malades du dehors, atteints de maladies chroniques, de maladies du système nerveux et de maladies mentales.

Le Conseil de surveillance a pensé qu'il fallait donner à ce nouveau service plus de développement et qu'il convenait d'étendre la consultation et le traitement externe à toutes les formes morbides.

« La situation de la Salpêtrière au milieu d'un quartier populeux lui a paru, dit M. le Préfet, dans son mémoire, justifier cette extension. » Cette extension ne pouvant avoir aucun inconvénient sérieux, nous ne discuterons pas les motifs invoqués.

« Cette création, fait remarquer M. le Préfet, est à la fois nécessaire et économique : *nécessaire* puisqu'elle aidera à la guérison ou tout au moins au soulagement d'un certain nombre de malades ; *économique*, puisqu'elle permettra de traiter au dehors, à l'aide de la consultation et de la *délivrance gratuite des médicaments*, des enfants, des jeunes filles, des femmes qui, fatalement, dans l'état actuel, n'ont d'autre ressource que de venir frapper à la porte de l'hospice. Il convient d'ajouter aussi qu'elle est éminemment morale, puisqu'elle tend à augmenter le nomdre des malades gardés et soignés par leurs familles. »

Nous avons tenu à mettre ce passage sous vos yeux, parce qu'il exprime d'une manière concise les sentiments exprimés si souvent par vous. Votre Commission constate également avec satisfaction, que l'Administration de l'Assistance publique entre dans la voie que vous lui avez indiquée en joignant à la consultation la délivrance des médicaments. Trop fréquemment, en effet, l'ordonnance remise par le médecin des hôpitaux est illusoire, parce que le malade n'a pas les ressources nécessaires pour la faire exécuter.

Nous ajouterons encore que le service de la consultation de la Salpêtrière permettra aux médecins des sections consacrées aux aliénées, de traiter, en dehors de l'asile, comme nous l'avons maintes fois demandé, un certain nombre d'aliénées tranquilles, de mieux surveiller leurs malades durant la convalescence, d'étendre, en un mot, l'essai tenté à Sainte-Anne par MM. Bouchereau et Magnan, du *traitement externe des aliénées*. Il en résultera un véritable avantage pour les

(1) Voir Charcot. — *Leçons sur le système nerveux*, t. I, p. 2-3.

(2) Bourneville. — Rap. sur le budget de l'Assistance publique pour 1878 ; n° 87, p. 52, 1879 ; etc.

malades, qui resteront en liberté, et un allégement pour nos finances.

Le service de la consultation de la Salpêtrière, tel qu'il va être installé, constitue un progrès sur le système actuel; toutefois, pour qu'il donne des résultats sérieux, il est absolument indispensable que l'Administration organise, conformément d'ailleurs à un vœu renouvelé bien des fois par le Conseil, un service balnéaire et hydrothérapique à la Salpêtrière. C'est là, du reste, un *desideratum* qu'il est urgent de faire disparaître, au point de vue de nos finances et dans l'intérêt de nos malades. Aujourd'hui, par suite des installations défectueuses et tout à fait insuffisantes, il est impossible de donner aux vieillards des bains de propreté aussi souvent qu'il conviendrait, et, ce qui est plus regrettable, de faire prendre aux malades atteintes d'affections nerveuses les bains et les douches qui font partie intégrante de leur traitement. Il s'ensuit qu'un nombre respectable de malades font un séjour prolongé dans cet établissement, ce qui entraîne naturellement un surcroît de dépenses (1).

L'emplacement choisi pour établir ce service est la partie formant saillie sur l'esplanade extérieure, à gauche de la grande porte d'entrée de l'hospice. Cette portion de terrain dépend actuellement du chantier et est utilisée pour l'emmagasinement du charbon de terre ; mais ce qui restera disponible, après cette distraction, suffira amplement pour contenir la provision de bois et de houille nécessaire à ce grand établissement. Cet emplacement répond aux trois conditions indispensables: 1° Donner au public un accès facile et direct; 2° éviter le mélange des administrés de l'intérieur et des malades du dehors ; 3° n'apporter aucun trouble aux autres services de l'établissement.

La construction ne comportera qu'un rez-de-chaussée. Elle sera établie en moellons jusqu'à l'appui des fenêtres et en briques jusqu'à la partie supérieure. Elle sera couverte en tuiles.

La division intérieure comprendra une *salle d'attente* pour le public, chauffée au moyen d'un poêle, un cabinet pour le médecin, une chambre pour l'examen particulier et, à quelque distance du bâtiment, des cabinets d'aisances et un urinoir. Votre Commission estime qu'il convient de fournir d'eau en abondance ce cabinet d'aisances, de l'installer, en un mot, dans de bonnes conditions hygiéniques ; un lavabo devrait aussi être placé dans le cabinet du médecin.

L'entrée du public aura lieu par une porte spéciale, ouverte dans le mur de clôture, sur l'esplanade du boulevard de l'Hôpital. Les médecins auront accès par l'intérieur de la maison. Une disposition heureuse permet aux malades de quitter le cabinet du médecin sans avoir à traverser de nouveau la salle d'attente. La dépense est évaluée à 19,280 fr. 55 c.

Nous avons tout lieu d'espérer que l'Administration va se hâter de faire procéder aux travavx votés par le Conseil.

VARIA

La source Barzun à Barèges.

L'attention du monde médical a été attirée, dequis quelque temps, sur un projet de descente dans la vallée de Luz d'une des sources les plus importantes de Barèges, la source *Barzun*. Nous pensons que nos lecteurs liront avec plaisir quelques renseignements à ce sujet.

La source Barzun (2) jaillit dans la vallée de Barèges, à 1,200 mètres d'altitude, dans une gorge ruinée, au milieu des éboulis provenant de la désagrégation des roches de la montagne attenante, sur la rive droite du Bastan, torrent impétueux qui roule ses eaux avec fracas. L'eau de cette source appartient à la grande famille des eaux des Pyrénées centrales : les eaux sulfurées sodiques. Cependant, elle possède en propre certaines qualités physico-chimiques qui lui assignent une place à part parmi ses congénères.

(1) Lorsque la consultation fonctionnera, il y aura lieu de voir s'il ne serait pas utile d'admettre *temporairement*, en traitement, les malades qui offriraient des chances particulières de guérison.

(2) Ainsi appelée du nom du pharmacien Barzun qui la capta en 1836.

Elle sourd à l'union des marbres et des schistes avec une puissance jaillissante telle que l'on a pu élever à 7 mètres au-dessus du sol la colonne d'ascension, sans que le débit ait sensiblement diminué. Elle fournit, par jour, 100 mètres cubes d'eau minérale. Sa température prise au griffon est de 31°. Elle est claire, limpide, tenant en suspension de nombreux flocons blancs constitués par de la *barégine*. Dès qu'elle est mise au contact de l'air, cette eau laisse dégager une grande quantité de bulles d'un gaz qui a été reconnu pour de l'azote. Un litre d'eau de Barzun, à la pression de 760^{mm} et à la température de 15°, contient 26$^{c.c.}$ 093 d'azote.

Son odeur est celle des œufs bouillis. La saveur en est sulfureuse, un peu sucrée, ce qui la rend agréable au goût de certains buveurs. Le bain de Barzun produit sur le corps, surtout chez les personnes à peau fine et délicate, une sensation d'onctuosité délicieuse. Ce phénomène est dû à la grande quantité de barégine que cette eau renferme et peut-être aussi à la forte proportion d'azote qu'elle tient en dissolution. On la boit sans répugnance : elle est facilement digérée et excite même l'appétit chez certaines personnes.

Cette eau est très alcaline et d'une inaltérabilité remarquable. Après une exposition à l'air pendant un jour et demi, dans un vase à large ouverture, à la température de 20°, nous avons constaté qu'elle n'aurait perdu que la moitié de son degré sulfurométrique. Voici l'analyse de cette eau faite par Filhol en 1860.

1,000 grammes d'eau de Barzun renferment :

Iodure de sodium	traces.
Borate et phosphate de soude	traces.
Oxyde de fer	traces.
Barégine	0,0500.
Sulfate de soude	0,0212.
Silicate de magnésie	0,0034.
— de chaux	0,0082.
— de soude	0,1074.
Chlorure de sodium	0,0520.
Sulfure de sodium	0,0291.

L'établissement thermal de Barzun compte aujourd'hui quarante-quatre ans d'existence. Les médecins qui se sont succédé à Barèges pendant cet intervalle ont largement mis à contribution les eaux de cette source. Les observations qu'ils nous ont léguées, ainsi que celles que nous avons recueillies nous-mêmes, nous ont permis de dresser le tableau des affections traitées avec succès à ces thermes. Grâce à ses propriétés anti-catarrhales, hyposthénisantes et toniques, les applications de l'eau de Barzun sont assez nombreuses.

Maladies nerveuses. — L'ataxie locomotrice, certaines myélites se trouvent bien de l'usage de ces eaux. Nous y avons vu s'améliorer deux cas de myélite transverse avec contracture et trépidation. Mais on y traite surtout avec succès les névralgies et les névroses. Nous avons vu souvent des crises atroces de névralgie sciatique ou intercostale réveillées par l'action trop excitante des eaux du grand établissement, disparaître après deux bains pris à Barzun.

Rhumatismes. — Ce sont le rhumatisme musculaire et le rhumatisme articulaire à l'état subaigu, surtout chez les scrofuleux et les herpétiques, qui sont traités à Barzun.

Affections herpétiques. — Nous avons constaté bien des fois combien était puissante l'action de ces eaux sur les affections entretenues par la diathèse herpétique : *acne rosacea, prurigo ani* et *pudendi*, uréthrite et vaginite chroniques, dyspepsies, etc.

Syphilis. — Barèges jouit d'un grand renom pour la cure de la syphilis tertiaire. Si le syphilitique est en même temps herpétique et nerveux, c'est à Barzun qu'il faut l'envoyer.

Affections scrofuleuses. — La cure de la scrofule à forme subaiguë, éréthique, caractérisée par une vive excitation vasculaire ou nerveuse, fait le triomphe de Barzun. Les dermatoses sécrétantes, même à l'état aigu, y sont traitées avec succès. Enfin, les catarrhes des muqueuses vaginale, conjonctivale, uréthrale, oculaire, nasale, les angines, les fistules entretenues par un vice constitutionnel, y trouvent le plus souvent la guérison.

Maladies des voies respiratoires. — L'action de l'eau de

Barzun sur la muqueuse pulmonaire est incontestable : nous lui devons nous-même la guérison d'une bronchite chronique. Malheureusement, le climat de Barèges ne convient guère aux affections du poumon.

Maladies des organes génito-urinaires. — On traite, à Barzun, avec autant de succès qu'à Saint-Sauveur, la métrite chronique, la leucorrhée, l'aménorrhée des jeunes filles. Il en est de même pour l'uréthrite et la vaginite chroniques (surtout si elles sont liées aux diathèses scrofuleuses ou herpétiques), la gravelle, dont nous avons observé deux cas soulagés en peu de temps.

Les *ulcères et les plaies de mauvaise nature* éprouvent promptement de profondes modifications et une tendance marquée vers la cicatrisation.

Si les thermes de Barzun ne sont pas aussi fréquentés que le mériteraient les qualités précieuses de son eau minérale, c'est à leur mauvaise situation topographique qu'il faut l'attribuer. Cet établissement est situé en aval du bourg de Barèges, à cinq ou six cents mètres de toute maison, dans une vallée étroite, ruinée, souvent envahie par le brouillard et sujette à de terribles orages, dans le voisinage immédiat d'un torrent impétueux dont le fracas est assourdissant. Tout cela n'a rien d'attrayant pour le baigneur. Aussi, voyons-nous avec satisfaction une compagnie intelligente, entreprendre la descente à Luz de ces eaux bienfaisantes.

La vallée de Luz est à 550 mètres au-dessous du niveau de Barzun ; la distance qui les sépare est de 5 kilomètres. Cette vallée, incontestablement la plus belle des vallées des Pyrénées centrales, est un des séjours les plus charmants que nous connaissions. A la fois abritée des vents du nord et du vent brûlant d'Espagne, la température y est toujours douce, même en hiver. Enfin, elle est si riche en beautés naturelles de toute sorte, qu'un poète a pu, sans métaphore, l'appeler la *fête des yeux.*

C'est donc à Luz qu'on se propose de conduire la source Barzun. Les ingénieurs hydrologues les plus compétents sont d'accord à reconnaître que la descente de cette source se fera dans des conditions telles, que sa température et sa composition chimique ne seront pas sensiblement modifiées. Il sera facile d'amener dans le même établissement une des sources ferrugineuses qui abondent dans le voisinage de Luz, ainsi que les eaux bitumineuses de Visos, dont les propriétés sont si remarquables. Avec de tels éléments, le succès de l'entreprise est certain : baigneurs et touristes ne peuvent manquer d'accourir aux nouveaux thermes. Nous souhaitons vivement que la réalisation de ce projet soit prompte : nous le souhaitons pour les actionnaires de la Société de Barzun, mais nous le souhaitons surtout pour les malades. Dr J. BÉTOUS,

Médecin-consultant à Barèges.

Le poison de la grenouille.

Nous regardons généralement la grenouille comme un animal assez laid, mais très inoffensif, il paraît qu'il n'en est pas de même en tout pays.

La relation du voyage scientifique de M. Ed. André dans l'Amérique du sud en 1875-76, nous donne de curieux détails sur l'existence à la Nouvelle-Grenade (Colombie), d'une grenouille d'une espèce particulière, de formes un peu grêles, d'un jaune citron vif à la partie supérieure du corps, avec les pattes et l'abdomen noirâtres, appelée *Neaara* par les indiens Chocoès, et leur fournissant, pour empoisonner leurs flèches, un des venins les plus terribles, comparable au fameux curare des sauvages de l'Urénoque.

Dans certaines localités que ces grenouilles affectionnent, elles sont parfois en si grand nombre, qu'on les prendrait pour des citrons tombés d'un arbre. Quand l'Indien veut s'emparer de cet animal, doué d'une prodigieuse vivacité, il se garnit la main de larges feuilles qui le préservent d'un contact dangereux, et saisit sa victime qu'il doit enfermer dans un morceau de bambou pour la transporter à son campement.

Lorsque le feu est bien allumé, la grenouille est saisie avec précaution au moyen d'une fine bagnette de bois pointue, qui lui est passée dans la bouche et à travers les pattes postérieures. On tourne et retourne cette baguette au-dessus des charbons ardents. La peau se boursoufle et éclate bientôt sous l'influence de la chaleur en exsudant un liquide jaunâtre, âcre, dans lequel on trempe immédiatement les flèches qui doivent être empoisonnées.

Lorsque les Chocoès veulent préparer une assez grande quantité de venin, ils réunissent à leur sommet trois cannes de bambou, placées en pied de marmite au-dessus de tisons enflammés. La grenouille est suspendue à une ficelle, et lorsque son corps surchauffé se couvre de l'exsudation du fameux venin, une femme le racle avec un petit couteau et le dépose dans un petit pot de terre où les flèches doivent y être trempées avant sa solidification complète. Mais comme cette solidification s'opère lentement, les hommes portent, en attendant, le précieux petit pot pendu à leur ceinture à côté de leur carquois de bambou.

Le venin de la grenouille du Choco, pris à l'intérieur, ne produirait, paraît-il, d'autre effet qu'une paralysie momentanée, mais la simple piqûre d'un dard qui en est imprégné, tue un oiseau en quatre minutes, un chevreuil en dix, un jaguar adulte en vingt. Le temps même n'altère pas les propriétés de ce venin, auquel on ne connaît pas de contre-poison ; aussi l'Indien qui en est atteint se couche-t-il pour attendre, avec sa résignation ordinaire, une mort qu'il ne peut éviter.

Bœlz racontait cependant que, mordu par un serpent dans ces mêmes forêts du Choco, il avait fait brûler immédiatement de la cire à cacheter sur la plaie, la moitié du mollet avait été détruite, mais le feu avait du même coup enlevé le venin et l'avait sauvé. Nous ne conseillerons cependant à personne l'emploi d'un pareil remède, infaillible nous voulons bien le croire, mais assurément un peu trop sauvage dans son application.

La grenouille du Choco semble appartenir au genre rainette : tête triangulaire ; yeux proéminents, d'un jaune doré ; bouche assez grande, sans dents ; peau lisse, etc...

Les effets foudroyants du poison de grenouille ouvrent une large voie aux expériences des physiologistes, soit pour le comparer à ceux que renferment peut-être, à un degré infinitésimal, nos espèces d'Europe, soit pour l'utiliser au profit de la science qui puise si souvent la vie dans une substance mortelle. (*Journal d'hygiène.*)

Faculté de Médecine.

Institut anatomo-pathologique. — D'après des renseignements qui nous proviennent de différentes sources, et que nous avons tout lieu de croire exacts, voici ce qui se serait passé à la dernière assemblée des professeurs, qui a été tenue le 27 mai 1880. M. le doyen a rendu compte de la visite que les délégués de la Faculté ont faite au ministre de l'instruction publique pour lui présenter le rapport de M. Le Fort, rapport dont nous avons indiqué les conclusions. Le ministre a parfaitment accueilli les professeurs délégués, et il y a tout lieu de croire que le projet de création d'une nouvelle chaire d'anatomie pathologique sera abandonné. L'accord s'est fait sur les points suivants : 1° création d'un institut anatomo-pathologique ; 2° création d'un directeur des travaux anatomo-pathologiques ; 3° assimilation du chef des travaux anatomiques au directeur des travaux anatomo-pathologiques. Reste à élaborer la réglementation des rapports du directeur des travaux avec le professeur d'anatomo-pathologie et les professeurs de clinique. Une Commission, composée de MM. Hardy, Le Fort, Verneuil, Charcot, G. Sée, a été chargée d'étudier cette question.

Concours pour le clinicat des chaires spéciales. — Dans cette même séance, la question de réglementation du concours pour les places de chefs de clinique des chaires spéciales a été discutée. Nous croyons savoir que les professeurs seraient tombés d'accord sur les points suivants :

Clinique des maladies syphilitiques et des maladies des enfants. — Le concours serait à peu près le même que pour les chefs des cliniques ordinaires. La dernière épreuve seulement, serait différente et serait remplacée par une épreuve spéciale, soit aux maladies syphilitiques et cutanées, soit aux maladies des enfants. Les professeurs de ces deux chaires feraient, de droit, partie du jury.

Clinique ophthalmologique. — Le concours pour la place de chef de clinique ophthalmologique comporterait quatre épreuves : deux éliminatoires et deux définitives. Les épreuves éliminatoires comprendraient : 1° une composition écrite sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie externe. Deux heures seraient accordées aux candidats pour cette composition ; 2° examen des titres et écrits spéciaux. — Les épreuves définitives comprendraient : 1° une épreuve orale sur l'optique physiologique ; 2° une épreuve clinique sur deux malades choisis dans le service de la clinique ophthalmologique. — Enfin, le jury se composerait de cinq membres, savoir : le professeur de clinique ophthalmologique ; deux professeurs de pathologie externe et un professeur de clinique chirurgicale désignés par le sort ; le professeur de physiologie ou le professeur de physique désigné par le sort.

Clinique des maladies mentales. — M. Ball aurait demandé que le chef de clinique actuel soit prorogé d'un an dans ses fonctions. Cela a été accordé. Quant au programme et au jury de ce concours, il n'y a rien de décidé.

Inscriptions de juillet 1880. (4° trimestre de l'année scolaire 1879-1880.) — *Examens* : Examens de fin d'année. — Examens de doctorat (ancien régime). — Examens de doctorat (nouveau régime). — Limites des consignations.

1° *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 28 juin et clos le jeudi 22 juillet, terme de rigueur. Passé ce délai, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle, qui ne peut être accordée que pour des motifs graves.

Les élèves qui ont 3 ou 7 inscriptions prendront la 4e ou la 8e inscription du 28 juin au 3 juillet inclusivement, et ils pourront consigner, en même temps, pour l'examen de fin de 1re ou de 2e année, et pour le 1er examen de doctorat (nouveau régime). Les élèves qui ont 11 inscriptions prendront

la 12e du 5 au 10 juillet, et ils pourront consigner, en même temps, pour le 3e examen de fin d'année. Les élèves qui ont plus de 12 inscriptions prendront l'inscription trimestrielle du 12 au 22 juillet.

Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis de 1 heure à 4 heures.

2° *Examens.* — 1° Examens de fin d'année : Les étudiant qui restent placés sous l'ancien régime d'examens subiront les examens de fin d'année dans les conditions ordinaires. Les examens de fin d'année commenceront le jeudi 5 juillet. MM. les étudiants actuellement pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions, et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année réglementaires ou qui ont échoué à ces examens, devront consigner pour ces examens pendant le mois de juin (les vendredis et samedis, de 1 à 4 heures).

2° Premier examen de doctorat (nouveau régime) : Aux termes de l'art. 4 du décret du 20 juin 1878, le 1er examen est subi après la 4e inscription et avant la 5e. Les candidats ajournés à la session de juillet pourront seuls se représenter en novembre. Après la session de novembre, il n'y aura plus d'examen de cette nature jusqu'au mois de juillet 1881. Les consignations pour cet examen seront reçues, savoir : 1° pour les élèves qui ont échoué à cet examen à l'une des dernières sessions, pendant tout le mois de juin, les vendredis et samedis, de 1 heure à 4 heures; 2° pour les autres élèves, du 28 juin jusqu'au 5 juillet.

3° Examens de doctorat (ancien régime). (Limite des consignations.) : Les limites pour les consignations des examens de doctorat (ancien régime) sont ainsi fixées : pour le 3e, jusqu'au 12 juin inclusivement; pour le 4e, jusqu'au 26 juin ; pour le 5e, jusqu'au 17 juillet ; pour les thèses, jusqu'au 24 juillet. Les manuscrits devront être déposés le 31 juillet. Les élèves qui ont échoué à un des examens de réception pourront consigner jusqu'au 12 juin inclusivement. Les étudiants ajournés après le 12 juin ne pourront plus se représenter devant le Jury avant les vacances.

Nota. — Le doyen rappelle que le stage est obligatoire pour la prise de la 9e inscription (doctorat) ou de la 5e (officiat), MM. les étudiants peuvent accomplir ce stage à partir du 1er juillet. A cet effet, ils devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration de l'Assistance publique (3, avenue Victoria).

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — A cause de la session actuelle du Conseil supérieur de l'instruction publique, le cours de pathologie expérimentale et comparée sera suspendu jusqu'à nouvel ordre.

Ecole pratique. — *Exercices opératoires.* Sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. *Septième et dernier cours.* — M. Jalaguier, prosecteur, avec le concours d'aides d'anatomie, fera sa première démonstration le *lundi 7 juin*, à 1 heure (Pavillon n° 7).

Laboratoire de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. — *Conférences d'anatomie pathologique et examen de pièces microscopiques.* — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire, commencera ses conférences le vendredi 4 juin, à 10 h., et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Chaque séance sera consacrée à l'étude histologique d'une pièce provenant du service de M. le professeur Broca et à l'examen microscopique des préparations correspondantes.

Actes de la Faculté de médecine.

Lundi 7. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Houel, Farabeuf — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Guyon, Rendu. — 3e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Lutz, Gariel, Bourgoin. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Ollivier. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Fournier, Guéniot, Monod.

Mardi 8. — 1er *de doctorat.* 1re *série* : MM. Brouardel, Périer, Polaillon — 2e *série* : MM. Ball, Lannelongue, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. B. Anger, M. Sée, Richelot ; — 1re *série* (Examen) : MM. Jaccoud, Bouchard, Humbert; — 2e *série* : MM. Peter, Laboulbène, Berger. — 5e *de Doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Hardy, Delens, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Pinard, Duguet.

Mercredi 9. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Nicaise, Cadiat ; — (Examen) ; MM. Hayem, Houel, Terrillon. — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Guyon, Straus. — 3e *de Doctorat* : MM. Lutz, Gariel, Bourgoin. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Regnauld, G. Bergeron.

Jeudi 10. — 1er *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Ball, Delens, Ch. Richet ; — 2e *série* : MM. Périer, M. Sée, Berger ; — 3e *série* : MM. Panas, Lannelongue, Polaillon. — 2e *de Doctorat.* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, B. Anger, Farabeuf; — (Examen) 1re *série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Richelot ; — 2e *série* : MM. Laboulbène, Bouchard, Humbert; — 4e *de Doctorat* : MM. Lasègue, Brouardel, Lancereaux.

Vendredi 11. — 1er *de Doctorat.* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Nicaise, Cadiat. — 3e *de Doctorat*, 1re *série* : MM. Guyon, Hayem, Dieulafoy ; — 2e *série* : MM. Fournier, Houel, Rendu. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Henninger. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchand.

Samedi 12. — 1er *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Charcot, Lannelongue, Humbert ; — 2e *série* : MM. B. Anger, M. Sée, Ch. Richet ; — 3e *série* : MM. Panas, Delens, Polaillon. — 2e *de Doctorat* : MM. Peter, Bouchard, Richelot. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Jaccoud, Pinard, Berger. — 3e *Officier de santé* (Charité) : ; MM. Lasègue, Périer, Debove.

Thèses. — *Mardi* 8 : 241. M. Galangau : Considérations sur quelques cas de dipsomanie avec alcoolisme consécutif. — 242. M, Frugier : De la xérophthalmie. — *Mercredi* 9 : 243. M. Berthelemy : Recherches sur la variole. — 244. M. Bloch : Contribution à l'étude de la physiologie normale et pathologique des sueurs. — 245. M. Doleris : Essai sur la pathogénie et la thérapeutique des accidents infectieux. — 246. M. Baratgin : Contribution à l'étude de la pleurésie pendant la grossesse. — *Samedi* 12 : 247. M. Castex : Traitement préventif et curatif de la scrofule par les eaux sulfurées sodiques de Bagnères de Luchon. — 248. M. Poirrier : Contribution à l'étude de la maladie d'Addison. — 249. M. Cavare : De l'érysipèle chez les varioleux. — 250. M. Valerian.

Concours d'agrégation (*Sciences, accessoires*).

Ce concours a commencé le mardi 1er juin, à midi.

Jury. — Le Jury est ainsi composé : MM. Gavarret, président ; Sappey, Robin, Wurtz, Baillon, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Gautier, membre de l'Académie de médecine ; Feltz, professeur à la Faculté de Nancy ; Micé, professeur à la Faculté de Bordeaux ; M. Duval, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire. — *Juges suppléants* : MM. Regnauld et Bouis.

Candidats. — La liste des candidats a été arrêtée ainsi qu'il suit : *Académie de Paris : Chimie* : MM. Hanriot, Pouchet, Prunier. — *Anatomie* : MM. Reynier, Rémy. — *Académie de Bordeaux* : *Anatomie*, MM. Viault, Planteau, Testut. — *Pharmacie* : MM. Lacôte, Carles. — *Académie de Lyon : Anatomie et physiologie* : M. Artoing. — *Pharmacie* : MM. Chapuis, Lacôte. — *Histoire naturelle* : M. Magnin. — *Académie de Nancy : Chimie* : M. Garnier.

Le Jury, après l'appel des candidats, a fait procéder au tirage au sort de l'ordre dans lequel les lectures des compositions auront lieu. Cet ordre est le suivant : MM. Chapuis, Garnier, Viault, Rémy, Planteau, Artoing, Testu, Magnin, Pouchet, Hanriot, Carles, Prunier, Lacôte, Reynier.

Séance du 2 juin. — Au commencement de cette séance, qui a été consacrée à la composition écrite, un incident s'est produit. M. Gourvat, qui n'avait pas répondu le premier jour à l'appel de son nom et avait été rayé conformément à l'article 14, de l'arrêté du 16 novembre 1874, dit qu'il n'avait pas été prévenu à temps, sa lettre de convocation n'étant pas affranchie et ayant été refusée par une personne à son service. Le Jury, après avoir demandé aux candidats s'ils admettaient cette explication, déclare que M. Gourvat sera admis à concourir, puisque aucune objection ne se produit.

Le sujet de la composition écrite a été ensuite tiré au sort. Il est le suivant : *les tissus musculaires.*

38. Purgatifs chez les phthisiques. Ferrand.

Dans ses leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire, M. Ferrand conseille, lorsqu'on a besoin de combattre la constipation chez les phthisiques, d'employer le mélange suivant qu'on donne dans une tasse de thé :

Magnésie calcinée.........	2 à 4 grammes.
Manne en larmes.........	30 à 40 —

S'il y a lieu de recourir souvent à ce laxatif, on peut le transformer en y ajoutant un peu de miel, en un électuaire facile à prendre le matin, à la dose d'une grande cuillerée.

Manne en larmes..............	30 grammes.
Magnésie calcinée.............	4 —
Miel blanc....................	30 —

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 21 mai au jeudi 27 mai 1880, les naissances ont été au nombre de 1,091, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 456 ; illégitimes, 137. Total, 593. — *Sexe féminin* : légitimes, 362 ; illégitimes, 136. Total, 498.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 21 mai au jeudi 27 mai les décès ont été au nombre de 1,174, savoir : 621 hommes et 553 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 34. F. 17. T. 51. — Variole : M. 32. F. 35. T. 67. — Rougeole : M. 16. F. 16. T. 32. — Scarlatine : M. 5. F. 8. T. 13. — Coqueluche : M. 5. F. 7. T. 12. — Diphthérie. Croup : M. 29. F. 16. T. 45. — Dysentérie : M. ». F. ». T. ». — Erysipèle : M. 3. F. 6. T. 9. — Affections puerpérales : F. 16. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 102. F. 73. T. 175. — Autres tuberculoses : M. 41. F. 30. T. 71. — Autres affections générales : M. 57. F. 81. T. 138. — Bronchite aiguë : M. 25. F. 13. T. 38. — Pneumonie : M. 42. F. 45. T. 87. — Diarrhée infantile et athrepsie : M.

45. F. 52. T. 97. — Autres maladies locales ; aiguës : M. 31. F. 28. T. 59 ; — chroniques : M. 88. F. 79. T. 167 ; — douteuses : M. 29. F. 22. T. 51. — Après traumatismes : M. 1. — Morts violentes : M. 34. F. 5. T. 39. — Causes non classées : M. 2. F. 2. T. 4.

Morts nés et prétendus tels : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 15. Total, 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 6. Total, 33.

Ecole de médecine de Marseille. — Par arrêté en date du 18 mai 1880, M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts a décidé qu'un concours s'ouvrirait le 1er décembre prochain, pour un emploi de suppléant des chaires des sciences naturelles à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine de Paris, — MM. les professeurs Baillon, Duval, Robin et Sappey, membres du jury de l'agrégation des sciences anatomiques, physiques, naturelles ont été autorisés à se faire suppléer pour les examens de la Faculté, à dater du 1er juin et pendant toute la durée du concours, par MM. Lutz, M. Sée, Périer et Polaillon, agrégés libres.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le Ministre de l'Intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du Ve arrondissement que le dimanche 13 juin 1880, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Herborisations. — M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation, le dimanche, 6 juin 1880, dans les bois de Fosses-Reposes et au Butard. — Rendez-vous à Versailles, à l'arrivée du train partant de Paris (gare Saint-Lazare), à onze heures et demie.

M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation, dans la forêt de Montmorency, le dimanche 6 juin 1880. Départ, à la gare du Nord, par le train de 8 heures 55.

Excursions géologiques. — M. Hébert, professeur, fera dimanche prochain, 6 juin, une excursion géologique à Vanves, Meudon et Bellevue. En cas d'absence, il sera remplacé par M. Munier-Chalmas. — Rendez-vous à la porte de Versailles (fortifications), à 9 heures précises.

M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Mésum d'histoire naturelle, fera dimanche prochain, 6 juin, une excursion géologique à Rosny, Nogent, Champigny. — Réunion à la gare de l'Est où l'on prendra le train pour Rosny, à 10 heures 40 du matin.

Libéralité professionnelle. — M. le professeur Rizzoli (de Bologne), vient d'offrir à cette ville la somme de 1,250,000 fr., afin de fonder un *Institut orthopédique*. La villa de San Michele in Bosco, à deux kilomètres de la ville de Bologne, a été choisie pour l'établissement de l'Institut : elle a été achetée au prix de 550,000 fr., les frais de réparations ont été évalués à 100,000 fr, et les premiers frais d'installation à 600,000 fr. soit 1,250,000 fr. La population de Bologne a déjà publiquement exprimé sa reconnaissance à M. le professeur Rizzoli.

Nécrologie. — M. le Dr Vérignon vient de mourir à Hyères où il exerçait depuis près d'un demi siècle. — M. le Dr Dumas qui jouissait d'une juste popularité, acquise par un dévouement de tous les instants, dans le village de Ségur (Corrèze), vient d'être assassiné. — On annonce la mort du Dr Gyvoct, médecin de l'hôpital de Belley. — M. le Dr Michel, médecin de colonisation, vient de succomber à Blad-Guitoun, aux suites d'une maladie contractée dans l'exercice de son pénible ministère. — M. le Dr Edwin Gysi (de Berne) est mort à l'hôpital Saint-Louis des suites d'une variole confluente. Il était venu à Paris il y a deux mois pour compléter ses études et n'était âgé que de 25 ans.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — *Chirurgie.* Service de M. le Dr Péan. — Consultations lundi, mercredi, vendredi à 9 heures. Jeudi : opérations, anesthésie au protoxyde d'azote. — Samedi, clinique. — Salle Saint-Augustin (H.) ; 4, écrasement de la main ; 10, kyste de la cuisse ; 72, ancienne fracture du crâne, trépanation ; 75, luxation du coude en avant. — Salle Sainte-Marthe (H.) ; 6, ostéomyélite de l'humérus ; 12, cancer du larynx, trachéotomie ; 16, fistules urinaires hypogastriques et scrotales ; 28, extrophie de la vessie ; 34, luxation du coude.

Médecine. Service de M. le Dr Besnier. — Consultations tous les lundis à 9 heures. Clinique le mercredi à 9 heures. — Salle Saint-Léon (H.) ; 21, lupus et syphilis ; 23, lèpre ; 40, psoriasis syphiliforme ; 46, syphilides en corymbe. — Salle Saint-Thomas (F.) ; 46, eczéma du sein ; 52, gommes syphilitiques ; 67, lupus érythémateux ; 71, psoriasis.

Service de M. le Dr Hillairet. — Consultation tous les mardis à 9 h. — Clinique le jeudi à 9 heures et demie. — Salle Saint-Louis (H.) ; 1, cancroïde au nez ; 2, kérodermie de la paume des mains et de la plante des pieds ; 15, gommes de la lèvre supérieure et du palais, perforation de la voûte palatine ; 62, pemphigus.

Service de M. le Dr Guibout. — Consultation tous les vendredis à 9 h. Clinique le samedi à 9 heures. Spéculum tous les lundis. — Salle Saint-Charles (H.) ; 9, psoriasis généralisé ; 14, eczéma de la face ; 17, syphilides papulo-squameuses ; 21, icthyose. — Salle Henri IV (F.) ; 56, syphilides ulcéreuses ; 59, plaques muqueuses ; 63, syphilides érosives ; 69, lupus érythémateux.

Service de M. le professeur Fournier. — Consultation tous les samedis à 9 heures. Leçons cliniques les mardi et vendredi à 9 heures. — Salle Saint-Louis (H.) ; 19, syphilis uréthrale ; 23, lupus érythémateux du cou ; 28, syphilis médullaire, amyotrophie ; 34, alopécie syphilitique ; 40, lymphangite gangréneuse ; 58, glossite syphilitique. — Salle Saint-Thomas (F.) ; 3, gommes de la joue ; 9, syphilis cérébrale ; 11, gommes du voile du palais ; 33, érythème papuleux, herpès de la vulve. — Salle Henri IV (F.) ; 3, cancroïde serpigineux ; 26, syphilides papulo-tuberculeuses ; 5, psoriasis guttata.

Service de M. le Dr Lailler. — Consultations tous les mercredis à 9 h. — Salle Saint-Mathieu (H.) ; 21, lichen ; 30, favus ; 40, cancroïde du nez ; 41, eczéma subaigu de la face. — Salle Sainte-Foy (F.) ; 4, chancre induré de la lèvre supérieure ; 8, syphilides ulcéreuses de la face ; 21, syphilis, asphyxie des extrémités ; 22, pelade décalvante ; 24, prurigo chronique.

Service de M. le Dr Vidal. — Consultations tous les jeudis à 9 heures. Clinique le lundi à 9 heures. — Salle Saint-Jean (F.) ; 2, lupus vorax, 14, psoriasis guttata ; 17, lupus tuberculeux. — Salle Saint-Jean (H.) ; 20, pityriasis rubra ; 34, prurigo ferox ; 37, onychomycose ; 40, pellagre. — Salle Sainte-Marthe (F.) ; 37, scapulalgie ; 40, sarcome du maxillaire inférieur ; 43, tumeur blanche tibio-tarsienne ; 46, écrasement de la jambe et du pied ; 47, cancer du sein ; 49, fistule recto-vaginale.

Service de M. le Dr Le Dentu. — Consultations mardi, jeudi, samedi à 9 heures. Opérations le mercredi. — Salle Saint-Augustin (H.) ; 15, fracture de la clavicule ; 17, abcès par congestion ; 19, phlegmon de la main ; 60, double luxation du genou, troubles trophiques consécutifs ; 61, testicule syphilitique. — Salle Sainte-Marthe (F.) ; 56, kyste dermocèle de l'ovaire ; 58, fracture du col du fémur ; 64, thyroïdite chronique ; 62, fracture de la rotule.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. Mesnet. — Salle Saint-Hilaire : 5, rougeole ; 8, néphrite interstitielle ; 9, fièvre typhoïde ; 10, érysipèle de la face, pneumonie ; 13, ulcère de l'estomac ; 16, ramollissement cérébral ; 19, ataxie locomotrice progressive ; 24, névralgie sciatique double ; 31, néphrite parenchymateuse ; 32, paralysie radiale *a frigore* ; 36, ancienne plaie du crâne, hémiplégie, convulsions ; 39, pneumonie alcoolique ; 42, scarlatine. — Salle Sainte-Cécile : 3, ulcère de l'estomac ; 6, insuffisance mitrale ; 9, rougeole ; 14, ramollissement cérébral ; 15, rechute de fièvre typhoïde, abcès du sein ; 18, hystérie ; 20, kyste dermoïde de l'ovaire ; 22, syphilis grave.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. — Conférences de thérapeutique le jeudi, à 10 heures. — Salle Saint-Lazare : 2, zona intercostal et brachial ;

5, pneumonie caséeuse; 9, anévrysme de l'aorte, électropuncture; 13, arthralgie et paralysie saturnine; 14, paralysie labio-glosso-laryngée; 18, pleuro-pneumonie; 22, tuberculose alcoolique, phlegmatia alba dolens; 23, 26, lésions mitrales. — Salle Sainte-Marie (crèche): 4, 6, 9, 10, rougeole; 9, corps fibreux de l'utérus; 13, 15, coqueluche; 14, endo-péricardite; 5, fièvre typhoïde, péritonite sans perforation. — Salle Sainte-Agathe: 1, 20, hystérie, vomissements incoercibles; 6, pleuro-pneumonie; 7, granulie; 10, anémie pernicieuse; 13, ulcère simple de l'estomac; 15, cancer de l'estomac; 16, rhumatisme noueux.

Service de M. Hayem. — Salle Saint-Louis: 4, fièvre typhoïde; 5, lithiase biliaire; 7, bronchite aiguë, congestion pulmonaire; 11 bis, épilepsie; 12, hydarthrose; 14, diabète sucré; 19, néphrite interstitielle; 20, fièvre typhoïde, myocardite; 22, érysipèle de la face; 30, tuberculose, rougeole; 35, insuffisance mitrale. — Salle Sainte-Thérèse: 3, péritonite chronique; 4, chlorose; 6, rougeole; 7, métrite ulcéreuse du col; 12, kyste de l'ovaire; 15, névralgie sciatique; 19, érysipèle, péricardite; 20, rhumatisme articulaire subaigu.

Service de M. Cornil. — Conférences d'anatomie pathologique le lundi et le vendredi, à 10 heures. — Salle Saint-Antoine: 1, 6, gastrite ulcéreuse; 8, 11, pneumonie typhoïde; 12, mal de Brigth aigu; 20, péritonite, suite de fièvre typhoïde; 30, fièvre typhoïde, hoquet continuel, vomissements; 34, cancer de l'S iliaque. — Salle Sainte-Adélaïde: 1, 4, mal de Brigth; 6, thromboses multiples; 20, chorée hystérique; 24, empoisonnement par l'arsenic.

Service de M. Duguet. — Salle Saint-Augxstin: 1, tuberculose, ictère; 5, pneumonie franche; 9, eczéma généralisé; 16, cancer de l'estomac; 29, kyste hydatique du foie; 30, pleurésie purulente; 34, cancroïde rectal; 39, insuffisance mitrale et aortique; 42, goutte saturnine; 54, mal de Pott. — Salle Sainte-Geneviève: 1, carcinome de la vésicule biliaire; 5, scarlatine; 10, cysto-sarcome de l'ovaire; 15, insuffisance mitrale, hystérie, arthritisme, maladie de Parkinson; 19, angine diphthérique; 21, pleurésie franche.

Service de M. D'Heilly. — Salle Saint-Etienne: 8, vaccine généralisée; 10, rougeole, scarlatine; 11, rhumatisme articulaire aigu généralisé; 19, étranglement interne; 20, hémoptysie; 21, ataxie locomotrice progressive; 29, varicocèle tuberculeux. — Pavillon Lorain: 1, rhumatisme chronique; 17, cancer du foie; 19, bronchite capillaire; 20, fibrome utérin.

Service de M. Joffroy. — Pavillons de variole: I et II (hommes) III et IV (femmes).

Service de M. B. Anger. — Salle Saint-Barnabé: 3, brûlure du pied et de la jambe; 4, fracture de l'avant-bras; 7, abcès de la cuisse; 11, coxalgie; 12, cancer des lèvres; 15, fracture compliquée de l'humérus; 19, fissure anale; 25, hypertrophie congénitale du pied; 32, infiltration d'urine; 43, arthrite purulente de l'épaule; 47, phlegmon ischio-rectal; 48, fistule anale; 54, écrasement des deux jambes, infection purulente; 58, tuberculose génitale; 62, arrachement des doigts. — Salle Sainte-Marthe: 4, phlegmon de la main; 2, coxalgie hystérique; 7, abcès froid des lombes, phlegmatia alba dolens; 8, érysipèle de la face, delirium tremens; 11, arthrite blennorrhagique du coude; 13, 15, phlegmon diffus; 16, cancer du sein, phlegmatia alba dolens.

Service de M. Périer. — Salle Saint-Christophe: 1, plaie de tête, encéphalite; 2, arthrite blennorrhagique; 3, entorse du genou; 6, phlegmon diffus du bras, érysipèle; 8, fracture bi-malléolaire; 9, scapulalgie; 16, plaie contuse de la jambe; 20, plaie de la tête, érysipèle; 25, nécrose du fémur, trépanation; 29, 34, fracture de la clavicule; 31, tuberculose testiculaire; 32, carie du bassin; 35, fracture bi-malléolaire et articulaire; 39, infiltration d'urine; 41, fistule anale; 43, phlegmon de la main et de l'avant-bras. — Salle Sainte-Marguerite: 2, abcès par congestion; 4, 11, épithélioma de l'utérus; 6, 13, abcès du sein; 7, tubercule sous-cutané douloureux, opéré; 10, nécrose du fémur, trépanation; 14, arthrite blennorrhagique du genou; 15, brûlures au 3e degré; 16, arthralgie hystérique; 17, fracture de jambe compliquée; 20, cancer du sein opéré, pansement de Lister, réunion par première intention.

CERF ET FILS, IMP. 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant: BOURNEVILLE.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan. par le Dr C. Miot, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix: 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

8e ANNÉE. — N° 24. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 12 JUIN 1880.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Considérations sur le caractère nosologique qu'il convient d'attribuer au rhumatisme articulaire aigu ou fièvre arthritique ;

Par **MAX. DURAND-FARDEL.**

Le rhumatisme articulaire aigu représente en pathologie une espèce morbide toute particulière. Est-ce une fièvre? Est-ce une inflammation? C'est une affection spéciale, dit M. E. Besnier, pas plus inflammation que pyrexie (1). L'une et l'autre attribution pourrait être soutenue, au moins d'une façon spécieuse. Il y a des éléments inflammatoires incontestables dans l'évolution de la maladie : mais il y a aussi une fièvre, qui est loin de se trouver subordonnée à ces derniers.

D'un autre côté, est-ce bien là une affection rhumatismale, dans le sens qu'il peut convenir d'attacher à une semblable dénomination? Il ne paraît pas facile, au premier coup d'œil, de saisir le lien qui attribue une commune désignation, et par conséquent suppose une même origine, à des actes pathologiques aussi divers que le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme abarticulaire, c'est-à-dire musculaire, nerveux et viscéral, l'arthrite subaiguë et chronique simple, l'arthrite noueuse et le rhumatisme d'Heberden, enfin le rhumatisme secondaire ou blennorrhagique.

On peut penser, il est vrai, que ce n'est pas aux actes pathologiques tout faits qu'il faut s'adresser pour en déterminer la nature, ou l'origine véritable. Une telle observation a été justement adressée aux résultats de l'anatomie pathologique. Mais, jusqu'où faut-il remonter en pathologie pour discerner la nature des choses?

Il est certain que le mot *rhumatisme*, sous lequel on voit se confondre tant d'états d'apparence dissemblable, est luimême un modèle de confusion. Un mot doit toujours représenter une idée. Or, il est impossible de revêtir d'une expression quelconque l'idée du rhumatisme, tel qu'il est constitué dans les nosologies contemporaines. Le mot arthritis, sous lequel des pathologistes autorisés ont englobé la goutte et le rhumatisme, est encore venu ajouter à la confusion. Il y a donc là une grosse source de difficultés, que je n'ai pas la prétention de résoudre, mais sur laquelle je voudrais appeler l'attention, par ce qu'on se borne généralement à l'esquiver et à passer à côté, plutôt que de l'envisager franchement.

Il y aurait une chose très simple à faire, ce serait de supprimer le mot de rhumatisme « cette expression banale, disent MM. Littré et Robin, que l'on applique à une foule de douleurs (il faut ajouter : une foule d'états morbides), qui diffèrent essentiellement quant à leur siége et à leur nature. — Ce ne serait pas seulement le parti le plus simple; ce serait peut-être le plus sage.

Mais il est encore plus difficile de supprimer un mot qu'une idée. Le mot rhumatisme existe ; il faut lui trouver une application. Ce qu'il importe surtout, c'est que cette application serve à désigner un ensemble de faits connexes, et ne se trouve pas attribuée à un ensemble de faits absolument disparates.

Le premier point que j'examinerai est relatif à la nature, ou pour mieux dire, car nous sommes encore bien loin de pouvoir saisir la *nature* des maladies, au caractère nosologique du rhumatisme articulaire aigu, fièvre ou inflammation, ou ni fièvre, ni inflammation.

Le rhumatisme articulaire aigu est une affection fébrile anémiante, avec déterminations articulaires et cardiaques.

Les déterminations articulaires peuvent être restreintes, en particulier dans les formes mono-articulaires ; la fièvre peut être faible ; l'anémie peut être peu prononcée ; les déterminations cardiaques peuvent être imperceptibles. Cependant, on ne peut nier que l'ensemble de ces caractères ne soit propre à marquer la maladie et à la distinguer de toute autre.

Je ne reproduirai point la description du rhumatisme articulaire aigu. Cette description, toute difficile qu'elle soit, se retrouve partout ; elle a été souvent tracée de main de maître. La maladie elle-même est assez fréquente pour avoir passé maintes fois sous tous les yeux. Je m'arrêterai seulement sur certains points de son histoire.

Le début de la maladie n'est généralement pas soudain, ou rapide, comme dans les phlegmasies. Il est habituellement précédé d'une période prodromique vague, et qui n'offre guère de signification que si des attaques antérieures ont pu fournir à ce sujet des indications spéciales. Mais la fièvre ne devance pas, ou que de très peu, les déterminations articulaires. Celles-ci offrent les caractères bien connus de l'arthrite aiguë, avec la physionomie spéciale qui lui appartient en pareil cas.

La durée de la maladie est variable, ainsi que son intensité. Mais l'évolution en est très irrégulière, ainsi que la courbe qui représenterait ses alternatives d'exacerbation et de rémission (incomplète). Or, il est à remarquer que la fièvre et les signes d'arthrite, douleur et tuméfaction des articles, subissent ordinairement ensemble les mêmes alternatives, comme si elles reconnaissaient une dépendance mutuelle, c'est-à-dire que l'on dût rattacher la fièvre aux exacerbations de l'arthrite, ou celle-ci aux redoublements de la fièvre. Une des particularités de cette dernière est son caractère sudoral continu, sans que la sueur entraine aucun phénomène de résolution.

Mais le caractère dominant de cette fièvre est l'anémie qui, dès ses premières périodes, apparait à un degré quelconque, l'anémie globulaire, indépendante du mode de traitement, ainsi que de l'intensité et de la durée de la maladie. Il n'est point d'autre affection qui nous offre une semblable particularité. La fièvre typhoïde la plus longue et la plus dépressive laisse après elle un amoindrissement de l'activité nerveuse, dont les conséquences peuvent se prolonger très loin, mais pas d'autre anémie que l'anémie inséparable d'une longue maladie. L'anémie du rhumatisme articulaire aigu ne ressemble pas à l'anémie passagère des pertes sanguines : elle est durable, résistante à la thérapeutique, et peut laisser des traces ineffaçables.

L'existence d'arthrites véritables a été longtemps méconnue. La mobilité des fluxions articulaires, la facilité avec laquelle les articulations recouvrent leur intégrité apparente, l'examen superficiel des surfaces articulaires après la mort, avaient donné le change à ce sujet. Il est vrai que la suppuration est très rare et peut être regardée comme indépendante de la marche régulière de la maladie, que les épanchements intra-articulaires ne diffèrent souvent que peu des sécrétions normales de la synoviale, que, dans la règle, les altérations de tissu n'atteignent pas un degré incompatible avec une complète résolution. Mais il paraît certain que l'on a généralement affaire, non-seulement à une véritable synovite, avec congestion, épaississement, infiltration, épanchement chargé d'éléments cellu-

(1) E. Besnier. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, article *Rhumatisme*.

laires et de caillots fibrineux, provenant du dédoublement de la plasmine épanchée, mais encore à des altérations profondes des cartilages et même des tissus osseux, visibles à l'œil nu ou seulement au microscope. Ces altérations ne disparaissent qu'un temps plus ou moins long après la cessation apparente de la maladie. Elles peuvent encore persister et laisser des traces définitives, soit passives en quelque sorte, soit actives, c'est-à-dire aptes à subir une évolution ultérieure, graduelle et insensible, ou par suite de rechutes ou bien de récidives.

Ce que des investigations récentes nous ont appris sur ce sujet ne change pas grand'chose au caractère assigné jusqu'alors à ces sortes d'arthrites. Pour se trouver constituées par des altérations mieux définies, il n'en reste pas moins que les lésions articulaires sont, par leur apparence, par leur peu de profondeur et leur faible ténacité, disproportionnées avec l'intensité, la durée et le caractère de l'affection fébrile.

Le cœur tient dans l'histoire pathologique de cette affection un rôle dont l'importance ne cède guère à celle qui revient au système articulaire. Les déterminations cardiaques peuvent, il est vrai, faire défaut dans le rhumatisme articulaire aigu: mais il n'est guère d'état pathologique complexe qui ne puisse présenter quelques irrégularités, et se montre toujours au complet. Elles peuvent échapper par le faible degré qu'elles atteignent, ou masquées par les difficultés de l'observation. Mais il paraît incontestable que la péricardite ou l'endocardite, ou mieux la cardite, suivant l'expression de M. E. Besnier, font partie intégrante du cycle pathologique du rhumatisme articulaire aigu. Il faut ajouter la tendance à la propagation de la cardite à l'ensemble du système vasculaire (1).

Si ce n'est leur réalisation constante, du moins la tendance absolue aux déterminations cardiaques, superficielles et fugaces, ou profondes, mortelles ou définitives, est donc un caractère du rhumatisme articulaire aigu. Ce qui imprime un caractère particulier à ces déterminations, c'est peut-être moins encore leur fréquence absolue que la rapidité de leur apparition, contemporaine, ou à bien peu de choses près, du début de la maladie, c'est-à-dire des déterminations articulaires.

La fièvre, l'arthrite et la cardite, voilà les trois éléments que nous pouvons saisir dans le rhumatisme articulaire aigu, et dont la réunion permet de le caractériser, aussi bien que les circonstances spéciales à l'évolution de chacun d'eux.

Quant aux autres circonstances de l'évolution pathologique du rhumatisme articulaire aigu, y compris ce que l'on désigne à tort du nom de *rhumatisme cérébral*, ce ne sont que des accidents de la maladie. L'organisme ne saurait être en proie à un ensemble d'actes morbides aussi complexes, sans que des éclats ne doivent en rejaillir de côté ou d'autre. Quelle que puisse être la fréquence relative des accidents cérébraux dans le rhumatisme articulaire aigu, et quelle que soit leur importance pronostique, ils ne constituent pas plus un rhumatisme cérébral que les accidents de l'appareil respiratoire un rhumatisme pulmonaire ou pleural; pas plus que ne constituait un *rhumatisme intestinal* la dysenterie que Stoll appelait ainsi, l'ayant vue accompagner la fièvre rhumatismale, sans doute sous l'influence de constitutions particulières, car une semblable rencontre ne s'observe plus guère. M. Leudet a montré du reste que, si l'on fait la part des lésions du cœur et des lésions des reins, ainsi que de l'alcoolisme, dans l'étiologie des accidents cérébraux survenant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, il ne restera au compte du rhumatisme lui-même qu'un nombre de cas assez restreint.

Il ne suffit pas, pour déterminer le véritable caractère du rhumatisme articulaire aigu, d'en étudier l'évolution propre. Il est nécessaire de s'adresser encore aux périodes qui l'ont précédé et à celles qui le suivent, et qui comprennent d'une part l'étiologie, et de l'autre les conséquences de la maladie. C'est même là en réalité le sujet le plus important de la présente étude.

Le rhumatisme articulaire aigu n'est jamais épidémique, et ne paraît qu'à un faible degré sous l'influence de constitutions particulières. Les saisons ne paraissent pas avoir une action très marquée sur son apparition. Présentant une certaine prédominance dans le sexe masculin, il est assez rare dans l'enfance, dans la vieillesse surtout : c'est, non exclusivement, mais très formellement une maladie de l'âge adulte. On ne saurait dire que les conditions sociales et hygiéniques générales exercent une grande influence sur sa production. Voici donc toute une série de circonstances qui restent muettes au sujet de l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu. (*A suivre.*)

(1) Besnier. — *Loco citato.*

PATHOLOGIE INTERNE

Faits pour servir à l'histoire des contractures (1);

Par **E. BRISSAUD** et **Ch. RICHET.**

IV. — De l'excitabilité du muscle contracturé et des effets de l'anémie totale sur la contracture.

Il serait très important de savoir quelle est exactement l'excitabilité du muscle contracturé. Cependant, ce point particulier n'a guère été étudié jusqu'ici par les divers observateurs.

Pour apprécier avec plus de précision le degré d'excitabilité du muscle, nous avons profité de l'état anesthésique des malades soumises à notre examen. Nous avons pu enfoncer dans le biceps deux aiguilles d'acier extrêmement minces. Cette opération, naturellement non douloureuse, n'offre aucun danger et ne fait même pas couler une seule goutte de sang. Si on fait passer des courants d'induction par l'une ou l'autre des deux aiguilles, aussitôt le muscle se contracte.

C'est là un procédé extrêmement sensible pour apprécier l'excitabilité du muscle à l'électricité. Ainsi, en prenant pour courant de pile deux très forts éléments Daniell, en faisant passer le courant par une bobine de Dubois-Reymond, avec des interruptions de fréquence constante, nous avons vu qu'il fallait que la bobine graduée fût au nº 11 pour que le courant nous fût sensible à la main. Au nº 17, il n'était plus sensible à la langue, et, cependant, au nº 21 on constatait encore des frémissements fibrillaires très légers dans le biceps de la malade, lorsque les courants induits passaient par les deux aiguilles d'acier implantées dans le muscle.

En provoquant alors la contracture du biceps, nous avons retrouvé la même excitabilité pour le muscle. (Chez Witt..., au nº 21 de la bobine).

La malade ayant été endormie par la fixation du regard, son muscle avait la même excitabilité (contrairement à nos prévisions). La contracture, provoquée de nouveau, et la catalepsie, ne modifièrent pas non plus d'une manière sensible l'excitabilité du muscle.

La même expérience faite sur Witt..., en plaçant les deux aiguilles dans le long supinateur, nous donna le même résultat. Il en est de même pour une expérience analogue faite le lendemain sur El... (biceps brachial et long supinateur).

On peut donc conclure de ces faits que l'excitabilité du muscle reste à peu de chose près la même, soit pendant le somnambulisme provoqué, soit pendant l'état de veille, qu'il y ait contracture, catalepsie ou relâchement. Il est aussi très intéressant de savoir comment le muscle contracturé se comporte lorsqu'il est anémié.

On sait depuis Sténon, Swammerdamm et d'autres auteurs, que le muscle privé de sang perd sa contractilité assez rapidement. Longet, qui a fait sur ce point des recherches très précises (2), admet qu'au bout d'un quart d'heure, les mouvements volontaires sont paralysés,

(1) Voir le nº 19 et 23.
(2) *Traité de physiologie*, 3ᵉ édit., t. II, p. 572.

tandis que l'irritabilité musculaire persiste deux heures un quart.

Or, il est un moyen très simple d'anémier un membre; c'est d'appliquer, depuis l'extrémité de ce membre jusque à sa racine, la bande de caoutchouc, dite d'Esmarch; et ce procédé employé journellement en chirurgie, permet de priver de sang tout le membre ainsi comprimé.

En appliquant la bande de caoutchouc autour d'un membre contracturé, nous avons vu la contracture disparaître en cinq, six, au maximum huit minutes. Nos expériences sur ce point sont assez nombreuses et très concordantes. Cependant, à ce moment, les mouvements volontaires sont encore possibles, et l'excitabilité du muscle à l'électricité n'a pas changé.

Ce fait se produit aussi sur les malades qui sont somnambules et qu'on a endormies par la fixation d'un objet brillant (Braidisme). Dans tous les cas observés par nous, cinq à huit minutes après l'application de la bande, la contracture a cessé, et, dès lors, elle ne peut plus être provoquée de nouveau par la malaxation ou la contraction forte du muscle.

Il y a donc pour ainsi dire trois périodes dans ces changements de l'irritabilité du muscle. D'abord l'irritabilité à la contracture qui disparaît cinq à dix minutes après l'anémie totale du muscle: en second lieu, l'irritabilité du muscle aux incitations volontaires, qui disparaît — d'après Longet — 15 à 25 minutes après l'anémie totale; troisièmement enfin, l'irritabilité du muscle à l'électricité (irritabilité du muscle proprement dite) qui ne disparaît complétement qu'au bout de 2 heures.

Si le muscle, d'abord contracturé, puis anémié, est ensuite rendu à la circulation générale, ce qui, naturellement, a lieu dès qu'on enlève la bande qui comprimait le membre, on voit aussitôt la contracture se produire de nouveau avec autant, sinon plus de force qu'auparavant.

Cette expérience très simple est importante parce qu'elle nous montre bien quelle est la nature réelle de ces contractures toniques.

De même que le tonus musculaire normal est une action réflexe qui, *partant du muscle*, va par les nerfs centripètes à la moelle et revient aux muscles par les nerfs moteurs centrifuges, de même, la contracture tonique n'est autre qu'une contracture réflexe. Le point de départ de cette contracture a été la contraction ou la tension du muscle, les nerfs centripètes ont excité la moelle qui, par l'intermédiaire des nerfs centrifuges, a envoyé aux muscles l'ordre de se contracturer. Qu'importe alors que le muscle ait répondu ou non à cette excitation? S'il a été anémié, il a perdu rapidement l'aptitude à la contracture. Mais dès que le sang y reviendra, l'aptitude à la contracture revenant en même temps, et l'ordre parti de la moelle n'ayant pas été modifié, il est clair que la contracture doit reparaître. On peut, jusqu'à un certain point, comparer ce phénomène à ce qui se passerait dans le récepteur du télégraphe de Morse, si la bande du papier où s'inscrit la dépêche venait à être interrompue pendant que la dépêche continue à être envoyée. Pendant cet intervalle de temps, il n'y aurait aucune dépêche de transmise: cependant, l'appareil continuerait à fonctionner, et il suffirait de remettre la bande de papier pour assister de nouveau à l'inscription de la dépêche.

On peut appeler cette contracture *contracture latente*. Quelle que soit l'apparence paradoxale de cette expression, nous pensons qu'elle indique assez exactement ce fait que le muscle était fortement excité par le nerf moteur et la moelle, et que, s'il ne répondait pas par une contracture à cette excitation, c'est qu'étant privé de sang, il ne pouvait plus se contracturer. On peut donc dire que ce muscle anémié et ne répondant pas à l'excitation névro-médullaire, était en état de *contracture latente*.

Cette contracture latente peut encore se manifester d'une autre manière. On sait que, lorsqu'une hystéro-épileptique est en état de somnambulisme, le moindre attouchement d'un de ces muscles provoque immédiatement une très forte contracture de ce muscle. Si, lorsque le muscle est relâché, le membre étant dans l'état normal, on applique la bande de caoutchouc, au bout de cinq à huit minutes, l'attouchement du muscle ne provoquera plus de contracture, et cet éta que M. Charcot a bien appelé hyperexcitabilité musculaire aura tout à fait cessé. Cependant, cette palpation du muscle, en apparence inefficace, suivant la voie ordinaire, remontera par les nerfs centripètes, à l'état d'excitant à la contracture, jusqu'à la moelle épinière; et il y aura dès lors une véritable *contracture latente* du muscle malaxé. En effet, dès qu'on enlève la bande, la contracture des muscles excités, mais incapables de répondre par suite de leur état anémique, reprendra avec toute sa force.

Ces faits nous permettent de conclure que, bien que l'application de la bande en caoutchouc fasse cesser les contractures hystériques, ce procédé ne doit pas être considéré comme amenant la guérison. Tout au plus sera-t-il d'une certaine utilité pour le diagnostic de la nature d'une contracture. En tout cas, l'existence de cette contracture latente est une démonstration assez élégante de la nature réflexe de la contracture tonique.

Par l'application de l'aimant, on arrive à des résultats qui, quoique prévus (grâce aux expériences de M. Charcot) n'en sont pas moins assez intéressants. Ainsi, si on applique l'aimant à un membre en état de contracture tonique, le bras droit par exemple, au bout de quelques minutes, ce bras se relâche et le bras gauche se contracture. Après ce transfert, il y aura des oscillations de sorte que la contracture passera assez rapidement d'un membre à l'autre pendant quelque temps. Il faut noter que la contracture ainsi transférée gagnera en intensité, de telle sorte, qu'après quelques oscillations, elle sera bien plus intense qu'au début de l'expérience.

Or, le membre anémié et en état de contracture latente, présente les mêmes phénomènes; et on voit la contracture latente du bras droit transférée par l'application de l'aimant au bras gauche. Ce fait est assez important pour la théorie des actions magnétiques, car, puisque la circulation dans le membre ligaturé et soumis à l'aimant, n'existe plus, il est évident que l'action de l'aimant porte sur les nerfs et non sur les organes de la circulation locale.

Nous avons aussi constaté un fait assez imprévu. Lorsque la contracture latente du bras droit (par exemple) transférée au bras gauche par l'application de l'aimant revenait ensuite dans sa première oscillation au bras droit anémié, elle n'était pas latente, mais malgré l'anémie du muscle, ligaturé depuis dix ou douze minutes, elle était encore, quoique assez faible, manifeste sur ce bras. Cela tient sans doute à ce que, par le transfert et les oscillations, la contracture devient de plus en plus forte, et qu'alors, au lieu d'une excitation faible comme au début, l'excitation à la contracture devient une excitation très forte.

Pour préciser les idées, nous donnons ici le résumé d'une de nos expériences.

Witt... est endormie par la fixation du regard; on plante deux fines aiguilles dans son biceps brachial droit à 17° de la bobine Dubois-Reymond. La contraction du biceps est forte; à 21° on la perçoit encore quoiqu'elle soit très faible; on contracture le biceps brachial; à 21° le muscle est encore excitable très faiblement. Il en est de même dans l'état cataleptique. L'application de la bande de caoutchouc fait cesser la catalepsie en cinq minutes. Au bout de sept minutes, la contracture ne peut plus se produire; cependant, à 21°, le muscle est encore excitable par l'électricité. On excite alors fortement le muscle de manière à produire la contracture; cette excitation ne produit aucun effet, on ôte alors la bande de caoutchouc; au bout d'une demi-minute, la contracture s'est reproduite et elle est très forte.

V. — Conclusions.

De tous les faits que nous venons de rapporter, il résulte clairement que les contractures hystériques produites par des contractures fortes sont de nature réflexe. La preuve la plus convaincante de cette assertion, réside dans le fait de la contracture déterminée par la ma-

laxation d'un muscle anémié à l'aide de la bande d'Esmarch, contracture qui ne devient manifeste qu'au moment où le sang recommence à circuler dans le membre, c'est-à-dire quelquefois très longtemps après que l'excitation centripète a influencé le centre de réflexion. On pourrait même considérer, à la rigueur, ce phénomène réflexe tardif comme une sorte de révélation de la mémoire médullaire.

Mais comment s'effectue le premier temps de cet acte réflexe, à savoir l'incitation des centres spinaux? Il n'est pas douteux, à notre avis, qu'il s'agit là d'une mise en jeu de la sensibilité musculaire proprement dite. Les terminaisons sensitives des nerfs musculaires centripètes, vivement impressionnées par la secousse imprimée au membre, soit passivement, soit activement, provoquent de la part du centre de réflexion une réaction soudaine et durable, d'où résulte une contracture.

Reste à déterminer la condition particulière qui fait qu'au lieu d'une contraction, c'est une contracture qui se produit. Il ne s'agit pas là d'un problème difficile à résoudre, puisque tout démontre que, chez l'hystérique, la réflectivité médullaire est exaltée. Un ébranlement musculaire qui, chez un sujet sain, entraîne pour toute conséquence une contracture réflexe vulgaire, c'est-à-dire passagère et de moyenne intensité, déterminera chez un sujet dont la moelle est plus susceptible, une contraction plus intense et plus prolongée. A plus forte raison, la durée de la réaction musculaire devra-t-elle s'accroître si l'excitation est violente; et tel est précisément le cas des malades sur lesquelles nous avons expérimenté.

La raison prédisposante dans les faits de cette nature est ainsi ramenée à une simple question d'*opportunité*. Au point de vue du traumatisme musculaire en particulier, tous les degrés auxquels nous faisons allusion se trouvent réalisés dans les conditions variées à l'infini de la réflectivité médullaire. Ainsi, le traumatisme détermine chez les hémiplégiques des contractures locales permanentes identiques à celles de l'hystérie; cependant, c'est assurément dans l'hystérie que l'état de contracture peut se prolonger au maximum, et nous ne pouvons mieux faire en terminant que de rappeler trois petits faits absolument comparables à ceux que nous avons analysés dans cette étude. Une jeune fille hystérique étant en train de jouer, un grain de sable pénètre dans son œil droit, aussitôt l'orbiculaire des paupières se contracte et reste contracté trois mois. (Lasègue, cité par Straus (1).) Une autre se pique l'index avec une aiguille, le doigt demeure fléchi en crochet pendant des mois également. Enfin, M. Charcot a résumé dans ses leçons cliniques, l'observation d'une hystérique qui garda une contracture intense de la cuisse pendant cinq ans, à la suite d'une forte compression du pied. Assurément ces contractures ont été la conséquence, non pas seulement de la douleur pure et simple, mais aussi et surtout de la *contraction forte* déterminée par cette douleur. Telles sont les raisons qui permettent de considérer les contractures dont nous venons de parler comme des phénomènes réflexes permanents. A ce titre, nous paraît justifiée la qualification qu'on leur a donnée de *contractures toniques*.

Concours de l'adjuvat.

Nous avons déjà donné le sujet de la composition écrite d'anatomie et de physiologie: Les *muscles de la main*. A l'oral, les candidats ont eu à traiter, 1er jour, *l'artère sous-clavière*, 2e jour, les *articulations de la clavicule*. La dernière épreuve, épreuve de dissection, a eu lieu vendredi 4 et samedi 5 juin; le premier jour on a donné à préparer: Les *nerfs de la région antérieure du membre supérieur*; les candidats de la deuxième séance ont eu comme sujet de préparation: Les *nerfs qui se distribuent aux parties molles situées au-devant du squelette de la face et du front*.

Le concours vient de se terminer par la nomination de: MM. Castex, Ménard et Poirier *ex æquo* au premier rang; — Méricamp; — Labbé; — Coudray et Michaux *ex æquo*; — Ozenne. — Sont nommés aides d'anatomie provisoires: MM. Barrette et Ferrand.

Nous sommes heureux d'enregistrer le succès obtenu par nos amis et collaborateurs, MM. MÉRICAMP et POIRIER.

(1) Thèse d'agrégation: *Des contractures*, page 42.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE.— M. RANVIER.

Trente-deuxième leçon (1)

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

SOMMAIRE. — I. Etude physiologique des mouvements des cils vibratiles; état actuel de la question; le cheminement des poussières dans un sens constant est en contradiction avec les théories actuelles du mouvement vibratile. — Disposition de l'œsophage de la grenouille pour l'observation; les grains colorés se meuvent dans le sens de l'inclinaison des cils. — Etude d'un lambeau de muqueuse isolé; la déformation lente, sa cause. — Etude du mouvement ciliaire ralenti par la fatigue; inflexion du cil en son milieu. — Le mouvement des cils n'est pas simultané; effet moiré produit par ce mouvement à la surface, son explication. — Action des divers excitants sur le mouvement ciliaire; le cil détaché du plateau ne se meut plus. — Influence de la chaleur; méthode de détermination de la vitesse du mouvement en fonction du temps, appareil et expérience. — Etude du mouvement ciliaire par la méthode graphique; appareil enregistreur, résultats. — Influence de l'électricité sur les mouvements des cils. — II. Mouvements amiboïdes: le globule blanc du sang et de la lymphe de la grenouille se comporte comme une amibe; excitation des mouvements par la chaleur, mort des globules entre + 42° et + 43°. — Action de l'électricité. — Comment se contracte un globule blanc. — Analogies et différences. — Résumé général.

Messieurs,

Nous allons aborder maintenant l'étude des mouvements des cils vibratiles. C'est là une question qui, malgré son apparente simplicité, est encore jusqu'à présent restée assez obscure. Certains auteurs disent, en effet, que les cils en mouvement ne s'inclinent que d'un côté; d'autres, que leurs battements sont analogues aux oscillations pendulaires. Cette dernière opinion est complétement ruinée par le fait bien connu de la progression des poussières à la surface des membranes ciliées, dans un sens déterminé toujours le même. L'on peut suivre ce mouvement à l'aide d'un grossissement faible, et l'on voit alors voyager les grains, transportés dans un sens dont la direction est constante. Au niveau des points où les cils vibrent et commencent leurs mouvements, l'on observe une ligne oscillante à partir de laquelle, et dans le sens du mouvement, se propage une onde qui, en passant sur la membrane, produit un effet de moire. Cette onde se termine en arrière par une ligne oscillante semblable à celle qui la précède. Mais cette analyse est grossière, et pour bien observer les phénomènes, il convient d'examiner une membrane à cils vibratiles, telle que l'œsophage de la grenouille, par exemple, en la pliant suivant sa longueur et en observant la coupe optique du pli que l'on a formé de cette façon.

La raison de ce dispositif est simple; si l'on observe la membrane placée de champ, l'on ne voit les cils qui la hérissent qu'en projection horizontale, c'est-à-dire sous forme de grains. Si, au contraire, on a plié la muqueuse dans sa largeur, les cils ne se voient qu'imparfaitement encore, parce qu'ils vibrent dans le plan longitudinal. C'est pourquoi le pli formé suivant ce plan permet de les observer de profil, sans que l'on soit gêné par les images superposées de leurs coupes optiques.

Si l'on dispose, sur une pareille membrane, des grains colorés facilement reconnaissables, tels que ceux du vermillon de Chine, par exemple, on les voit marcher dans un sens identique qui est toujours celui de l'inclinaison normale des cils vivants. Ceci revient à dire que les granulations sont portées dans la direction vers laquelle semblent s'incliner les cils au repos. Si, au lieu d'examiner l'œsophage dans son entier, on l'a coupé en fragments minuscules, ces fragments éprouvent, au bout de peu de temps, une déformation singulière: ils se courbent en un croissant, dont la face profonde de la muqueuse excisée occupe la concavité. Les deux extrémités de ce croissant arrivent peu à peu à se rejoindre, et le fragment prend alors l'aspect d'un anneau, cilié à sa périphérie, et animé d'un mouve-

(1) Voir les nos de 1879; no 6, 7, 15, 16, 18, 19, 22 et 23 de 1880.

ment giratoire qui s'exécute toujours dans le même sens, c'est à savoir de droite à gauche, si l'on examine le lambeau cylindrique ainsi formé par sa face supérieure. Ce mouvement se conçoit et tient au sens constant de l'inclinaison des cils.

Si maintenant nous considérons une cellule complétement isolée, nous la voyons ordinairement animée d'un mouvement giratoire rapide, difficile à analyser dans les détails. On n'y parviendrait pas sur une cellule très-vivante et possédant toute l'activité de ses mouvements; il faut attendre que ces derniers se ralentissent, ce qui arrive au bout d'un temps relativement court. L'on constate alors que le mouvement ciliaire est à la fois pulsatile et saccadé; c'est-à-dire qu'il arrive un moment où ce mouvement se produit par coups successifs offrant des phases rhythmées.

On pouvait comparer ces phases aux périodes de la contraction cardiaque et leur décrire une systole et une diastole. Quand la cellule ciliée n'offre plus environ qu'un battement par seconde, son mouvement giratoire est d'une lenteur extrême et l'analyse des mouvements de ses cils est relativement facile. Je ferai observer d'abord que le corps de la cellule tourne dans le liquide additionnel en sens inverse de la direction des battements du cil, ceci revient à dire que, si les cils s'inclinent en vibrant du côté gauche de l'observateur, la cellule tourne de gauche à droite de façon que, si l'on prolongeait la direction des deux mouvements, ils se rencontreraient dans celle de la progression des poussières placées à la surface ciliée.

Quant aux mouvements propres de chaque cil, ils offrent trois stades: 1° Pendant le repos le cil est incliné sur l'axe de l'élément et forme avec ce dernier un angle aigu, dont l'ouverture est dirigée dans le sens du mouvement; 2° pendant l'action, le cil se recourbe à sa partie moyenne, s'infléchissant comme un fouet qui vibre et se cambrant à sa partie médiane, à peu près à la façon d'un homme qui s'arque-boute contre un plan résistant pour le pousser; 3° en revenant au repos, le cil reprend sa position angulaire première et la conserve jusqu'au retour d'un nouveau mouvement. Mais ici une question se présente: le mouvement des cils vibratiles est-il, dans tous les points d'une membrane ciliaire, successif ou simultané?

Kühne, qui a étudié les mouvements ciliaires et a essayé de les modifier par l'action de différents gaz, est de ce dernier avis. Chacun admet aujourd'hui avec lui la simultanéité des mouvements ciliaires; cette opinion est cependant absolument fausse. *Les cils vibrent successivement*, et un premier fait qui conduit à admettre qu'il en est ainsi, est l'observation d'une cellule munie de cils vibratiles agissant isolément. Quand les mouvements se ralentissent et que l'on observe la cellule sur sa tranche, on voit passer rapidement au-dessus de son plateau le reflet moiré caractéristique, indicateur du mouvement des cils. Ce reflet commence à paraitre sur un bord pour finir au bord opposé. Si l'on observe des cellules placées en série, l'aspect moiré se propage rapidement d'une cellule à sa voisine et ainsi de suite. Lorsqu'enfin la cellule est fatiguée et que ses cils se meuvent un à un, on les voit s'incurver les uns après les autres, produisant une apparence analogue à celle que présentent les pages d'un livre que l'on parcourt en l'effeuillant.

La question est donc absolument jugée par ces observations, et dans un sens contraire à celui indiqué par Kühne. Nous pourrions maintenant discuter cette autre question, c'est à savoir de déterminer le point précis où le mouvement ciliaire propagé prend son origine. L'origine du mouvement est-elle au pôle buccal ou œsophagien du plateau cellulaire? Je dois ici vous avouer, Messieurs, que cette question n'est nullement résolue. Avec un peu de soin et de méthode elle pourrait l'être cependant, et c'est là un point de recherches que je dois vous signaler.

Quand les mouvements ciliaires d'une cellule se ralentissent, on peut saisir le moment précis où ils se suspendent définitivement. Ils ne s'arrêtent pas d'ordinaire simultanément tous ensemble; certains sont suspendus déjà quand les cils adjacents se meuvent encore faiblement. Il serait inexact de croire que la cellule ciliaire est alors morte à moitié; les cils immobiles ne sont d'abord que paralysés. On peut, en effet, réveiller leurs mouvements soit à l'aide de la chaleur, soit en faisant passer dans la préparation, à l'aide du porte-objet électrique, de faibles secousses d'induction. Il peut même arriver que, sur une cellule encore vivante, un certain nombre de cils deviennent caducs, se détachent; et cependant les cils restés en place continuent à se mouvoir. Mais les cils détachés du plateau resteront indéfiniment immobiles, ainsi que Kühne et la plupart des observateurs l'ont indiqué depuis longtemps. Je puis ajouter qu'ils sont bien morts, car ils sont désormais inexcitables; ni la chaleur, ni l'action de l'électricité ne les pourront réveiller de nouveau. Ce fait est important, car il montre que l'organe contractile, dégagé de ses connexions cellulaires, est désormais incapable d'engendrer le mouvement. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène des casernes.

Au moment où commence la discussion parlementaire de la loi d'administration de l'armée, il est opportun de montrer les effets de l'ancien système sur la santé des hommes appelés sous les drapeaux. Du régime sanitaire auquel sont soumis nos soldats, du fait de l'intendance et du génie militaires, le corps médical n'ayant pour ainsi dire pas voix au chapitre, nous ne voulons aujourd'hui toucher qu'un point : le casernement. — « C'est un fait avéré et depuis bien longtemps signalé par les hommes compétents en pareille matière, que l'insalubrité des quartiers militaires. Les écrits des médecins d'armée fourmillent de précieux documents sur ce sujet plein d'intérêt ; mais rapports officiels, travaux personnels, tout est resté lettre morte devant l'incurie ordinaire des autorités supérieures (1). » Les nouvelles dispositions de la future loi d'administration suffiront-elles à vaincre cette incurie? On n'oserait l'espérer si l'obligation universelle du service militaire n'avait heureusement mis les autorités supérieures en présence d'un élément nouveau, la pression des classes de la société autrefois désintéressées et ignorantes de cette question, classes ayant les moyens de faire connaître leurs griefs et l'habitude de voir leurs réclamations écoutées. De l'apathie administrative, ce ne seront désormais plus seulement, pour nous servir des paroles de Carlyle, « les Millions muets qui souffriront ; ce seront les Milliers, les Centaines et les Unités qui parlent ; ceux-là crieront, publieront, feront retentir le monde de leurs plaintes : c'est là la grande différence (2) ; » c'est là le grand changement qui, fatalement, obligera les autorités supérieures à tenir compte enfin des avis et des protestations du corps de santé.

Ce n'est pas une raison toutefois (car cette cause puissante n'agira que lentement, à moins d'épidémies décimant les volontaires) pour n'en pas aider l'action par des réformes législatives. L'urgence de ces réformes ne saurait être mieux démontrée que par le récit de ce qui s'est passé à Nantes, récit dont nous empruntons presque textuellement tous les détails à la brochure de M. Malherbe.

Du mois d'avril 1875 jusqu'en 1876, trois épidémies, deux

(1) Malherbe. — *Étude sur l'insalubrité des quartiers militaires.*
(2) Th. Carlyle. — *The French Revolution.*

de fièvre typhoïde et une de dysenterie, atteignirent la garnison de Nantes répartie entre deux casernes. Informé de ces faits par la commission administrative des hospices, le maire de Nantes, M. Lechat, obtint que le Conseil d'hygiène du département fût admis à rechercher sur place les causes des épidémies. Le Conseil se transporta d'abord au lieu d'origine de la plupart des maladies, à la caserne de la Visitation, installée, comme l'indique son nom, dans les bâtiments d'un ancien couvent. Là il constata que le nombre des hommes était trop considérable pour la capacité des chambres, que les lits n'avaient pas entre eux la distance réglementaire, que l'éclairage naturel était très défectueux, l'aération mauvaise, la ventilation impossible pour certaines chambres. Les cuisines tenues « avec une malpropreté dégoûtante » étaient adossées aux latrines. De construction primitive, situées de façon que les vents dominants portent leurs émanations sur les bâtiments d'habitation, ces latrines sont insuffisantes ; elles sont de plus séparées des bâtiments par une grande cour, si bien que, pendant l'hiver, au lieu d'y aller, les hommes trouvent plus simple, la nuit, de déposer leurs excréments sur les paliers des escaliers.

Dans les chambrées d'une mauvaise tenue inexprimable, se trouvaient des tas de légumes à éplucher; ailleurs étaient entassés des os de cuisine. Cependant la propreté n'était pas chose absolument inconnue. Le matin, au moment de la visite du Conseil, on avait fait dans le cloître un lavage à grande eau. Dans les corridors et dans les chambres, sous les lits, de larges et nombreuses flaques d'eau, retenues sur les dalles usées, inégales et disjointes témoignaient de cette mesure hygiénique ! Les hommes attendaient tranquillement que le sol eût absorbé la plus grande partie de cette eau pour balayer le reste, disaient-ils. Plus probablement ils attendaient que le reste fût réduit à rien ; dans de telles conditions, il n'est pas surprenant que, depuis cinquante ans, des maladies épidémiques aient frappé presque chaque année les militaires qui occupaient le quartier de la Visitation ; on est étonné, bien plutôt, qu'elles n'y sévissent pas d'une façon permanente.

Au quartier de cavalerie de la Mitrie, les constructions, composées de deux grand bâtiments aspectant Nord et Sud sont en elles-même beaucoup plus salubres ; cependant, là encore le Conseil d'hygiène dut constater un effectif trop considérable eu égard à la capacité des chambres, l'état de malpropreté des planchers, l'insuffisance de l'aération, les combles seuls étant ventilés... par les nombreuses fentes des toits, l'épluchage dans les chambres, la présence fâcheuse des écuries au rez-de-chaussée des bâtiments habités par les hommes ; enfin l'insuffisance et la mauvaise disposition des latrines.

Ce qu'il faudrait faire pour remédier à tous ces inconvénients, ou pour les prévenir, les deux rapports rédigés par M. Malherbe au nom du Conseil d'hygiène, l'indiquent brièvement, mais d'une façon claire et précise.

C'est un point que nous signalons, sans y insister, mais qui rend d'autant plus inexcusables les faits dont nous allons parler. Mais, avant de reprendre l'historique de l'hygiène militaire à Nantes, prévenons certaines objections. Des défauts imputés aux casernes de Nantes et imputables à bien d'autres, les uns sont la faute des hommes et non des règlements inobservés ; les autres, le fait d'une situation ancienne aggravée par le nouveau système de recrutement et impossible à modifier immédiatement. On pourrait prétendre en conclure qu'il suffit de veiller de plus près à ce que chacun fasse son devoir, sans modifier les attributions de personne, et de s'y prendre mieux pour les constructions futures, sans toucher en rien à la loi d'administration. Le premier point peut à la rigueur s'accorder. Si l'intendance tient à fournir le matériel nécessaire à l'entretien de la propreté des locaux et des hommes, pourvu qu'elle le fournisse, les médecins ne lui disputeront pas le privilège d'acheter les balais, seaux, cuvettes, serviettes, etc. Ils ne demanderont pas non plus à se substituer aux officiers de troupe pour s'assurer, par des visites fréquentes et inopinées, que les prescriptions de l'hygiène sont exactement observées. Ils savent trop bien que cette surveillance, comme le dit excellemment M. Malherbe, a une importance qui s'étend au delà des besoins matériels des hommes, qu'elle est destinée à relever le niveau moral des troupes, à créer entre les chefs et les subordonnés une constante solidarité, une confiance mutuelle, et à assurer ainsi l'homogénéité des corps. Toute leur ambition se bornera à réclamer leur part de ces devoirs et le droit d'être sérieusement consultés sur les prescriptions à formuler. Donc, sur ce qu'on peut appeler l'hygiène d'entretien, point de difficultés, tout au plus quelques détails à régler. En cette matière, où tout relève de l'action individuelle journalière, tout dépend de l'impulsion donnée par le chef de corps. Mais, sur le second point, la même concession ne saurait se faire. Car, s'il est possible et même avantageux, de laisser dans certaines limites à d'autres qu'aux médecins le soin de veiller à l'exécution des règlements hygiéniques, le bon sens veut qu'on demande ces règlements aux seuls hommes compétents. Or, une caserne n'est, au fond, que l'expression tangible d'un règlement hygiénique, et c'est au génie et à l'intendance que la loi actuelle donne le pouvoir exclusif de formuler ce règlement matériel, difficile et coûteux à modifier. C'est donc la faute du système, plus encore que des hommes, s'il se bâtit des casernes défectueuses.

Et il s'en bâtit. Une fois bien reconnue l'insuffisance à tous les points de vue de la Visitation, la ville de Nantes se résolut à faire les frais d'une nouvelle installation. Consulté sur la possibilité d'améliorer la Visitation, le Conseil d'hygiène déclara que, pour la transformer en une caserne salubre, il était nécessaire de changer l'assiette même des bâtiments, de les reconstruire à nouveau, pour un effectif moitié moindre, et, par conséquent, de bâtir encore ailleurs, le tout sans nulle économie ; que, d'autre part, des demi-mesures d'appropriation aboutiraient à un échec. On s'arrêta donc, condamnant absolument la vieille Visitation, à l'idée de construire une nouvelle caserne d'infanterie. Après les avoir étudiés, le Conseil approuva l'emplacement choisi, la disposition du terrain, la qualité du sol, la nature et la quantité des eaux, en signalant dans le voisinage les causes d'insalubrité à faire disparaître. Bref, il n'y avait qu'à suivre ponctuellement les excellentes indications contenues dans les deux rapports précédents de M. Malherbe, pour que Nantes fût doté d'une caserne-modèle. Qu'est-il arrivé ?

Il est arrivé qu'on n'a tenu nul compte des recommandations du Conseil, qu'on n'a même pas daigné lui commu-

niquer les plans des ingénieurs militaires et que le génie s'est mis à bâtir en dépit de toutes les données de la science hygiénique. De grands bâtiments en équerre, à trois étages superposés, destinés à un effectif considérable; point de salles de jour, point de réfectoires; les chambres serviront de tout cela, en même temps que d'épluchoirs, et de dortoirs. Le sol sur lequel est édifié le nouveau monument renfermait des sources nombreuses; il ne semble pas qu'on en ait tiré parti pour distribuer l'eau en abondance dans tous les services. La seule amélioration sérieuse porte sur les latrines; il y en a de spéciales pour les infirmeries et des cabinets sont établis à chaque étage. Mais, épuisés par cet effort, les ingénieurs militaires n'ont pas osé s'écarter des bonnes vieilles traditions, au point de supprimer dans les locaux disciplinaires l'ignoble baquet épargné aux criminels des prisons cellulaires.

Si maintenant des épidémies éclatent dans cette nouvelle caserne, invoquera-t-on la négligence des hommes, la fatalité des choses! Dira-t-on que le pouvoir était aux mains de qui de droit? qu'on n'aurait rien empêché en le déplaçant? Une ville fait des sacrifices considérables pour loger proprement et sainement sa garnison; des hommes compétents, qu'on ne saurait accuser de vouloir renverser une hiérarchie à laquelle ils n'appartiennent pas, apportent avec une autorité incontestable le résultat de leurs études; ils ne demandent qu'à faire profiter leur pays et leurs concitoyens de leurs conseils désintéressés. Efforts inutiles: la science est honnie, la ville dupée, la santé du soldat compromise. Tout honnête homme applaudira aux paroles, trop peu sévères, de M. Malherbe: « Profondément regrettables en eux-mêmes, ces faits prennent un caractère » scandaleux, quand on connaît ce qui s'est fait ailleurs; » et là, où jusqu'alors on n'avait cru pouvoir accuser que » l'incapacité ou la négligence, on voit poindre l'entêtement et la mauvaise volonté. » La loi est jugée qui permet de se jouer ainsi de la vie de nos soldats.

E. T.

La variole à l'hôpital de la Pitié.

Le service des varioleux installé à l'hôpital de la Pitié fonctionne depuis le 31 mars 1879. Il comprend deux salles situées au premier et au second du bâtiment de gauche, formant d'un côté le fond de la 3e cour (cour des hommes) et donnant de l'autre côté sur la rue Daubenton. C'est dans ce même bâtiment que se trouvent les amphithéâtres pour les cours, le dépôt des morts et la salle d'autopsie.

La salle du premier étage (salle Saint-Benjamin), destinée aux hommes, contient 14 lits et 5 brancards; celle du second étage (salle Saint-Benjamin, *bis*), réservée aux femmes, possède 13 lits et 4 brancards

Avant d'entrer dans la critique des différentes installations de ce service, nous tenons tout d'abord à mettre hors de cause, M. Brouardel, chargé de donner les soins aux malades, mission dont il s'acquitte avec autant de talent que de dévouement. Il n'est, en effet, aucunement responsable de l'organisation défectueuse du service qui lui a été confié, son rôle s'est borné à atténuer, autant que cela a été possible, les dangers que présentait cette mauvaise organisation. C'est ainsi que, chargé concurremment d'un autre service de femmes (Salle Sainte-Gabrielle), il commence toujours sa visite par cette dernière salle, terminant par les varioleux. M. Brouardel a également exigé que tous les gens du service fussent revaccinés, et il a interdit rigoureusement l'entrée de ses salles à tous les étudiants qui n'ont pas été revaccinés et cela très récemment.

Nos critiques ne viseront pas davantage M. le Directeur de la Pitié. Nous reconnaissons très volontiers le zèle et l'aménité qu'il apporte dans ses différentes fonctions; lui aussi a dû subir les faits, et l'on sait le peu d'initiative que l'Administration supérieure laisse à ses directeurs. Etant donnée l'idée, funeste à notre avis, de mettre des varioleux à la Pitié, nous concéderons également que les salles Saint-Benjamin étaient les moins mal disposées pour recevoir ce genre de malades, et qu'elles se trouvaient tout naturellement désignées. M. le Directeur pourrait d'ailleurs, et cela avec raison, mettre sa responsabilité sous le couvert de celle de l'inspecteur qui a présidé à la création de ce service, et qui en a surveillé l'installation.

Ces réserves faites, nous étudierons brièvement les différentes parties du service des varioleux, et les dangers que sa présence occasionne pour les autres services de l'hôpital. Les deux salles nous fournissent l'occasion d'une première critique. Elles comportent, à notre avis, un trop grand nombre de lits; en outre, les fenêtres sont trop petites d'ouverture et en nombre insuffisant, il est donc impossible d'établir une bonne ventilation, ventilation qui serait d'autant plus indispensable que, destinées primitivement à recevoir 14 malades seulement, ces salles en contiennent 17 ou 19 lorsque les brancards sont occupés, ce qui est la règle. La salle du 2e étage (femmes), ne possède pas de lieux d'aisance, ce qui constitue la pénible obligation pour les malades de descendre aux cabinets du premier étage (hommes). Ces salles ont enfin l'inconvénient d'être à proximité des amphithéâtres nos 1 et 3, destinés aux cours cliniques; les élèves qui se rendent à ces cours passent forcément devant la porte de la salle des hommes. La cantine des malades (hommes) est placée à l'entrée de l'escalier qui mène aux salles Saint-Benjamin, d'où rencontre fréquente des malades des divers services avec les convalescents varioleux et les nouveaux entrants.

Les infirmiers chargés du service des varioleux sont, eux aussi, en relations constantes avec les autres serviteurs de l'hôpital; car, l'importance du dépôt ne comportant pas la création de dépendances spéciales, ces infirmiers se rendent plusieurs fois par jour à la cuisine, au réfectoire, aux bains, à la pharmacie, à la lingerie, au vestiaire. C'est encore là un fait regrettable et gros de conséquences au point de vue de la contagion médiate. A propos de ce vestiaire, nous sommes heureux de constater une excellente mesure; c'est la création d'un vestiaire, spécial aux varioleux, installé dans les combles de l'hôpital. Les vêtements y subissent même un commencement de désinfection, désinfection malheureusement insuffisante, car elle se réduit à exposer les vêtements contaminés aux vapeurs de soufre, qu'on brûle sur un réchaud.

Nous arrivons maintenant à la cour réservée aux malades varioleux convalescents. C'est à elle que nous faisions allusion lorsque nous parlions (1) d'un de nos grands

(1) Voir le n° 23.

hôpitaux où l'on faisait de l'isolement avec un simple fil de fer. Voici comment cette cour a été installée. Dans un coin de la cour réservée aux malades hommes, on a circonscrit, au moyen de pieux reliés à leur sommet par un fil de fer, un carré long d'environ 15 mètres sur 12. Ce carré a lui-même été subdivisé de manière à former trois petites cours. On se figurera assez exactement cette disposition, en imaginant un parallélogramme divisé en trois autres parallélogrammes égaux par deux lignes perpendiculaires élevées sur l'un des grands côtés. Les petites cours de droite et de gauche ont été réservées aux hommes ; celle du milieu est pour les femmes.

Depuis quelques jours, le fil de fer qui limitait ces petites cours, a été remplacé par une planche. Maintenant, cela représente assez bien les parcs provisoires que l'on construit pour les comices agricoles. Ce nouveau système est plus solide, il procure aussi aux malades l'avantage de pouvoir s'accouder sur cette planche de séparation et de faire plus facilement la causette avec les malades (hommes) des autres services. Ces derniers, en effet, séparés des varioleux par une simple planche, viennent visiter leur camarades et prendre de leurs nouvelles. Ils viennent « rigoler » selon l'expression d'un aimable gibbeux, amateur forcené du beau sexe, qui est actuellement dans un service de chirurgie (1).

Les conséquences inévitables de cet état de choses n'ont point tardé à se faire sentir. Il n'est pas un service de malades (hommes), dans lequel il ne se soit déclaré des cas de variole, et nous pourrions citer telle salle de chirurgie, dans laquelle il s'en est déclaré jusqu'à quatre. Nous tenons également de M. le Dr Du Mesnil, médecin de l'asile de convalescence de Vincennes, que cinq cas de variole se sont déclarés parmi les convalescents qui lui étaient envoyés de l'hôpital de la Pitié.

Une chose non moins curieuse, c'est le système employé pour donner des bains aux varioleux. Ces bains se donnent de 1 heure à 4 heures, et l'on opère de la façon suivante : Dans le coin de gauche de la salle St-Benjamin (hommes), on installe trois baignoires côte à côte ; la tête des baignoires est adossée au mur et le pied se trouve à peine à 0,50 centimètres du premier lit. Une chaîne est organisée et l'on va, au moyen de seaux, chercher de l'eau chaude à l'établissement de bains distant de 60 mètres des salles. Puis de 1 heure à 2 heures, les hommes prennent des bains ; à 2 heures, c'est le tour des femmes qui descendent de l'étage supérieur, et prennent leurs bains dans la *salle des hommes*. Ajoutons vite, qu'à ce moment, un rideau se glisse discrètement et voile aux regards des malades couchés dans leur lit les charmes de leurs voisines, charmes dont celles-ci peuvent comparer à leur aise les perfections, les baignoires étant côte à côte, ainsi que nous l'avons dit. Cela est très joli, n'est-il pas vrai, et l'on verra sans doute un jour ces malades, parlant de leur séjour à la Pitié, dire avec un semblant de raison : « Nous n'étions ni hommes ni femmes, nous étions tous varioleux. »

Nous prions nos lecteurs de nous pardonner cette note, un peu trop gaie pour la circonstance, et nous formulerons une dernière critique. Elle sera relative au mode d'admission des varioleux dans l'hôpital. Ainsi que cela se pratique encore à l'heure actuelle au Bureau central (1), il n'y a qu'une seule salle d'attente, et les autres malades entrants ou consultants se trouvent directement exposés à la contagion. C'est une chose déplorable à tous les points de vue. Pendant quelque temps, une bonne mesure avait été prise, lorsqu'un varioleux se présentait, il était directement dirigé sur le service spécial, sans passer par la salle d'attente. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi ; les varioleux attendent leur tour et subissent les mêmes formalités que les autres entrants. Cette mesure a été abandonnée sur les observations du même inspecteur qui aurait déclaré « qu'il fallait attendre les plaintes des médecins pour revenir au premier système. »

Comme nous l'avons fait pour l'annexe de l'Hôtel-Dieu, nous terminerons en donnant le chiffre de la mortalité dans le service des varioleux de la Pitié. Du 28 mars au 31 décembre 1879, il y a eu 248 entrées et 32 décès, ce qui donne 1 décès sur 7,75 ou 12,90 pour 100. Du 1er janvier au 6 juin, il y a eu 100 entrées et 26 décès, soit 1 décès sur 3,84 ou 26 pour 100. Comme on le voit, depuis le commencement de l'année 1880, la mortalité a doublé. La moyenne des décès depuis que le service fonctionne est de 1 décès sur 6 ou de 16,66 pour 100. A. B.

(1) Cet homme qui était dans un service de chirurgie depuis quelques mois, a contracté la variole à l'hôpital. Il a été soigné dans le service des varioleux, et, une fois guéri de sa variole, est retourné en chirurgie.

(1) Voir le n° 23.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 juin 1880. — PRÉSIDENCE DE M DE SINÉTY.

Bromure d'éthyle. — M. RABUTEAU rappelle qu'en 1876 il avait fait déjà connaître à la Société les propriétés physiologiques de cet éther : Il expose aujourd'hui son action sur les plantes. L'éther bromhydrique n'a aucune action sur les graines, tant que celles-ci n'ont point commencé à germer ; mais il tue en deux heures les plantes renfermées dans une atmosphère qui est saturée de ses vapeurs : les feuilles noircissent et les fleurs conservent leurs couleurs. Une plante soumise, pendant le même temps et dans les mêmes conditions, à l'action de l'éther sulfurique, ne meurt pas. C'est là encore une confirmation de cette loi générale qu'a énoncée M. Rabuteau, à savoir que les alcools et les éthers sont d'autant plus toxiques que leur poids moléculaire est plus élevé.

Physiologie des sphincters. — M. BROWN-SEQUARD rappelle que Goltz a vu, après section de la moelle à la région dorsale, les sphincters anal et vésical, exécuter des mouvements rhythmiques. M. Brown-Sequard a observé qu'un phénomène absolument semblable est exécuté par le sphincter vaginal. Il a vu, en outre, que ces divers mouvements rhythmiques s'arrêtent, si on comprime ou si on tiraille l'un des gros orteils. Ce fait est à rapprocher de celui qu'a démontré l'auteur, il y a déjà longtemps, à savoir que l'irritation du gros orteil détermine l'arrêt des convulsions épileptiformes qui se présentent dans certaines maladies de la moelle.

Sarcoptides plumicoles. — M. MÉGNIN dit que chez un grand nombre d'insectes et d'acariens, parasites des végétaux, la femelle, quand elle est sur le point de pondre, se recouvre d'un organe de protection, destiné tant à elle-même qu'à abriter les œufs. Ce fait s'observe surtout facilement chez un acarien parasite du tilleul, le tétranyche tisserand. On n'avait encore rien vu de semblable chez les animaux, mais chez un cardinal flamboyant (*Loxia cardinalis*) d'Amérique, M. Mégnin a vu, sur les points où la peau de la poitrine est à peu près dépourvue de plumes, de petites taches blanches semblables à des moisissures. Examinées au microscope, ces taches se

sont montrées constituées par de véritables nids d'un acarien, le *Cheyletus heteropalpus*. R. BLANCHARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. FAUVEL fait la lecture d'un rapport officiel sur les *eaux minérales*.

M. PASTEUR, en réponse aux objections présentées dans la dernière séance, par M. Depaul, sur le *choléra des poules*, met sous les yeux de l'Académie, les résultats de ses expériences, qui démontrent d'une façon péremptoire que la maladie et la mort sont déterminées par le microbe.

M. BOURGOIN lit le rapport sur le Concours du *prix Buignet*. Ces deux rapports seront discutés en comité secret.

Séance du 8 juin 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. J. GUÉRIN, à l'occasion du procès-verbal, prend la parole pour maintenir les doutes qu'il a émis dans la précédente séance, sur les résultats avancés par M. Pasteur.

M. PASTEUR répond à M. J. Guérin, que le doute n'est pas un argument scientifique, lorsqu'il n'est pas basé sur des faits positifs, ayant pour but de contre-carrer les expériences qu'il a faites et produites au grand jour.

M. DE VILLIERS fait la lecture de son rapport de prix, sur les mémoires adressés à la commission de l'*hygiène de l'enfance*.

M. RAMBOSSON lit un mémoire à l'Académie de médecine, sur la *propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux*, tels que le bâillement, les affections épileptiformes, les tics nerveux divers, la terreur panique, certaines folies, etc. Il explique cette propagation à distance, en faisant remarquer que le mouvement cérébral et psychique qui donne naissance à l'affection ou au phénomène, va se reproduire dans le cerveau des spectateurs, par l'intermédiaire des ondes sonores et des ondes lumineuses. Il suit ce mouvement dans toutes ses allures et dans toutes ses transformations, pour démontrer qu'il ne se dénature pas, et qu'il doit produire les mêmes effets ou des effets analogues, dès qu'il arrive dans un même milieu ou dans des milieux analogues. Une enquête des plus complètes lui a démontré que cette propagation peut se faire par la vue et par l'ouïe agissant simultanément; ou par la vue seulement ou par l'ouïe seulement; c'est-à-dire par l'intermédiaire des ondes sonores et des ondes lumineuses, agissant simultanément ou séparément. Il cite des faits qui font voir l'influence de la répétition sur la propagation des affections et des phénomènes qui nous occupent; ils font voir également, combien la simulation de ces affections et de ces phénomènes augmente les prédispositions à leur égard. D'un autre côté, en partant du mouvement cérébral comme expression directe des facultés instinctives et intellectuelles, en un mot comme expression de l'état psychique, et se basant sur la propagation à distance dont nous venons de parler, il arrive à la solution d'importants problèmes, telles que la compréhension spontanée du langage naturel, la différence essentielle qu'il y a entre ce langage et le langage conventionnel, etc., etc. Mais il en fait une application toute spéciale à la musique : il fait voir quelle doit être son influence sur le physique et sur le moral, sur le système nerveux en général; influence qu'il avait déjà établie par l'étude directe des faits dans une communication à l'*Académie de médecine*, du 31 octobre 1876. Il arrive ainsi au même résultat par deux voies différentes qui se confirment l'une l'autre. M. Rambosson fait remarquer que le mouvement qui préside à la propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux, semblerait de prime abord devoir produire un résultat fatal, mais il est facile de voir que la liberté morale de l'homme est ici en parfaite évidence; car l'homme, par une volonté énergique, peut résister complètement, ou plus ou moins, suivant les circonstances, à l'impulsion que ce mouvement imprime à ses organes C'est ce qui fait que les procédés d'intimidation sont quelquefois excellents dans les épidémies de ce genre d'affections ou de phénomènes.

A 4 heures et demie, l'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Constantin Paul, sur les *titres des candidats* à la place vacante dans la section de thérapeutique. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 7 novembre 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

5. Néphrite mixte; lésions cardiaques; par M. DUPLAIX, interne des hôpitaux.

Le nommé Joseph Beaumoit, âgé de 67 ans, garde des eaux, est malade depuis un an. Ses antécédents héréditaires sont nuls; il n'accuse pas d'accidents rhumatismaux et ne porte aucune trace de syphilis. En revanche, on trouve chez lui les manifestations de l'alcoolisme chronique à un haut degré; du reste, le malade avoue nettement avoir fait des excès de boisson.

Il y a un an, il remarqua que l'effort le plus léger, qu'une course un peu longue le fatiguaient beaucoup; en même temps, il était pris de palpitations avec une gêne notable de la respiration. Ces accidents duraient quelques minutes, mais ils se montraient à chaque instant et à toute heure du jour et de la nuit.

En même temps l'appétit diminua, les digestions devinrent difficiles et douloureuses; il y eut même des vomissements. Ces divers troubles du côté du cœur et de l'estomac s'accompagèrent d'autres accidents sérieux. Un œdème d'abord peu marqué se montra dans la région des articulations tibio-tarsiennes des deux côtés, il y resta limité pendant plus de trois mois. Les paupières étaient aussi le siége d'un gonflement notable le matin, mais il n'y a jamais eu le moindre trouble du côté de la vision. Le sommeil a toujours été bon; le malade n'était pas forcé de se lever la nuit pour uriner, et n'a jamais eu de douleurs au niveau de la région lombaire.

Six mois après le début de la maladie, il y eut une amélioration très manifeste dans l'état général; seules les palpitations et la dyspnée persistèrent avec des rémissions et des exacerbations plus ou moins fréquentes.

Au mois de décembre dernier, l'œdème envahit les jambes, les cuisses et l'abdomen, les troubles dyspeptiques reparurent, et le malade se décida à entrer à l'hôpital. Aujourd'hui, l'examen du malade fait découvrir l'existence d'une dyspnée assez forte avec palpitations, de troubles gastriques et d'un œdème considérable des membres inférieurs et de l'abdomen. — Le cœur paraît notablement hypertrophié, et à l'auscultation on entend un souffle très fort, rude et râpeux, au 1er temps et à la pointe; il se propage dans l'aisselle. A la base et au premier temps il en existe un, qui est plus faible que celui de la pointe. Pas d'œdème des paupières, et pas de troubles de la vue. L'urine est normale, quant à la quantité rendue dans les 24 heures, mais elle contient beaucoup d'albumine. L'auscultation des deux poumons dénote l'existence d'un œdème pulmonaire assez étendu.

Pendant les six premiers jours l'œdème resta stationnaire, mais il commença alors à diminuer sous l'influence du régime lacté; les accès de dyspnée sont aussi moins forts, mais l'albumine persiste en quantité considérable dans les urines qui sont examinées tous les jours, et dont la quantité ne dépasse pas 2 litres.

Jusqu'au 5 février, le malade fut sensiblement amélioré dans son état, seules les urines contenaient toujours de l'albumine; mais à partir de ce jour il fut pris d'agitation et eut du délire pendant la nuit. Le 6 février toute agitation avait disparu le matin; l'intelligence était aussi nette que les jours précédents, mais il existait une douleur très vive au niveau du front et autour des orbites. En même temps, existaient des troubles de la vue. Le soir il est repris d'agitation, le délire nécessite la camisole de force; mais il n'y a pas de fièvre, la peau donne à la main la température normale, le thermomètre marque 37°,5; la langue cependant est épaisse, sèche et fendillée. Il n'y a eu que 800 grammes d'urine rendus depuis la veille il existe de la diarrhée à la suite d'un purgatif drastique.

Le 7 février, le malade est dans un coma complet avec stertor; ce coma persiste jusqu'à la mort qui arrive le soir.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve une grande quantité de liquide séreux. Même liquide dans les plèvres.

Les méninges en contiennent aussi une notable quantité le tissu du cerveau est ramolli, et les ventricules latéraux renferment beaucoup de sérosité.

Le cœur est notablement hypertrophié ; le ventricule gauche a sa paroi épaisse de deux centimètres et demi ; le tissu musculaire est ferme et résistant. L'orifice aortique est légèrement rétréci par quelques plaques calcaires. Mêmes plaques à l'orifice mitral, qui est dilaté. La crosse de l'aorte présente une dilatation énorme et des plaques calcaires nombreuses. Rien d'anormal dans le foie et dans la rate.

Les reins ont tous les deux le volume normal. Ils ont une coloration rouge-brun et présentent à leur surface plusieurs dépressions qui séparent autant de saillies ; la surface mamelonnée est surtout accusée sur le rein droit.

On voit aussi à leur surface des kystes de grosseur variable, depuis celle d'une lentille à celle d'une noisette ; ils contiennent un liquide citrin et transparent, et à leur niveau, la surface rénale est déprimée plus ou moins profondément. La capsule mince non épaisse, se sépare facilement du tissu du rein ; il n'y a que dans certains points peu nombreux que la décortication se fait en entraînant quelques parcelles du tissu sous-jacent. Les surfaces des deux reins, après l'enlèvement de la capsule, paraissent semées d'une multitude de petites granulations jaunes, grisâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. Sur une coupe parallèle aux faces on remarque que la substance corticale a diminué d'épaisseur ; elle n'a que 2 millimètres à peine d'épaisseur, elle est rouge et granuleuse. Les pyramides présentent des stries blanchâtres alternant avec des stries rouges parallèles et dans la direction des tubes. On remarque aussi sur cette coupe des kystes plus petits que ceux de la surface, siégeant dans la substance corticale.

L'examen microscopique a été fait par M. Déjerine dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian. Avec un grossissement de 30 diamètres, on constate sur des coupes minces, colorées au picro-carmin, l'existence très-nette d'une néphrite mixte, à la fois interstitielle et parenchymateuse ; la première paraît prédominer.

La sclérose est répartie d'une manière diffuse, circonscrivant des espaces dans lesquels les tubes urinifères sont normaux ou légèrement dilatés. Un grand nombre de ces tubes sont remplis de cylindres hyalins.

Quelques glomérules ont subi une transformation colloïde ; la capsule n'est épaisse que chez quelques-uns et contient quelques noyaux en prolifération. Les artères sont aussi légèrement scléreuses. L'examen à l'état frais n'a pas été pratiqué.

6. Sarcome primitif des ganglions axillaires; par M. André Petit, interne des hôpitaux.

Le père et la mère de ce malade, âgé de 65 ans, journalier, sont morts l'un à 86 l'autre à 84 ans ; on ne peut savoir de quelle affection. L'un de ses frères mourut à 27 ans de la fièvre typhoïde, l'autre à 22 ans de la variole.

Lui-même n'a, dit-il, jamais été sérieusement malade.

Au mois de février dernier, c'est-à-dire il y a sept mois, il s'aperçut qu'il portait dans l'aisselle droite une glande de la grosseur d'une noisette, mobile, roulant sous le doigt et indolente. En même temps, sous la clavicule et tout le long du bord inférieur du grand pectoral du même côté, il remarqua une chaîne de petites tumeurs analogues à celle qu'il portait dans l'aisselle. Ces petites tumeurs grossirent rapidement et en deux mois de temps elles arrivèrent à se rejoindre et à ne plus former, au-dessus de la mamelle, qu'une seule tumeur très volumineuse et indolore, absolument semblable, dit le malade, à ce qu'elle est aujourd'hui.

Cet homme passa quelque temps à l'hôpital Saint-Antoine et entra à l'hôpital Cochin, le 18 septembre.

La tumeur, de forme ovoïde, s'étend du pli qui sépare le deltoïde du grand pectoral, jusqu'au bord droit du sternum ; elle offre dans ce sens une étendue de 24 centimètres, et de la clavicule au mamelon elle mesure 20 centimètres. Elle se prolonge avec la partie initiale axillaire de la tumeur qui offre une étendue d'environ 12 centimètres.

La peau qui recouvre toute cette masse est tendue, luisante, amincie, sillonnée de veines dilatées, et sans modification de couleur appréciable.

La palpation, indolore, fait constater une mollesse très marquée de la portion axillaire, avec sensation de fausse fluctuation. La portion pectorale est plus dure, plus résistante, et l'on sent nettement que son apparence mamelonnée est produite par des ganglions séparés dans leurs parties superficielles et adhérents profondément à l'ensemble de la masse. On ne peut constater le trajet de l'artère axillaire et l'on ne trouve aux abords de la tumeur aucun battement artériel.

On constate encore au-dessus de la clavicule, du même côté, une petite tumeur située sous le sterno-mastoïdien, du volume d'une noix, mobile et indolore.

Le bras droit est considérablement œdématié depuis une époque très voisine du début de l'affection.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, la tumeur principale n'augmente pas sensiblement de volume, mais semble se ramollir progressivement. La petite tumeur cervicale, au contraire, subit un accroissement rapide et atteint en trois semaines le volume du poing. On voit apparaître également quelques petites tumeurs ganglionnaires dans l'aisselle gauche, à la région cervicale gauche et dans le pli de l'aine droit.

Le malade présente un léger mouvement fébrile, une perte de l'appétit presque absolue; pas de symptômes abdominaux. Il se plaint surtout d'une dyspnée intense et d'une toux fréquente. L'expectoration ne se compose que de crachats muco-purulents.

La percussion ne révèle de matité en aucun point des deux poumons, mais, à l'auscultation, on trouve des deux côtés, dans toute l'étendue des poumons, des râles sous-crépitants nombreux. Les bruits du cœur sont normaux.

Le 7 octobre : dyspnée plus intense, respiration sifflante, râles plus abondants ; légère cyanose de la face. Pouls filiforme.

Le 8 octobre. Le malade meurt sans symptômes nouveaux.

Autopsie. — La tumeur du côté droit forme une masse volumineuse recouvrant les premières côtes, remplissant le creux axillaire, se prolongeant à la région cervicale et pénétrant un peu dans le thorax, derrière la clavicule, et en arrière jusque sous le grand dorsal. — Elle est molle, surtout en différents points où elle est presque diffluente à la coupe, blanchâtre, lobulée, analogue d'aspect à un encéphaloïde. L'artère axillaire comprise dans la tumeur est légèrement aplatie. Les muscles voisins, surtout les pectoraux, sont sains mais amincis et recouvrent la tumeur d'une fine lame musculaire transparente. Les côtes, la clavicule, l'articulation de l'épaule sont saines, nullement érodées. Ganglions carotidiens volumineux du même côté. On en trouve également, quoique plus petits du côté opposé et dans l'aisselle gauche. Corps thyroïde sain. — Larynx sain, légèrement dévié à gauche mais ne paraissant pas comprimé.

Dans le thorax, ganglions bronchiques volumineux, surtout autour du pédicule gauche où ils sont réunis en masse. La bronche ne semble pas comprimée.

Poumons fortement congestionnés; un peu indurés au sommet et quelques tubercules crétacés. — Cœur sain.

Dans l'abdomen, ganglions mésentériques disséminés et volumineux. Un ganglion du volume d'une grosse noix au niveau de la queue du pancréas.

Foie et rate sains. Ganglion inguinal droit, gros comme un œuf de pigeon, semblable macroscopiquement à la tumeur principale, légèrement ramolli au centre. — Testicules sains.

L'examen histologique, pratiqué par M. le dr Rémy, au laboratoire de la Charité, a démontré que : le tissu de la tumeur axillaire est rosé, homogène et divisé en nombreux lobules ayant un diamètre moyen d'un centimètre.

Ce tissu est composé d'éléments semblables à ceux qui composent le ganglion à l'état normal, c'est-à-dire que l'on trouve un réseau de fines fibrilles; que, pendues à ce réseau on voit

de petites cellules rondes et qu'entre les mailles du même réticulum se trouvent libres, d'autres cellules plus volumineuses. Ces cellules rondes ont un diamètre qui varie depuis 5 millièmes de millimètre jusqu'à 20 millièmes, les plus communes sont celles de 10 millièmes de millimètre qui possèdent un gros noyau et un corps cellulaire très fin. Les plus grosses cellules sont les plus rares, elles ont un corps cellulaire volumineux avec deux ou trois noyaux.

Ces cellules sont celles qui ont été décrites par Ch Robin, comme les épithéliums sphériques des ganglions, et par d'autres comme des cellules lymphoïdes.

Le ganglion de la queue du pancréas et celui du pli inguinal droit sont composés d'un tissu identique.

En somme, on a affaire à une tumeur, formée par la multiplication exagérée des éléments qui composent le ganglion, à laquelle s'applique bien le diagnostic porté de sarcome primitif des ganglions de l'aisselle.

7. Rapport sur la candidature de M. Cottin, au titre de membre adjoint; par M. A. Mayor.

Parmi les communications de M. Cottin à la Société, il en est une sur laquelle je désire particulièrement attirer votre attention. Elle concerne un cas de rupture du tendon du muscle droit antérieur, rupture dont la cicatrisation parfaite a pu être vérifiée à l'autopsie, six mois après sa production. Les ruptures du tendon du muscle droit antérieur sont des accidents assez rares. Cependant, elles sont assez bien connues, soit au point de vue du mécanisme de leur production, soit au point de vue des symptômes auxquels elles donnent lieu.

Binet a pu en réunir 24 observations et faire de ces ruptures l'objet d'un excellent travail inséré en 1858 dans les *Archives générales de médecine*. Depuis le travail de Binet, d'autres observations ont été publiées ; mais les relations anatomiques de ces sortes de lésions sont extrêmement rares. Ce n'est que dans un nombre fort restreint de circonstances que l'on a eu l'occasion de vérifier ces ruptures par l'autopsie, et surtout de constater l'état anatomique des parties un certain temps après leur production. Il est cependant intéressant de savoir comment s'opère la réunion et quel travail anatomique préside à la formation de la cicatrice.

Dans un cas de Martini, déjà assez ancien, relaté dans les ouvrages de Follin et Duplay, et de Jamain et Terrier, il est dit que les extrémités rupturées étaient réunies par une *substance intermédiaire d'aspect fibreux;* dans un autre cas, observé par Picart, et vérifié aussi après l'autopsie, la réunion des extrémités n'avait pas eu lieu parce qu'une de ces extrémités s'était repliée sur elle-même.

A côté de ces faits peu nombreux, celui de M. Cottin offre aussi un assez grand intérêt, car il concerne un cas de rupture dont on a pu vérifier à l'autopsie la cicatrisation parfaite.

Voici ce fait : Un vieillard de 85 ans fait une chute dans un escalier et glisse le long de plusieurs marches, les jambes repliées sous son corps. Il éprouve une douleur extrêmement vive au niveau du genou droit, et se trouve dans l'impossibilité absolue de se relever. Le lendemain de cet accident, il est transporté à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Le Dentu.

On constate un gonflement assez modéré de l'articulation du genou droit, mais une tuméfaction très notable immédiatement au-dessus de cette articulation. A un travers de doigt au-dessus de la rotule on trouve une dépression manifeste de un 1/2 centimètre d'étendue dans le sens vertical. La lèvre supérieure de cette dépression est limitée par un bourrelet dur, épais, terminé brusquement par une crête saillante ; la lèvre inférieure, au contraire, est bien moins accentuée et se termine par un bord moins tranché.

Cette dépression augmente et devient encore plus manifeste si on engage le patient à contracter fortement les muscles de la cuisse.

En même temps, on observe une impotence absolue du membre correspondant, que le malade ne peut ni détacher de son lit, ni soutenir lorsqu'on vient à le soulever. Il ne peut donc exister aucun doute, il s'agit évidemment d'une rupture du tendon droit antérieur, à 1 centimètre au-dessus de la rotule. Cette rupture a été traitée d'abord par l'application de topiques résolutifs et l'immobilisation dans une gouttière de fils de fer.

Le gonflement disparu, celle-ci a été remplacée par une attelle plâtrée. Puis, avec une bande élastique, on s'est efforcé de rapprocher les deux extrémités tendineuses au moyen de huit de chiffres passés alternativement au-dessus et au-dessous de la rupture.

Au bout de 3 mois, la région sous rotulienne est devenue presque normale. Toute dépression apparente a disparu, et le malade peut marcher avec assez de facilité ; mais au bout de six mois, le malade qui attendait dans le service son placement dans un asile de vieillards, contracte une pneumonie et ne tarde pas à succomber à cette affection.

Autopsie. — L'articulation fémoro-tibiale est absolument saine. On ne trouve aucun liquide anormal dans son intérieur. La synoviale et les surfaces articulaires sont intactes. Une dissection attentive de la région sus-rotulienne ne permet de constater qu'une dépression très superficielle et à peine apparente au niveau du siége de la rupture. A ce niveau, soit en avant du tendon, soit en arrière, on ne trouve aucune adhérence anormale. En un mot, ce tendon, examiné par sa périphérie, et comparé à celui du côté opposé, paraît absolument sain et rien ne pourrait faire soupçonner une rupture antérieure, sans la présence de cette très légère dépression superficielle. Mais en pratiquant une coupe verticale de ce tendon on constate des faits très importants.

D'abord on observe un épaississement manifeste au niveau du siége de la rupture. Là, existe un tissu fibreux, de nouvelle formation débordant un peu en avant et en arrière la surface du reste du tendon. En outre, au centre de ce tissu cicatriciel on constate la présence d'un noyau ostéo-fibreux, de forme ovalaire et du volume d'un pois. Ce noyau présente à la coupe une consistance un peu inégale ; il a été examiné dans le laboratoire d'histologie de Clamart par M. Bruchet qui y a constaté la présence de nombreux ostéoplastes, mais il n'y a rencontré aucune cellule de cartilage.

Quant au tissu fibreux qui l'entourait, il présentait la constitution suivante : Immédiatement au-dessus de la cicatrice on voit les faisceaux ondulés du tissu conjonctif constituant le tendon normal, se perdre d'une façon irrégulière dans une plaque de tissu fibreux complétement homogène, formant évidemment le tissu cicatriciel. On distingue en outre quelques faisceaux conjonctifs, isolés et normaux passant au-dessus de lui comme s'ils avaient échappé à la rupture et au travail de réparation.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs titres. D'abord elle concerne un cas assez rare de rupture tendineuse. En outre, elle est de nature à montrer le mode de réparation dans les ruptures sous cutanées, mode de réparation qui ne diffère guère de celle que l'on observe à la suite des sections tendineuses.

Cependant nous trouvons ici deux caractères assez spéciaux, d'abord, l'existence à la surface de la cicatrice de fibres connectives ayant échappé à la rupture. Ensuite la présence dans cette cicatrice elle-même, de ce petit noyau osseux, développé directement aux dépens du tissu fibreux, et dont l'apparition n'est peut-être pas sans relation avec l'âge du malade?

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. Charcot.

8. Deux cas d'ulcère perforant de l'estomac ; par Ch. Talamon, interne des hôpitaux.

Obs. I. — M..., âgé de 33 ans, tailleur, entré le 3 septembre 1879, à la Maison de Santé, service de M. Lecorché. Toujours bien portant jusqu'en 1877 ; il nie toute habitude alcoolique. Sa femme affirme de son côté que c'était un mari très sobre, très rangé. Vers le milieu de l'année 1877, il a commencé à souffrir de l'estomac ; il avait des digestions pénibles, avec des douleurs épigastriques, des renvois gazeux, des régurgitations acides, mais pas de vomissements. A trois reprises, crises gastralgiques violentes pendant plusieurs heures, sui-

vies chaque fois, pendant une quinzaine de jours, d'une exaspération des troubles dyspeptiques habituels.

Il y a deux mois, après treize jours de service militaire comme réserviste, il est rentré avec de l'inappétence, des aigreurs, de la pesanteur stomacale, des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre, qui répondaient dans le dos; il avait la voix enrouée, cassée, faible. Trois semaines après, hématémèse; il vomit un litre de sang en caillots noirâtres et perd connaissance. C'est le seul vomissement de sang. Mais, à dater de ce jour, le malade rend tout ce qu'il prend ou à peu près. Parfois les vomissements cessaient pendant 3 à 4 jours, pour reprendre avec des douleurs terribles. A jeun, il avait des tiraillements d'estomac, des envies de manger. Quand il mangeait, cela le soulageait. Deux heures environ après le repas, la crise douloureuse éclatait, avec irradiations dans le dos, éructations gazeuses, régurgitations acides, et enfin vomissement qui mettait fin à la crise. — Oppression et palpitations fréquentes.

Le 31 *août* dans l'après-midi, quatre heures après son déjeûner, le malade a senti dans le côté droit du ventre une douleur atroce qu'il compare à la sensation d'une brûlure ; cette douleur est restée localisée dans le côté droit pendant trois quarts d'heure, puis s'est étendue à tout le ventre. Pas de vomissements à ce moment. Le malade était alors à la campagne. En revenant à Paris, le lendemain, toujours en proie à des douleurs abdominales épouvantables, il a senti ses jambes s'engourdir et se paralyser; il n'en avait plus conscience; il pouvait à peine les remuer et ne pouvait se tenir debout. Il a fallu le transporter du chemin de fer chez lui. Il s'est alors fait appliquer de l'eau bouillante sur la plante des pieds, au point de déterminer la formation de bulles et de phlyctènes, grandes comme une pièce de cinq francs en argent; il ne sentait pas les brûlures. Cette médication violente lui a rendu à un certain degré l'usage de ses membres inférieurs. Mais les douleurs persistaient; ventre ballonné; vomissements continuels à partir du 1er au soir. Pas de selle. Soif incessante ; presque pas d'urine.

Etat actuel. — Le troisième jour, facies grisâtre grippé; nez et extrémités glacées. Décubitus dorsal ; cuisses fléchies sur le ventre; gémissements continuels; le malade ne se remue qu'avec peine, le moindre mouvement détermine des douleurs violentes dans le ventre, les reins. L'abdomen est ballonné, gonflé, un peu dur, excessivement douloureux au moindre attouchement, surtout dans le côté gauche ; le malade accuse là une douleur spontanée qui retentit dans le dos, le long de la gouttière vertébrale, au niveau des 7e, 6e, 5e nerfs intercostaux. Par moments, les irradiations envahissent la région précordiale, retentissant dans l'espace interscapulaire; le malade se serre alors convulsivement la poitrine.

Hoquet incessant; pas de vomissements depuis ce matin. Bouche sèche, langue rouge, rude au toucher. Soif ardente. Pas de selle depuis le 31 août. Pas d'urine depuis 24 heures. Le malade urine devant nous la valeur d'un verre à bordeaux d'une urine foncée, qui ne contient ni sucre ni albumine. Battements de cœur précipités, tumultueux. Pouls petit, misérable, filiforme. T. A. 39°. Mort dans la nuit, vers 3 heures du matin.

Autopsie faite 30 heures après la mort. — Les poumons sont sains; pas d'adhérences pleurales ; un peu de congestion hypostatique. Rien dans le péricarde. Le cœur présente une coloration et un volume normal. Rien aux valvules ni aux orifices.

Abdomen.—Péritonite aiguë généralisée; les anses intestinales sont poisseuses et légèrement adhérentes les unes aux autres. Le foie et la rate sont recouverts de fausses membranes molles, peu épaisses. Quatre à cinq litres d'un liquide jaunâtre grumeleux, semblable à celui des vomissements fécaloïdes.

L'estomac est très ample, très dilaté ; muqueuse d'une couleur gris-blanchâtre uniforme; nulle part il n'existe la moindre trace de congestion. Sur la *face postérieure*, on voit une vaste ulcération, de forme un peu ovalaire, 8 centimètres de long sur 6 et demi de large. Les bords sont taillés à pic; le fond est formé en grande partie par le pancréas, dont on voit un certain nombre de grains glandulaires, disséqués en quelque sorte, faire saillie à la surface de l'ulcère ; sur ce fond on aperçoit aussi la coupe d'une artère, grosse comme une plume de corbeau, celle qui a donné lieu sans doute à l'hématémèse ; la lumière de l'artère est bouchée par un caillot noirâtre. Au-dessous du pancréas, la paroi postérieure de l'ulcère n'est plus représentée que par la tunique péritonéale. C'est là que s'est faite la perforation; elle est très large quoique moins grande que l'ulcération muqueuse, elle mesure 3 centimètres transversalement et 2 cent. et demi en hauteur. Tout autour, la face externe de la séreuse est d'un noir-verdâtre. La perforation s'ouvre dans l'arrière cavité des épiploons.

Le foie est sain ; la vésicule contient un peu de bile verte; pas de calculs. La rate, les reins, les intestins sont d'apparence normale.

Obs. II. — A..., âgé de 31 ans, commis-voyageur, entré le 19 septembre 1879, à la Maison de Santé, service de M. Lecorché, — On apporte cet homme à la visite du matin dans l'état suivant : facies abdominal, creusé, grippé; nez, mains et jambes froides, presque glacées; il accuse lui-même une sensation de froid dans les membres inférieurs, sans crampes, ni douleurs. — Douleurs violentes dans le ventre, excessives dans la partie supérieure de l'abdomen, s'étendant en forme de barre d'un flanc à l'autre. A ce niveau et surtout à l'épigastre, le moindre attouchement arrache des cris au malade; la douleur est moins vive à la pression dans les parties inférieures. Pas de ballonnement ni de tension du ventre. — Bouche sèche ; soif ardente; hoquet continuel ; pas de vomissements depuis cette nuit. Pas de selles depuis le début des accidents. T. Rect. 38°,8. Température de la paroi abdominale, 37°.

Voici les renseignements que donne le malade au milieu de plaintes et de gémissements continuels. Hier, à dix heures du matin, quelques instants après avoir pris un biscuit trempé dans un verre de malaga, il a éprouvé tout d'un coup une douleur violente au creux de l'estomac, s'irradiant en barre dans la partie supérieure de l'abdomen, suivie de vertige d'une sensation de faiblesse générale; « il a senti qu'il s'en allait » et s'est affaissé sur lui-même. On l'a porté chez un pharmacien ; celui-ci lui a fait prendre quelque chose qu'il a vomi aussitôt. C'est le seul vomissement. Depuis lors, les douleurs ont persisté, s'étendant à tout le ventre, avec angoisse extrême, et refroidissement des extrémités. Il a cru qu'il était empoisonné.

Il est commis-voyageur, il a toujours été très vigoureux et n'a eu aucune maladie jusqu'en 1878. Il reconnaît toutefois qu'il est coutumier d'excès alcooliques fréquents. En sa qualité de commis-voyageur, outre les excès de table, il a l'habitude du vermouth, du bitter, de l'absinthe avant les repas, souvent le matin à jeun. Il avait des pituites presque quotidiennes en se levant. Depuis un an, l'estomac s'est dérangé; les digestions sont devenues pénibles, avec des pesanteurs, puis des douleurs épigastriques et enfin des vomissements alimentaires accompagnés de crises gastralgiques. Les crises de douleurs et de vomissements, d'abord espacées, se sont rapprochées de plus en plus. Dans ces derniers mois, il en avait trois à quatre par semaine. Aussitôt après manger, il était pris de douleurs brûlantes au creux de l'estomac et dans le dos, avec des élancements dans l'hypochondre gauche; cela se terminait par des vomissements qui le soulageaient. Jamais d'hématémèse. Depuis trois semaines pourtant, il n'avait pas eu de crise gastralgique lorsque survinrent les accidents qui l'amènent à l'hôpital.

Il n'y avait évidemment rien à faire ; on donna au malade de la glace pour calmer le hoquet qui le tourmentait, et on lui fit une injection de morphine pour lui rendre supportables les douleurs abdominales. Dans la journée, le hoquet cesse, mais il vomit tout ce qu'il essaie de prendre. Le soir, les extrémités sont absolument glacées; le pouls est filiforme. T. Rect. 39°,6. Temp. de la paroi abdominale 37°.

Depuis hier matin dix heures, le malade n'avait pas uriné. Depuis son entrée dans le service, il n'a uriné qu'une fois. La quantité d'urine est seulement de 150 cent. cubes. L'urine

est fortement colorée, acide ; la densité est de 1046. Il n'y a pas d'albumine ; mais elle contient du sucre et réduit la liqueur de Fehling. — Urée, 15,132 par litre. — Acide urique, 0,48 p. 100. — Sucre, 10 gr. par litre.

Mort à 6 heures du matin, le 20 septembre.

Autopsie faite 26 heures après la mort. — *Thorax.* — Pas d'adhérences pleurales. Poumons sains, sauf une congestion très marquée des bords postérieurs. — Imbibition cadavérique très prononcée des valvules aortiques et auriculo-ventriculaires, caillots cruoriques dans les deux cœurs. — Aorte saine ; pas d'athérome.

Abdomen. — Volume du foie normal ; coloration verdâtre ; consistance pâteuse ; dégénérescence graisseuse. — *Rate* normale. — *Reins* mous, graisseux, un peu diminués de volume. Coloration jaunâtre de la substance corticale, striée d'étoiles rougeâtres. La surface, d'ailleurs, est lisse, et la capsule s'enlève facilement. Rien à noter dans l'*intestin*.

Péritonite généralisée ; fausses membranes abondantes, épaisses, verdâtres, couvrant le foie, la rate, l'estomac, les intestins. Injection vive et légère adhérence des anses intestinales. Grand épiploon très épaissi, infiltré de produits plastiques et de fausses membranes. Liquide d'un jaune sale, mêlé de quelques grumeaux, peu abondant dans la cavité abdominale.

Sur la *face antérieure* de l'estomac, à peu de distance du pylore, à 2 centimètres au-dessous de la petite courbure, on voit une ulcération, ayant les dimensions d'un pois, parfaitement ronde, comme un trou fait par une balle ou par un emporte-pièce. L'estomac n'est pas élargi ; il est vide. La muqueuse est d'un gris cendré, sauf au niveau de la grande courbure où existe un pointillé hémorrhagique peu abondant. Au point correspondant à la perforation péritonéale, on trouve un ulcère ovalaire, de la grandeur d'une amande ; la muqueuse est coupée brusquement à ce niveau, sans former ni saillie, ni bourrelet autour de l'ulcération. Celle-ci, en creusant les parois stomacales, a formé là un petit diverticulum, une sorte de cul-de-sac dont le fond est représenté par la séreuse ; la perforation n'occupe qu'une petite partie du fond de ce cul-de-sac.

Remarques. — Ces deux observations sont deux cas types de la forme d'ulcère stomacal, décrit pour la première fois par Cruveilhier sous le nom d'ulcère simple, d'*ulcus rotundum*. Au point de vue étiologique, il est à noter que nos deux malades étaient des hommes et que, d'après Brinton, l'ulcère perforant est plus fréquent chez la femme que chez l'homme dans le rapport de 2 à 1. Quelle altération générale a pu favoriser chez ces deux hommes la production de cette lésion ? Pour le premier, nous n'avons trouvé ni dans ses antécédents, ni dans les renseignements fournis par sa femme, rien qui pût servir à étayer une hypothèse pathogénique. Le second était nettement alcoolique, et l'imprégnation de l'organisme était déjà assez avancée pour avoir déterminé la dégénérescence graisseuse du foie et des reins. Mais un autre facteur pourrait être encore invoqué. L'urine de ce malade contenait du sucre ; quelle était la signification de cette glycosurie ? On peut admettre deux choses : ou bien, comme nous l'avions pensé tout d'abord, cette glycosurie était momentanée, accidentelle, et le résultat du choc abdominal ; ou bien, comme l'a fait remarquer M. Letulle, alors que nous avons présenté la pièce à la Société, elle pouvait exister comme symptôme d'un diabète antérieur ; et, à l'appui de son opinion, il rappelait le fait observé par lui d'une hémorrhagie mortelle chez un diabétique, expliquée à l'autopsie par un ulcère de l'estomac. Dans notre hypothèse, nous fondant sur la faible proportion de sucre contenue dans l'urine, nous admettions que le choc abdominal avait pu retentir sur le bulbe pour y produire la glycosurie, comme il avait dû le faire pour déterminer la syncope du début. Toutefois, comme il n'est pas douteux que, chez les diabétiques, la quantité de sucre contenue dans l'urine baisse dans les derniers jours de la vie, parfois même jusqu'à disparaître, comme d'autre part nous n'avons pu interroger le malade à ce point de vue particulier, l'urine n'ayant été analysée qu'après sa mort, force nous est de rester dans le doute pour l'interprétation de ce phénomène. Si l'hypothèse de M. Letulle est la vraie, il faudrait joindre le diabète à l'alcoolisme parmi les causes qui ont favorisé chez notre malade la production de la lésion stomacale.

Cliniquement, les deux observations se ressemblent sur bien des points. L'aspect des malades et la marche des accidents étaient tellement caractéristiques, qu'il n'y avait pas lieu d'hésiter un instant sur le diagnostic. Pourtant, le médecin du premier malade avait cru à des coliques hépatiques et celui du second ne s'était pas prononcé. Dans les deux cas, le choc abdominal a déterminé une syncope, l'arrêt de la circulation des matières intestinales, l'arrêt presque complet de la sécrétion urinaire, tout comme dans l'étranglement de l'intestin, et enfin le refroidissement « marmoréen », suivant l'expression de M. le professeur Jaccoud, des extrémités. Le fait à relever dans la première observation est la paralysie temporaire des membres inférieurs, paralysie non seulement du mouvement, mais de la sensibilité, et qu'on peut regarder comme un exemple de paralysie par *irritation abdominale*. Quant à la température, elle a été dans les deux cas en rapport avec l'inflammation du péritoine. Dans une observation d'ulcère perforant que nous avons communiquée à la Société anatomique, il y a quelques mois, il y avait au contraire, malgré une péritonite généralisée, abaissement de la température centrale à plus d'un degré au-dessous de la normale. On remarquera que la température locale de l'abdomen que nous avons notée à deux reprises chez notre second malade, 37 degrés, était peu élevée, eu égard à l'intensité de l'inflammation péritonéale. Mais cette disproportion s'explique aisément par la tendance au refroidissement des parties périphériques, et la température de la paroi abdominale peut être considérée comme une sorte de moyen terme entre l'élévation de la température centrale et le refroidissement glacial des extrémités.

Il reste peu de considérations anatomo-pathologiques à faire valoir. L'aspect des ulcères, l'intégrité de la muqueuse ambiante, l'absence de tout signe d'inflammation au pourtour sont des faits classiques. D'après Brinton, le siège de l'ulcère a une influence notable au point de vue de la terminaison par perforation. « A la face postérieure, dit l'auteur anglais, bien que l'ulcère y soit très fréquent, la probabilité est de 60 contre 1 ; à la face antérieure, au contraire, elle est de 6 contre 1, » c'est-à-dire que la face antérieure est cinquante fois plus exposée à la perforation que la postérieure. Si notre seconde observation rentre dans la règle, la première, où la perforation s'est faite dans l'arrière cavité des épiploons, peut être considérée à ce titre comme une exception.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juin 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Guyon présente pour le *prix Duval* l'importante thèse de M. Paul Segond, prosecteur de la Faculté, sur les *abcès chauds de la prostate et le phlegmon périprostatique*, et la thèse de M. E. Monod sur l'*uréthrotomie externe*. Il offre, en outre, à la Société la thèse de M. Bazy sur le *diagnostic des lésions des reins dans les maladies des voies urinaires*.

M. Trélat présente la thèse de M. Chuquet sur l'*association du chloral et du chloroforme dans l'anesthésie chirurgicale*. Depuis deux ans, M. Trélat combine dans son service le chloral et le chloroforme. 50 minutes environ avant toute opération, il fait prendre au malade 2 grammes de chloral et 40 grammes de sirop de morphine ; dans quelques cas même, il va jusqu'à 6 et 8 grammes de chloral ; de la sorte, le patient arrive à l'amphithéâtre avec une profonde indifférence pour l'opération et quelquefos même dans une véritable torpeur.

Bec de lièvre compliqué. — M. P. Berger. Dans la dernière séance, M. Trélat a parlé de deux de ses malades atteints de bec-de-lièvre compliqué avec large solution de continuité, étalement considérable des narines, et qui étaient totalement guéris au 4e jour de l'opération. La difficulté de l'opération résidait surtout dans l'affrontement : aussi, M. Trélat ayant appliqué de chaque côté des narines deux plaques métalliques réunies à travers les narines mêmes par un fil suffisant, a-t-il pu réaliser avec la plus grande facilité ce temps important et capital de l'opération.

Dans une circonstance semblable, et pour un cas identique, M. Berger a eu recours au même procédé. Comme M. Trélat, il a largement avivé, et le plus haut possible ; mais, au lieu de traverser les narines de part en part par un fil métallique, il s'est contenté de réunir l'une d'elles à la cloison ; par ce procédé, le patient avait une narine libre et pouvait facilement respirer. Les résultats immédiats de l'opération ont été excellents, mais se sont malheureusement démentis plus tard dans une notable mesure.

M. Lannelongue insiste sur ce fait que les variétés de bec-de-lièvre sont très nombreuses, que très nombreux aussi sont les procédés opératoires à leur opposer Il est des cas, par exemple, où les bords osseux de la solution de continuité sont en retrait l'un sur l'autre, et il est parfois très difficile de les amener au contact par des moyens même violents. Dans cette variété, M. Lannelongue procède en deux temps : Dans un premier temps, il pratique la suture osseuse, fracturant l'os en un point déterminé; dans un second temps, il procède à la suture des parties molles. Il se déclare chaud partisan du procédé opératoire exposé à la Société par M. Trélat.

M. Le Dentu trouve qu'il est souvent très bon d'aviver très haut et de pratiquer la suture des narines ; c'est une manière de faire dont il s'est fort bien trouvé en plusieurs circonstances : le fil qui réunit les deux narines peut même être laissé longtemps en place, sans qu'on ait à redouter aucun accident de suppuration. Lorsque l'os inter-maxillaire est très proéminent, il se présente naturellement à l'esprit de faire une fracture : mais la fracture n'est pas toujours possible, et, en ce cas, elle est avantageusement remplacée par l'évidement de l'os, ainsi que l'a pratiqué M. Verneuil.

Il est en outre un moyen adjuvant que M. Le Dentu recommande fort : c'est la section verticale de la cloison. Pratiquée au moyen du galvano ou du thermo-cautère, elle ne donne pas une goutte de sang : de plus, elle permet de mobiliser absolument le nez, et de le placer en tel ou tel endroit déterminé. Le bec-de-lièvre peut s'accompagner d'atrophie unilatérale des parties molles; en pareille circonstance, M. Le Dentu, se contente d'un lambeau unique.

Corps étrangers du rectum. — M. Verneuil fait un rapport sur deux observations de M. le Dr Bernard (de Cannes). Le premier malade est un marin, de 60 ans, qui s'introduit dans le rectum un morceau de bois, taillé en forme de carotte, à grosse extrémité supérieure, à pointe inférieure, de quinze centimètres de longueur sur quatre centimètres de largeur au niveau de la base. Au moment où M. Bernard voit le patient, le corps étranger est déjà à quinze centimètres de l'anus, la pointe fixée dans la muqueuse rectale qu'il fait saigner. Après avoir usé de divers procédés, M. Bernard introduit la main gauche dans le rectum, le plus haut possible, parvient à toucher la pointe qu'il dégage, et saisit ensuite au moyen d'une pince à polypes. Les tenailles, le forceps, le tire-balle, ne pouvaient être d'aucun secours. Par le même procédé, il a extrait du rectum d'un autre patient (l'observation ne dit pas s'il s'agit encore d'un marin) une bougie à brûler.

Hématocèle testiculaire traumatique. — M. Ch. Monod, à l'appui de sa candidature, lit un très intéressant et très important mémoire sur l'hématocèle testiculaire traumatique.

Cette hématocèle testiculaire, qu'on dit surtout avoir été observée chez les cavaliers dont les bourses sont violemment heurtées contre le pommeau de la selle, est excessivement rare, et J.-L. Petit en a parlé l'un des premiers. La raison de cette extrême rareté réside dans la situation du testicule qui, par son peu de fixité même, fuit au-devant du choc. La contusion du testicule engendre soit des phénomènes douloureux, soit même une orchite traumatique : et encore, cette prétendue orchite traumatique accompagne-t-elle très fréquemment la blennorrhagie ; l'hématocèle intra-testiculaire est l'exception, et peu de chirurgiens en ont observé. MM. Monod et Terrillon ont expérimenté sur le cadavre et sur les animaux. Sur le cadavre, la contusion du testicule préalablement fixé a amené une attrition, un décollement du parenchyme testiculaire ; sur des chiens, des chocs modérés n'ont produit qu'une légère suffusion sanguine; des chocs plus considérables ont produit l'hématocèle intra-testiculaire; mais en même temps que cette hématocèle il y avait toujours rupture de la tunique albuginée, et la rupture de cette tunique engendrait parfois concurremment une hématocèle vaginale traumatique vraie. Mais, pour produire cette rupture, pour produire cette hématocèle, il importe que le testicule soit fixe et bien fixé, condition qui s'observe si rarement dans les circonstances ordinaires, et qui rend compte de la rareté de l'affection. La suite éloignée de l'hématocèle testiculaire est l'orchite traumatique et l'atrophie de l'organe. M. Monod a calculé que, pour rompre la tunique albuginée, il faut développer la force considérable de 50 kilogrammes.

Ostéo-sarcome des membres. — M. Lannelongue présente deux pièces, l'une d'ostéo-sarcome du bassin, l'autre d'ostéo-sarcome du fémur, recueillies l'une et l'autre à l'hôpital Sainte-Eugénie, chez deux petites filles. Dans les deux cas, la tumeur s'est développée avec une excessive rapidité.

La petite fille, atteinte d'ostéo-sarcome du fémur, avait 9 ans et demi. La tumeur, qui avait débuté il y a quelques mois à peine, était très volumineuse, et quelques ganglions cruraux étaient engorgés. Vite une opération fut décidée, et la désarticulation de la hanche fut pratiquée suivant le procédé de Farabeuf. La malade perdit très peu de sang, 150 gr. environ, et la plus grande partie provenait de la tumeur même. La température, qui était de 36°,8 après l'opération, atteignait le lendemain son point culminant, 39°,4, et la réunion des lambeaux se faisait rapidement, et par première intension, pour ainsi dire. Il s'agissait d'un sarcome fasciculé, né sous le périoste, et qui avait envahi sur une faible étendue le canal médullaire.

La seconde malade était entrée à Sainte-Eugénie pour une douleur sciatique, très rebelle et très forte, accompagnée de gonflement à la région de la fesse. D'abord, le diagnosctic fut hésitant : ne s'agissait-il pas d'une ostéopériostite de la fosse iliaque externe ? Mais, rapidement, il fut évident qu'on était en présence d'un ostéosarcome, né dans la fosse iliaque externe ; en très peu de temps, le bassin se transforma en une masse monstrueuse, d'où émergeait un membre inférieur, frêle, maigre, atrophié, presque ridicule ; la généralisation se fit ; la périphérie du poumon se couvrit de noyaux cancéreux, alors que le parenchyme pulmonaire, le foie, les reins, la rate, n'avaient rien, et la mort survint. Ce n'est pas tout : depuis longtemps déjà, des bosselures nombreuses, dont quelques-unes aussi volumineuses que le poing, s'étaient montrées sur la voûte du crâne ; ces bosselures, noyaux de généralisation nés dans les os du crâne même, s'étaient coiffés du périoste, sans le perforer, avaient refoulé le dure-mère, sans l'entamer ; et, chose remarquable, malgré la saillie considérable de ces tumeurs à l'intérieur du crâne, aucun phénomène de compression ne s'est montré, et la malade est morte avec toute son intelligence.

M. A. Desprès fait observer que, parmi les ostéosarcomes, les uns évoluent lentement, les autres évoluent au contraire avec une excessive rapidité ; les premiers seraient seuls opérables. Mais, comment faire le diagnostic de ces deux variétés ? On n'a, malheureusement, d'autre élément que la marche de la maladie, et l'âge du patient, l'ostéosarcome évoluant plus rapidement chez les enfants.

M. E Cruveilhier présente un malade qu'il a opéré il y a 15 mois, sur le conseil de M. Verneuil, pour un *épithélioma de la glande sublinguale*. Il lui a enlevé tout le plancher de la bouche et supprimé la langue. Il est très remarquable, qu'étant donnée la malignité ordinaire de l'épithélioma de la glande sublinguale, aucune récidive ne se soit encore montrée.

P. Méricamp.

Médecins militaires.

Par décret du Président de la République, en date du 5 juin 1880, rendu sur le rapport du Ministre de la Marine et des Colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé : M. Cotholendy (Gaspard-Jean-Baptiste-François), médecin en chef.

Au grade de médecin en chef: M. Brassac (Pierre-Jean-Marcelin), médecin principal.

Au grade de médecin principal: 2e tour (choix). M. Cheval (Julien-Elysée), médecin de 1re classe.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude des peptones.

Les idées de Broussais sont loin de nous ; assurer la nutrition du malade est notre préoccupation de tous les instants, et nous voulons éviter avant tout de voir nos malades guéris mourir de faim.

La nutrition nous intéresse aussi au point de vue thérapeutique ; il n'est plus douteux aujourd'hui que certaines maladies exanthémateuses, certaines névroses, la cachexie et l'anémie, ne reconnaissent souvent pour cause efficiente qu'une nutrition viciée ou incomplète ; ces idées nous sont communes.

Aussi ai-je lu avec intérêt (1), la communication de notre honorable confrère, M. Raymond, sur la valeur nutrimentive des peptones administrées même par le rectum. Je fus tenté d'en faire l'expérience. Je donnais alors des soins à une petite fille athrepsique, âgée de deux ans, la mère avait trente-cinq ans, et le père, plus âgé encore, portait des traces indéniables de scrofule. Lorsque je vis cette petite pour la première fois, je la trouvai confinée au lit, épuisée par une diarrhée fétide et continuelle ; je remarquai sur les membres inférieurs de la lymphangite, rien du côté du poumon, mais je soupçonnai une dégénérescence graisseuse du foie et des reins. Je ramenai cette enfant au régime lacté exclusivement ; les selles, toujours fréquentes, conservaient une odeur désagréable ; le poids de l'enfant oscillait entre 9 kilogrammes et 8 kil. 900. J'essayai de stimuler ce frêle organisme à l'aide de la potion de Todd, ce qui mettait parfois l'enfant dans un état voisin de l'ébriété. J'eus alors l'idée de lui faire prendre des peptones, et je priai M. Defresne d'en mettre à la disposition de ma petite malade.

Elle en prit d'abord une cuillerée matin et soir dans du bouillon, je portai ensuite la dose à quatre cueillerées par jour; l'enfant accepta cette alimentation sans s'en apercevoir. Au début de l'expérience, elle pesait 8 kil. 900 ; dix jours plus tard, elle avait gagné 500 grammes, la diarrhée était pour ainsi dire arrêtée ; huit jours plus tard, le poids était resté stationnaire, pendant ce temps, l'enfant avait été tourmentée par l'apparition de deux molaires et par un peu de diarrhée ; dix jours plus tard, ces petits accidents étaient oubliés, elle avait gagné 600 grammes et pesait alors 10 kilogrammes. Dès la première semaine de ce régime, la petite malade avait quitté le lit, et ses traits vieillots et grimaçants reprenaient de la vivacité et de l'enjouement. Le sujet, au reste, n'est pas brillant, et je n'augure pas bien de l'avenir.

J'avais depuis quelque temps Mme M... pour cliente ; elle était alitée depuis deux ans et avait été traitée pour un cancer, un rétrécissement du cardia. Je pensai pour mon compte à une gastrite chronique avec dilatation de l'estomac. Cette malade présentait les symptômes suivants : dépression considérable des forces, vomissements glaireux continuels, douleur épigastrique non continue, abdomen rétracté, amaigrissement notable, constipation opiniâtre, éructations acides, langue normale. Toutes les médications ayant été épuisées, j'ai prescrit la *peptone* de la façon suivante : trois cuillerées par jour en lavement et autant par la bouche.

Dès le dixième flacon la malade a pu se lever et se promener avec des béquilles. J'ai depuis augmenté progressivement les doses. La malade a quitté ses béquilles et peut se promener dans son jardin. Je continue la médication, et j'espère voir se confirmer de plus en plus l'amélioration déjà obtenue.

Ce qui m'avait frappé dans l'emploi de ce régime, c'est le réveil de l'appétit qui en était la conséquence ; surtout lorsque je faisais prendre la peptone dans un peu de bouillon, le matin à jeun. Je ne pense pas que la théorie de Schiff puisse trouver dans ce fait un argument : mon opinion est que la peptone doit être considérée non comme un peptogène direct, mais plutôt comme un nutriment qui, une fois tombé dans l'estomac, est rapidement absorbé et laisse cet organe éveillé pour le travail de la digestion sans rien trouver devant soi à digérer. M. Defresne, d'ailleurs, a fait remarquer que cette sensation de la faim n'est plus impérieuse lorsque la peptone est prise en mangeant, dans de la soupe par exemple.

J'ai dans ma clientèle une jeune dame anémique et nerveuse qui se plaignait du dégoût qu'elle éprouvait par les aliments. J'avais essayé les toniques, les amers, la noix vomique, mais en vain ; un peu obsédé par des plaintes réitérées, je conseillai à cette dame de prendre le matin à jeun une cuillerée de peptone dans un peu de vin de Malaga, car le bouillon lui répugnait. Elle commença ce régime dès le lendemain ; une heure plus tard, l'appétit devint vif et impérieux ; elle se sentit, comme elle dit, obligée de prendre quelque chose. Enchantée de ce résultat, elle ne manque jamais une heure avant le repas, de prendre une cuillerée de peptone dans un peu de vin de Malaga. P.-H. Bergeron.

(1) Voir le *Progrès médical* du 28 février 1880.

CORRESPONDANCE

De la récolte du vaccin

En réponse à un passage de l'article publié dans le dernier numéro, notre ami M. le Dr J. Lucas-Championnière, nous adresse la rectification suivante que nous nous empressons de publier, car les renseignements qu'elle contient pourront être utilisés par nos lecteurs.

Mon cher ami,

Non seulement les sages-femmes de la Maternité de Cochin vaccinent tous les enfants, mais elles recueillent une quantité considérable de vaccin qui est généreusement distribué, sans bruit, à qui en demande. Il y a des médecins qui ne sont approvisionnés que là. La prison de la Santé a bien su trouver du vaccin chez nous pour ses revaccinations.

Pour ma part, j'ai distribué un grand nombre de tubes recueillis par mes sages-femmes. A cause du départ rapide des enfants, du nombre considérable des chétifs sur lesquels il ne serait pas sage de le recueillir, ce service demande de la part de ces dames beaucoup d'attention et d'exactitude, cela se fait d'habitude sans encouragement. On voit même bien rarement pénétrer chez nous des médailles de récompense qui sont cependant méritées là aussi bien qu'ailleurs.

Je vous serai bien obligé de publier cette petite note dans votre prochain numéro.

Je vous serre la main, votre dévoué,

J. Lucas-Championnière.

Nous nous associons de tout cœur à notre excellent collègue pour appeler très vivement l'attention et de l'Académie de médecine et de l'Administration sur les services rendus par les sages-femmes de la Maternité de Cochin.

Nous recevons de M. Mathieu, en réponse à la lettre de M. Trouvé publiée dans le nº 22, une lettre dont nous publions les extraits suivants :

Monsieur le Rédacteur,

Nous lisons dans le nº du 29 mai de votre estimable journal une lettre de M. G. Trouvé, qui nous met en cause d'une façon très inattendue et qui nécessite quelques explications.

M. Trouvé nous reproche d'avoir présenté à l'Académie de médecine M. Leiter, un de nos confrères de Vienne, dont le nom est très honorablement connu par le corps médical. M. Trouvé ignore sans doute que, lors de l'exposition de Vienne, en 1873, M. Leiter s'est mis, avec une grâce parfaite, à la disposition des exposants français de son groupe, et que, pour notre part, nous avons rencontré chez lui un accueil excellent et une cordialité dont nous lui avons gardé une grande reconnaissance.

M. Leiter venant à Paris, nous nous sommes fait un devoir de ne pas être, vis-à-vis de lui, en reste de courtoisie..... Nous regrettons que M. Trouvé ait mal interprété un acte bien naturel d'une façon aussi opposée à nos idées et à notre manière de voir.

Veuillez agréer, etc. Mathieu.

VARIA

Académie des sciences.

L'Académie des sciences, dans ses séances du 26 avril, 3 mai et 10 mai 1880, a procédé par la voie du scrutin, à la nomination de Commissions de prix chargées de juger les concours de l'année 1880. Le dépouillement a donné les résultats suivants :

Prix Bordin: MM. Daubrée, Hébert, Delesse, des Cloizeaux et Milne Edwards réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui

après eux ont obtenu le plus de voix sont : MM. H. Sainte-Claire Deville et Damour.

Prix Barbier : MM. Gosselin, Vulpian, Chatin, Bussy, Larrey réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix, sont MM. Marey et Cosson.

Prix Desmazières : MM. Duchartre, Van Tieghem, Decaisne, Trécul et Chatin réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Cosson et Pasteur.

Prix de la Fons Melicocq : MM. Duchartre, Decaisne, Van Tieghem, Chatin et Trécul réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Cosson et Naudin.

Prix Thore : MM. Blanchard, Duchartre, Milne-Edwards, Decaisne et Trécul réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Chatin et Lacaze-Duthiers.

Grand prix des sciences physiques : MM. Milne-Edwards, de Quatrefages, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne-Edwards et Blanchard réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Ch. Robin et Hébert.

Prix Savigny : MM. Blanchard, de Quatrefages, Milne-Edwards, Ch. Robin et de Lacaze-Duthiers réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Alph. Milne-Edwards et Larrey.

Prix Montyon (médecine et chirurgie) : MM. Gosselin, Vulpian, Marey, Bouillaud, Larrey, Cloquet, Boulet, Milne-Edwards et Ch. Robin réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Sedillot et de Lacaze-Duthiers.

Prix Godard : MM. Vulpian, Gosselin, Ch. Robin, Bouillaud et Cloquet réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Milne-Edwards et Bouley.

Prix Dugaste : MM. Vulpian, Bouillaud, Gosselin, Marey et Ch. Robin réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Bouley et Larrey.

Prix Boudet : MM. Pasteur, Gosselin, Vulpian, Marey et Bouley réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Dumas et Ch. Robin.

Prix Gay : MM. Daubrée, Delesse, Hébert, de la Gournerie et Perrier réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Lalanne et d'Abbadie.

Prix Montyon (physiologie expérimentale) : MM. Vulpian, Marey, Milne-Edwards, Ch. Robin et Bouley réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. de Quatrefages et de Lacaze-Duthiers.

Prix Montyon (arts insalubres) : MM. Dumas, Chevreul, Boussingault, Frémy et Peligot réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Bussy et Pasteur.

Prix Trémont : MM. Dumas, Bertrand, Tresca, Breguet et Thénard réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. Chasles et Rolland.

Prix Gegner : MM. Dumas, Chasles, Bertrand, Boussingault et Milne-Edwards réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix sont : MM. H. Sainte-Claire Deville et Fremy.

Association française pour l'avancement des sciences.

Les journaux de Reims donnent les détails suivants sur le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences :

Samedi, à huit heures et demie du soir, le comité local du Congrès s'est réuni à l'Hôtel-de-Ville, sous la présidence de M. Poulain. Quarante membres étaient présents. M. Gariel, venu de Paris, a pris place au bureau. On a fait définitivement fait choix du lycée pour les séances des sections scientifiques.

L'exposition d'archéologie sera installée à l'Hôtel-de-Ville. Celle des produits de la fabrique de Reims à la Société industrielle, enfin celle du Comité agricole dans les promenades. Sur la demande du secrétaire général, le Comité vote un crédit de 1,000 francs pour faire face aux premières dépenses d'installation, ainsi que pour la publication de la notice.

Trois grandes excursions sont arrêtées : l'une au château de Baye, où on visitera la magnifique collection que possède M. le baron de Baye. Le Comité local avait songé à visiter la fabrique de glaces de Saint-Gobain, mais les propriétaires en ont refusé l'entrée. Une deuxième excursion du Congrès aura lieu dans l'Argonne, par Varennes, le défilé des Islettes, la Chalande, Neufour et Sainte-Menehould probablement. La troisième excursion aura pour but les bords de la Meuse et les grottes du Han, en Belgique.

Les sujets des conférences ne sont pas encore arrêtés, ils seront fixés dans quelques jours.

La direction de l'Assistance publique.

Voici comment l'*Union Médicale* apprécie les raisons mises en avant par M. le Préfet de la Seine, pour écarter la candidature de M. le Dr Thulié à la place de directeur de l'Assistance publique :

« Logique dans les choses, concordance dans les actes des hommes chargés des mêmes missions, est-ce donc trop demander aux choses et aux hommes ? Il paraît que oui, et l'affaire de la nomination du directeur de l'Administration de l'Assistance publique est une nouvelle preuve de la difficulté de rencontrer cette logique et cette concordance.

» Vous vous rappelez la lettre de M. le Préfet de la Seine exposant les motifs, — quels motifs ! — pour lesquels il n'avait pas voulu nommer un médecin à ces fonctions, et cela parceque médecin. La presse médicale a été unanime cette fois pour trouver singulièrement étranges les raisons invoquées par M. Hérold. Alors même que ces motifs eussent été enveloppés dans les mélodies charmantes du *Pré-aux-Clercs* ou de *Zampa* de son illustre père, ils eussent été difficilement acceptés par l'opinion. Il était donc convenu, de par M. Hérold, qu'un médecin était dépourvu de toutes les qualités qui font un bon administrateur et qu'il n'était bon qu'à prescrire la casse ou le séné.

» Or, voici que M. le Directeur nommé par M. Hérold restitue précisément aux médecins toutes les qualités dont M. le Préfet les a déshérités. En effet, dans une circulaire que le nouveau directeur de l'Assistance publique vient d'adresser au corps médical des hôpitaux de Paris, M. Quentin s'est exprimé de la manière suivante, qui fait un singulier contraste avec la lettre de M. le Préfet de la Seine. »

Suit la lettre de M. Quentin que nous avons publiée le 22 mai dans le *Progrès Médical* (Voir le n° 21).

Laïcité de l'Assistance publique. — Défense de faire des miracles.

Il paraît que les sœurs de Samois avaient absolument besoin d'un miracle, et qu'une apparition dans les règles était pour elles une de ces choses dont il est impossible de se passer. Elles s'étaient donc offert le miracle et l'apparition, qui devaient agir efficacement sur la cervelle de leurs élèves.

Malheureusement, la Commission de l'hospice, duquel les sœurs dépendent, ne l'a pas entendu ainsi, et elle a pris la spirituelle délibération que voici :

« La Commission administrative de l'hospice de Samois, informée du fait dont il va être question, délibère : attendu qu'il ne doit pas être permis à des personnes chargées de l'instruction des jeunes enfants, d'halluciner l'imagination et de pervertir le sens moral en prêtant les mains à des prétendus miracles que la raison réprouve ; — attendu que, le vendredi 21 mai, les sœurs de l'hospice de Samois, en faisant ou en laissant croire aux enfants confiés à leurs soins, qu'ils avaient vu à l'horizon l'arche de Noé illustrée d'inscriptions avec Jésus nu dans l'arche et une colombe transpercée du glaive, et en appelant nombre d'habitants du pays à être témoins de cette manifestation, ont commis un scandale public dans un établissement dont elles n'ont pas la gérance ; — attendu que ce soi-disant miracle n'est qu'une réédition de la mystification de la Vierge, censément descendue le 15 mai 1873, sur un prunier du jardin du même hospice dont les produits acquirent une singulière valeur ; Décide :

» A l'avenir, il est interdit aux sœurs de l'hospice de Samois de coopérer, dans l'établissement hospitalier, à des miracles, sans l'autorisation expresse de la Commission administrative dudit hospice. — Le présent ordre du jour sera signifié aux sœurs par les soins de l'économe. Et ont, les membres signé après lecture. »

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 14. — 2e *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Houel, Nicaise et Pozzi. — 3e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat* (Charité) MM. Fournier, Guéniot, Marchand.

MARDI 15. — 1er *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Panas, Lannelongue, Richelot. — 2e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Jaccoud, Delens, Duguet; — 2e *série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Humbert; — 3e *série* : MM. Ball, B. Anger, Lancereaux ; — 4e *série* : MM Peter, Perier, Legroux. — 5e *de doctorat*, 1re *série* (Charité) : MM. Gosselin, G. Sée, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Lasègue, M. Sée, Polaillon.

MERCREDI 16. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Hayem, Pozzi. — 2e *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Guyon, Houel, Cadiat. — 3e *de doctorat* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité : MM. Potain, Guéniot, Marchand ; — 2e *série* (Charité) : MM. Fournier, Nicaise, Chantreuil.

JEUDI 17. — 1er *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Gosselin, Lannelongue, Farabeuf ; — (Examen) 1re *série* : MM. Ball, Perier, Ch. Richet ; — 2e *série* : MM. M. Sée, Delens, Richelot. — 2e *de doctorat*. 1re *série* : MM. G. Sée, Laboulbène, Berger ; — 2e *série* : MM. Jaccoud, Bouchard, Humbert; — 3e *série* : MM. Hardy, B. Anger, Hallopeau. — 4e *de doctorat* : Lasègue, Brouardel, Rigal.

VENDREDI 18. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Guyon, Cadiat. — 2e *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Houel, Nicaise, Marchand. — 3e *de doctorat* : MM. Lutz, Gariel, Henninger. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Terrillon.

SAMEDI 19. — 1er *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Perier, B. Anger, Farabeuf ; — (Examen) 1re *série* : MM. Panas, M. Sée, Ch. Richet,

— 2e *série* : MM. Charcot, Lannelongue, Polaillon. — 2e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Brouardel, Bouchard, Richelot; — 2e *série* : MM. Hardy, Delens, Lancereaux ; — 3e *série* : MM. Peter, Ball, Berger. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Gosselin, Jaccoud, Charpentier ; — 2e *série* (Charité) : MM. Laboulbène, Pinard, Humbert.

Thèses. — *Lundi* 14 : 251. M. Chauvin : Quelques considérations sur les fractures spontanées et particulièrement sur les fractures spontanées des côtes en dehors de la grossesse et pendant la grossesse.—252. M. Debelut : Contribution à l'étude des adhérences dans le cancer de l'estomac. — *Mardi* 15 : 253. M. Guyot : Sur les troubles cardiaques dans la néphrite interstitielle et causes de l'hypertrophie du cœur dans cette maladie. — 254. M. Ducos : Etude sur la métrite et les accidents péritonéaux d'origine blennorrhagique. — *Mercredi* 16 : 255. M. Laffont : Recherches sur la glycosurie considérée dans ses rapports avec le système nerveux. — 256. M. Blanchard : De l'anesthésie par le protoxyde d'azote par la méthode de M. le professeur P. Bert. — 257. M. Camus : Les complications locales des injections hypodermiques. — 258. M. Thiron : Plaies pénétrant dans la cavité péritonéale, avec ou sans issue de l'épiploon. — *Jeudi* 17 : 259. M. Machado : Essai sur les oreillons sous-maxillaires. — 260. M. Landouard : Du traitement du tétanos par le bromure de potassium.

Faculté de médecine de Montpellier.

M. J. Ferry vient de prendre, en date du 6 juin, un arrêté ministériel ratifiant la fermeture de la Faculté de médecine de Montpellier jusqu'à nouvel ordre, et interdisant aux élèves en cours d'étude à cette Faculté de pouvoir, jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné, prendre des inscriptions ou subir des examens devant aucune autre Faculté ou Ecole.

Le même jour, il avait pris ce second arrêté :

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts : Vu la délibération de la Faculté de médecine de Montpellier, prise à l'unanimité des membres présents dans sa séance du 24 mai 1880, constatant que M. Amagat a apposé lui-même dans l'enceinte de la Faculté, malgré les observations du concierge et sans l'autorisation de M. le doyen, nécessaire pour ce fait, une affiche annonçant aux élèves qu'il allait ouvrir un cours de botanique dans le local de la Faculté (et cela sans autorisation) ; que ces démarches acquièrent une portée particulièrement grave des circonstances dans lesquelles elles se sont produites ; qu'elles n'ont pu manquer de jeter l'excitation dans l'esprit des élèves. Arrête :

M. Amagat, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Montpellier, est suspendu de ses fonctions et déféré au Conseil académique de Montpellier.

Le *Petit Méridional* de Montpellier publie de son côté la dépêche suivante :

Les sénateurs et députés de l'Hérault se sont réunis ce soir, à six heures, avec MM. Moitessier, doyen, Estor et Bertin, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier. — Ils ont décidé de faire une démarche auprès du Ministre pour que le Conseil académique devant lequel M. Amagat, professeur agrégé, est cité, soit saisi non pas seulement du fait de l'affichage qui lui est reproché, mais de l'ensemble du conflit qui existe entre M. Amagat et la Faculté. M. le Ministre de l'Instruction publique recevra la députation prochainement.

La phase nouvelle dans laquelle vient d'entrer cette affaire, nous oblige à une réserve momentanée que nos lecteurs ne peuvent manquer d'apprécier.

Faculté de médecine de Nancy.

Concours pour une place de chef de clinique interne. — Un concours pour une place de chef de clinique interne s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy, le mardi 6 juillet 1880, à huit heures du matin. A cet emploi, dont la durée est de trois ans, est attaché un traitement annuel de 1,000 fr.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant subi les cinq premiers examens du doctorat. — Les épreuves consisteront : 1° en une composition écrite sur un sujet de pathologie interne, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent ; 4 heures seront accordées pour la rédaction ; 2° en épreuves cliniques : Examen de deux malades (15 minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade) ; 3° en une leçon orale, d'une demie heure au plus, sur les deux malades examinés après un quart d'heure de préparation.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, trois jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire un acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

Concours pour l'agrégation.

Sciences accessoires. — Les lectures des compositions écrites ont eu lieu les 3, 4, 5 et 7 juin. La seconde épreuve, leçon de trois quarts d'heure après trois heures de réflexion, a commencé le 8 juin. Elle a porté sur les sujets suivants : *Mardi* 8 : MM. Chapuis et Garnier: *Cuivre et ses composés.* — *Mercredi* 9 : MM. Carles et Lacôte : *Cyanogène et ses principaux composés.* — *Jeudi* 10 : MM. Maguin et Pouchet : *Plomb et ses principaux composés.* Cette épreuve se continuera dans l'ordre suivant: *Vendredi* 11 : MM. Prunier et Gourvat; — *Samedi* 12 : MM. Testus et Arloing ; — *Lundi* 14 : MM. Regnier et Plonteau ; — *Mardi* 15 : MM. Rémy et Viault.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Ribemont ont commencé, le mardi 1er juin, à 4 h. du soir, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Accouchement normal ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° *Exercices cliniques et opératoires.* — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours d'accouchements. — M. Loviot recommencera son cours théorique et pratique d'accouchements, le 14 juin. Examen des femmes enceintes deux fois par semaine. — S'adresser pour les renseignements : au siége du cours, 10, rue Hautefeuille, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

FORMULES

39. Lavement nutritif de peptone. Bagros.

M. Bagros indique dans le *Répertoire de pharmacie* la formule suivante qui lui a été demandée par un médecin pour une malade qui refusait de prendre toute espèce de nourriture :

Viande maigre de bœuf........	100 grammes.
Pepsine acidifiée Boudault.....	4 —
Glycérine pure..............	20 —
Eau tiède..................	80 —

Pilez la viande dans un mortier de marbre, jusqu'à ce qu'elle soit réduite en pulpe. Ajoutez alors successivement la pepsine, la glycérine et l'eau tiède. Introduisez le mélange dans un flacon à large ouverture, que vous placez au bain-marie, à une température constante de 40° à 45°. Au bout de cinq à six heures, la couleur rose qu'avait le mélange au début de l'opération a été remplacée par une couleur grise. Passez alors avec pression au travers d'une passoire fine ou d'une étamine en tissu léger. Il ne reste chaque fois que 8 à 10 gr. de résidu sur la passoire. Le produit recueilli est un liquide opaque, grisâtre, presque inodore.

L'addition de glycérine au début de l'opération est indispensable pour l'empêcher d'acquérir une odeur désagréable, et elle ne nuit en aucune façon à l'action dissolvante de la pepsine. Cette préparation se conserve facilement. Deux échantillons gardés depuis plus de quatre mois dans des flacons incomplétement pleins, qui ont été débouchés plusieurs fois sont dans le même état que le premier jour.

La personne pour laquelle ce lavement a été préparé, en était arrivée à ne prendre aucune espèce de nourriture. Quelquefois elle ne mangeait dans sa journée qu'une ou deux figues ou un peu de raisin sec, et faisait malgré cela une promenade chaque jour. Pendant près d'un mois, elle a pris ce lavement chaque matin et n'a cessé d'en faire usage que lorsqu'elle a pu commencer à manger. Il y a tout lieu de croire que ce lavement a contribué dans une certaine mesure à entretenir ses forces.

40. Traitement de l'ozène. Pugin Thornton.

M. W. Pugin Thornton, chirurgien du dispensaire général de Mary Lebove, rapporte six cas d'ozène traités par les pulvérisations nasales ; le résultat a été très satisfaisant. Il a employé le liquide suivant :

Carbonate de soude............	3 gr. 54
Biborate de soude.............	3 54
Liqueur de Labarraque.........	1 80
Glycérine....................	90 grammes.
Eau simple...................	240 —

Tous les cas rapportés par l'auteur offraient le type classique de l'ozène. Un des cas était d'origine syphilitique : les pulvérisations locales semblent avoir favorisé l'action des médicaments généraux. Le malade avait dans la narine droite une ulcération de cette nature, les accidents dataient de dix ans. Il vaut mieux alors recourir au mercure qu'à l'iodure de potassium, parce que ce dernier augmente le flux nasal.

L'auteur a vu la chose arriver chez un ecclésiastique atteint d'ozène qui prit de l'iodure de potassium pour une sciatique. Il avait commencé ce dernier traitement depuis quinze jours à peine lorsque l'ozène qui était guéri reparut. Il fut obligé de reprendre les pulvérisations. (*New-York med. Journ. et Paris. med.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 28 mai au jeudi 3 juin 1880, les naissances ont été au nombre de 1,030, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 378 ; illégitimes, 120. Total, 498. — *Sexe féminin* : légitimes, 360 ; illégitimes, 172. Total, 532.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 :

2,020,000 hab. — Du vendredi 28 mai au jeudi 3 juin les décès ont été au nombre de 1,071, savoir: 571 hommes et 500 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde: M. 28. F. 9. T. 37. — Variole: M. 32. F. 22. T. 54. — Rougeole : M. 18. F. 12. T. 30 —Scarlatine : M. 7. F. 9. T. 16.—Coqueluche : M. 4. F. 3. T. 7.— Diphthérie. Croup : M. 22. F. 16. T. 38.—Dysentérie : M. 2. F. ». T. ». — Erysipèle : M. 7. F. 3. T. 10.—Affections puerpérales : F. 14. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 87. F. 69. T. 156. — Autres tuberculoses : M. 27. F. 27. T. 54. — Autres affections générales : M. 49. F. 62. T. 111. — Bronchite aiguë : M. 21. F. 22. T. 43. — Pneumonie : M. 47. F. 37. T. 83. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 45. F. 45. T. 90. — Autres maladies locales : aiguës : M. 47. F. 34. T. 81: — chroniques : M. 80. F. 87. T. 167 ; — douteuses : M. 22. F. 22. T. 44. — Après traumatisme : M. 1. — Morts violentes : M. 21. F. 4. T. 25. — Causes non classées : M. 6. F. 1. T. 7.

Morts-nés et prétendus tels : 96, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : Légitimes, 35 ; Illégitimes : 22. Total, 57. — *Sexe féminin* : Légitimes, 29 ; Illégitimes, 10. Total 39.

Asiles d'aliénés. *Concours pour une place de pharmacien.* — *Jury*: Le jury d'examen est composé de MM. Quesneville, pharmacien de Sainte-Anne ; Joulie, pharmacien à la Maison municipale de santé; Bourgoin, pharmacien à l'hôpital des Enfants malades ; Lextreit, pharmacien à l'hôpital Saint-Antoine ; Degraeve, pharmacien à l'hôpital Tenon ; Grossi, pharmacien, boulevard Haussmann, 40 ; Dr de Lamaestre, directeur de l'asile de Ville-Evrard. — *Candidats*. Les candidats inscrits sont : MM. Requier, Guedmey, Gaffard et Mondot.

Assistance publique : Hôpital Tenon. — Les externes reçus en décembre 1877 et qui ont été placés à Ménilmontant, ne sont entrés en fonctions que le 15 novembre 1878. Ils n'auront donc rempli leurs fonctions (expirant en décembre 1880) que pendant deux ans et six semaines, malgré le réglement qui leur assure trois ans. Lors de la répartition des places (décembre 1877), on leur assura que Ménilmontant ouvrirait le 15 février 1878.

Une pétition des externes lésés à M. Möring est restée sans réponse. Il est à espérer que M. Ch. Quentin tiendra à examiner cette réclamation et à voir comment et dans quelle mesure il est possible d'y faire droit.

Concours pour une place d'interne a Berck-sur-Mer. — Ont été désignés pour être membres du jury de ce concours : MM. de Saint-Germain, Landouzy et Labadie-Lagrave. — Six candidats se sont fait inscrire. Ce sont: MM. Collignon, Dhourdin, Faurot, Huë, Payot et Wallet.

Faculté de médecine de Lille. — M. Looten, chef de clinique médicale, est chargé, en outre, pour un an, de conférences sur les maladies des enfants, en remplacement de M. Castiaux.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Sabatier, agrégé libre, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1880, et chargé d'un cours complémentaire d'histoire naturelle médicale à la dite Faculté. — M. Hugounenq est délégué provisoirement, jusqu'au 1er octobre 1880, dans les fonctions de préparateur de chimie, en remplacement de M. Kafavroy-Kamil, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Raugé est maintenu pour un an dans les fonctions de préparateur de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Cauchois, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen est nommé, en outre, secrétaire agent comptable de cette école, en remplacement de M. Merry-Delabort, démissionnaire.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le Dr Bureau, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est institué, en outre, suppléant des chaires de sciences naturelles de ladite Ecole, pour une période de dix années.

Société française de tempérance. *Programme des prix et récompenses à décerner en 1881.* — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 2 juin 1880, a décidé : 1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

Mais la Société a mis particulièrement au concours, pour l'année 1881, la question suivante : *Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications ?* Le prix sera de 2,000 francs. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1881. Pour le concours spécial, les mémoires écrits en français seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Société de médecine légale. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le lundi 14 juin 1880, à 3 heures précises, au Palais de Justice (salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil.) — Ordre du jour : Sur les conditions de l'irresponsabilité légale dans le délire dit de persécution, par M. le Dr Dally. — Un nouveau cas d'empoisonnement par l'acide phénique. Observation par M. Ozenne, interne des hôpitaux de Paris. — Empoisonnement par le phosphore. Observation par M. Vermeil, interne des hôpitaux de Paris.

Médecins-députés. — Les élections législatives du 6 juin viennent d'envoyer un nouveau médecin à la Chambre des députés. M. le Dr Pouliot, républicain, vient en effet d'être élu par les électeurs du canton de Rochechouart (Haute-Vienne.)

Loi sur la vaccination et revaccination obligatoires. — Le projet de loi déposé par M. le Dr Henry Liouville et qui avait été renvoyé à la commission d'initiative, vient d'être adopté en principe par cette commission. Après une discussion à laquelle ont pris part, entre autres, MM. Boissier, Mougeot, Liouville et Lalanne, M. le Dr Mougeot (de Châlons-sur-Marne) vient d'être chargé de faire un rapport concluant à la prise en considération du projet de loi.

Nouveaux journaux. — Nous venons de recevoir le premier numéro du journal *la Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, paraissant tous les samedis et publié sous la direction de MM. Coyne, Guillaud, Jolyet, Lagardelle, Layet, Masse et Picot. Nous souhaitons une cordiale bienvenue à nos confrères de province. Bureaux du journal, 145, cours Saint-Jean, et 16, rue Cabirol.

Herborisation. — M. le professeur Chatin fera une herborisation dimanche 13 juin aux environs de Mantes. Le départ aura lieu de la gare Saint-Lazare, à 8 heures du matin.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera dimanche prochain 13 juin une course géologique à Grandvaux, Longjumeau, Palaiseau, Orsay. — Réunion à la gare d'Orléans, où l'on prendra à 7 heures 20 du matin le train pour Savigny-sur-Orge.

M. Hébert, professeur, fera dimanche prochain 13 juin, une excursion géologique à Champigny. — Rendez-vous à la gare de Vincennes à 7 heures 3/4 précises du matin.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Leroux (Ch.). — Des amputations et des résections chez les phthisiques, vol. in-8° de 125 pages, prix : 2 fr. 50. Paris, 1880.

Auguste CHIO, libraire, Galerie d'Orléans, 1, Palais-Royal.

Du Pean (C.). — Recherches philosophiques et physiologiques sur la nature de l'homme et de l'être vivant, vol. in-8° de 90 pages. Paris, 1880.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Alriq (A.). — Les eaux d'Aulus, vol. in-8° de 95 pages, prix : 2 fr. 50. Paris, 1880.

Baratoux (J.). — Des affections auriculaires et de leurs rapports avec celles de l'utérus, vol. in-8° de 46 pages, prix : 1 fr. 50. Paris, 1880.

Pioger (J.). — De l'importance de l'hygiène dans la première enfance, vol. in-8° de 70 pages, prix : 2 fr. Paris, 1880.

Librairie V. Adrien DELAHAYE et LECROSNIER, place de l'Ecole de Médecine.

Pelletan (J.). — Etude sur les microscopes étrangers, vol. in-8° de 114 pages avec 42 figures dans le texte, prix : 2 fr. 50. Paris, 1878.

F. HENRY, libraire-éditeur 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Bouchereau (A.). — Etude sur la laryngite syphilitique secondaire, vol. in-8° de 50 pages avec une planche en chromo-lithographie. Paris, 1880.

Imprimerie Nationale.

Gallopain. — Recherches sur l'anatomie pathologique du sang dans la folie, vol. in-8° de 40 pages. Paris, 1880.

Librairie G. MASSON, éditeur, boulevard Saint-Germain, 108, Paris.

Krishaber (M.). — Le cancer du larynx, vol. in-8° de 96 pages, Paris, 1880.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Cochin. — Service de M. Desprès. — Baraques : 2, Coxalgie osseuse ; 3, angioleucite du bras ; 17, orchite chronique ; 23, sarcome du testicule ; 24, gommes syphilitiques périarticulaires, ataxie locomotrice ; 25, gommes du voile du palais ; 27, fractures de côtes ; 33, nécrose du tibia par brûlure, angiolucite consécutive.

Salle Saint-Jacques (H) : 1, cataracte double ; 4, fracture de cuisse, appareil américain ; 6, fracture bi-malléolaire, luxation de l'extrémité inférieure du tibia avec plaie ; 11, orchite tuberculeuse ; 14, fracture de côtes, pleurésie traumatique ; 16, chancres mous, balano-posthite ; 29, polype naso-pharyngien, opéré.

Salle Cochin (F) : 1, sarcome de la cuisse ; 3, squirrhe du sein ; 9, fis

tule vésico-vaginale ; 10, polype du col de l'utérus ; 16, adénome sudoripare ; 21, sarcome du sein opéré ; 24, phlegmon du ligament large ouvert dans le vagin, tuberculose ; 26, abcès de la glande vulvo-vaginale.

Service de M. SEVESTRE. - (H) : Baraque 1 ; 2, insuffisance mitrale, emphysème ; 7, mal de Pott ; 8, coliques de plomb, insuffisance mitrale ; 9, ecthyma syphilitique; 10, aphasie, hémipégie droite; 15, sciatique rhumatismale, syphilis ; 16, péritonite tuberculeuse ouverte à l'ombilic ; 19, néphrite parenchymateuse, tuberculose ; 22, néphrite mixte ; 23, hémorrhagie cérébrale ; 32, pleurésie rhumatismale ; 37, rhumatisme articulaire aigu, alcoolisme, delirium tremens, albuminurie ; 40, hystérie chez l'homme, catalepsie, réveil par la compression des testicules ; 51, néphrite mixte scarlatineuse ; 56, kyste hydatique du foie, ponction ; 57, sciatique rhumatismale.

Baraques (F) : monoplégie brachiale centrale ; 4, corps fibreux interstitiels ; 15, insuffisance et rétrécissement mitral ; 16, coxalgie hystérique ; 22, insuffisance mitrale, embolie cérébrale ; 30, coliques hépatiques ; 32, épithélioma du col, kyste ganglionnaire de l'aine ; 33, morphinisme ; 48, néphrite interstitielle ; 6, pelvi-péritonite tuberculeuse.

Service de M. le Dr BUCQUOY. — Salle Saint-Jean (F): 3, Chorée hystérique ; 4, néphrite parenchymateuse, pleurésie ; 5, adénite péri-utérine suppurée, tuberculose ; 6, myélite cervico-dorsale subaiguë ; 9, métrite postpuerpérale ; 12, syphilis, avortement imminent ; 14, carcinome du gros intestin ; 17, pleurésie aiguë ; 18, rhumatisme subaigu ; 22, diabète sucré ; 23, fièvre catarrhale, rhumatisme ; 24, rétrécissement pulmonaire acquis ; 25, colique hépatique, arthritisme.

Salle Saint-Philippe (H). — 2, polyurie ; 4, pneumonie pseudo-lobaire chez un tuberculeux ; 6, rétrécissement mitral, embolie sylvienne gauche, aphasie ; 7, carcinome de l'estomac ; 9, athérome généralisé ; 12, carcinome et dilatation de l'estomac ; 14, prurigo herpétique, scarlatine ; 15, rechute de fièvre typhoïde ; 19, fièvre typhoïde à forme spinale ; 20, hémichorée gauche partielle d'origine centrale.

Salle Sainte-Marie (H). — 2, angine couenneuse commune ; 4, dilatation de l'estomac, gastrite chronique ulcéreuse ; 5, cirrhose alcoolique hypertrophique ; 6, cirrhose vulgaire alcoolique ; 7, double lésion mitrale ; 10, carcinome de l'estomac, tumeur.

Hôpital des Enfants malades, rue de Sèvres, 149; service de M. ARCHAMBAULT. — Salle Saint-Louis : 2, albuminurie, néphrite scarlatineuse ; 7, scarlatine, rhumatisme, pleurésie ; 21, hémiplégie, tubercule cérébral ? ; 31, coqueluche, broncho-pneumonie. — Salle Sainte-Geneviève : 5, scarlatine ; 8, angine diphthéritique; 12, diarrhée cholériforme, rougeole ; 13, tumeur solide de la rate ; 17, diphthérie buccale; 23, syphilis, plaques muqueuses de la langue et de la bouche ; 26, chorée ; 28, hémiplégie consécutive à une rougeole. — Visite à 8 heures et demie ; consultation le mardi.

Service de M. LABRIC. — Salle Saint-Jean : 1, insuffisance mitrale ; 2, érythème noueux ; 4, mal de Bright; 5, pleurésie ; 7, croup ; 8, endo-péricardite ; 10, rhumatisme articulaire aigu ; 12, diabète ; 17, mal de Bright ; 15, 16, 18, 21, 28, 30, 31, 35, 37, scarlatine ; 33, purpura ; 41, pneumonie ; 43, 45, chorée ; 50, fièvre typhoïde; 56, Coqueluche. — Visite à 8 heures un quart, consultation le vendredi.

Service de M. J. SIMON. — Salle Sainte-Marie (chroniques) : 1, hysté-

rie, vomissements incoercibles ; 4, tumeur blanche, subluxation du tibia ; mal de Pott, coxalgies. — Salles Sainte-Elisabeth et Sainte-Marthe : teigneux. — Salle Sainte-Luce : varioleux.— Consultations le samedi ; maladies aiguës ; le jeudi, maladies chroniques. — Clinique le mercredi.

Service de M. de Saint-Germain. — Salle Saint-Côme : 1, 20, 26, coxalgies (appareils) ; 9, genu valgum opéré ; 7, fracture du crâne, commotion cérébrale ; 24, plaie par arme à feu de la paroi abdominale. — Salle Sainte-Pauline : 4, 10, 12, coxalgies (appareils) ; 1, 9, genu valga ; 17, kyste hydatique du foie ; 29, fracture de cuisse. — Consultation tous les jours ; clinique et opérations le jeudi.

Service de M. Descroizilles. — Salle Saint-Ferdinand : coxalgies, mal de Pott, chroniques de toute espèce, scrofule, rachitisme, etc. ; — Salles Saint-Michel et Saint-Joseph : teignes. — Consultations : le jeudi, maladies aiguës ; le lundi, maladies chroniques.

CERF ET FILS, IMP., 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — No 25. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 19 JUIN 1880.

Le Progrès Médical

THERAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. J. SIMON.**

Du Mercure (1).

Leçon recueillie par M. E. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Au bout de quelques jours, la symptomatologie se caractérise d'une manière saisissante.

Le teint perd sa transparence, la *couleur* de la peau, des joues devient *blanc mat*, le front *gris cendré* ; l'orifice des fosses nasales est le siége d'un suintement muco-purulent et de croûtes adhérentes, séparées par des crevasses qui le déforment complétement.

Les lèvres changent d'aspect, souvent la *lèvre supérieure* se congestionne, s'épaissit, fait saillie en avant, pendant que l'inférieure se tend et se fendille. Dans certains cas, la bouche prend l'aspect d'un auvent. Ce signe, quand il existe, imprime à la physionomie du petit malade un caractère spécial qui ne s'oublie jamais.

La commissure des lèvres s'irrite, s'ulcère, pendant que les amygdales et la muqueuse du pharynx deviennent le siége de plaques muqueuses. Il n'est pas toujours aisé de bien inspecter la gorge chez les nouveau-nés. J'ai cependant pu le faire assez de fois devant vous pour que vous ne doutiez pas de l'existence de ces accidents.

Avant de quitter la face, je dois vous rappeler qu'à la longue les cils, les sourcils tombent et que la peau du visage, luisante, se couvre déjà de taches nettement limitées, de teinte foncée ou café au lait.

Sur la *muqueuse anale* et la région du voisinage, à la simple congestion succède une inflammation intense, sur laquelle vous verrez se produire des plaques muqueuses, d'abord simplement saillantes, puis suintantes, exulcérées. L'orifice anal est nettement divisé en gros plis formés par le froncement de la muqueuse et parfois aussi par des fissures, des crevasses à bord très nets et un peu surélevés. Ces lésions s'étendent sur les fesses et les organes génitaux, particulièrement sur la vulve des petites filles.

Indépendamment des altérations de la peau dans le voisinage des orifices naturels, vous observerez sur les autres régions de l'*enveloppe cutanée* des éruptions polymorphes, depuis la papule, la vésicule, la pustule jusqu'à l'ulcération plus ou moins profonde. Une de nos petites clientes du samedi nous a été présentée couverte d'ulcérations rondes, à bords taillés à pic, dont le fond, de teinte rouge cuivrée, n'a pu nous laisser un instant dans l'hésitation, malgré la mine prospère de la mère et l'excellent état général de l'enfant.

Toutes ces éruptions ou altérations de la peau offrent des caractères généraux. Elles se groupent en cercles ou en demi-lune, ont une tendance à présenter une forme arrondie; leur teinte est tranchée, parfois cuivrée, elle peut être brune-terne, grise, café au lait. Ce qui domine dans cette coloration c'est la teinte foncée, sans transparence, et s'arrêtant franchement aux limites de sa configuration. Leur siége d'élection, c'est la face, les membres et les extrémités, mais on peut les rencontrer sur toute la surface cutanée. Sur la face, vous avez souvent observé avec moi des plaques brunes, ou des impetigos dont le développement avait principalement lieu sur les lèvres et le menton, sur les sourcils et les paupières. J'ai même rencontré un impetigo, généralisé à toute la face, ne reconnaissant pas d'autre origine que la syphilis; mais j'ai hâte de vous le dire, c'est là une exception. Ordinairement, les éruptions syphilitiques atteignent de préférence la région de l'orifice nasal, la peau des lèvres, du menton et des sourcils.

Il n'est pas rare non plus de voir sur la paume des mains et la plante des pieds, des papules, des squames très petites, reposant sur une saillie du derme, offrant la grosseur d'un grain de millet. Parfois, les enfants syphilitiques sont atteints d'onyxis sur la matrice des ongles de la main et du pied.

Ce n'est pas tout: l'immense majorité des petits syphilitiques (je vous citerai de très rares exceptions), présentent des troubles généraux des grandes fonctions de l'économie.

En même temps que le bébé devient gris, bistré, atteint d'enchifrènement, puis de coryza intense, et que la face, l'anus et la peau se couvrent de taches, de boutons, de plaques muqueuses, de fissures et d'ulcérations, il perd l'appétit et le sommeil et maigrit très rapidement. La perte d'appétit s'accompagne d'une soif vive et de dyspepsie. L'enfant demande le sein à tout propos, puis l'abandonne, à cause de la difficulté de respirer pendant la succion, et parce qu'il est vite rassasié. Une fois qu'il a pu prendre une certaine quantité de lait, il s'agite, crie, ne peut s'endormir malgré la fatigue extrême qu'il accuse. Jamais les garde-robes ne sont de bonne apparence, souvent l'enfant est constipé, parfois il est atteint de diarrhée qui reconnaît deux causes distinctes. Tantôt elle est la conséquence de la dyspepsie et de la lienterie; tantôt, au contraire, elle est due à la polycholie dépendant en droite ligne de l'intoxication syphilitique. La preuve, c'est que le mercure la guérit d'ordinaire en fort peu de temps, et que, loin de la considérer comme une contr'indication à l'usage interne des mercuriaux, je vous conseille, au contraire, de la combattre comme un accident spécifique.

En outre, ces pauvres petits patients sont tourmentés le soir, à la chute du jour, par une *fièvre nocturne* qui se prolonge jusqu'à l'aurore ; leur état est alors pitoyable ; ce sont des cris, de l'agitation, un agacement que ni le sein, ni les promenades, ni les caresses ne peuvent calmer. A peine assoupi, tombant de fatigue, l'enfant se réveille, demande le sein, le délaisse, puis se démène dans les bras et ne cesse de se plaindre d'une voix qui s'affaiblit de jour en jour.

A ceux d'entre vous qui douteraient de la merveilleuse action du mercure dans la vérole, je dirais : Venez écouter le récit de toutes les mères : « A peine mon enfant a-t-il suivi ce traitement, disent-elles, que l'enfant a reposé et qu'il est devenu sensiblement plus calme. » Avant d'avoir pu constater une amélioration sur les lésions du nez, de l'anus, de la peau, vous observerez une sorte de détente, dès le premier jour, — contraste des plus frappants — que j'ai maintes fois noté, aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Cette influence générale tient du prodige. Les adultes intelligents la décrivent avec complaisance.

Tel est le tableau fort abrégé de la syphilis infantile.

Il existe des *exceptions singulières* contre lesquelles je dois vous mettre en garde. Elles porteront sur les signes principaux de la vérole congénitale (face, anus, état général) ou sur des manifestations secondaires : affections cutanées, évolution tardive, si tardive, qu'on peut supposer une inoculation après la naissance.

La face est la région du corps le plus rarement exempte des signes de la vérole. Très rarement vous ne trouverez pas le teint mat, le front bistré, des taches ou des éruptions au niveau de la lèvre et du menton. Mais ce qui est plus exceptionnel encore, c'est de ne point observer le coryza

(1) Voir les nos 20, 22 et 23.

chronique caractéristique. Il faut pourtant vous attendre à la possibilité de ces faits hors ligne, qui déroutent complétement le clinicien.

L'état général, que je vous ai dépeint sous des couleurs si sombres, peut être excellent pendant une longue période de jours, de semaines et de mois.

Nous avons en ce moment en observation une petite cliente de notre consultation, portant sur la région des fesses, de l'anus et même du pli de l'aine des ulcérations nombreuses et profondes, qui jouit de toutes les apparences d'un état général des plus satisfaisants. Elle tette bien, se développe régulièrement ; son poids est considérable pour son âge, et, ce qu'il y a de plus étrange, c'est que les plaques muqueuses et les ulcérations ont fait apparition à 7 mois. En trois semaines, elles ont pris toute l'extension que vous voyez. Le médecin traitant en a méconnu la nature, les considérant comme de l'eczéma impétigineux, il les a traitées par des lotions émollientes et des bains, et le mal a pris des proportions considérables.

Remarquez aussi que, chez cette enfant, le visage et le nez ne sont atteints d'aucune trace de syphilis, et que le diagnostic repose tout entier sur la forme arrondie, le fond brun cuivré, les bords relevés des ulcérations et enfin sur la rapide et heureuse influence du traitement mercuriel. La mère elle-même est de fort belle physionomie. Rien n'indique dans la gorge, le cuir chevelu, le cou, la peau et les accouchements antérieurs, qu'elle soit infestée par le virus syphilitique. C'est donc un de ces cas où la méprise est possible pendant un certain temps.

Il m'a été donné de commettre une erreur de diagnostic, dans une circonstance que je n'oublierai jamais. Je fus appelé, il y a un an, à donner des soins à un gros bébé, de 9 mois environ, atteint de convulsions éclamptiques qui se succédaient dans une proportion considérable pendant 5 à 6 jours. Je lui administrai du bromure de potassium à haute dose, du calomel à dose purgative et fractionnée, et lui appliquai un vésicatoire à la nuque. L'enfant, contrairement à nos prévisions, échappa à la mort. Il était gros, joufflu, et paraissait récupérer ses facultés et ses fonctions quand je vis naître sur les deux tempes une éruption impétigineuse qui prit une singulière allure ; elle s'étendit sur la joue en décrivant des cercles. On eût dit une série de petits macarons accolés les uns à côté des autres. Rien au nez, à la bouche, au front ni à l'anus, l'enfant tétait bien, mais dormait fort mal.

En outre, cette même éruption circulaire impétigneuse apparaît sur le côté externe des deux jambes. Mon traitement échouant complétement, j'étais dérouté par bien des raisons qui se reproduisent souvent dans ces cas irréguliers. Je songeais toujours aux accidents cérébraux antérieurs, mais, ni la forme, ni la ténacité de cette éruption envahissante ne frappait mon esprit. En présence d'une telle situation, deux de mes amis qui n'avaient point observé les accidents cérébraux, et moi, nous nous réunîmes en consultation en vue de tirer au clair la nature de cette évolution morbide. Après un court entretien, ils furent d'avis qu'il s'agissait là de manifestations syphilitiques irrégulières, anomales, que les accidents cérébraux pouvaient bien avoir été conjurés par le calomel et le bromure alcalin, et qu'en somme il était utile de revenir aux préparations mercurielles. Je partageai bien vite leur opinion. Ce qui fut convenu fut fait, en peu de jours l'éruption s'éteignit, cessa de s'étendre : le doute n'était plus possible. La diathèse, néanmoins, continua de se développer en sous œuvre et emporta le petit malade 8 à 10 jours après.

Je vous ai cité ce fait pour vous prouver qu'il existe dans la syphilis infantile, comme dans la plupart des maladies simples ou constitutionnelles, des anomalies tellement imprévues, qui s'entourent parfois de telles obscurités, que l'erreur est inévitable, jusqu'à un certain point de leur développement.

A part ces faits exceptionnels, vous reconnaitrez la syphilis infantile aux caractères principaux suivants que je vous demande la permission de vous résumer :

Ils se manifestent, je vous l'ai dit, sur la face et les organes des sens, sur l'orifice anal et le voisinage, sur la surface cutanée, et s'accompagnent d'arrêt de développement, de fièvre nocturne, de dyspepsie, et assez souvent de polycholie.

D'abord le nez siffle, puis l'orifice extérieur des fosses nasales se bouche, des mucosités, des croûtes s'y accumulent, le front prend une couleur grisâtre, le teint se plombe, la bouche se déforme et les régions de la moustache et de la barbiche se couvrent de taches brunes ou café au lait, pendant que des plaques muqueuses naissent aux commissures, sur la langue et les amygdales.

L'anus est le siége d'une congestion d'abord, puis, d'inflammations partielles, laissant après elles des plaques muqueuses, des fissures, des exulcérations ou de véritables ulcérations pouvant gagner les fesses et les organes génitaux.

Sur la peau des jambes, au début, une roséole discrète, éphémère, puis une série d'éruptions polymorphes ayant pour caractères fondamentaux : — la couleur nettement accusée, et la tendance à se disposer en groupes circulaires ou à se circonscrire en demi-lune. A la paume des mains, à la plante des pieds, des saillies arrondies, faux psoriasis ; autour des ongles, parfois des onyxis.

A ce tableau descriptif s'ajoute l'insomnie, l'amaigrissement, la fièvre nocturne, la soif, la dyspepsie, la constipation et parfois une diarrhée bilieuse dépendant d'une polycholie causée par une véritable influence du virus syphilitique sur le foie.

Tous vos petits malades ne vous offriront pas un tableau complet des accidents. D'ordinaire, néanmoins, les quatre points cardinaux du diagnostic (face, anus, peau, troubles généraux), ne feront pas défaut.

Je ne crois pas utile de m'étendre avec vous sur la gravité de la syphilis infantile: La mort dans le sein de la mère, la mort quelques heures après la naissance, la mort souvent encore dans plus de la moitié des cas, dans un temps plus ou moins rapproché, chez les enfants qui ont résisté aux premières atteintes du virus. Les petits malades tombent dans l'état cachectique, et succombent avec des lésions des organes splanchniques, du poumon, du thymus, du foie, de la rate, des reins, des os, des cartilages, etc., etc, ce sont des inflammations interstitielles, suppurantes ou plastiques ; des gommes, des dégénérescences amyloïdes que les limites et l'esprit de ces conférences ne me permettent pas de vous décrire spécialement.

Un quart environ des enfants atteints de syphilis infantile et traités par le mercure et l'iodure de potassium peuvent échapper à la mort. — Ils restent pâles, bouffis, sujets à des indispositions, à des malaises inexplicables et que le mercure guérit toujours. Ce sont des enfants à ne jamais perdre de vue ; un jour, c'est la peau qui est frappée, un autre jour c'est la muqueuse nasale ; chez celui-ci, malgré un excellent état des forces, à une époque déjà éloignée de la naissance, à 2 ans, 4 ans, les cartilages, les os du nez se détruisent rapidement ; chez celui-là, la voûte palatine, le voile du palais se tuméfient, une ulcération, et quelquefois une véritable perforation se produisent sans autre signe qu'une gêne pour l'acte de la déglutition et de la parole. Vous devinez, n'est-ce pas, que je fais allusion à cette petite fillette, âgée de 6 ans déjà, qui vient de temps en temps nous consulter pour une cicatrice de la voûte palatine et du voile du palais, et à qui je suis obligé de donner du sirop de Gibert tous les 4 à 5 mois, à chaque menace d'érosion du tissu cicatriciel. Vous vous rappelez aussi cet enfant, de 5 ans aujourd'hui, que je soigne depuis sa naissance, dont la mère syphilitique était soumise à un traitement mercuriel pendant sa grossesse, et qui vient nous voir tous les 3 à 4 mois. Tantôt il se plaint d'enchifrènement et de croûtes dans le nez, tantôt il nous montre des plaques muqueuses aux lèvres, tantôt des éruptions vésiculo-pustuleuses que le traitement spécifique fait toujours disparaître.

Ce petit garçon reste pâle et assez triste ; son cou, le pli de l'aine sont le siége d'adénopathies ; il rentre dans la catégorie

de ces malheureux que Ricord appelait des résultantes de syphilis et de scrofule (scrofulate de syphilis).

J'ai dans ma clientèle de ville un petit garçon, âgé de 10 ans, que j'observe depuis l'âge de 2 mois, qui, traité par moi depuis cette époque, n'a pas cessé de présenter tous les six mois environ des accidents syphilitiques parfois bien bizarres. A l'âge de 3 ans, par exemple, il est pris de malaise, de fièvre nocturne, et son corps se couvre en peu de temps d'une véritable varicelle. J'étais en vacances, on appelle un confrère du voisinage qui ignorait les antécédents de cet enfant et qui ne pouvait les soupçonner en examinant la mère, le mari (je ne dis pas le père du petit malade) et les autres enfants. Le premier jour, le confrère diagnostique une varicelle, le 3e jour, une varioloïde. L'état général ne s'aggravait point, mais ne s'amendait pas non plus et l'éruption s'étendait toujours, même sur les poignets, les mains et les pieds. Je rentrai à Paris sur ces entrefaites, et je fus appelé à revoir mon petit client en compagnie du médecin traitant qui, ne s'attendant point aux renseignements fournis par moi, ne se rendit pas de suite à l'évidence, et ne tomba d'accord avec moi sur l'origine syphilitique de cette éruption vésiculo-pustuleuse qu'après la merveilleuse action du mercure chez cet enfant.

L'enseignement à tirer de ces citations, c'est la ténacité et la tendance aux récidives de la syphilis infantile. Ces petits malades sont imprégnés d'un virus qui n'est pas épuisé, même après le retour apparent à la santé; vous ne devez pas manquer de le dire aux parents, sous une forme, bien entendu, acceptable, sans prononcer le nom véritable de la diathèse, et en vous bornant à masquer la réalité sous le couvert des banalités du langage vulgaire (croûtes de lait, sang échauffé, humeur en mouvement); ne craignez point le contrôle d'une autre autorité; votre consultation écrite, et votre médication spécifique ne laisseront aucun doute dans l'esprit d'un médecin digne de ce nom.

Ces manifestations tardives de la syphilis congénitale en imposent fort souvent, et font croire à une syphilis acquise. Vous savez, aussi, que la vaccination, que les plaques muqueuses du mamelon, des lèvres, de la bouche et d'autres régions ont pu communiquer la vérole aux enfants en bas âge. Il sera souvent malaisé, je dois l'avouer, de débrouiller ces problèmes — l'origine, la porte d'entrée n'étant pas toujours sous les yeux de l'observateur. — C'est ce que je vais vous démontrer en étudiant la pathogénie de la syphilis infantile. (*A suivre.*)

CLINIQUE INTERNE

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — **M. LECORCHÉ.**

Compression du pneumo-gastrique droit par un anévrysme du tronc brachio-céphalique. — Bronchopneumonie suppurée du poumon droit;

Par CH. TALAMON, interne des hôpitaux.

T..., âgé de 43 ans, employé, entré le 22 septembre 1879, à la Maison municipale de Santé, service de M. LECORCHÉ. — Aucune maladie jusqu'en 1865. Pas de syphilis; n'a jamais fait d'excès alcooliques. En 1865, pendant la guerre du Mexique, étant soldat, il est resté quinze heures, les jambes dans l'eau, perdu avec sa compagnie au milieu d'un pays inondé. A la suite de ce refroidissement, il a fait une longue maladie; il avait, dit-il, un délire violent; pendant deux mois, il n'a pas eu sa connaissance; les membres, le tronc, la nuque étaient raides et paralysés. On voit encore sur les courbes, dans le dos, les traces de nombreuses ventouses scarifiées. Il est resté malade quatre mois; la raideur et la paralysie ont disparu peu à peu. Il a pu reprendre son service et faire la guerre de 1870.

L'année dernière, à la suite d'un refroidissement, douleurs dans le ventre et dans les reins, suivies de douleurs généralisées dans les membres, les articulations, pendant trois mois.

Complètement remis de cette maladie, il est entré comme employé à la Pharmacie centrale. Il se portait alors fort bien, n'avait ni toux, ni oppression. — Il y a deux mois seulement, il a commencé à sentir des picotements, de petits élancements sous le sein droit. Puis il a toussé d'une petite toux sèche, pénible. Il n'avait pas de fièvre, d'ailleurs, et continuait son travail. Cette toux durait depuis six à sept semaines, sans autre expectoration que quelques crachats visqueux le matin, quand, il y a huit jours, en rentrant chez lui, il fut pris dans la nuit d'une quinte violente, accompagnée de vomissements glaireux, d'une oppression et d'une angoisse terribles. Il put cependant gagner sa maison, où la quinte de toux continua encore pendant trois à quatre heures. Depuis lors, les quintes sont devenues très fréquentes; elles ne sont plus sèches, mais amènent des crachats verdâtres, muco-purulents, abondants. Le malade, à chaque quinte, a un accès d'étouffement. Il a beaucoup maigri depuis ces huit derniers jours, a perdu l'appétit. A peine un peu de fièvre dans la soirée avec sueurs localisées à la tête.

Etat actuel. Facies fatigué, maigri, jaunâtre. Aspect de découragement, d'abattement profond. Toux quinteuse continuelle, très fatigante, déterminant une lassitude, un énervement général; tantôt sèche, tantôt suivie de l'expectoration d'un gros crachat verdâtre. Respiration fréquente; oppression très marquée, s'exaspérant sous forme de crises d'étouffement, surtout la nuit. Douleurs par tout le thorax quand le malade tousse, plus marquées dans le côté droit, où il porte les traces de deux vésicatoires. Douleur à la pression au niveau des points postérieurs des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e nerfs intercostaux droits, dans la gouttière vertébrale. Submatité à la base du poumon droit avec obscurité de la respiration, sans souffle, ni égophonie. Les deux poumons sont remplis en avant et en arrière de râles ronflants et sibilants. Pouls fréquent. Battements du cœur précipités, sans bruit étranger. Pas de fièvre. Foie gros, 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Rate notablement augmentée de volume. Langue normale. Inappétence; constipation. Urines rares, chargées; ni sucre, ni albumine.

28 *septembre.* Le malade est toujours en proie à une oppression que n'expliquent pas suffisamment les signes physiques. Il a la nuit des accès d'étouffement et des quintes de toux très fatigantes. Depuis hier, il crache des crachats sanglants, peu abondants, mais ayant tout à fait l'aspect de la gelée de groseille. Ce nouveau signe, rapproché de l'intensité de la dyspnée, de l'insignifiance relative des signes constatés par l'auscultation, de l'état général du malade, fit penser à un cancer du poumon et du médiastin.

1er *octobre.* Le malade n'accuse plus de douleurs thoraciques. Il n'a pas de fièvre. Il continue à expectorer des crachats sanglants, semblables à de la gelée de groseille. — On constate maintenant de la matité dans les deux bases, plus prononcée à droite, sans diminution des vibrations vocales, souffle aigre, superficiel et égophonie, des deux côtés, tout à fait à la base à gauche, jusqu'à la pointe de l'omoplate à droite. Râles ronflants et sibilants généralisés. Mêmes crachats, plus abondants, mêlés à des crachats muco-purulents. Crises d'étouffement et quintes de toux prolongées de temps à autre. Le souffle aigu de la base gauche a disparu. On n'entend plus de ce côté que des râles ronflants et muqueux. A droite, le souffle persiste vers la pointe de l'omoplate; plus bas, obscurité de la respiration et frottement.

5 *octobre.* Hier, dans la nuit, crise violente, étouffements; « il a cru qu'il allait passer ». Ce matin, petite toux haletante, continuelle, douloureuse, une respiration précipitée, anxieuse, sensation d'étouffement. Dans la journée, crachats muco-purulents, verdâtres, mélangés de crachats sanglants, remplissant deux crachoirs. Pouls toujours très fréquent. Fièvre le soir. T. R. 39°.

6 *octobre.* Même état. Le souffle pleurétique à droite a disparu. A la racine du poumon droit, respiration soufflante; couverte par des râles ronflants; râles sous-crépitants, aux deux bases, beaucoup plus abondants à droite.

8 *octobre.* Dyspnée de plus en plus prononcée, avec des ccès d'étouffement. Quintes de toux convulsives très fré-

quentes; dans l'intervalle, petite toux sèche continuelle; respiration haletante, parole entrecoupée. Pas de douleurs thoraciques. Mêmes signes physiques. Fièvre le soir, avec sueurs.

Le 9 au soir, le malade est pris d'une crise dyspnéique plus terrible que les autres, entrecoupée de quintes convulsives, que rien cette fois ne peut calmer, ni sinapismes, ni ventouses, ni morphine, et meurt ainsi le 10, à 6 heures du matin.

Autopsie faite 48 heures après la mort. — *Thorax*. Pas de liquide dans les plèvres. Exsudat fibrineux récent, formé de fausses membranes molles, s'enlevant facilement à la base et le long du bord postérieur du lobe inférieur droit. C'est à peine si l'on trouve une mince couche de fibrine, semblable à une toile d'araignée, tout à fait à la base du poumon gauche. Les lobes moyen et inférieur du poumon droit, sont semés de noyaux d hépatisation, au milieu d'un tissu splénisé. Sur une coupe, ces parties hépatisées qui, jetées dans l'eau, plongent au fond du vase, offrent une couleur gris-rougeâtre, piquetée de points blanchâtres; en pressant sur la coupe, on fait sourdre par ces points une gouttelette de pus. Les parties splénisées sont d'un rouge violacé. Tout le tissu pulmonaire laisse suinter une abondante sérosité purulente, roussâtre. Le lobe supérieur est surtout congestionné; on y trouve pourtant deux à trois noyaux d'hépatisation. A gauche, il n'y a que de la congestion du bord postérieur; aucune partie du poumon ne plonge au fond de l'eau. Des deux côtés, la muqueuse bronchique est rouge, injectée, et les *bronches* remplies de mucosités purulentes.

En ouvrant la *trachée*, on constate à sa partie inférieure, à 3 cent. au-dessus de la bifurcation, une sorte de soulèvement formant comme un bourgeon rougeâtre; ce bourgeon est érodé par une ulcération peu profonde, saignante, de 2 cent. de long sur un de large, à grand axe parallèle à celui de la trachée. Toute la muqueuse trachéale est vivement injectée.

Accolée à cette ulcération, se trouve une tumeur arrondie, de la grosseur d'une mandarine, formée par le tronc brachiocéphalique dilaté. Le sang qui colorait les crachats était fourni par l'ulcération trachéale et non par l'anévrysme, car les parois de la poche ne sont pas ulcérées. Celle-ci est à peu près complétement remplie par des caillots fibrineux et cruoriques. La dilatation est formée par la totalité du tronc artériel, de son origine à sa terminaison. Mais les deux artères qui en partent, sous-clavière et carotide, sont normales et nullement dilatées. Il n'y a pas non plus de dilatation de la crosse aortique, mais en plusieurs points de cette partie de l'aorte existent des plaques d'aortite.

Appliqué sur la tumeur, à sa partie externe, on voit le tronc du *pneumogastrique* droit, qui est repoussé en avant, aplati et en partie dissocié sur une longueur de 3 centimètres. A sa partie interne, le *phrénique* droit est aussi appliqué sur l'anévrysme et légèrement dévié. Quant au *récurrent droit*, il naît au-dessus de la tumeur, avant la déviation et l'aplatissement du pneumogastrique. Les nerfs du côté gauche n'ont aucune connexion avec l'anévrysme.

Cœur. Normal comme volume et comme aspect. Pas de lésion valvulaire. Rien dans le péricarde.

Abdomen. Le *foie* est gros, congestionné, de couleur rougeâtre. La *rate* est doublée de volume, ramollie et friable. Les *reins* sont à l'état normal. Rien à noter du côté de l'*estomac*, dont la muqueuse est grisâtre, ni du côté des *intestins*.

Examen microscopique. Les coupes du poumon droit faites après durcissement dans l'acide picrique et l'alcool, ont montré les lésions ordinaires de la broncho-pneumonie : au centre des lobules, la bronchiole dilatée est remplie de pus; au pourtour, le tissu péribronchique et les cloisons interalvéolaires infiltrés d'innombrables éléments arrondis; enfin, les alvéoles comblés par de grosses cellules granuleuses et des leucocytes.

Les nerfs ont été étudiés par dissociation dans le picrocarmin, après vingt-quatre heures de séjour dans une solution d'acide osmique. Le récurrent droit était absolument normal. Dans les fragments du pneumogastrique droit, pris au niveau de l'anévrysme, un certain nombre de tubes nerveux paraissent sains; la myéline colorée en noir est continue avec ses étranglements annulaires de distance en distance, laissant voir le cylindre-axe intact, coloré en rouge. Mais la plupart des fibres sont dégénérées; les unes moins déformées, présentent des rétrécissements et des dilatations formées par la myéline accumulée en gros blocs, noircis par l'acide osmique; dans les parties rétrécies, la myéline est sous forme de granulations noirâtres plus ou moins nombreuses. On ne voit plus de cylindre-axe dans ces tubes ainsi déformés. D'autres tubes sont complétement vides, n'ayant que leur gaîne de Schwann, avec ses noyaux de place en place. Dans quelques points des tubes variqueux on voit par places 3 à 4 noyaux ovalaires, fortement colorés en rouge, au lieu d'un seul; mais, en général, les noyaux ne sont pas plus abondants qu'à l'état normal. De gros corps granuleux arrondis sont disséminés en assez grand nombre entre les fibres nerveuses. Il n'y a pas de modification du tissu cellulaire, interfasciculaire.

Remarques. La production de lésions broncho-pneumoniques, à la suite de la section des pneumogastriques, est un fait bien connu, mais dont l'interprétation reste encore en litige. Ces lésions sont-elles la conséquence de troubles trophiques directs ou le résultat de troubles mécaniques indirects? La théorie de Traube, qui admet comme cause essentielle des lésions inflammatoires, la pénétration des parcelles alimentaires par le larynx, par suite de la paralysie des récurrents, est celle qui compte le plus de partisans. Dernièrement encore, Steiner (Arch. de Dubois Reymond, 1878), par ses expériences sur des lapins, confirmait l'hypothèse de Traube et niait l'influence directe du vague sur le poumon. Frey (*Lo Sperimentale*, janv. 1878) arrive à la même conclusion : « Après division du pneumogastrique, dit-il, si une canule est mise dans la trachée, il n'y a pas de pneumonie, mais seulement de la congestion pulmonaire. » Pourtant, Geuzmer avait opposé à la théorie de Traube une expérience qui paraît décisive; en faisant la section du nerf, *au-dessus du récurrent*, et non dans la région cervicale, comme on fait habituellement, il avait obtenu les mêmes résultats; le larynx n'étant pas paralysé, il n'y avait pas à invoquer ici l'irritation traumatique des parcelles alimentaires. Geuzmer avait montré aussi que la section d'un seul pneumogastrique suffisait à produire les lésions pulmonaires, et que c'était le poumon correspondant au nerf lésé qui s'altérait. D'après Michelson (*Centralblatt*, 1879), qui a étudié comparativement les effets de la section des récurrents et des vagues, les conséquences ne seraient pas absolument les mêmes; la section des pneumogastriques déterminerait des lésions presque immédiates, siégeant surtout dans les parties moyennes et inférieures du poumon. Les lésions consécutives à la section des récurrents seraient plus tardives et se produiraient surtout dans les bases.

Notre observation est à rapprocher des expériences de Geuzmer. La compression de l'anévrysme portait sur le pneumogastrique droit, à près de deux centimètres au-dessous de la naissance du récurrent. Ce dernier nerf était absolument sain; le larynx n'était donc pas en cause, et, d'ailleurs, le malade n'avait présenté aucun trouble laryngé. Par suite, toute irritation d'orifice mécanique doit être éliminée; c'est à la compression seule du pneumogastrique qu'il faut rapporter les altérations observées dans le poumon droit. Et ces altérations n'étaient pas une simple congestion par paralysie vasomotrice (Schiff), un simple collapsus du poumon, c'était une broncho-pneumonie vraie, arrivée à suppuration avec pleurésie d'une part, inflammation intense des bronches, de l'autre. L'autre poumon commençait évidemment aussi à se prendre; la légère pleurésie constatée à la base en est la preuve, bien qu'on n'ait pu trouver de noyau inflammatoire, mais seulement une congestion très prononcée. Ces dernières lésions peuvent s'expliquer par les anastomoses qui existent entre

les deux pneumogastriques, au niveau du plexus pulmonaire.

S'il n'est pas douteux que la section des récurrents, l'ingestion de liquides irritants dans la trachée, la pénétration de parcelles alimentaires dans les bronches, puissent déterminer une broncho-pneumonie, il ne semble donc pas juste de vouloir expliquer par ces influences seules toutes les lésions pulmonaires consécutives à la section des vagues, puisque, toutes ces causes éliminées, les lésions peuvent encore se produire. Quelle est donc l'action du pneumogastrique sur le poumon? M. le professeur Vulpian nie toute influence vaso-motrice; il ne reste donc que l'hypothèse d'une action trophique directe.

Eichhorst attribue au nerf vague une action trophique, analogue sur les fibres cardiaques, et il rapporte la mort des animaux qui ont subi la section des pneumogastriques à une paralysie du cœur par dégénérescence graisseuse du myocarde. Il faut dire que Zander et Wassiljew combattent cette idée et expliquent la dégénérescence graisseuse du cœur par l'inanition. Nous n'avons malheureusement pas examiné au microscope le cœur de notre malade. A l'œil nu, le myocarde semblait normal; mais il est bien évident que l'examen à l'œil nu ne saurait suffire à affirmer, dans ce cas, l'absence de lésions.

Au point de vue clinique, il est à noter que l'anévrysme brachio-céphalique, n'a donné signe de son existence que deux mois avant la mort du malade. Les symptômes observés ont été seulement ceux d'une bronchite intense, puis d'une broncho-pneumonie avec pleurésie. Bien que le cœur ait été ausculté nombre de fois, dans l'hypothèse d'une lésion cardiaque, à laquelle on pouvait rattacher les accès d'étouffement du malade, nous n'avons jamais constaté de ce côté autre chose que l'accélération des battements. Avec les accès de dyspnée, le phénomène le plus remarquable était la toux. Cette toux survenait par quintes prolongées; elle était convulsive et déterminait un accablement général. Elle ressemblait par certains côtés à la toux de la coqueluche, mais il y manquait le caractère pathognomonique, la reprise avec inspiration sifflante. A ce titre, notre observation semble donc montrer que la compression du pneumogastrique ne suffit pas à expliquer la toux de la coqueluche. Il faut un autre facteur pour provoquer l'inspiration sifflante, et cet autre facteur, qui manquait ici et qui existe dans la coqueluche, on doit, sans doute, le rechercher dans les parties supérieures du conduit respiratoire.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE.— M. RANVIER.

Trente-deuxième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

Messieurs, les cils vibratiles, qui présentent des mouvements si réguliers et dans un sens si parfaitement déterminé, paraissent cependant complétement anhistes. Examinés avec l'objectif nº 12 à immersion de Hartnack, c'est-à-dire avec une lentille au-delà de laquelle aucun détail parfaitement net ne peut être observé, ils m'ont paru homogènes. Pourtant le raisonnement conduit à penser que l'un des bords du cil, celui qui s'infléchit quand se produit l'incurvation médiane, ne doit pas être constitué de la même façon que le bord opposé. Peut-être un jour, par l'action combinée des réactifs coagulants et des matières colorantes, pourra-t-on arriver à faire du moins avancer cette question, aujourd'hui encore complétement obscure.

Mais quel rapport existe-t-il entre le mouvement ciliaire et le mouvement musculaire proprement dit? Il est encore difficile de pénétrer dans cette question. Kühne a étudié comparativement l'action des différents gaz sur les cils vibratiles et sur les muscles; Engelmann a fait la même chose pour l'électricité; Calliburcès pour la chaleur.

Quant à ce qui regarde l'action des gaz, nous pouvons facilement acquérir quelques données.

Les cellules à cils vibratiles de l'œsophage d'une grenouille sont enlevées à l'aide du scalpel, dissociées dans une goutte d'humeur aqueuse du même animal, recouvertes d'une lamelle, de façon qu'aucune bulle d'air ne reste comprise entre les deux verres; la préparation est fermée à la paraffine, et, par surcroît de précautions, les quatre lignes de paraffine sont enduites d'huile, afin que l'air ne pénètre pas. Dans ces conditions, le mouvement ciliaire continue, puis va s'affaiblissant, enfin, au bout de vingt-quatre heures, il s'arrête définitivement. Les noyaux apparaissent alors dans les cellules, indiquant que ces dernières ont cessé de vivre. Quelques-unes sont seulement paralysées, se montrent à l'état de globes homogènes dans lesquels on ne voit pas le noyau, et, si l'on fait pénétrer à ce moment quelques bulles d'air dans la préparation, on les voit reprendre leur activité. Nous pouvons donc conclure de ces faits que, chez certaines cellules, la privation d'oxygène a amené l'asphyxie complète et la mort, chez d'autres un état semi-asphyxique qui ne cesse que lorsque l'oxygène est restitué.

Si, au lieu de procéder comme il vient d'être dit, l'on a renfermé les cellules ciliées dans le porte-objet-chambre humide, les cellules les plus voisines de la rigole d'air ont, au bout de vingt-quatre heures, conservé leurs mouvements; celles de la zone moyenne sont immobiles, celles de la zone centrale montrent leurs noyaux distincts, ce qui signifie qu'elles sont mortes. Le fait qui ressort clairement de ces expériences est que l'*oxygène est nécessaire au fonctionnement de la cellule ciliée, comme il est nécessaire à celui du muscle.* On peut faire une expérience analogue en soumettant les cellules ciliées à l'influence de l'acide carbonique.

Kühne avait fait construire, à cet effet, des porte-objets à gaz sur des indications fournies par Recklinghausen. Ils consistaient en des tubes sur le trajet desquels était interposée une ampoule en forme de sablier, et dont l'étranglement était assez mince pour être observé au microscope à l'aide de forts objectifs. Dans la demi-ampoule supérieure était introduite une bouillie de cellules à cils vibratiles dissociées dans l'humeur aqueuse; un certain nombre de ces cellules pénétraient par capillarité dans la portion rétrécie unissant les deux ampoules, et pouvaient être observées sans trop de difficultés.

L'une des extrémités du tube communiquait avec un appareil générateur du gaz acide carbonique.

Actuellement, l'on possède des porte-objets à gaz beaucoup moins compliqués, vous les trouverez décrits dans les livres de technique. Quoi qu'il en soit, si l'on fait passer sur des cellules ciliées qui vivent et se meuvent régulièrement, un courant d'acide carbonique, le mouvement ciliaire est arrêté rapidement; ni l'hydrogène, ni l'azote, ni aucun des gaz inertes ne produisent cet effet rapide. L'action de l'acide carbonique est, du reste, identique à celle de tous les acides faibles; comme ces derniers, il arrête les mouvements des cils, mouvements que l'on peut, du reste, régénérer par l'action des substances faiblement alcalines.

Je dois vous signaler encore une expérience intéressante de Kühne. Il mélange des cellules à cils vibratiles de la grenouille avec du sang défibriné du même animal, lute la préparation et observe. Les mouvements ciliaires continuent, et, tant qu'ils subsistent, on peut constater à l'aide du microspectroscope que l'hémoglobine du sang inclus est encore oxygénée. Elle donne, en effet, dans ces conditions, les deux bandes d'absorption caractéristiques. Mais lorsque l'hémoglobine du sang est complétement réduite et ne présente plus qu'une bande d'absorption large et unique, les mouvements ciliaires s'arrêtent complétement. Les cellules à cils vibratiles absorbent donc activement l'oxygène,

(1) Voir les nos de 1879; nos 6, 7, 15, 16, 18, 19, 22, 23 et 24 de 1880.

puisqu'elles extraient ce gaz de sa combinaison avec l'hémoglobine. Quant à l'action des acides et notamment de l'acide carbonique, elle ne doit point se confondre avec celle des gaz inertes ; c'est là probablement une action toxique, puisque les alcalis ont la propriété de restituer des mouvements arrêtés par les acides.

La chaleur joue, suivant Calliburcès, le rôle d'excitant des cellules ciliées. Cet observateur a constaté que, chez la grenouille, la rapidité du mouvement des cils croît à mesure que la chaleur s'accroît elle-même, passe par son maximum entre + 30° et + 35°, diminue ensuite, et cesse définitivement à + 45°.

J'ai voulu répéter ces expériences et leur donner une précision plus grande. L'appareil que j'ai employé est fondé sur le principe suivant : Si l'on étale sur une lame de liége l'œsophage de la grenouille, et si on l'y fixe avec des épingles, le mouvement des cils continue pendant un certain temps. Une lame de verre très mince, posée sur la surface ciliée, chemine lentement sous l'action des cils comme le feraient des poussières légères. Nous savons, d'autre part, que l'action de l'eau salée à 6 p. 1000 n'empêche pas les mouvements ciliaires de s'effectuer. Cela posé, voici la description de notre appareil enregistreur, que M. Nachet a bien voulu construire avec grand soin et que vous voyez fonctionner devant vous.

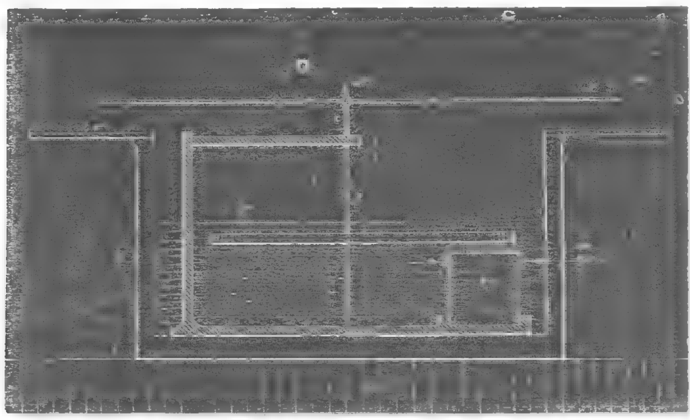


Fig. 66. — Appareil enregistreur mesurant la vitesse du mouvement des cils vibratiles. — *a*, disque de verre. — *b*, son axe portant en *d* un style de paille *ds*. — V, cristallisoir de verre. — *e*, coupe du cadran divisé qui l'entoure. — C, bouchon de liége portant la membrane ciliée *m* fixée par des épingles, *cp*. — Les hachures parallèles en pointillé figurent l'eau salée.

Un cristallisoir de verre V est muni sur son bord d'un cadran circulaire divisé en degrés, minutes et secondes. Ce grand vase est plein d'eau salée à 6 p. 1000 ; il renferme, immergé dans ce véhicule, un système composé comme suit. Sur un bouchon C, l'œsophage d'une grenouille est fixé convenablement : les cils sont disposés en haut et peuvent vibrer librement dans le milieu liquide.

A la surface de la membrane ciliée ainsi disposée, et rapproché jusqu'à léger contact des cils, est un disque de verre *a* supporté par une aiguille dorée *b* qui le perfore à son centre et perpendiculairement à son plan. Cette aiguille sert de pivot au disque, que la moindre impulsion met en rotation ; elle porte à sa partie supérieure, en *d*, une longue aiguille de paille qui amplifie les mouvements de rotation du disque *a*, et marque, par son déplacement, les écarts angulaires très augmentés sur le cadran divisé *e*.

Le léger disque de verre que nous venons de décrire, au lieu d'être entraîné dans le sens du mouvement ciliaire, va donc tourner sur son axe et d'autant plus rapidement que le mouvement vibratile deviendra plus actif. L'expérience est disposée sous vos yeux et vous pouvez voir tourner lentement la roue de verre. Rien n'est maintenant plus facile que de refroidir à zéro tout ce système en le portant dans un mélange réfrigérant, au moyen duquel nous pourrons étudier l'action du froid, et dont nous pourrons élever ensuite graduellement la température. Dans ces conditions, voici ce que nous avons observé : A zéro, la rotation du disque de verre est très ralentie, mais se maintient ; à partir de zéro et en augmentant graduellement la température, nous avons obtenu les résultats suivants :

à 0° un tour de cadran en	34'
15°	5'
30°	2' 40"
33° — 35°	1' 20"
39°	1' 36"
40°	2'
43°	8
44° — 45°	mort.

On voit ainsi que la température croissante exerce d'abord une action excitatrice, agissant sur la vitesse du mouvement. Cette dernière atteint son maximum entre 33° et 35° pour décroître rapidement ensuite.

(*La fin prochainement.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'anesthésie par le bromure d'éthyle.

Le bromure d'éthyle ou éther bromhydrique ($C^2 H^5 Br.$, Wurtz), découvert en 1829 par Serullas, est un liquide transparent, incolore, assez dense, qui bout à 40°,7 et produit par l'évaporation un froid considérable ; il est doué d'une odeur éthérée qui devient assez agréable lorsqu'il a été rectifié par l'huile d'amandes douces (Yvon). Il est combustible ; mais très difficilement et seulement lorsqu'il est mélangé à une certaine quantité d'alcool, et il n'est point inflammable ; cette dernière propriété le rend précieux pour la production de l'anesthésie locale. Mis en contact avec les muqueuses, soit à l'état liquide, soit à l'état de vapeur, il les irrite beaucoup moins que l'éther ou le chloroforme.

Ce ne fut que 20 ans après sa découverte que ce corps fut expérimenté comme anesthésique général. Nunneley (de Leeds, 1849), après plusieurs expériences sur des chats, parvint à obtenir une anesthésie complète. Mais le bromure d'éthyle n'en resta pas moins dans l'oubli, même après les études de Ed. Robin (1851), qui avait montré que des oiseaux, plusieurs fois soumis à son action, étaient restés pleins de vie.

Malgré le peu de retentissement de ses premières recherches, Nunneley n'en persista pas moins, et put obtenir une anesthésie suffisante pour pratiquer un certain nombre d'opérations sur les yeux et sur les oreilles (1865). Le bromure d'éthyle n'entra cependant pas dans la pratique ; les études de Vutzeys en Belgique et de Rabuteau en France (1876) ne réussirent pas plus à le mettre en lumière.

Turnbull (de Philadelphie, 1877) expérimenta l'éther bromhydrique non seulement sur les animaux, mais sur lui-même et sur un grand nombre de malades (Congrès de Cork, d'Amsterdam) et il arriva à conclure qu'aucun anesthésique n'avait donné de résultats plus satisfaisants. Levis (1880) est arrivé à une opinion analogue après avoir pratiqué de nombreuses opérations, non plus de courte durée, comme celles de Turnbull, mais nécessitant une anesthésie de 20 ou 30 minutes. Le bromure d'éthyle a été employé depuis par un grand nombre de chirurgiens, en Angleterre et surtout en Amérique.

C'est à M. Terrillon que revient l'honneur d'avoir, le premier en France, expérimenté sur l'homme le bromure d'éthyle. Les résultats de ses recherches ont été communiqués à la Société de chirurgie et consignés dans un article du *Bulle-*

tin de thérapeutique (1880). Les expériences ont porté sur l'action du bromure d'éthyle, non-seulement comme anesthésique général, mais encore comme anesthésique local; on en trouve le résumé dans les thèses récentesde deux de ses élèves (1).

I. Nous nous occuperons d'abord du bromure d'éthyle comme anesthésique général.

Pour administrer le bromure d'éthyle, on doit prendre quelques précautions qui ne diffèrent guère de celles qui sont nécessitées par l'emploi du chloroforme ou de l'éther.

Le patient doit être à jeun depuis la veille au soir. La poitrine et l'abdomen doivent être dégagés de tout ce qui pourrait gêner les mouvements respiratoires. Le décubitus dorsal, la tête légèrement élevée et fléchie est la position la plus favorable. Lorsqu'il survient des vomissements et lorsque la respiration s'embarrasse, Levis conseille les mêmes précautions que celles auxquelles on a recours pendant l'administration du chloroforme.

Pour faire respirer le bromure d'éthyle, on prend une compresse pliée en plusieurs doubles et assez large pour couvrir toute la face. On engage le malade à respirer largement, et on commence l'inhalation en versant d'emblée 5 ou 6 grammes de liquide sur la compresse; c'est le meilleur moyen d'obtenir une anesthésie rapide et sans excitation. L'air passe suffisamment à travers la compresse pour qu'on n'ait pas à craindre l'asphyxie; et il ne faut pas interrompre un seul instant l'inhalation tant que l'anesthésie n'est pas complète. Quand on a obtenu la résolution, il faut établir des intermittences, mais ne pas susprendre complétement les inhalations tant que l'anesthésie est nécessaire.

Le principal caractère de l'anesthésie par le bromure d'éthyle est sa rapidité à se produire et à disparaître. Il ne faut jamais plus de cinq minutes pour l'obtenir; le plus souvent elle est complète en deux minutes; Levis l'a produite en une minute chez des enfants. Le même auteur a noté, chez les alcooliques, une plus grande résistance à l'anesthésique et une certaine agitation.

En général, le sommeil arrive graduellement et sans secousses. La dilatation des pupilles, l'apparition de sueurs abondantes sur le visage, sont des phénomènes très fréquents mais non constants; il en est de même de la coloration de la face, des oreilles et du cou qui deviennent rouges et non violacés; ces phénomènes disparaissent du reste rapidement dès qu'on a enlevé la compresse, ils n'ont rien de commun avec le début de l'asphyxie comme on pourrait le croire au premier abord.

Chez un grand nombre, l'anesthésie précède d'une à plusieurs minutes la résolution musculaire. Si la dose d'anesthésique employée dès le début a été trop faible, on peut voir se produire un certain degré de rigidité musculaire; s'il survient des grands mouvements et des convulsions, ils sont généralement plus passagers et moins intenses, qu'au début de l'anesthésie par le chloroforme.

Pendant l'anesthésie, les phénomènes de *congestion* (rougeurs de la face, sueurs) sont généralement modérés. Le *pouls* est ordinairement fréquent et sa fréquence redouble à l'administration d'une nouvelle dose de bromure d'éthyle. Le pouls devient quelquefois très fin, mais on doit être sans crainte, tant que la respiration est normale.

La *respiration* augmente légèrement de fréquence jusqu'à ce que l'anesthésie soit complète et qu'elle ait le caractère du sommeil normal; la respiration facile, lente et régulière, est même une preuve que l'on est parvenu à l'anesthésie profonde. Lorsque la respiration devient gênée et s'accélère, c'est ordinairement par l'accumulation de mucosités dans le pharynx, mucosités que l'on peut enlever avec une éponge montée. Dans aucun cas, M. Terrillon n'a observé de phénomènes de nature à faire craindre l'asphyxie; le bromure d'éthyle ne paraît pas non plus entraîner les dangers de la syncope. Cependant Wood (1) a cru pouvoir déduire de ses expériences que c'est un agent paralysant du cœur, et, dans un cas de M. Berger où l'anesthésie resta incomplète, on observa des phénomènes asphyxiques.

L'éther bromhydrique s'élimine très rapidement, et le retour de la sensibilité est aussi très-rapide. Le malade revient à lui beaucoup plus vite qu'à la suite de l'anesthésie par l'éther ou par le chloroforme. Il recouvre plus facilement et en moins de temps son intelligence, et il ne lui reste qu'une sensation d'assoupissement qui dure peu. Le réveil complet s'effectue dans l'espace de quinze à soixante-quinze secondes sans impression désagréable.

D'après M. Terrillon, pendant l'anesthésie, la tendance aux nausées et aux vomissements sont moins prononcées qu'avec l'éther ou le chloroforme; elles se manifestent surtout pendant les intermittences, et une nouvelle dose les fait souvent cesser; les vomissements paraissent plus fréquents après le réveil que pendant le sommeil, on les arrête facilement par l'ingestion de morceaux de glace. Les observations de Conner (2) portent aussi à croire que le vomissements ne sont pas fréquents pendant et après l'anesthésie par le bromure d'éthyle; mais, d'autre part, Agnew Haynes, Norton (3), Prince (4) pensent qu'il produit plu fréquemment des vomissements que les autres anesthésiques. Dans quelques cas, on a vu les vomissements dure 24 et même 48 heures; cela est même arrivé chez un suje qui avait été soumis plusieurs fois au chloroforme, san accidents; et une femme ovariotomisée par Marion Sim mourut de vomissements incoercibles au bout de 24 heures (5).

II. Les divers procédés d'anesthésie locale présenten chacun leurs inconvénients : les mélanges réfrigérants dépassent quelquefois le but que l'on désirait atteindre: l chloroforme, l'éther, le bichlorure de méthylène produisent une cuisson très vive; enfin, certaines vapeurs son susceptibles de s'enflammer, d'où il en résulte que l'usag de l'éther ne peut être applicable aux opérations dans lesquelles on se sert de cautères et, en outre, il expose à de dangers graves lorsqu'on s'en sert la nuit.

Le bromure d'éthyle n'est point inflammable ni à l'éta liquide ni à l'état de vapeurs, c'est un avantage considérabl

(1) Duval. — *De l'anesthésie générale par les inhalations de bromure d'éthyle*, 1880. — Tourreil. — *De l'emploi du bromure d'éthyle pour l'anesthésie locale*, 1880.

(1) *Philadelphia med. Times*, Avril 1880, p. 371.
(2) *The Cincinnati Lancet and Clinic* : May 1, 1880, p. 395.
(3) *British med. journal*, 15 mai 1880, p. 735.
(4) *Un. St-Louis Med. and surg. journ.*, April 20, 1880, p. 425.
(5) *Gazette hebdomaduire*, p. 384.

non-seulement au point de vue de son application à l'anesthésie locale, mais même pour son emploi comme anesthésique général ; en outre, il ne produit point d'irritation vive sur les muqueuses, comme l'éther et le chloroforme, c'est encore une condition favorable dans les deux cas.

Des expériences comparatives montrent que le bromure d'éthyle doit être pulvérisé à une plus petite distance que l'éther; pulvérisé à 10 centimètres, le bromure produit une réfrigération plus rapide que l'éther. Il faut moins de bromure que d'éther pour produire la même réfrigération. La réfrigération et l'anesthésie sont obtenues plus sûrement quand on se sert d'un pulvérisateur comme celui de M. Terrillon, donnant assez de liquide pour mouiller rapidement la partie. En une, deux ou trois minutes au plus, on voit apparaître une plaque blanche qui indique l'anesthésie, et on peut commencer l'opération si elle doit se faire au bistouri ; si l'on veut employer le thermocautère il faut prolonger la pulvérisation une minute ou deux de plus. Dans ce dernier cas, il faut encore prendre la précaution de chauffer le couteau à un degré plus élevé que d'habitude, pour que le thermocautère ne soit pas éteint par le liquide pulvérisé ou par les parties réfrigérées (1).

Ch. Féré.

(1) Nous reviendrons prochainement sur le bromure d'éthyle employé comme traitement des attaques d'hystérie, des accès d'épilepsie, et comme traitement de l'épilepsie, expériences que nous poursuivons depuis un certain temps. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 juin 1880. — Présidence de M. de Sinéty.

M. Galezowski présente un petit appareil qui permet d'examiner facilement la *faculté visuelle* de chaque individu sur les couleurs.

M. Beauregard adresse, par l'intermédiaire de M. Pouchet, un travail sur le *corps vitré*. D'après l'auteur, le corps vitré prend son origine dans le tissu cellulaire. Lorsque du pus vient à se former dans l'intérieur du corps vitré, ce pus provient des cellules de la choroïde.

Du choc précordial. M. Rosolimos (d'Athènes) lit une note relative au choc précordial. L'auteur juge inadmissibles les différentes théories du choc cardiaque, et en propose une nouvelle qui peut se résumer ainsi :

La masse totale du sang, s'arrêtant instantanément contre l'un des points du trajet circulatoire, par le fait de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, imprime à ce point la tension qu'il possède. Cette tension se transforme en travail utile par l'intermédiaire des replis valvulaires qui se tendent dans les ventricules, et qui ont intercepté le cours du sang. La résultante de cette tension se dirige de haut en bas et d'arrière en avant suivant l'axe des orifices par lesquels le sang passe ; or, elle agit nécessairement dans ce sens. Le système ventriculaire n'a à opposer aucune réaction contre cette force, étant équilibré à cet instant par le travail qu'il produit du côté des orifices artériels ; par conséquent, il se prête facilement à l'action impulsive du sang arrêté. Cette action se transmet à la paroi thoracique par la partie des ventricules qui se rapproche le plus du thorax, suivant les rapports du cœur chez les divers mammifères, et le choc précordial se manifeste. M. Rosolimos insiste de nouveau sur quelques détails au sujet des expériences qu'il a faites au laboratoire de l'Anatomie comparée, dans le but de confirmer sa théorie. On se rappelle que, d'après ces expériences (*Compt. r. de la Soc. de Biol. 24 avril 1880*), le choc disparaît à la suite de la ligature des vaisseaux veineux du cœur. M. Rosolimos se propose de combattre prochainement la théorie de Harvey, de Chauveau et Faivre, et en partie celle de M. Marc Sée au sujet de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, cette question étant en rapport avec sa théorie.

Appareil réfrigérant de Dumontpallier. M. Dumontpallier communique les résultats de ses dernières expériences faites à l'hôpital de la Pitié avec l'appareil réfrigérant dont il est l'inventeur, et qui a été décrit dans le *Progrès médical*. L'appareil est alimenté par un réservoir d'eau. Le robinet de sortie débite 2 litres par minute, ce qui exigerait une grande quantité d'eau pour une journée. Pour éviter les inconvénients d'une installation trop compliquée, M. Dumontpallier a trouvé le moyen de faire servir la même eau pendant toute la durée de l'expérience, sans aucune variation dans les résultats. L'appareil ainsi modifié est donc devenu très pratique et à la portée de tous. Il suffit que la différence de niveau entre le fond du réservoir et le lit du malade soit de 70 centimètres.

De ses nombreuses observations prises sur l'homme sain et sur l'homme malade, M. Dumontpallier tire cette conclusion, que la courbe des températures d'un même individu, en 24 heures, peut être divisée en trois périodes : 1° de 8 heures du matin à 6 ou 8 heures du soir la température rectale monte régulièrement ; 2° de 6 ou 8 heures du soir à minuit, la température redescend un peu au-dessous du point initial ; 3° enfin de minuit à 8 heures du matin, la température revient à son point de départ.

Lorsqu'on soumet un individu à l'action de l'appareil réfrigérant pendant quelques heures dans la journée, la température n'est pas montée à minuit, ou bien elle s'est accrue simplement de 2 ou 3 dixièmes.

M. Rabuteau rappelle, à ce propos, qu'il a recherché autrefois les variations de la température vaginale chez la femme bien portante. Le thermomètre, placé tous les jours à la même heure, marquait une température à peu près constante chez la femme dans l'intervalle des règles. Un jour ou deux avant les règles, la température baissait ; elle restait au-dessous de la normale pendant toute la durée des règles. D'après M. Rabuteau, ces variations de la température concordent parfaitement avec un fait aujourd'hui bien établi, à savoir que la quantité d'acide carbonique exhalé diminue sensiblement chez la femme pendant la période menstruelle.

M. Dumontpallier répond qu'il n'accorde pas de valeur aux températures prises dans le vagin, l'aisselle ou la bouche. Seule, la température rectale présente pour lui un critérium certain.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin 1880. — Présidence de M. H. Roger.

Election d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Sont présentés : en 1re ligne, M. Dujardin-Beaumetz ; en 2e ligne, M. Féréol ; en 3e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Desnos, Dumontpallier, Ferrand, Vidal. Votants : 73 ; majorité : 37. Au premier tour de scrutin, M. Dujardin-Beaumetz obtient 51 voix ; M. Féréol 10, M. Vidal 10, M. Desnos 1, M. Ferrand 1. En conséquence, M. Dujardin-Beaumetz ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Cazin (de Berck-sur-Mer), fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Contribution à l'étude des ovariotomies incomplètes.* Après des considérations générales sur le diagnostic des adhérences, qui sont quelquefois si résistantes et si étendues que l'opération ne peut être terminée, il relate un fait où il fut obligé de laisser un kyste très volumineux, uniloculaire, dans la cavité abdominale ; grâce à la mortification de la surface interne de la poche, obtenue à l'aide de la gaze antiseptique et de l'eau phéniquée, l'apparition de la suppuration pût être retardée. L'élimination des eschares superficielles ne s'est complétée que le vingt-huitième jour. A ce moment, M. Cazin, sans chercher à aviver la plaie abdominale, tenta la réunion immédiate secondaire. L'intestin, par sa distension, adossa la face postérieure du kyste à la face antérieure restée

adhérente à la paroi abdominale, et l'accolement réciproque des bourgeons charnus fut rapide et complet. La guérison était obtenue cinquante jours après l'opération. Faisant ensuite l'historique du procédé de réussite auquel il a été contraint d'avoir recours, M. Cazin insiste sur la léthalité observée dans ces cas, et attribue les succès à l'action nécrosique de l'acide phénique retardant la suppuration, au peu d'abondance de cette dernière, au soin qu'il avait pris de laisser la plaie largement ouverte, au lieu de la refermer comme ses devanciers qui se contentaient de placer un drain dans l'angle inférieur de la plaie, et enfin à l'emploi de la réunion immédiate secondaire, qui a été remarquable par la facilité de son exécution, la rapidité de ses résultats, et avant tout par sa complète innocuité. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 14 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

11. Carcinome colloïde de l'S iliaque chez un jeune homme de 19 ans. — Laparotomie, anus contre nature; par M. LOUIS DUBAR, interne des hôpitaux (1).

Charton Georges, âgé de 19 ans, tapissier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 29 octobre 1879, salle Saint-Lazare n° 18, dans le service de M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. Ce jeune homme, sans être d'une constitution robuste, a toujours joui d'une santé relativement bonne. Il n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel important à noter.

Dans la nuit du 15 août 1879, sans cause connue, il est réveillé par des douleurs de ventre très vives, et bientôt il est pris de vomissements et de diarrhée. Les douleurs, généralisées dans tout l'abdomen, présentaient néanmoins plus d'acuité au niveau du flanc droit. Ces divers phénomènes s'apaisent le lendemain. Il garde la chambre pendant 24 heures, puis reprend son travail.

Du 17 août au 10 octobre, sa santé paraît être à peu près rétablie. En effet, à part quelques douleurs vagues et peu vives dans le ventre, il ne se ressent pas de son indisposition. Les fonctions digestives ont repris leur cours normal. Il va journellement à la garde-robe, le plus souvent en diarrhée.

Le 10 *octobre*, après deux jours de constipation, il prend un purgatif salin, qui amène d'abondantes évacuations. Il en ressent un grand soulagement, prend deux jours de congé, puis retourne à ses occupations.

Le 13 *octobre*, dans la soirée, il est repris de nausées et de douleurs violentes dans la région abdominale. Bientôt se montrent des vomissements bilieux. Le 14, un peu de calme reparaît. Le 15 matin, le ventre est moins sensible, le malade a eu une selle dans la nuit. Le 16, un purgatif salin amène quelques garde-robes.

Mais l'amélioration que le malade avait tirée des purgations précédentes ne se reproduit plus. Le ventre est légèrement ballonné et chaque jour le gonflement fait des progrès. En même temps, les douleurs et les vomissements reparaissent plus intenses et plus répétés. Du 16 au 22, malgré deux nouvelles purgations (huile de ricin et eau de Sedlitz), le malade n'a plus d'évacuations alvines. Il rend encore néanmoins quelques gaz par l'anus. Le 25, on lui administre deux gouttes d'huile de croton sans aucun résultat. Depuis le 23, il ne rend même plus de gaz par l'anus. Le 29, il entre à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce jeune homme est pâle, très amaigri, les traits légèrement tirés, les yeux excavés ; la figure, dans son ensemble, offre une expression très marquée de souffrance. Le ventre est fortement ballonné dans toute son étendue. Il donne à la percussion un son tympanique. La tension de la paroi abdominale empêche toute exploration profonde. L'attouchement de l'abdomen éveille dans l'intestin des contractions, qui semblent dessiner à l'extérieur la plus grande partie du gros intestin : le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant. La paroi abdominule antérieure, circonscrite par ces portions intestinales saillantes ressemble à un cadre dont l'intérieur, un peu déprimé, répond aux régions ombilicales et hypogastriques. La palpation ne fait reconnaître aucun point plus particulièrement douloureux ; elle ne permet de constater ni empâtement ni rénitence.

En présence de ces symptômes, le diagnostic, *obstruction intestinale*, n'est pas douteux. Mais deux points très importants restent à résoudre : 1° sur quelle partie de l'intestin siége l'obstacle ? 2° quel est l'agent de l'obstruction ?

La première question trouve une réponse relativement facile. En effet, le toucher rectal, l'exploration par des sondes permettent d'affirmer que le rectum est intact; d'autre part, le développement de l'abdomen, la forme, les contractions intestinales, que nous avons signalées précédemment, dénotent la perméabilité de l'intestin jusque vers la partie inférieure du côlon descendant. Il résulte de ces faits que *très probablement* la lésion siége à l'union de l'S iliaque avec le côlon descendant ou sur l'S iliaque elle-même.

Quant à l'agent de l'obstruction, on ne peut faire à son sujet que des hypothèses. Rien dans la marche de la maladie, ni dans les signes actuels ne peut mettre sur la voie. Il est sans doute à peu près certain qu'il ne s'agit ici que d'une obstruction à marche lente, que l'occlusion de l'intestin s'est faite progressivement et que le début des accidents remonte au 15 août. Néanmoins, nous avons vu que pendant une période de deux mois la santé s'était à peu près rétablie. Aussi, tout en écartant l'invagination et le volvulus, est-il indispensable de faire des réserves pour l'existence d'une bride sur laquelle l'intestin serait venu s'étrangler progressivement. A côté de cette première hypothèse, vient se ranger la possibilité d'un néoplasme soit tuberculeux, soit cancéreux. Les poumons sont cependant intacts; le malade ne tousse pas. Il n'existe pas d'empâtement dans la cavité abdominale; d'autre part le jeune âge n'est pas très favorable à l'idée d'un cancer.

M. le Dr Périer, appelé en consultation, insiste sur la période déjà avancée de la maladie, l'affaiblissement du malade, son jeune âge et propose une intervention rapide. Il recommande de pratiquer pendant la journée une forte irrigation par le rectum. Un litre et demi d'eau est introduit au moyen d'une sonde œsophagienne enfoncée à une profondeur de 20 centimètres dans l'anus. Cette injection n'amène pas de résultat. Dans la journée du 29 quelques vomissements fécaloïdes se produisent. La nuit est assez calme.

Le 30 au matin, M. le Dr Périer, après avoir pris avis de MM. les Drs Terrier, Lucas-Championnière, Berger et Dujardin-Beaumetz, propose de faire la laparotomie, de reconnaître exactement la nature de l'étranglement, puis de se comporter suivant les circonstances.

L'opération est entreprise avec tout l'appareil de Lister. Le patient est endormi. Une incision de 10 centimètres est pratiquée sur la ligne médiane depuis l'ombilic jusqu'à 5 centimètres au-dessus du pubis. Une main, introduite dans la cavité abdominale, reconnait bientôt une tumeur dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur a le volume d'une grosse noix, elle englobe l'intestin ; elle semble avoir contracté quelques adhérences avec les parties profondes, car on ne peut pas la mobiliser et l'attirer vers l'extérieur. M. Périer, après avoir reconnu cette tumeur, pratique immédiatement un anus contre nature au niveau de la portion inférieure du colon descendant. La suture de la plaie médiane se fait rapidement, puis on procède au pansement.

La journée du 30 est assez satisfaisante. L'issue d'une quantité énorme de matières fécales a amené un grand soulagement. La température, une heure après l'opération, est de 37°. Le pouls est petit et bat 100 fois par minute. Dans l'après-midi, quelques vomissements, peu abondants, apparaissent à la suite d'ingurgitation d'eau vineuse. A quatre heures la température est de 37°,8. Le pouls s'est relevé, mais a gardé la même fréquence. Le soir, l'opéré accuse quelques douleurs dans la région hypogastrique. Il se plaint de ne pas uriner. Le cathéthérisme amène l'issue d'une urine rouge et limpide. Les matières s'écoulent librement et en abondance par l'anus artificiel. A 10 heures, comme le malade désire vivement dormir, on lui administre deux pilules d'extrait thébaïque de 2 centigrammes et demi.

Pendant la nuit, quelques vomissements peu abondants

(1) La pièce est déposée au musé e Dupuytren.

viennent à deux ou trois reprises troubler le repos du malade. Le 31, à 8 heures du matin, la température est de 38°,6. A 10 heures, au moment du pansement, on s'aperçoit que les extrémités sont froides ; bientôt la face se cyanose, le pouls devient petit, précipité. On pratique une injection sous-cutanée d'éther. Le refroidissement continue sa marche envahissante et bientôt le malade meurt dans le collapsus.

Autopsie. — Un large lambeau est taillé dans la paroi abdominale antérieure, de manière à comprendre la plaie médiane et l'ouverture de l'anus contre-nature. Nous plaçons ensuite deux ligatures, l'une au niveau de l'angle gauche du colon transverse, l'autre à la partie supérieure du rectum, puis nous sectionnons l'intestin. Il nous est alors facile de nous rendre compte de la situation et des rapports de la tumeur, qui a été constatée pendant la vie, ainsi que du point où a été pratiqué l'anus contre-nature.

La tumeur occupe la partie moyenne de l'S iliaque du côlon. Elle repose sur la fosse iliaque gauche aux parties superficielles de laquelle elle adhère. Une dissection attentive nous permet en effet de constater que le péritoine qui tapisse la fosse iliaque a subi, au voisinage de la tumeur, un épaississement assez notable, qui le rend pour ainsi dire rigide. De même que le tissu cellulaire sous-péritonéal est épaissi, un peu infiltré. De là l'adhérence notable que la tumeur semblait avoir contractée avec les parties sous-jacentes. Cependant, la dissection démontre que les gros vaisseaux qui traversent la fosse iliaque étaient parfaitement intacts et indépendants, que le fascia iliaca et à plus forte raison les muscles psoas et iliaque étaient restés sains au voisinage de la tumeur.

Celle-ci a le volume d'un gros œuf de poule. Elle présente 6 centimètres de longueur sur 4 centimètres et demi de largeur. Elle englobe toute la circonférence de l'intestin. La consistance est assez dure et uniforme dans toute son étendue.

L'anus contre nature vient s'ouvrir immédiatement au-dessus de son extrémité supérieure, c'est-à-dire dans le tiers supérieur de l'S iliaque du colon. Un doigt introduit par l'anus contre-nature dans la cavité intestinale et dirigé vers la tumeur, est bientôt arrêté par une sorte de saillie qui obstrue complètement la cavité. Des liquides introduits par le bout supérieur de l'S iliaque du colon, sortent par l'orifice de l'anus contre-nature, mais pas une goutte ne s'écoule par le bout inférieur, c'est-à-dire au-dessous de la tumeur.

Une section portant sur le segment postérieur est pratiquée dans toute la longueur de l'S iliaque.

Au-dessus de la tumeur, nous trouvons l'intestin dilaté, rempli de mucus et de matières fécales. Au-dessous de la tumeur l'intestin ne renferme pas trace de matière fécale. Au niveau de la tumeur, nous constatons que les parois de l'intestin sont considérablement épaissies. Dans toute la circonférence, elles mesurent 8 à 9 millimètres. Dans la moitié supérieure de la tumeur un mamelon, du volume d'une petite noix, se détache d'une paroi de l'intestin et vient s'appliquer sur la paroi opposée. C'est ce mamelon qui a fait bouchon, a rétréci de plus en plus la lumière de l'intestin et finalement en a amené l'obstruction complète. Cette saillie est rouge à la surface ; elle est manifestement recouverte par la muqueuse enflammée.

La coupe des parois de la tumeur nous fait distinguer à l'œil nu quatre couches distinctes : 1° la couche péritonéale un peu épaissie ; 2° une couche gélatineuse, collante au doigt, couleur chair d'huître, de 3 à 4 millimètres d'épaisseur ; 3° une couche blanchâtre de 1 millimètre 1/2 ; 4° une couche rougeâtre (muqueuse), qui semble un peu plus épaisse et plus injectée que dans le reste de l'intestin.

L'examen microscopique est pratiqué dans le laboratoire de M. le Dr Cornil. Une partie de la tumeur qui faisait saillie et formait bouchon dans l'intestin, est soumise, après durcissement à des coupes fines et régulières allant de la muqueuse à la tunique péritonéale. La muqueuse est facilement reconnaissable à ses glandes en tube rangées régulièrement les unes à côté des autres, et reposant sur une couche de tissu conjonctif à fibres rosées, colorées par le carmin, au milieu desquelles on voit un assez grand nombre de petites cellules arrondies, embryonnaires, dont les traînées s'interposent entre les culs de sac glandulaires. Cette prolifération cellulaire embryonnaire est l'indice d'une inflammation assez intense de la muqueuse. La couche péritonéale ne semble avoir subi aucune altération appréciable.

Entre ces deux couches, nous recherchons en vain des traces de fibres musculaires. Tout l'espace interposé entre elles présente le même aspect. Ce sont des groupes d'alvéoles séparés les uns des autres par des tractus fibreux plus ou moins épais. Chacun de ces groupes se compose d'un nombre variable d'alvéoles, à parois minces, délicates, mais se détachant nettement grâce à la transparence de leur contenu. Quelques-uns de ces alvéoles paraissent vides ; ils ne renferment que quelques granulations moléculaires. D'autres montrent quelques grosses cellules sphériques avec noyau clair ; d'autres enfin des cellules plus nombreuses de volume variable, les unes sans noyau, les autres avec un ou plusieurs noyaux ; toutes sont remplies de gouttelettes claires, et de granulations grisâtres qui leur donnent un aspect terne grisâtre caractéristique. Quelques vaisseaux à parois minces se montrent çà et là dans les travées conjonctives de la tumeur.

L'examen de ces coupes ne laisse aucun doute sur le diagnostic microscopique de la tumeur. Il s'agit d'un *carcinome colloïde type*.

Les différents viscères examinés avec soin, la colonne vertébrale, les ganglions lombaires et iliaques, ne sont le siège d'aucun phénomène de généralisation du cancer.

Nous avons recherché dans les auteurs des exemples de cette variété de tumeur chez les enfants et les adolescents. Nous n'avons pu en rencontrer un seul cas. La rareté d'un pareil fait explique l'incertitude du diagnostic pendant la vie du malade.

12. Hématocèle d'un sac herniaire ; par M. René Le Clerc, interne des hôpitaux.

Cette observation a trait à un malade de 61 ans, exerçant la profession de fabricant de balances, entré le 10 octobre 1879 dans le service de M. Gruveilhier (suppléé par M. Reclus).

Le malade raconte que, depuis 15 ans, il est porteur d'une hernie inguinale droite qui sort facilement, au moindre effort et rentre de même par la plus légère pression. Douleurs abdominales de temps à autre, revenant souvent le soir, à la fin de la journée de travail, mais ne durant que quelques minutes.

Un mois et demi avant son entrée, les coliques revinrent plus fortes et tellement violentes qu'elles arrachaient des cris au malade. C'est pendant un des efforts que fit le malade en criant qu'il se montra tout d'un coup dans l'aine droite, une masse assez volumineuse. Notre homme essaya de faire rentrer sa hernie ; mais il ne put y parvenir : alors il interrompit son travail et se mit au lit, il n'y eut aucun phénomène d'étranglement, mais seulement quelques coliques.

Etat actuel. Malade bien constitué, vigoureux encore, mais cependant un peu déprimé, surtout par le moral qui n'est rien moins que défectueux. Du côté droit, située dans la moitié inférieure du canal inguinal qu'elle soulève et à la partie supérieure des téguments des bourses, existe une tumeur oblonque mesurant à peu près 10 centimètres de longueur sur 3 1/2 à 4 de largeur. Elle a le volume d'un petit citron. Cette tumeur est dure, peu ou pas douloureuse, irréductible, mate dans tous ses points, lisse et régulière. Elle est séparée du testicule par une dépression manifeste que l'on sent facilement au doigt. Les éléments du cordon, que l'on sent bien au-dessous de la tumeur, ne peuvent plus s'isoler à son niveau. Rien du côté du testicule.

Il n'y a pas de changement de couleur à la peau qui glisse facilement sur les parties profondes, pas d'œdème, ni de crépitation. Comme symptômes fonctionnels, on ne note pas de douleur spontanée mais plutôt un sentiment de gêne et de pesanteur. Enfin, en déprimant l'abdomen, on sent la corde épiploïque telle qu'elle a été décrite par Velpeau.

Diagnostic : *Epiplocèle irréductible.*

Depuis le 12 jusqu'au 30 octobre, on employa la bande élastique pour tâcher d'obtenir la réduction ; mais, à deux reprises, on fut obligé de cesser ce mode de traitement pour le

remplacer par des bains et des cataplasmes, à cause de la douleur occasionnée par la bande élastique.

30 octobre. En explorant la tumeur avant d'appliquer le sac de plomb, M. Reclus sent un refoulement du doigt au niveau de la tumeur. Une ponction exploratrice avec l'aspirateur Dieulafoy donne issue à un pus concret, répandant une odeur infecte et pouvant être évalué comme quantité à une cuillerée à bouche.

31 octobre. En présence de ce pus, on pensa à un sac herniaire suppuré et on proposa au malade de lui ouvrir largement ce sac et de le vider ; le malade accepta.

L'opération est faite sous le chloroforme et comprend comme premier temps l'incision des téguments couche par couche. Arrivé sur la tumeur qui s'isole facilement des tissus environnant, M. Reclus donne un coup de bistouri de haut en bas sur la face antérieure de la tumeur. Il sort environ 3 cuillerées de pus mélangé avec du sang non coagulé.

Devant ce fait, deux déterminations étaient à prendre à l'exclusion l'une de l'autre : ou laisser cette cavité à découvert et exposer le malade à une suppuration interminable, ou faire l'incision du sac. Notre maître se prononça pour la seconde détermination, et comme on ne reconnaissait pas les éléments du cordon ni la tumeur, il plaça le sere-nœud de Maisonneuve à la partie supérieure de la tumeur et incisa au-dessous sac et testicule. Temp. A : Soir 37°,8.

1er novembre. Nuit assez calme. Ce matin le malade est dans une disposition d'esprit fâcheuse : il est impatient, anxieux, craignant un mauvais résultat, disant que s'il reste dans la même position il en mourra. On enlève le serre-nœud. Pansement à plat, avec la tarlatane imbibée de la solution phéniquée au 20e. Temp. A : Matin 37°,2 ; Soir 38°,4.

2 novembre. Le moral est meilleur. On continue le pansement antiseptique ouvert, mais sans charpie et avec de la tarlatane seulement. Temp. A : Matin 38°,1 ; Soir 38°,6.

3 novembre. Le malade ne souffre pas si ce n'est quand il fait un effort. Les bords de la plaie ne sont pas douloureux. Temp. A : Soir 37°,9.

4 novembre. Sphacèle du pédicule. La plaie se déterge. Temp. A : Matin 37°,6 ; Soir 38°,[illegible].

5 novembre. Temp. A : Matin 37° 6 ; Soir 38°.

6 novembre. Temp. A : Matin 38° ; Soir 38°,3. A partir de ce jour la température axillaire s'est maintenue entre 37° et 37°,8.

19 novembre. On remplace le pansement à la tarlatane simple par le pansement de Lister.

20 novembre. La suppuration a été bien moins abondante sous le nouveau pansement ; d'ailleurs, le malade dit avoir été plus à son aise. Aujourd'hui, la plaie n'est pas encore cicatrisée, loin de là ; mais elle est granuleuse et promet une guérison certaine.

Interprétation du fait. En présence de ce cas intéressant, il fallait reconstituer tout l'enchaînement progressif des accidents. Il y avait eu hernie épiploïque comme l'indiquait la corde de Velpeau, hernie sortant et rentrant facilement. Congestion intense du sac qui n'est en somme qu'une séreuse, sous l'influence des allées et venues de la hernie. Or, de même qu'il y a péricardite et pleurésie hémorrhagique, hématocèle vaginale, de même il y a eu hématocèle du sac. Il y a eu de la fibrine déposée et la tapissant une néo-membrane organisée.

Sous l'influence de la bande élastique, employée pour réduire la hernie, bande élastique conservée 11 heures la première fois, il y a eu déchirure de quelques vaisseaux : ce qui explique la présence du sang dans le pus. Enfin, et pour expliquer ce pus fétide, on pouvait admettre qu'il y a eu sphacèle de l'épiploon inclus dans le sac.

On n'accusera pas le chirurgien d'avoir produit cette hématocèle, car il est peu probable qu'en 15 jours il eût pu se former une paroi si épaisse.

Examen de la pièce. En examinant la surface de la tumeur, on arrive à découvrir les éléments du cordon occupant la face antérieure et externe du sac. Ces éléments se prolongent jusqu'au testicule sans présenter la moindre altération. Toutefois, il y a un développement exagéré des vaisseaux constituant le plexus veineux antérieur : en un mot il y a un peu de varicocèle. Le testicule en position normale est sain dans toutes ses parties.

La tumeur est un sac à parois épaisses, dures, ayant 2 centimètres d'épaisseur en certains points, mais n'ayant pas moins de 1 c. 1/2 dans les parties les moins épaisses. Cette paroi est formée de tuniques présentant un aspect feuilleté sur la coupe. La surface interne est tomenteuse, friable, rouge, violacée. A la partie supérieure existe un orifice où l'on trouve une petite masse graisseuse, légèrement adhérente par des tractus déliés et qui n'est probablement que de la gaîne épiploïque.

13. Cancer du foie ayant présenté les signes physiques d'un kyste hydatique ; par CHUQUET, interne des hôpitaux.

G. Emile, trente-neuf ans, vannier, est entré le 13 octobre 1879, salle Saint-Louis, n° 24, service de M. le Dr MILLARD. Il a eu plusieurs maladies graves, scarlatine, choléra, fièvre typhoïde pendant qu'il était militaire. Il a été soigné à l'hôpital du Gros-Caillou (1864-65). Il a commis vers cette époque quelques excès alcooliques et en travaillant il buvait une ration de vin plus que normale. Il y a trois mois, il éprouva de violentes palpitations de cœur qui l'empêchèrent de travailler et il dut entrer à l'hôpital d'Orléans. On le traita là uniquement pour une affection cardiaque. Au mois de juillet, il constata dans le ventre la présence d'une petite tumeur qui depuis a grossi peu à peu ; le malade répondant mal aux questions, on ne peut lui faire préciser le siége de la tumeur au début ; il semble pourtant qu'elle correspondait au lobe gauche du foie.

Le malade dit que la tumeur est douloureuse depuis son apparition, qu'elle détermine des coliques, des émissions gazeuses fréquentes. Le matin, il a des pituites, mais il en avait déjà avant d'être malade. Il est constipé, a des hémorrhoïdes, qui donnent parfois du sang quand il va à la garde-robe. Il ne vomit jamais, a bon appétit, mange souvent, et jamais beaucoup à la fois. Il n'a jamais eu la jaunisse. Depuis trois mois il a maigri de quinze à dix-sept livres.

Etat actuel. En s'approchant du malade, on est frappé par sa grande pâleur et la décoloration de ses muqueuses. Il attire immédiatement l'attention vers une tumeur, qui soulève le creux épigastrique, s'étendant à la région ombilicale et jusque sous les flancs. Elle est arrondie, et présente le volume et la forme d'une tête de fœtus à terme ; elle est douloureuse à la pression et donne au niveau de la ligne blanche une sensation de rénitence. La matité s'étend à toute la région épigastrique, à droite elle monte jusqu'à trois centimètres et demi au-dessous du mamelon, c'est-à-dire qu'elle se confond avec celle du foie; sur la ligne mamelonnaire droite, elle s'étend sur une longueur de seize centimètres. Au niveau du sternum, la matité se confond avec celle du cœur. Sur la ligne mamelonnaire gauche, elle commence à dix centimètres au-dessous du mamelon et s'étend sur une longueur de quatorze centimètres. Sur une ligne horizontale passant par l'ombilic, on trouve que la matité s'étend à treize centimètres à droite, à neuf centimètres à gauche. Les poumons et le cœur sont sains. Pas d'œdème des jambes. Rien d'anormal dans les urines.

16 octobre. Ponction avec une aiguille creuse et aspiratoire ; il ne sort pas de liquide, on recueille dans la canule et les tubes quelques parcelles d'une bouillie blanche contenant du sang et des débris cellulaires qui étaient des cellules du foie légèrement graisseuses. L'aiguille enfoncée dans la tumeur oscillait de haut en bas et bas en haut : il n'existait pas d'adhérences entre elle et la paroi.

Malgré cette tentative inutile, la tumeur ressemblait tellement à celle que détermine un kyste hydatique, tant par sa forme que par sa consistance, que M. Millard résolut de tenter une deuxième ponction. — Tr. Iodure de potassium, un gramme. Lavements purgatifs.

21 Octobre. Nouvelle ponction avec un trocart plus volumineux. On a la sensation d'un espace libre dans lequel le trocart se meut facilement, mais il ne sort que quelques parcelles d'une bouillie blanchâtre. Le malade, très faible, était dans un état syncopal à la fin de l'opération.

3 Novembre. La tumeur paraît s'être étendue du côté gauche.

On sent au-dessous de l'appendice xiphoïde un corps de la dimension d'une noisette, dure et un peu mobile.

4 *Novembre.* Pas de selles depuis quatre jours. Léger œdème du scrotum. Rien à l'auscultation et à la percussion du thorax. Aggravation notable de l'état général.

5 *Novembre.* Point de côté à droite. Coliques vives.

6 *Novembre.* La tunique vaginale à gauche paraît remplie de liquide; elle est douloureuse. Facies altéré. Le malade a été cinq ou six fois à la selle. Langue sèche, peau chaude. T. 40°,2. P. 100. Péritonite probable.

Tr. : élever les bourses; cataplasmes laudanisés. Injection morphine.

7 *Novembre.* Pouls très rapide. Fièvre. Perte presque complète de la connaissance. Mort à neuf heures du soir.

AUTOPSIE. — M. Millard veut s'assurer si, à l'aide d'une nouvelle ponction, il n'obtiendra pas enfin du liquide : l'opération est faite sans résultats nouveaux. Le ventre est ouvert. Péritonite généralisée, pus dans la cavité abdominale et dans la cavité vaginale. Adhérences entre les différents organes qu'il faut séparer les uns des autres. Le foie descend à dix centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. Il paraît légèrement graisseux. Il est mou au toucher, non fluctuant. La tumeur parait développée dans le lobe gauche.

On enlève difficilement le foie à cause des adhérences avec les organes voisins ; l'estomac adhère si intimement qu'on ne peut d'abord l'en séparer. Il existe au niveau du pylore un point dur qui est formé par des fausses membranes épaissies autour de l'intestin, et par quelques noyaux néoplasiques. La muqueuse de l'estomac est entièrement saine.

En ouvrant le foie, on trouve que le lobe gauche est réduit à une coque mince dans laquelle est contenue une matière analogue pour la consistance à du mortier, constituée par des parties blanchâtres et par des parties rouges qui semblent être des caillots provenant d'hémorrhagies interstitielles. Les parois sont déchiquetées et des points de substance saine font saillie en promontoire dans la masse. Si on enlève celle-ci de sa coque, on peut évaluer qu'elle remplit un vase d'un litre et demi environ. Dans le lobe droit, on trouve des noyaux cancéreux multiples, de la dimension d'une noisette à une noix. Les ganglions du hile du foie avaient subi la dégénérescence cancéreuse.

L'examen microscopique révèle la présence de grandes cellules polymorphes à noyaux multiples, dans la tumeur principale et les noyaux secondaires.

14. Phlyctènes de la peau ; par le Dr CH. REMY, chef de laboratoire à la Charité.

J. Julie, dont l'observation a été publiée dans la thèse du Dr Labarrière sur les méningites scléreuses, 1878, mourut par les progrès d'une atrophie musculaire progressive. Dans les derniers jours de sa vie, elle devint gâteuse et il se produisit sur la partie postéro-interne de la cuisse gauche une éruption de phlyctènes ombiliquées ayant jusqu'à un centimètre de diamètre, et remplies d'un liquide brunâtre.

Ces lésions étaient-elles sous la dépendance d'une lésion périphérique des nerfs? A l'autopsie, nous trouvons une méningite chronique de la base et dans la moelle les lésions de l'atrophie musculaire progressive. Les racines antérieures et postérieures n'étaient point malades.

La peau est le siége d'une véritable gangrène superficielle qui s'étend jusqu'à la partie dure du derme excorié, les divers éléments épithéliaux et lamineux sont confondus en une masse commune d'aspect colloïde, la couche épidermique seule a résisté et s'est détachée du corps de Malpighi qui est complétement détruit. Les vaisseaux contiennent de grosses coagulations sanguines, dont l'hématine dissoute a diffusé et coloré la sérosité d'une part et les tissus gangrénés de l'autre.

L'inflammation destinée à séparer les tissus morts des vivants a commencé tout autour de cette eschare, de nombreuses cellules rondes sont amassées autour des vaisseaux, et dans le corps papillaire du derme, les cellules épithéliales qui recouvrent les papilles limitrophes de la lésion sont considérablement hypertrophiées. Les papilles elles-mêmes se sont allongées. Il est certain que la lésion cutanée a commencé par une coagulation dans les vaisseaux. Une tache ecchymotique est, en effet souvent, le premier signe de la gangrène.

Mais un point intéressant à noter est que, en disséquant par la face profonde de la peau les nerfs qui se terminaient au niveau de la bulbe gangréneuse, j'ai trouvé ces nerfs malades; j'ai employé dans ce but l'acide osmique suivi de coloration au carmin. La myéline avait disparu dans beaucoup de tubes; dans d'autres, elle était fragmentée et entre les fragments se voyaient des séries de noyaux ronds, la gaîne de Schwann présentait une augmentation considérable du nombre de ces noyaux.

Il s'agit certainement d'une modification inflammatoire du nerf, mais le point délicat serait de dire si la lésion cutanée a débuté par le nerf, ou si la lésion nerveuse est au contraire consécutive.

C'est à cette dernière manière de voir que je m'arrête. Il y a eu propagation de l'inflammation éliminatrice du derme jusqu'au tube nerveux.

15. Rhumatisme articulaire survenant pour la première fois chez un homme de 54 ans. — Mort par une méningite suppurée ; par M. ARNOZAN, interne des hôpitaux.

Delphin Ravier, 54 ans, garçon de restaurant, entre à l'hôpital de la Charité le 26 octobre, service de M. DESNOS.

Cet homme aurait toujours joui d'une bonne santé, mais il a fait de fréquents excès de boissons et depuis quelque temps se trouve sous l'influence de vives préoccupations de famille. Le prochain départ de son fils pour l'armée est devenu pour lui un sujet permanent d'inquiétude. Dans ces conditions, le 23 octobre, atteint d'un léger embarras gastrique, il se purge et s'expose au froid la nuit suivante. Dès le lendemain il éprouve des douleurs articulaires.

26 *octobre.* Dès son entrée, le malade est très agité, il a la face vultueuse, les yeux brillants : il a la parole brève et séche, mais très nette. Il raconte mal ce qu'il éprouve. En examinant toutes ses articulations, on constate au niveau des régions tibio-tarsiennes des traînées rouges et du gonflement, qui paraissent trahir une lésion des gaines synoviales plutôt que des articulations même du cou de pied. Le genou droit est le siége d'un léger épanchement liquide; les jointures des phalanges sont rouges et tuméfiées. La douleur à la pression et au mouvement est vive dans les jointures malades. Les veines superficielles des membres sont très turgescentes. Pas de souffle au cœur. Pas d'albuminurie. Fièvre assez vive.

27 *octobre.* La nuit a été calme. Salicylate de soude 4 grammes.

29 *octobre.* Le malade a pris du salicylate pendant deux jours. Les douleurs articulaires ont à peu près cessé, le malade se plaît à mouvoir ses jointures et à montrer qu'il ne souffre plus. La fièvre a même un peu baissé, mais est encore très vive.

30 *octobre.* Le malade a eu du délire la nuit ; il a voulu se lever sans raison à plusieurs reprises, et on a été obligé de l'attacher. Actuellement, il est plus calme, par moment il parle avec lucidité, mais par moments aussi il ne reconnaît pas les personnes qui viennent le voir.

M. Desnos suspend le salicylate, qui s'est d'ailleurs régulièrement éliminé par les urines. Si les phénomènes cérébraux s'accentuent, on fera au malade des affusions froides.

2 *novembre.* L'état du malade est resté à peu près stationnaire. La fièvre a présenté des oscillations régulières : 39°,2 le matin 40,°3 ; 40°,5 le soir. Le délire, assez vif la nuit, ne varie pas de forme ; d'ailleurs la coërcition n'a pas besoin d'être très énergique. Pas d'hallucinations de la vue, ni de l'ouïe. Pas de fureur. Pas de loquacité. Le matin le délire disparaît, le malade n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé la nuit. Les pupilles sont égales et contractées ; les yeux moins brillants qu'au début commencent à ne plus avoir le regard très fixe. La langue est fraîche, humide.

Les phénomènes articulaires ont complétement disparu, sauf quelques traînées rouges au niveau des phalanges. Rien au cœur. Le malade tousse ; à l'auscultation, râles sous-crépitants fins, râles sonores nombreux à la base gauche ; submatité

au même niveau. Crachats muqueux assez abondants (Badigeonnage de teinture d'iode au niveau des dernières fausses côtes gauches.)

3 *novembre*. Les accidents pulmonaires persistent, peut-être avec un peu moins d'intensité. Mais le cou est raide, et le malade se plaint quand on lui fait fléchir la tête vers la poitrine.

Il y a aussi une certaine raideur de la colonne vertébrale dans la région dorsale. En outre, le malade se plaint du moindre contact au niveau des bras et des cuisses ; et quand, pour le déplacer dans son lit, on saisit les membres à pleine main, il paraît particulièrement souffrir. — 6 ventouses scarifiées à la nuque.

5 *novembre*. Après une rémission marquée, la rigidité de la nuque et du dos se reproduit plus forte que jamais. Elle ne peut être vaincue comme la première fois, en soutenant de force la flexion de la tête. L'hyperesthésie des membres est très marquée. Le délire d'action a presque complètement cessé, le malade se borne à marmotter quelques paroles inintelligibles. Il a de la céphalalgie. Il ne reconnait plus personne et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La langue est sèche ; le ventre légèrement ballonné ; les selles, qui, jusqu'à présent, ont été normales deviennent diarrhéiques. — 6 nouvelles ventouses scarifiées à la nuque.

7 *novembre*. Après une nouvelle rémission légère, et plus courte que la première, la contracture de la nuque reparaît encore. La fièvre moins intense qu'au début oscille avec d'assez fortes rémissions matinales. Les intermittences que montre le tracé peuvent faire penser à une fièvre intermittente symptomatique, dont on ne trouve pas l'explication dans l'examen des divers organes. Le pouls égal et régulier change plusieurs fois de rythme dans le courant d'une même journée, tantôt rapide et tantôt un peu ralenti. En outre de cette fièvre, les divers autres accidents présentés par le malade rappellent ceux d'un typhique mourant à la période d'état : Langue sèche et brune, fuliginosités aux lèvres et aux gencives, secousses convulsives de l'aile du nez et de la moitié gauche de la lèvre supérieure, selles diarrhéiques involontaires, congestion pulmonaire intense à la base gauche.

10 *novembre*. Cet état persiste en s'aggravant ; un érythème de couleur livide s'est montré au sacrum et fait craindre l'apparition prochaine d'une eschare, mais elle n'a pas le temps de se former. Le malade meurt.

AUTOPSIE. 36 heures après la mort. — A l'ouverture de la dure-mère crânienne, une quantité notable de liquide céphalo-rachidien purulent s'écoule. L'encéphale une fois extrait on reconnait que, sur la convexité du cerveau, l'arachnoïde et la pie-mère, adhérentes l'une à l'autre et à la substance grise, sont infiltrées d'un pus épais, crémeux, qui forme de véritables lacs au confluent des sillons les plus importants. Elles présentent une teinte opaline dans l'intervalle de ces lacs. Les faces latérales du cerveau sont indemnes, et, en examinant avec soin les scissures de Sylvius, on constate que les adhérences y font totalement défaut et qu'il existe à peine dans chacune d'elles un petit noyau purulent. A la base, la protubérance et le bulbe sont sains. Sur la grande circonférence du cervelet on retrouve l'aspect opalin des méninges de la convexité. Sur la moelle, on aperçoit au niveau du renflement cervico-brachial avant d'inciser la dure mère, un petit épanchement de sang à la partie postérieure. Mais le lavage le fait disparaître. La dure-mère, incisée sur la ligne médiane, en avant et en arrière, laisse voir la face antérieure de la moelle absolument saine, la face postérieure, au contraire, dans l'intervalle des deux sillons collatéraux postérieurs est parcourue par de nombreux vaisseaux dilatés et portant çà et là entre l'arachnoïde et la pie-mère, de petits exsudats purulents analogues à ceux qui ont été signalés à la convexité du cerveau. Ces lésions sont surtout accentuées sur le renflement lombaire, mais elle existent sur toute l'étendue de la moelle.

Les poumons sont congestionnés, surtout le gauche, à la base. Le cœur est sain, l'intestin présente une vascularisation un peu forte, sans lésions bien déterminées. Les reins et la rate sont indemnes.

M. DE BOYER fait remarquer, dans ce cas, l'importance des douleurs cervicales ; chez une femme atteinte de rhumatisme, il put prévoir la possibilité d'une myélite, à cause de l'état très douloureux de la région cervicale. L'autopsie montra les lésions d'une méningite cérébro-spinale purulente.

16. Périhépatite et périsplénite chroniques avec atrophie du foie et de la rate. — Symphyse cardiaque, avec épaississement considérable du péricarde viscéral, sans dilatation du cœur ; par A. POULIN, interne des hôpitaux.

Les pièces présentées à la Société proviennent d'une femme de 58 ans, morte à la Charité dans le service de M. le professeur LABOULBÈNE. Depuis plus de dix-huit mois cette femme avait présenté de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite sans signes à l'auscultation pouvant faire songer à une lésion cardiaque.

Le foie et la rate sont très diminués de volume, entourés d'une coque fibreuse complète formée par le péritoine viscéral épaissi ; en même temps, au niveau du foie, la veine cave est certainement rétrécie, pouvant à peine admettre le petit doigt.

Les reins sont atteints de néphrite interstitielle, et présentent l'aspect caractérisque du petit rein granuleux. — Athérome artériel prononcé.

Cependant le cœur n'est pas augmenté en volume. Il y a une symphyse cardiaque généralisée, et le feuillet viscéral du péricarde présente plus de deux millimètres d'épaisseur. Les valvules sont suffisantes. Il semble que la coque fibreuse et résistante qui environne le cœur se soit exposée à la dilatation.

L'observation, avec les résultats de l'autopsie, devant être publiée ailleurs dans tous ses détails, nous ne faisons qu'énumérer ici les lésions observées.

M. RÉMY fait remarquer qu'il existe plusieurs faits analogues, et qui doivent être mis sur le compte de la *rétraction des séreuses*. Chez des malades atteints depuis de longues années d'affection organique du cœur, on trouve souvent un foie petit, rétracté, qu'on peut considérer comme la conséquence de la rétraction du péritoine.

17. Endocardite végétante chez une femme enceinte ; par M. GUYOT, externe des hôpitaux.

Cette malade, âgée de trente-sept ans, n'a pas d'antécédents pathologiques. En particulier, elle n'a eu ni rhumatisme, ni aucune autre maladie qui puisse amener l'endocardite.

Elle est pour la première fois en état de grossesse, et cette grossesse remonte à cinq mois. Les trois premiers mois de la grossesse n'amenèrent aucun phénomène anormal, la santé resta bonne et la malade put continuer son travail. Mais, vers la fin du troisième mois, elle commença à ressentir des douleurs dans l'hypochondre gauche. En même temps, elle s'apercevait qu'elle avait la respiration courte, qu'il lui était difficile de monter les escaliers et de faire son travail habituel. Puis, elle est prise de phénomènes fébriles irréguliers, de légers accès de fièvre avec frissons et sueurs, de symptômes d'embarras gastrique.

Elle se décide alors à consulter un médecin qui trouve dans la poitrine des râles fins en abondance, et diagnostique une bronchite aiguë simple. Ces phénomènes allèrent en s'aggravant et la malade, ayant été prise plusieurs matins de suite de frissons intenses suivis de sueur, se décida à entrer à l'hôpital.

Le jour de l'entrée, la malade est trouvée sans fièvre avec une température normale de 37° et un pouls régulier, mais un peu rapide. Il existe un léger état typhoïde caractérisé par de la somnolence et de la lenteur dans les réponses.

En raison du diagnostic porté antérieurement par le médecin de la malade, on commence par examiner les poumons, d'autant plus que la malade présente un état de dyspnée évident, bien que peu considérable. Par les divers moyens d'exploration, on constate que l'état des poumons est normal, et c'est à peine si l'on entend quelques râles à la base. Il ne s'agit donc pas d'une affection pulmonaire.

Examen du cœur. — Le cœur n'est pas augmenté de volume, mais, en appliquant l'oreille en un point quelconque de la région précordiale, on perçoit un bruit extrêmement intense

occupant les deux temps du cœur sans propagation dans l'aisselle ou dans le gros vaisseau du cou, de telle sorte qu'on hésite entre une endocardite et une péricardite. Mais l'absence de douleur à la pression dans la région précordiale et l'absence de matité permettent d'éliminer la péricardite. On a donc affaire à une endocardite aigüe survenue sous l'influence de la grossesse, et l'examen des autres organes vient confirmer par exclusion le diagnostic. En effet, l'abdomen est un peu ballonné, mais il n'y a ni diarrhée ni taches rosées. Le foie paraît avoir son volume normal. Il en est de même de la rate, cependant, la palpation et la percussion de l'hypochondre gauche sont douloureuses, et le ballonnement ne permet pas de limiter exactement les dimensions de ce viscère.

Le lendemain matin, 29 *octobre*, on constate une température très élevée, 39°,6, et la malade raconte qu'elle a eu le matin même un frisson qui a duré plus de deux heures.

L'état général de la malade est le même, c'est-à-dire que l'état typhoïde persiste au même degré.

Le 29 au soir, la température est normale et la malade n'éprouve rien de semblable aux phénomènes du matin. Par conséquent elle est atteinte de véritables accès de fièvre intermittente. En effet, le lendemain, on constate de nouveau un accès de fièvre. En présence d'un symptôme aussi évident, on pense, malgré l'existence du bruit de souffle, qu'il s'agit d'une fièvre intermittente pernicieuse à accès quotidiens et on prescrit le sulfate de quinine à la dose de deux grammes.

31 *octobre*. Peut-être sous l'influence de la quinine, la malade est prise de contractions utérines douloureuses qui déterminent l'avortement au bout de trente-six heures. Le fœtus expulsé a environ cinq mois. L'avortement a été accompagné d'une hémorrhagie considérable.

2 *novembre*. La température qui s'était légèrement relevée pendant les efforts de l'accouchement, tombe immédiatement au dessous de la normale, à 36°,2, puis reprend sa marche en conservant son type mais moins caractérisé.

4 *novembre*. L'état général est plus mauvais ; la stupeur est plus prononcée ; la langue est sèche et fuligineuse ; les pupilles sont dilatées, la malade a un délire calme et doux. La fièvre continue, mais les maxima ont lieu le soir. On ajoute au sulfate de quinine une potion de Todd, mais l'état général s'aggrave de plus en plus ; la poitrine se remplit de râles et la malade succombe le 9 novembre.

AUTOPSIE *faite 24 heures après la mort*. — Le *cœur* est un peu gros — Le cœur *droit* n'offre aucune lésion, mais il est rempli d'un sang liquide, noirâtre et peu coagulé.

Cœur gauche.— Les valvules sigmoïdes sont saines, ainsi que la face externe de la valvule mitrale, mais sur la face interne ou auriculaire de cette dernière on trouve une végétation volumineuse, ayant la forme d'un champignon, c'est-à-dire rattachée à l'endocarde par un pédicule, et siégeant exactement sur le bord libre de la grande valve de la valvule. Cette végétation, de la grosseur d'une noisette à peu près, est recouverte de coagulations fibrineuses qu'on enlève facilement, et alors on aperçoit sa surface qui paraît constituée par une agglomération de granulations.

Pas d'ulcération à la surface de l'endocarde.

Poumons. — Les poumons sont le siége d'une congestion intense, surtout à la base.

Rate.— A la coupe de ce viscère on trouve un vaste infarctus occupant le centre et les deux tiers de l'étendue de la rate dont le volume est augmenté. Cet infarctus est légèrement jaunâtre et dur à la coupe ; il est entouré d'une zone rouge et remonte à un mois au moins. Il y a de plus dans la rate un autre petit infarctus récent, rouge et de forme conique.

Foie. — Le foie présente quelques masses jaunâtres, disséminées en divers points de sa face supérieure. Elles ont le volume d'une noix, sont irrégulièrement arrondies et présentent une consistance assez considérable. A la coupe, elles présentent un aspect fibreux, lardacé qui en indique l'ancienneté. Ces lésions sont d'autant plus remarquables que la malade n'a pas eu d'ulcère.

Reins. — Les reins sont remplis d'infarctus et ceux-ci présentent les mêmes caractères que dans la rate et le foie.

En résumé, il s'agit d'une endocardite végétante, mitrale, développée sous l'influence de la grossesse, ayant donné lieu à des embolies des viscères abdominaux. Mais les infarctus remontent tous à un mois ou deux, c'est-à-dire s'étant produits à une période ou la santé n'était pas gravement altérée, et où la nature de la maladie ne fut même pas soupçonnée. On pourrait rapporter l'état général grave, auquel a succombé la malade, à une véritable infection du sang, plutôt qu'aux lésions viscérales préexistantes.

18. Fracture de la colonne cervicale. — Compression de la moelle. — Mort rapide; par A. FERRAND, interne provisoire.

Le nommé B... âgé de 40 ans, est apporté à la salle Sainte-Vierge, service de M. GOSSELIN, lit n° 20, le 9 novembre. Il est tombé du haut d'une échelle, sur la tête, en posant un lustre. Il présente une paralysie complète des quatre membres, sauf un peu de sensibilité à la partie supérieure et externe des membres supérieurs. Demi-érection. L'intelligence est parfaitement conservée, et le malade raconte très clairement l'accident dont il vient d'être victime. Le rachis ne présente aucune saillie anormale, aucun changement de courbure, pas de crépitation au niveau des apophyses épineuses.

Dans la soirée, il survient une fièvre assez intense. M. le professeur Gosselin, diagnostiquant une fracture ou une luxation probable de la colonne cervicale, exerce une assez forte traction sur la tête légèrement inclinée à droite sans résultat. Le 10 novembre, la malade succombe à 11 heures du soir, avec du délire et en offrant tous les signes d'une méningite cérébro-spinale. L'autopsie, pratiquée le 12 novembre, permet de constater les lésions suivantes :

Le disque qui unit la sixième vertèbre cervicale à la septième a presque complétement disparu. La partie supérieure de la colonne cervicale se trouve projetée en avant. La partie inférieure fait saillie en arrière. Il y a une fracture de la lame gauche de la sixième cervicale — La pie-mère est épaissie et congestionnée. — La moelle, au niveau du siége du traumatisme, est diminuée de volume et comme étranglée. — Elle offre à ce niveau une coloration brunâtre — Les caractères extérieurs sont profondément modifiés ainsi que sa strucure. — Elle est réduite en une véritable bouillie.

La pie-mère cérébrale est très fortement congestionnée. — Les autres organes ne présentent rien de particulier.

19. Valvule prostatique. — Rein chirurgical. — Anurie. — Volvulus de l'uretère gauche; par M. NETTER, interne des hôpitaux.

Le malade Perras, corroyeur, âgé de 61 ans, est depuis plus de quatre années atteint d'incontinence d'urine pour laquelle il porte un appareil et a été sondé. Il donne peu de détails sur cette affection, non plus que sur ses antécédents, il paraît cependant n'avoir jamais eu la syphilis, de rhumatisme et n'aurait pas fait d'excès de boissons.

Le 30 *octobre*, jour de son entrée à l'infirmerie de Bicêtre, service de M. BOUCHARD, il se plaint d'être mal à son aise, de ne pas aller à la selle. Il a la langue chargée. L'intelligence est conservée, mais le malade a de l'embarras de la parole, du tremblement. Il n'a pas de paralysie des mouvements ni de la sensibilité. Il marche difficilement. Il n'y a rien au cœur ni aux poumons.

Pendant les trois premiers jours de son séjour, le malade ne présente que ces signes qui font hésiter entre des accidents alcooliques (malgré ses dénégations, il y a du tremblement, des cauchemars avec rêves de précipices et d'animaux, des aigreurs) et une paralysie agitante que rappelle le mode de tremblement des membres supérieurs et l'élocution traînante, mais dont on ne retrouve pas le masque.

2 *novembre*. Le malade est accroupi en chien de fusil. Le thermomètre, placé dans son rectum, marque 36°,5. Dans son urinal se trouve à peu près dix grammes d'urine ; celle-ci est très trouble et n'est pas examinée. Le lit est souillé. Le malade ne va pas à la selle.

3 *novembre*. Le malade va plus mal. Sa langue est sèche, noire, sa peau froide, sèche, d'un jaune terreux est paralysée. Les plis persistent comme dans le choléra. Les excitations

cutanées superficielles ne déterminent ni la tache rouge, ni la tache blanche. Les muscles se contractent passablement, le choc détermine un mouvement réflexe très net, suivi d'une contraction locale permanente (nœud musculaire).

Depuis la veille le malade n'a pas uriné; sa vessie est tout à fait vide. Pouls, 56, faible, régulier. Température rectale prise avec trois thermomètres, 30°.

Prescription : Enveloppement chaud. Thé chaud. Le soir T. R. : 30°,6.

4 novembre. Le malade n'a toujours pas pas uriné. Sa respiration est difficile : 20 par minute, le pouls radial imperceptible. Le cœur bat 60 fois par minute ; vessie toujours vide. T. R. : 34°,2. Mort 10 minutes après dans le coma.

De cette observation, il semble découler que nous avons affaire à un homme urémique chez lequel les lésions rénales étaient consécutives à une incontinence ancienne, sans doute prostatique. L'anurie absolue pendant 48 heures à peu près et l'abaissement énorme de la température faisaient l'intérêt de cette observation.

L'examen microscopique confirme notre diagnostic et rend compte de quelques particularités.

Il nous montre d'abord l'intégrité de la plupart des viscères. Intégrité absolue de l'encéphale, un peu d'œdème pulmonaire, un peu d'adipose hépatique. L'estomac, l'intestin sont normaux, le pancréas est fibreux, le cœur non hypertrophié. Toutes les lésions portent sur l'appareil urinaire. La vessie est revenue sur elle-même, elle renferme un peu d'urine (10 grammes). Sur son plancher, une saillie trilobée occupe le bord postérieur du col hypertrophié du lobe moyen avec apparence de valvule prostatique. La vessie présente quelques loges.

Les uretères dilatés, ont le calibre d'un doigt.

Les bassinets distendus. Dans l'intérieur des reins, distension des calices, d'où fluctuation à la palpation de l'organe. Les reins sont beaucoup plus volumineux. Les capsules adhérentes. La surface, inégale, tachée de petits points jaunâtres, abcès miliaires. La coupe montre une augmentation de volume de la substance corticale, surtout dans les colonnes de Bertin devenues jaunes.

Ces lésions sont suffisantes pour expliquer les accidents urémiques, mais du côté de l'uretère gauche existe en outre une lésion remarquable qui a peut-être joué un certain rôle dans la production de l'anurie. C'est une obstruction de l'uretère.

Cette occlusion uréthrale siége à dix centimètres du bassinet. Elle ne tient ni à un calcul, ni à une tumeur intrinsèque ou extrinsèque, mais à un mécanisme dont nous trouvons l'analogue dans l'intestin.

L'uretère présente une induration ayant une hauteur de un centimètre. Dans cette zone indurée existent à la même hauteur trois portions de l'uretère, l'une descendante, qui ne peut quitter le stylet, l'autre ascendante, dans laquelle le stylet s'engageait, dessinant un cul-de-sac qui déborde en haut le bout supérieur; et une troisième horizontale s'ouvrant par une fente dans le bout supérieur qui, à ce niveau, présente une ulcération de l'étendue d'une lentille. C'est une sorte d'S, ayant amené une occlusion parfaite de l'uretère, analogue à un volvulus.

Comment s'est produite cette lésion : elle a été liée sans doute à l'accumulation de l'urine dans les uretères.

Séance du 21 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

20. Sur deux cas de communication directe des bandelettes optiques avec les pédoncules cérébraux; par E. BRISSAUD, interne des hôpitaux.

Messieurs, dans une communication récente, M. le professeur Broca a développé, devant la Société anatomique, des considérations du plus grand intérêt sur la disposition des lobules olfactifs chez les vertébrés, et particulièrement des racines du nerf olfactif chez l'homme. Or, le cerveau humain qui avait été spécialement préparé dans le but de cette communication présentait une anomalie singulière dans les rapports des bandelettes optiques et des pédoncules cérébraux : il s'agissait d'une communication directe des bandelettes avec les fibres pédonculaires ; et M. Broca ne manqua pas de signaler l'importance qu'on devait attribuer à un fait de cette nature, au point de vue de la signification probable que l'anatomie comparée permet de lui assigner.

En effet, s'il n'existe, chez l'homme, que des rapports de contiguité entre les pédoncules cérébraux et les bandelettes optiques, on connait un certain nombre d'espèces animales chez lesquelles un rapport de continuité entre ces deux faisceaux de fibres nerveuses constitue une disposition normale. D'ailleurs, l'anomalie dont il était question devait être infiniment rare, et M. Broca la constatait ce jour-là pour la première fois.

Nous avons eu, il y a cinq ou six mois, la bonne fortune d'observer chez deux sujets la continuité partielle d'une bandelette optique avec le pédoncule cérébral correspondant ; et sans prévoir l'utilité que ces deux cas pourraient avoir dans la suite, nous les avions trouvés assez intéressants pour en tracer, séance tenante, un croquis rapide.

Le premier de ces deux dessins représente la base du cerveau d'une femme morte d'un cancer utérin dans le service de M. Charcot. On voit partir de la partie moyenne de la bandelette optique une mince couche de fibres recourbées en dedans et en arrière, qui passent comme un pont oblique audessous du pédoncule pour se perdre au voisinage de son bord interne, soit dans l'épaisseur de son bord interne luimême, soit dans la substance grise de l'espace perforé postérieur. Nous n'avons pas songé à poursuivre le trajet de ce faisceau. Le second dessin figure une disposition analogue.

Il a été recueilli chez une fille de service de la Salpêtrière morte d'une phtisie rapide.

Sa bandelette optique gauche envoie au pédoncule gauche quelques petits faisceaux, obliquement dirigés en arrière et en dedans, et qui, émergeant de la bandelette optique à une assez faible distance en arrière du chiasma, se confondent avec les fibres du pédoncule vers la partie moyenne de l'étage inférieur. Ces deux faits nous paraissent donc concorder complétement avec celui dont M. Broca faisait mention il y a quelques jours.

21. Kyste sébacé de la cuisse; par MM. VARIOT, interne des hôpitaux, et CH. RÉMY, chef de laboratoire à la Charité.

Dans les premiers jours de novembre 1879, X..., âgé de cinquante ans est reçu à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur GOSSELIN, pour y être soigné d'une tumeur de la cuisse gauche. X. ne connait l'existence de cette tumeur que depuis quinze ou dix-huit ans. Elle aurait succédé, dit-il, à une contusion de la cuisse. Elle s'accrut avec une grande lenteur pendant une longue période, mais elle a pris depuis six mois un accroissement qui a occasionné au malade une gène assez grande pour qu'il sollicite l'ablation de son mal. Cependant il n'y a pas de douleur.

La tumeur siège à la partie antérieure et moyenne de la cuisse gauche. Elle est plus grosse que le poing d'un homme, elle fait une forte saillie sur la peau qui paraît saine. Elle semble sous-cutanée, mais elle adhère dans une assez grande étendue aux parties profondes.

Cette tumeur est légèrement bosselée, très molle, très fluctuante, principalement à sa partie antérieure et supérieure. Elle ne présente pas de transparence.

M. le professeur Gosselin fait remarquer la ressemblance que présente cette tumeur avec un lipôme ou un kyste hydatique, et, pour assurer le diagnostic, on pratique une ponction exploratrice avec l'aspirateur Potain. Il ne s'écoule d'abord rien, puis après avoir imprimé quelques mouvements à la canule, à l'aide desquels on s'assure que l'on est dans une cavité, on voit sortir quelques pellicules blanches, grisâtres, et un peu de bouillie semblable à du mastic. Au microscope, ce sont des cellules épithéliales semblables à celles de l'épiderme qui composent les deux produits. (Voyez plus loin analyse histologique).

M. le professeur Gosselin ayant fait une incision verticale, disséqua les lambeaux ainsi formés et énucléa la poche kystique. L'adhérence au fascia lata fut assez difficile à détruire.

Pansement anti-septique, le malade obtint la cicatrisation de sa plaie dans les premiers jours de novembre 1879.

Le kyste n'est pas parfaitement sphérique, il présente de grosses bosselures. Il est opaque, il est fermé par une paroi mince et épaissie par places, et il contient un grand verre de bouillie, dont la ponction a déjà donné l'échantillon, et que nous décrirons plus loin.

Est-ce un kyste sébacé, ou un kyste dermoïde? Telle est la question d'anatomie pathologique à résoudre.

Nous procédâmes à un examen minutieux de la paroi kystique. La paroi de la poche était formée de deux membranes distinctes et séparables, l'une rosée et un peu transparente avait l'aspect d'une enveloppe de tissu cellulaire, l'autre opaque, plus épaisse, d'un blanc jaunâtre présentant des épaississements, des indurations partiels semblait de nature toute différente, on eût dit qu'elle présentait par place des incrustations calcaires.

Au microscope, la couche de tissu cellulaire était formée en réalité de deux couches. La plus externe renfermait des faisceaux de fibres lamineuses entre-croisées, du tissu élastique. Une seconde couche plus interne s'étendait entre la précédente et la membrane opaque de la paroi kystique. Cette couche était constituée par de très fines fibres lamineuses, par une grande quantité de tissu amorphe avec apparence fibrillaire. Un lacis serré de vaisseaux sanguins capillaires en parcourait l'étendue. Cette couche mesure 90 μ. Elle est l'analogue de l'enveloppe normale des glandes et des poils. Elle ne présente pas de papilles.

La membrane opaque de la paroi du kyste est composée par de l'épithélium stratifié. Au premier abord, cette couche épithéliale ressemble à celle de la peau, mais on ne tarde pas à découvrir des différences qui permettent de rapprocher beaucoup plus ce révêtement de celui d'une glande sébacée, modifiée il est vrai.

Une rangée de cellules de forme cubique ayant 25 μ repose sur la couche amorphe déjà décrite. Ces cellules sont perpendiculaires à sa surface. Superposées aux précédentes, se rencontrent plusieurs rangées de cellules pour la plupart aplaties parallèlement à la paroi kystique. Ces cellules qui mesurent 50 μ en longueur sur 20 en épaisseur, sont remplies de fines granulations réfringentes, les plus éloignées de la paroi offrent dans leur corps cellulaire de véritables gouttelettes de graisse ayant 10 μ de diamètre. Mais cette disposition, qui rappelle celle qui s'observe dans les glandes sébacées, cesse presque subitement, et au-dessus de cette région on ne rencontre plus que des cellules d'aspect corné, gonflées par un contenu amorphe, jaunâtre, ce qui les différencie d'avec l'épithélium cornécutané. Cette substance étant chassée par l'eau bouillante, on voit la paroi des cellules ridée et ratatinée. Ces cellules, disposées en stratifications superposées, représentent les 9/10 de l'épaisseur de la paroi épithéliale. Epaisseur de l'enveloppe épithéliale complète 1,050. Epaisseur des cellules d'aspect corné 900 μ. Epaisseur de la couche de Malpighi, 150 μ.

Des cellules semblables composaient la presque totalité des matières contenues dans la poche. Ces matières formaient une bouillie grisâtre, épaisse, mélangée de grumeaux blanchâtres. Ces grumeaux ou écailles étaient des accumulations de cellules. Ces cellules aplaties se présentent toujours par leur face la plus large. Elles ont un contour irrégulier, polygonal, leur paroi porte des impressions, des arêtes, traces de leur compression réciproque. Leur contenu est tout à fait transparent, le noyau existe, mais souvent très petit. Ces cellules ne se colorent pas par le carmin. Elles retiennent l'acide picrique; le noyau se colore dans un petit nombre d'entre elles. (Mesure des cellules, $60\ \mu\ \frac{70\ \mu}{50\ \mu}$).

Des gouttelettes de graisse, quelques cristaux de cholestérine et un grand nombre de granulations indéterminées complètent l'énumération de ce contenu de la poche. Il pesait environ 150 grammes.

Bien que nous ayons dans la texture de la paroi une apparence glandulaire, la présence des cellules du contenu semblait devoir faire repousser l'idée de kyste sébacé.

Mais ces cellules épithéliales ne sont pas des cellules épidermiques simples, leur analyse faite par M. Pouchet, préparateur au laboratoire de chimie biologique de la Faculté, a montré qu'elles contenaient un peu de graisse, beaucoup de cholestérine et beaucoup de leucine avec une petite quantité d'acides gras. N'est-il pas intéressant de savoir que l'apparence cornée des cellules épithéliales peut s'observer sur des éléments remplis par ces substances? et combien il serait préférable de remplacer la dénomination basée sur l'aspect extérieur, par celle qui aurait pour fondement l'analyse chimique.

Ce contenu cellulaire n'est pas celui qui s'observe dans les glandes sébacées, mais cependant nous trouvons une certaine quantité de graisse et je crois que nous sommes en présence du contenu d'un kyste sébacé, modifié par la longue rétention des produits glandulaires.

Du reste, comme le dit fort bien le professeur Robin dans son *Traité des Humeurs*, et comme l'a indiqué Virchow, dans sa *Pathologie des Tumeurs* (T. I, 1867, kystes), il peut arriver que, dans le cours du temps, le contenu kystique perde entièrement son caractère. Ce n'est que dans le stade initial qu'existent dans toute leur pureté ces sécrétions spécifiques, qui ont servi de véritable point de départ à la formation de la tumeur.

En consultant le livre de Ch. Robin, on trouve en effet que les kystes sébacés peuvent se présenter avec des contenus très variables, tantôt la graisse prédomine, tantôt la cholestérine, quelquefois le contenu est devenu calcaire. La variété de tumeur des glandes sébacées qui se rapproche le plus de la tumeur dont nous nous occupons est celle nommée cholestéatome, à cause de son abondance de cholestérine.

C'est un fait habituel, signalé par les auteurs, de voir l'épiderme devenir prédominant dans les kystes sébacés qui ont acquis un certain volume. L'accumulation des cellules, leur éloignement des centres nourriciers, des modifications dans la circulation des parois des kystes, une pression insolite des éléments modifient certainement la nutrition individuelle des cellules, et changent la nature des produits qu'elles sécrétaient primitivement. Lorsqu'une glande est le siège d'une néoplasie, l'adénome, par exemple, la sécrétion est modifiée. Le lait n'est plus sécrété par les cellules de la glande mammaire dans l'adénome, la glande sébacée ne sécrète plus de produits graisseux dans l'acné varioliforme qui n'est qu'un adénome.

Ces diverses considérations m'ont fait admettre le diagnostic kyste sébacé à contenu modifié. Cependant, le volume et la forme de la tumeur étaient un peu insolites, et le siège des tumeurs sébacées n'est pas habituellement à la cuisse.

En raison du volume, le diagnostic sur le malade pouvait s'égarer, le lipôme, le kyste hydatique se voient plus souvent avec ce volume.

La forme un peu bosselée appartient plus spécialement au lipôme et à la glande sébacée, mais on observe de grandes différences dans la configuration des glandes sébacées. Quelquefois, elles sont constituées par de nombreux lobules hypertrophiés, accolés les uns aux autres, gonflés de cellules épithéliales et remplis de cellules pathologiques.

D'autres fois, il n'existe qu'une vaste poche avec quelques lobulations peu accentuées, la tumeur approche de la forme sphérique, ou ovale. Le siège habituel des loupes volumineuses est le cuir chevelu.

Enfin, on a agité la question du kyste dermoïde à propos de cette tumeur, en se basant sur la présence de cellules épidermiques dans le contenu. Or, j'ai déjà expliqué la présence de ces cellules, et, d'autre part, la présence du kyste dermoïde a deux origines bien connues, il est le résultat d'une soudure incomplète de deux parties fœtales symétriques, ou bien il est le résultat de l'inclusion d'un fœtus plus ou moins développé dans un autre, la grossesse ayant été gémellaire.

Or, la seconde hypothèse tombe de suite, car ni poils, ni dents, ni os ne se rencontrent dans le kyste, comme c'est la règle pour les inclusions, et quant à la première hypothèse, elle ne nous paraît pas devoir être soutenue sérieusement.

En effet, le siège de ces soudures incomplètes est bien connu depuis les travaux d'embryogénie normale et pathologique,

le cou, la face, la ligne médiane antérieure et postérieure en sont le siège, mais certainement pas la cuisse qui se développe par un bourgeon plein, les kystes qui contiennent des poils sont qualifiés habituellement de dermoïdes. Cependant, il est bien connu que un ou plusieurs poils peuvent se présenter dans un kyste sébacé, il suffit que l'obstacle qui a déterminé la rétention du produit sébacé siège à l'orifice externe du poil. Ce dernier est alors compris dans la dilatation de la gaîne du cheveu, qui est suivie du déplissement et de l'étalement de la glande sébacée. Un ou deux poils follets qui sortent souvent par le même orifice, peuvent être compris aussi dans la tumeur.

Par l'analyse histologique, peut-on distinguer la nature des deux productions dermoïdes ou sébacées? Je ne le crois pas, car les deux parois ont une structure semblable rappelant grossièrement la structure de l'épiderme et de la peau (1). Dans ma thèse de doctorat : *De la peau de l'homme*, 1877, j'ai cherché à établir que dans les diverses annexes de la peau on pouvait retrouver une analogie de texture. Ce caractère de la texture n'est donc pas suffisant. Dans la structure, il n'existe pas de différence absolue, les cellules peuvent devenir graisseuses dans les deux cas. En résumé, la dénomination de dermoïde est mauvaise, car la glande sébacée a une structure qui ressemble à celle de la peau, on pourrait l'appeler dermoïde.

Mais le terme, mauvais par lui-même, est en outre souvent mal appliqué et ce n'est ni le volume, ni la forme, ni le contenu de cellules épithéliales avec quelques poils qui doivent faire accepter la dénomination de dermoïde, mais bien le siège et les commémoratifs, et enfin la nature chimique (2).

Or, le malade dont nous rapportons l'observation ne savait pas si la tumeur était congénitale, il la connaissait seulement depuis 15 ou 18 ans, de plus, elle n'était pas au lieu d'élection des kystes dermoïdes.

22. Triple anévrysme de l'aorte ; par Louis Dubar, interne des hôpitaux.

Lesueur, âgé de quarante-huit ans, entre le 26 février 1879, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz.

Jusqu'au commencement de l'année 1878, cet homme possédait un magasin de fruits et d'épicerie, dans lequel il ne se livrait qu'à des travaux manuels modérés. A la suite de revers de fortune, il est obligé d'abandonner son commerce et de chercher du travail. N'ayant appris aucun métier, il se voit contraint d'accepter une place de *servant* de maçon. Pendant onze mois, il se fatigue beaucoup ; il portait de lourdes charges, faisait des efforts considérables, auxquels il n'était pas habitué. Ajoutons à cela le vif chagrin que lui causait le souvenir de son ancienne situation, et il sera facile de comprendre l'état de dépression physique et morale dans lequel il se présente à nous, lorsqu'il vient demander un lit à l'hôpital.

Cependant, à première vue, notre malade paraît encore assez vigoureux. C'est un homme de taille moyenne, maigre, mais bien musclé. Ses antécédents sont excellents : son père est mort à l'âge de soixante-cinq ans ; sa mère a succombé à une péritonite puerpérale. Pour lui, il n'a jamais fait de maladies sérieuses ; un peu chétif dans sa jeunesse, il s'est beaucoup fortifié pendant son adolescence. Jamais il ne s'est livré à des excès de boissons ; jamais il n'a eu de maladie vénérienne. Il ne se souvient pas d'avoir souffert de douleurs rhumatismales ; il ne s'enrhumait jamais.

Les antécédents du malade, le peu de phénomènes morbides actuels qu'il accusait, quelques douleurs vagues, un peu de toux, nous firent croire dès l'abord que nous n'avions affaire qu'à un individu surmené, et que quelques semaines de repos le ramèneraient à la santé.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, un examen et un interrogatoire attentifs nous démontrèrent qu'il s'agissait d'un état bien autrement sérieux. Pressé par nos questions, Lesueur nous raconta que, depuis le mois de novembre 1878, il avait de temps en temps des accès d'étouffements. Il n'y attachait pas grande importance, parce qu'ils coïncidaient avec des efforts de toux assez pénibles. Ce qui le préoccupait davantage, c'était l'absence d'expectoration. Assez souvent il souffrait de douleurs dans le dos, dans la poitrine et dans le côté gauche. Il nous dit encore que, depuis la même époque, il éprouvait une certaine gêne dans la poitrine, lorsqu'il mangeait, que ses aliments descendaient difficilement. Il était obligé de boire pour faire passer les aliments solides.

L'examen de la poitrine nous donne la raison de ces phénomènes. Du côté de la partie antérieure du thorax, la vue ne fait rien découvrir d'anormal; en arrière, au contraire, la simple inspection révèle l'existence d'une tumeur faisant une saillie assez notable, à gauche de la colonne vertébrale. Cette tumeur est allongée verticalement; elle s'étend de la deuxième à la cinquième ou sixième côte. Son bord interne est distant des apophyses épineuses de deux centimètres environ, le bord externe correspond au bord spinal de l'omoplate. La surface, assez égale, présente une bosselure plus accusée dans sa moitié supérieure, à ce niveau, le doigt sent une dépression et n'a plus la notion de la continuité des côtes. La tumeur présente des battements parfaitement appréciables à la vue et à la palpation. Ces battements sont isochrones à ceux du pouls radial. Dans toute l'étendue de la tuméfaction, la percussion donne une matité absolue. L'oreille appliquée sur la tumeur perçoit les deux bruits du cœur, un peu confus, et affaiblis. Il n'y a pas trace de bruit de souffle. Le reste de la poitrine, en arrière, n'offre aucune particularité à signaler.

Ainsi, il n'est pas douteux qu'il existe une poche anévrysmale au niveau de la portion descendante de la crosse aortique et de la portion initiale de l'aorte pectorale.

Les notions que l'on retire de l'exploration de la partie antérieure du thorax restent tout d'abord négatives. Cependant, une recherche minutieuse fait découvrir dans le deuxième espace intercostal droit, près du sternum, l'existence de battements isochrones au pouls radial. La percussion limite au niveau du premier et du deuxième espaces intercostaux droits une zone de matité de cinq à six centimètres de diamètre. D'ailleurs, pas trace de bruit de souffle à l'auscultation, on entend les deux bruits du cœur nettement frappés.

La matité précordiale est normale. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal gauche, immédiatement au-dessous du mamelon. On ne rencontre de bruit de souffle ni à la pointe ni à la base de cet organe. Les pouls carotidiens et radiaux sont normaux, un peu petits, mais très réguliers. Derrière la fourchette du sternum, il n'y a aucune trace de battements.

Il résulte de ces signes physiques que notre malade est porteur d'une poche anévrysmale au niveau de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, sans insuffisance aortique.

Mais une question se présente immédiatement à l'esprit : la poche antérieure et la poche postérieure sont-elles distinctes ou bien ne constituent-elles qu'une seule et même poche ? M. le Dr Dujardin-Beaumetz se range à la première opinion et il en donne pour raison : 1° l'absence de modifications tant du côté des pouls carotidiens que des pouls radiaux. M. Franck, qui a bien voulu prendre les tracés sphygmographiques et cardiographiques de notre malade, conclut en effet à l'absence de tout retard des pouls carotidiens et radiaux ; 2° l'absence de phénomènes d'angine de poitrine. En effet, si la poche antérieure se prolongeait jusqu'à la poche postérieure, ou bien on sentirait des battements derrière la fourchette sternale et alors l'anévrysme se serait développé sur la convexité de la crosse ; ou bien on aurait constaté des phénomènes angineux, l'anévrysme ayant comprimé le plexus cardiaque au niveau de la concavité de la crosse. Mais il n'en est rien. Ajoutons encore que jamais le malade n'a présenté de modifications de la voix.

(1) L'apparence cutanée de la paroi kystique paraît spéciale aux kystes sébacés de gros volume. Avec mon collaborateur Variot, nous n'avons plus retrouvé cette complexité sur un kyste plus petit, mais ayant déjà le volume d'une noisette. Le contenu est de même constitué par des cellules épithéliales plates, mais la paroi n'est formée que par une couche de tissu conjonctif sur des cellules aplaties stratifiées.

(2) Nous avons eu l'occasion d'examiner un petit kyste dermoïde de la région sourcilière, sa paroi présente une texture cutanée comme le kyste qui fait le sujet de notre travail.

En résumé, M. Beaumetz admet l'existence de deux poches, indépendantes, l'une en avant occupant la portion ascendante de la crosse, assez petite, à quelque distance de l'orifice aortique, puisque cet orifice est intact ; l'autre en arrière, au niveau de la partie descendante de la crosse. Le sommet de la crosse doit être intact, puisque les pouls carotidiens et radiaux n'ont pas subi de modification. L'œsophage est un peu comprimé, probablement par la poche postérieure, qui est de beaucoup la plus volumineuse. Le diagnostic est important au point de vue du traitement. La multiplicité des poches est une contre-indication à l'application de l'électrolyse dans la cure des anévrysmes. On prescrit au malade un régime modéré, et on lui donne par jour un gramme d'iodure de potassium.

Sous l'influence du repos et de cette médication, un mieux considérable est obtenu. Les douleurs cessent. Le passage des aliments solides se fait avec plus de facilité. Après trois mois de séjour à l'hôpital, le malade est envoyé à Vincennes.

Au sortir de Vincennes, Lesueur reprend ses occupations. Mais, en même temps que les fatigues, se renouvellent avec une intensité plus grande tous les phénomènes que nous avons signalés précédemment. Il rentre dans le service de M. Dujardin-Beaumetz vers le milieu du mois de juillet.

Il se plaint de douleurs intercostales du côté gauche extrêmement vives. Il avale difficilement les aliments solides. Nous le faisons boire et, en même temps, nous appliquons l'oreille au milieu de la région dorsale. Au moment où le liquide descend, l'oreille perçoit un glou-glou tout à fait caractéristique. Il n'y a pas de doute qu'il existe un rétrécissement assez considérable du conduit œsophagien. La respiration est gênée ; le malade a, principalement la nuit, des accès d'étouffement.

Cependant les deux poches anévrysmales n'ont pas augmenté de volume extérieurement. La poche postérieure s'est plutôt un peu affaissée. On prescrit au malade du lait et de l'iodure de potassium.

L'amélioration que Lesueur avait tirée une première fois de ce traitement ne se reproduit plus. Chaque jour les accès d'étouffement augmentent. La dysphagie se prononce davantage. Le malade maigrit. On est forcé de lui faire des injections hypodermiques de morphine et on n'arrive pas à lui procurer du repos.

Vers le commencement de novembre, la situation devient tout à fait grave. Il ne peut plus qu'avaler très difficilement les liquides. L'amaigrissement et la pâleur des téguments font des progrès considérables. On ne peut songer à lui passer la sonde œsophagienne, dans la crainte de provoquer une rupture. Enfin, le 15 novembre il succombe après une agonie de 2 ou 3 minutes.

Autopsie. — La paroi thoracique antérieure étant enlevée, nous découvrons les poumons et le cœur, qui paraissent occuper leur situation normale. Dans la plèvre droite il y a environ un demi-litre de sérosité citrine.

Le cœur a son volume et ses rapports normaux. La portion intra-péricardique de la partie ascendante de la crosse aortique n'offre aucune altération. Le cœur, qui n'est pas hypertrophié, montre des orifices mitral et aortique absolument sains. Pas la moindre trace d'épaississement ou d'athérome sur les valvules ou les cordages.

Nous cherchons à écarter les poumons pour mettre à découvert la crosse de l'aorte ; nous n'y parvenons qu'avec les plus grandes difficultés. Ces organes ont, en effet, contracté des adhérences avec les parties latérales et postérieures du thorax, tellement intimes que nous sommes obligés de les enlever par morceaux. D'ailleurs, nous n'y rencontrons aucune espèce d'altération.

Lorsque la plus grande partie des poumons a été enlevée, la crosse de l'aorte et la portion pectorale de cette artère se présente avec trois tumeurs complètement distinctes, séparées les unes des autres par des segments d'artère présentant les dimensions habituelles.

La première de ces tumeurs se rencontre sur la partie ascendante de la crosse de l'aorte, immédiatement au-dessus des attaches du péricarde. Elle va de ce point jusqu'à 1 centimètre de l'origine du tronc brachio-céphalique. Elle a le volume d'un gros œuf de poule. Recouverte en partie par une languette du bord antérieur du poumon droit, elle répond aux deux premiers espaces intercostaux et à la partie avoisinante du sternum.

La deuxième tumeur, qui présente le volume d'une tête de fœtus à terme, répond à la partie descendante de la crosse de l'aorte et à la portion supérieure de l'aorte pectorale. Elle commence 4 centimètres plus bas que la naissance de la sous-clavière gauche et s'étend jusqu'à la 6e vertèbre dorsale. Par sa partie postérieure, elle est en rapport avec la colonne vertébrale, les 2e, 3e, 4e, 5e et 6e côtes gauches. Les 3e et 4e côtes ont été usées, détruites. Par sa partie antérieure, elle répond en dehors aux deux poumons ; elle est recouverte par les plèvres médiastines. Elle s'est creusée une sorte de nid dans la moitié supérieure du poumon gauche, qui est fortement aplati et comprimé. Sur la ligne médiane, l'œsophage passe entre elle et la bronche gauche. Ces deux derniers organes sont fortement aplatis. Le rétrécissement que nous avions noté pendant la vie répond à cette partie du conduit œsophagien. Les pneumogastriques, le récurrent gauche, passent à ce niveau et ne semblent le siége d'aucune lésion.

Enfin, au-dessus des piliers du diaphragme s'élève une troisième tumeur, qui présente la grosseur d'un œuf d'autruche. Elle est piriforme. Sa base, dirigée en haut, est située à 5 centimètres de la 2e tumeur. Son sommet vient s'engager dans l'orifice aortique du diaphragme. La situation exactement médiane au devant de la colonne vertébrale, la profondeur à laquelle elle se trouvait expliquent comment elle est passée inaperçue pendant la vie.

Ces trois tumeurs, dans leur ensemble, ressemblent à trois fruits suspendus à une branche. L'aorte, ouverte dans toute son étendue suivant sa paroi antérieure, montre qu'elles se sont développées aux dépens du segment postérieur du vaisseau. L'orifice qui les fait communiquer avec l'intérieur de l'artère est sensiblement égal pour les trois poches ; il a une forme circulaire et il présente la grandeur d'une pièce de 2 francs en argent. Ces orifices conduisent dans des poches à parois épaisses et résistantes. La première poche n'est qu'incomplètement remplie par des caillots fibrineux, les deux dernières, au contraire, semblent absolument oblitérées par leur contenu. L'aorte, qui passe au devant de ces trois poches, présente dans toute son étendue son calibre normal. Les faits anatomiques sont importants, car ils nous rendent compte des symptômes observés pendant la vie. Le sang ne devait pénétrer qu'avec difficulté et en petite quantité dans l'intérieur des poches. Aussi n'y avait-il pas de bruit de souffle appréciable. Grâce à la disposition des tumeurs anévrysmales en dehors pour ainsi dire de la grande voie aortique, la circulation périphérique s'effectuait dans de bonnes conditions. La partie culminante de la crosse complètement respectée donnait par ses trois gros troncs artériels un libre passage au sang. Le plexus cardiaque, situé dans la concavité de la crosse conservait son intégrité complète. De là l'absence de phénomènes angineux. Seule, la seconde tumeur, par son volume énorme et ses rapports avec l'œsophage, la bronche gauche, les plexus pulmonaires et les nerfs intercostaux gauches a été la cause de la dysphagie, de la dyspnée avec accès de suffocation et de douleurs intercostales si vives éprouvées par notre malade.

Nous avons recherché si d'autres parties du système artériel présentaient des ampoules anévrysmales. La plupart des troncs artériels, examinés avec soin, ne nous ont offert aucune trace d'altération. L'aorte, comme les gros troncs artériels, présentait çà et là disséminées des plaques athéromateuses, mais en si petit nombre et d'un volume si minime qu'il fallait bien y regarder pour les apercevoir.

Nous avons déjà dit que les parois des poches étaient épaisses, résistantes, ne présentaient pas de points faibles, susceptibles de se rompre dans un avenir prochain. Nous ajouterons que nous avons remarqué à la surface de ces poches des fibres rougeâtres étalées en membranes, ayant à l'œil nu l'aspect du tissu musculaire. Des coupes pratiquées sur une portion de ces parois et examinées au microscope nous ont montré de nombreuses fibres élastiques et des fibres de tissu con-

jonctif. Mais on n'y rencontrait aucune trace d'élément musculaire.

23. Dilatations variqueuses des veines du duodénum ayant donné lieu à une hémorrhagie; par G. COULON, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique une pièce provenant d'une malade morte dans le service de M. le Dr PROUST. C'est une portion du duodénum sur laquelle on remarque une dilatation variqueuse des veines, à laquelle on doit rapporter certains symptômes qui se sont manifestés vers les derniers jours de la vie de la malade.

Je rappellerai en quelques mots l'histoire de la malade :

Entrée à l'hôpital le 9 octobre 1879, R... Rosalie, âgée de quarante neuf ans, couturière, se plaint d'une oppression extrême dont elle est tourmentée depuis quelques jours. Rien de spécial à noter sur les antécédents de la malade, d'après les renseignements qu'elle fournit elle même. On constate chez elle tous les symptômes d'un emphysème pulmonaire très développé: Le thorax présentait les voussures caractéristiques. La palpation ne permettait pas de sentir les vibrations thoraciques. A la percussion, on obtenait un son sourd, une sonorité exagérée, et l'auscultation laissait entendre dans les deux poumons et dans toute leur étendue un mélange de râles humides et sibilants, très nombreux et très intenses. Les bruits du poumon étaient tels qu'ils empêchaient d'entendre les battements du cœur. Malgré cela, en raison de la gêne circulatoire manifeste, on pensa à une affection cardiaque coïncidant avec la lésion pulmonaire. La face est cyanosée. En un mot c'était un emphysème très nettement établi. L'état de la malade ne changea pas, quand, trois semaines après son entrée, sans prodromes, elle fut prise au matin de vomissements de sang, rouge, rutilant, non mélangé d'air, présentant enfin tous les caractères du sang venu de l'estomac, mais n'ayant pas été digéré.

En même temps, la malade rendait par l'anus du sang, absolument identique à celui qu'elle vomissait. C'était du sang absolument rouge, rutilant, et ne ressemblant en rien au sang rendu sous la forme de mélœna. Ces vomissements et ces selles sanguines se manifestèrent à plusieurs reprises dans le courant de la journée, et nous évaluons à plusieurs litres la quantité de sang ainsi rendu. La gêne respiratoire était telle alors que la malade était obligée de rester assise toute la nuit sur son lit, le décubitus dorsal ne pouvant être toléré ; la face était congestionnée, violacée. En raison des caractères, du sang perdu, on pensa à la rupture d'une varice de l'œsophage ou de l'estomac.

Puis, la malade se rétablit de cet accident et l'on ne trouva plus que l'existence des signes de l'emphysème précédemment constaté. Dix jours après, la gêne de la respiration augmentant de plus en plus, la malade mourut des progrès de l'asphyxie. A l'autopsie, tous les organes furent examinés avec soin dans le but de découvrir la cause de ces hémorrhagies, et voici ce que l'on trouva.

Le poumon droit présente à son sommet une caverne grosse comme un œuf de poule, entourée de quelques granulations tuberculeuses très rares. Le reste de ces organes est franchement emphysémateux. Sur le cœur, on constate des granulations sur la face supérieure de la valvule mitrale.

L'estomac, l'œsophage n'offrent rien de particulier. Seul, l'intestin présente dans le duodénum, au niveau de la tête du pancréas, des veines dilatées d'aspect variqueux, rouges, faisant saillie d'une façon appréciable au moment même de l'autopsie. Le séjour de la préparation dans la solution où on l'a conservée a eu pour résultat de la rendre moins appréciable. L'existence en est cependant encore manifeste et semble seule expliquer la production de ces hémorrhagies. Car, si le sang fût venu du poumon il eût été mélangé d'air et eût revêtu les caractères ordinaires d'une hémoptysie vraie, ou bien au cas où le sang provenant du poumon eût été avalé, puis vomi, il eût eu les caractères du sang digéré et en tous cas les selles eussent été noirâtres comme dans tous les cas où le sang, venu de l'estomac, est rendu par l'intestin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 mai 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. TRÉLAT.

Propagation de la variole. La discussion relative à la communication de M. Bertillon continue.

M. VALLIN communique à la Société des faits presque identiques à ceux cités par M. Bertillon, et qui concernent un des hôpitaux de varioleux de Londres. Sans nier la possibité du transport des germes par les vents, il croit que l'on trouverait dans la facilité des visites des parents aux varioleux malades(1), dans les communications incessantes du matériel et du personnel avec le dehors, l'explication de ces épidémies de quartier autour d'un hôpital qui, dans de semblables circonstances, ne peut être appelé hôpital d'isolement. M. Vallin réclame la restriction des visites aux cas absolument urgents, et demande des mesures rigoureuses d'isolement et de purification pour le personnel d'infirmiers et le matériel souillé.

M. DU MESNIL ne croit pas que le seul fait de la présence de varioleux dans l'Hôtel-Dieu annexe soit une explication suffisante du chiffre considérable de cas de variole qui se sont déclarés dans le voisinage; il ne croit pas non plus que ce soient les germes transportés par les vents qui aient été les agents de cette contagion. A l'appui de son opinion, il cite des extraits d'un mémoire publié récemment par l'Administration des hospices de Bordeaux, sur l'isolement des maladies contagieuses. Il pense, comme M. Vallin, que les allées et venues du personnel de l'hôpital ont pu contribuer à répandre la contagion dans la population du voisinage, si prédisposée par son incurie à contracter l'épidémie. Une enquête approfondie sur les industries exercées dans ce quartier révélerait, vraisemblablement aussi, d'autres causes, restées inconnues, de cette propagation; c'est ainsi qu'il a vu cinq cas de variole, dont un mortel, se déclarer dans une maison de la rue Jean de Bauvais, et la contagion résultait certainement du fait de la présence d'un atelier d'épuration de matelas et d'objets de literie, qui se trouve dans cette maison.

M. LEREBOULLET désire appeler l'attention de la Société sur la nécessité d'une réforme dont elle pourrait prendre l'initiative. Dernièrement, un homme de 31 ans, d'excellente famille, vint à Paris pour quelques jours, et descendit dans un hôtel meublé. Il fut atteint de variole. Le propriétaire de l'hôtel allégua que la présence d'un varioleux dans sa maison éloignerait les étrangers et serait pour lui une cause de ruine, et demanda le départ du malade. M. Lereboullet, chargé de donner des soins à M. G....., chercha partout, aussi bien dans les établissements privés que dans les maisons ressortissant de l'Administration de l'Assistance publique, une chambre où le malade put être soigné à ses frais. Partout il a été répondu « qu'on ne recevait pas de varioleux » et, après une journée de démarches infructueuses. M. G... a dû se faire porter à l'hôpital Saint-Antoine, où il est mort dans la salle commune destinée aux varioleux de toute provenance. Ne serait-il pas urgent de remédier à une situation aussi fâcheuse et ne serait-il pas désirable d'établir à Paris des salles d'isolement, où l'on pût se faire soigner d'une maladie contagieuse, sans être exposé à se voir réuni à d'autres malades plus ou moins gravement atteints (2).

M. DESPRÈS, qui a des idées toutes spéciales sur bien des points de pathologie, vient donner, c'est son expression, une note toute autre que celle qui domine à la Société. Il saisira l'occasion qui lui est fournie par M. Lereboullet pour exposer ses idées sur la variole et la vaccination. A son avis, l'isolement des malades ne sert qu'à une chose : créer un foyer d'infection, par le fait même de l'agglomération. Jadis, on n'isolait pas les varioleux, ils étaient traités dans les salles communes, on ne faisait pas attention à ces malades et on les traitait sans crainte. Au-

(1) Nous croyons devoir faire remarquer que, au dépôt de varioleux de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, les visites étaient interdites aux parents et amis des malades.

(2) M. le Dr Bourneville, a présenté au Conseil municipal de Paris, le 18 mai, antérieurement à cette communication, un rapport dans lequel il propose l'agrandissement de la Maison municipale de santé, avec création un pavillon d'isolement pour les varioleux. Ce rapport a été adopté.

jourd'hui on a une véritable terreur des varioleux et cette terreur conduit les législateurs à proposer une loi sur la vaccine, loi digne des derniers jours de l'empire romain de Constantinople. Avant les vaccinations si recommandées et l'isolement des varioleux, on ne voyait jamais d'épidémies aussi meurtrières que celles qui nous ont frappé depuis que l'on emploie ces deux moyens.

M. LEREBOULLET. Les commentaires ajoutés par M. Desprès à ma communication pourraient faire croire que je suis, comme lui, adversaire des mesures d'isolement. Je tiens à déclarer que je suis partisan convaincu de l'isolement et que j'ai protesté, au contraire, contre l'encombrement des malades atteints de variole.

M. Léon COLLIN combat les idées exprimées par M. Desprès. Il fait facilement justice des attaques dirigées contre l'isolement en énumérant les conditions dans lesquelles celui-ci doit être établi, et en démontrant que les dangers qui pourraient lui être attribués ne proviendraient que de sa mauvaise installation. Quant à la puissance de la vaccination, il n'a pas à en fournir de preuves, tant cette puissance est évidente. Il insistera seulement sur l'avantage des *revaccinations ;* il n'est pas d'années où les relations de nos confrères des départements et de l'armée ne démontrent l'arrêt des épidémies de variole, par la revaccination en masse des groupes menacés.

M. DU MESNIL donne les causes de l'épidémie actuelle, causes sur lesquelles il a déjà appelé l'attention dans une communication du mois d'août 1879. C'est un mouvement d'immigration très marqué, depuis ces dernières années, qui a introduit des nouveaux éléments de contagion. Cette épidémie nouvelle ne démontre nullement l'inutilité des revaccinations faites en 1870.

M. PROUST : Depuis que je suis chef de service et que l'isolement a été prescrit, je n'ai jamais vu naitre un seul cas intérieur. Autrefois, lorsque j'étais interne et que l'on ne faisait pas l'isolement, il était fréquent de voir les convalescents, et surtout les convalescents de fièvre typhoïde, être pris de variole ou de varioloïde.

M. DESPRÉS répond à M. Collin qu'il ne veut pas empêcher les gens de se faire vacciner. La croyance à la vaccine est une foi comme une autre ; elle est respectable, mais il ne veut pas de loi sur ce sujet. Personnellement, il ne croit pas à l'efficacité de la vaccine. Il a été vacciné dans son enfance, le vaccin n'a pas pris. Il a soigné des varioleux comme élève, comme médecin, il en a disséqué, et cependant il n'a pas eu la variole. C'est qu'il était réfractaire à la variole et c'est cette condition qu'il faudrait étudier.

MM. NAPIAS et VIDAL sont, eux aussi, réfractaires aux raisons fantaisistes de M. Després, et ne sont touchés ni par ses arguments, ni par la passion qu'il apporte à défendre une aussi mauvaise cause. Ils citent des faits qui démontrent victorieusement l'utilité prophylactique des revaccinations, et, en attendant la création d'hôpitaux spéciaux, la nécessité d'isoler complètement les services des varioleux des autres services des malades.

M. VALLIN fait une communication sur *quelques accidents produits par les papiers de tenture récemment appliqués.*

M. MATHELIN lit un mémoire sur les *spécialités pharmaceutiques en médecine publique.* L'auteur, après avoir montré les dangers que présente pour la santé publique la mise en vente de spécialités qui contiennent des substances actives et dangereuses, demande une revision de la législation actuelle, de manière qu'elle soit en harmonie avec les changements introduits dans la matière médicale, et qu'elle vise par-dessus tout, d'une façon directe, ce fait capital de l'existence de spécialités pharmaceutiques. Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'article 32 de la loi de germinal, sagement et résolument appliqué, pourrait servir de base à lui seul à une législation claire et précise ;

2° Les spécialités, quelles qu'elles soient, seraient assimilées, pour leur débit, aux substances qui en forment la base, et, comme corollaire, les spécialités à base toxique seraient régies par les dispositions de la loi de 1846 revue et augmentée ; l'hydrate de chloral, notamment, malgré ce que nous en avons dit, ne figurant pas dans la nomenclature des substances dites vénéneuses, ou, si l'on veut, dangereuses ;

3° Les spécialités médicamenteuses, c'est-à-dire devant être exclusivement prescrites par le médecin, au lieu des prospectus-panacées actuellement à l'usage du public, seraient accompagnées de simples mentions avec la marque de fabrique, le nom du préparateur ou tel autre que l'on voudra, avec la formule de composition et le mode d'emploi, mais sans le cortège, dans tous les cas, des fantaisies cliniques et thérapeutiques qui sont de mise aujourd'hui.

M. EMERY DESBROUSSES communique un travail sur la *désinfection des fosses d'aisance par l'huile lourde de houille.* Personne ne conteste, aujourd'hui, l'influence nocive des déjections humaines et le rôle prépondérant qu'elles jouent dans la diffusion et la propagation de certaines maladies. On s'est proposé d'atténuer ces effets pernicieux : 1° en perfectionnant les cabinets d'aisance; 2° en neutralisant les matières fécales. M. Emery Desbrousses a essayé, dans ce but, l'huile de houille. Ses essais ont été pratiqués à Versailles et à Rouen, et les résultats ont été excellents. Après être entré dans divers détails sur le mode d'emploi et d'action de cette substance, l'auteur conclut ainsi :

L'huile lourde de houille me paraît être un des meilleurs désinfectants des fosses d'aisances. Je lui attribue un rôle considérable dans la neutralisation des principes infectieux contenus dans les déjections. En cas d'épidémie cholérique, cet hydrocarbure rendra d'incalculables services. Dans la dyssenterie épidémique et dans la fièvre typhoïde, on supprimera, par son emploi, un des modes de propagation. Les ruisseaux infects, les bouches d'égout, les fosses à fumier récemment vidées seront avantageusement désinfectés par le même procédé.

A. BLONDEAU.

REVUE DES MALADIES DU FOIE

IV. Essai sur la syphilis du foie chez l'adulte; par Edouard DELAVARENNE. Paris, 1879. Octave Doin, éditeur.

IV. La syphilis acquise peut s'attaquer au foie, à toutes les périodes de la diathèse. La doctrine que les manifestations primitives de la syphilis sont superficielles, que les accidents tardifs, au contraire, sont profonds, règne toujours dans l'esprit de la plupart des praticiens, et, en présence d'accidents cutanés secondaires, il ne viendra guère à l'idée de percuter le foie par exemple, ou la rate, et pourtant ces glandes peuvent être atteintes, et n'est-il pas admissible que, dans certains cas, l'altération d'organes aussi importants puisse concourir à déterminer cet ensemble cachectique que nous rencontrons chez certains syphilitiques?

Ce travail se décompose en trois grands chapitres où l'auteur étudie, successivement, les lésions hépatiques à la période secondaire, à la période intermédiaire et à la période tertiaire. Nous le suivrons dans la division qu'il a adoptée de la syphilis.

Il a recueilli 27 observations d'ictères coïncidant avec des manifestations syphilitiques secondaires. C'est là, certes, dit-il, plus qu'il n'en faut pour établir l'origine d'un symptôme. Néanmoins, voulant se mettre à l'abri de toute objection possible, il ne tiendra compte que des cas dans lesquels il y a eu *hypertrophie* du foie. L'ictère ne doit être considéré que comme un symptôme secondaire; l'hypertrophie a plus d'importance, puisqu'elle nous met directement en rapport avec la lésion de l'organe. On ne pourra objecter que les troubles gastriques, plus ou moins marqués, qui accompagnent la lésion hépatique doivent en être considérés comme la cause ; car, toujours, — et l'auteur insiste sur ce point — ces troubles ont *suivi* l'hypertrophie et l'ictère, ils en sont donc l'effet et non la cause. Ayant établi l'existence d'une hépatite syphilitique secondaire, pouvant se manifester soit par une simple hypertrophie, soit par une hypertrophie avec accompagnement de douleur et d'ictère, recherchons quelles sont les altérations de la glande qui produisent ces symptômes. Les autopsies font défaut à cette période de la maladie; mais, en se basant sur ce que révèle l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique dans les cas d'hépatite syphilitique tertiaire, on peut admettre que :

1° Dans la syphilis du début, il y a des congestions répétées du foie, avec formation dans la trame conjonctive, d'éléments embryonnaires en voie d'organisation plus ou moins avancée ;

2° Ces altérations se produisent sous l'influence directe du virus syphilitique entraîné par le sang. L'étiologie de l'hépatite syphilitique secondaire demande un nombre plus considérable d'observations, pour être basée d'une manière scientifique. Ni l'âge, ni le sexe ne paraissent avoir d'influence bien marquée. Le siége superficiel de l'organe qui fait qu'il est exposé aux traumatismes et aux pressions, pourrait constituer une cause prédisposante ; de même que les exostoses surviennent le plus souvent au tibia et à la clavicule, parce que ce sont les os le plus en butte aux violences extérieures. Il est cependant une condition étiologique qui parait assez nettement établie, c'est celle de l'apparition des accidents. Sur 9 cas où la date du début des accidents est consignée, six fois nous la voyons de la fin d'avril à la fin d'août, c'est-à-dire pendant la période du printemps et d'une partie de l'été. A cette époque, au printemps surtout, se montrent certains accidents hépatiques caractérisés par l'hypersécrétion biliaire et quelquefois du gonflement de la glande. Or, ne serait-il pas pas possible d'admettre que, dans certains cas, le virus syphilitique, trouvant un organe prédisposé, y porte de préférence son atteinte.

Trois symptômes principaux, *hypertrophie*, — *ictère* — *douleur*, caractérisent la maladie. L'*hypertrophie* se montre de six semaines à deux mois après le début de l'infection syphilitique ; elle est plus ou moins considérable et occupe tout l'organe; quelquefois très marquée, elle peut se montrer seule ou coïncider avec les deux autres symptômes. La durée moyenne de l'hypertrophie est de deux mois et demi à trois mois et demi ; elle est parfaitement curable.

L'*ictère* n'a manqué que trois fois sur 13 cas. La raison pathogénique de ce symptôme, serait la formation d'un bouchon amenant un obstacle au cours de la bile et, par suite, sa résorption et son passage dans le sang. La formation de ce bouchon serait due à un processus inflammatoire, se propageant du tissu conjonctif périlobulaire aux canalicules biliaires eux-mêmes, et amenant une prolifération et une desquamation des cellules épithéliales de la muqueuse de ces canalicules. Cet ictère présente une marche ascensionnelle lente durant plusieurs jours, puis il est stationnaire pendant un temps qui n'est pas moindre de trois semaines, quelquefois trois mois. Les autres caractères (pouls, température) ne présentent rien de particulier à l'ictère syphilitique. La *douleur* est très variable et présente tous les degrés entre un simple sentiment de gêne et une souffrance aiguë. Dans sa marche, elle n'offre rien de particulier ; des trois symptômes c'est le premier à diminuer, puis à disparaître. Dans aucune observation, il n'est constaté qu'elle se soit présentée avec des caractères d'intensité plus considérables la nuit que le jour.

Outre ces trois symptômes fondamentaux, l'on peut trouver commme phénomènes concomitants toute la série des accidents syphilitiques secondaires. Le pronostic de l'affection du foie, en lui-même, n'est pas grave, mais cette préférence dès les premiers temps que montre la syphilis pour cet organe semble d'un très fâcheux augure pour l'avenir. L'hépatite syphilitique peut coïncider avec les accidents intermédiaires aux époques secondaire et tertiaire. Nous retrouverons les trois mêmes symptômes que dans la période secondaire, mais avec des caractères différents.

L'*hypertrophie* dure de 2 à 4 mois, elle est générale, considérable et suit une marche par poussées successives. La *douleur* ne fait jamais défaut. L'*ictère*, au contraire, est plus rare que dans la période secondaire. Parmi les phénomènes concomitants, l'auteur a toujours noté une syphilose splénique ; et une fois sur quatre des altérations du rein.

L'hépatite syphilitique tertiaire revêt deux formes : 1e Hépatite interstitielle ; 2° Hépatite gommeuse. Elles se rencontrent, d'ailleurs, presque toujours associées, et elles semblent dériver du même processus anatomique.

Le chapitre consacré à l'anatomie pathologique de cette troisième forme est très complet ; nous n'en pouvons dire que quelques mots. Il y a toujours concomitance de périhépatite ; elle est plus ou moins marquée, quelquefois considérable, et exige une véritable dissection pour arriver jusqu'au tissu de l'organe. Au point de vue des dimensions que présente le foie, il faut noter trois cas : ou bien il y a hypertrophie générale, ou bien le foie a un volume égal à son volume normal, ou encore il y a atrophie et celle-ci peut être généralisée ou partielle. Chacun de ces états correspond à une période de la maladie.

Première période. Hypertrophie : tissu conjonctif embryonnaire se déposant entre les lobules et déterminant l'hypertrophie à surface lisse; puis, ensuite, tissu conjonctif organisé se rétractant et déterminant l'hypertrophie granuleuse, qui est déjà un stade plus avancé.

Deuxième période. Volume normal, ou plutôt volume équivalent au volume normal. La rétraction du tissu conjonctif a amené une diminution du volume, mais n'est pas encore telle qu'elle puisse produire la gêne circulatoire.

Troisième période. La plus importante, c'est celle de l'*atrophie*. La forme de l'organe, à cette période, est très variable, l'atrophie portant tantôt sur un point, tantôt sur un autre. A la coupe, le tissu est dur, jaunâtre. « Si on fait une coupe au niveau d'un sillon, on voit qu'il est formé par une bande de tissu fibreux, dense, résistant, de couleur grise à la superficie, blanc à mesure qu'il devient plus profond, et semblant s'enfoncer comme un coin entre les lobules... A côté de cela, on trouve disséminées dans toute la glande, plus nombreuses au centre qu'à la périphérie, des tumeurs jaunes ou blanchâtres, quelquefois rouge clair ou rouge foncé, le plus souvent énucléées, ce sont des gommes. Ces gommes sont susceptibles de disparaître soit par régression graisseuse, soit par résorption, et de laisser ces dépressions cicatricielles étoilées, si bien décrites par M. Lancereaux, qui les a trouvées 14 fois sur 22 cas de syphilis viscérale. » La description microscopique des lésions est empruntée à Verflassen et à la thèse de M. Lacombe.

On peut rencontrer des complications anatomiques dans la cirrhose syphilitique : dégénérescence graisseuse, dégénérescence amyloïde. Dans le chapitre étiologie, l'auteur insiste sur le fait que, dans la plupart des cas, la syphilis n'avait pas été traitée.

Les symptômes de cette affection sont peu connus ; on ne les a pas encore débrouillés de ceux des autres formes de cirrhose.

Il y a lieu cependant de les étudier séparément à chaque période de la maladie. *Période hypertrophique.* Volume du foie considérable apparaissant longtemps après les premiers accidents. Douleur en général aiguë au point de réveiller quelquefois les malades de leur sommeil. Ictère, pas constant; il suit les deux autres symptômes, ne les précède jamais. Quelquefois ascite, mais très peu marquée.—*Période de volume normal.* Rien de bien particulier. — *Période atrophique. Signes physiques* : atrophie de forme variable. *Signes fonctionnels.* Ictère très rare. Ascite remarquable par la rapidité de son invasion, intégrité des fonctions digestives. La marche de l'hépatite syphilitique tertiaire est très variable comme durée, on peut lui assigner une moyenne de quatre à cinq mois.

Pour faire le diagnostic de cette affection, il faut se rappeler qu'il y a absence presque complète de troubles digestifs, ce qui n'arrive pas dans la cirrhose alcoolique ; que l'hypertrophie de la rate est constante, tandis qu'elle n'existe guère que dans la moitié des cas de cirrhose simple ; que la durée de l'ascite est bien moindre dans le cas de syphilis que dans le cas d'alcoolisme ; qu'elle se reproduit bien plus vite dans le premier que dans le second, et, enfin, qu'au lieu d'avoir une marche irrégulière avec alternative d'amélioration et d'aggravation, la syphilis hépatique a une marche graduellement ascensionnelle.

On adoptera le traitement mixte, mercure et iodure de potassium.

D. Aigre.

Hôpitaux de Lyon. *Concours pour le Majorat de la Charité.* — Le lundi 29 novembre 1880, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour la place de chirurgien-major de l'hospice de la Charité. Le chirurgien nommé entrera en fonctions comme chirurgien-major le 1er janvier 1884, et comme chirurgien titulaire le 1er janvier 1893. Ses fonctions expireront le 31 décembre 1901. Jusqu'au 1er janvier 1884, il remplira les fonctions de chirurgien suppléant pour tous les services dans les établissements de l'Administration.


Fig. 67.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Sclérotome ; du Dr Parenteau.

M. le Dr Terrillon présente à la Société de chirurgie, au nom du Dr Parenteau, chef de clinique du Dr Abadie, un nouveau sclérotome (*fig. 67*).

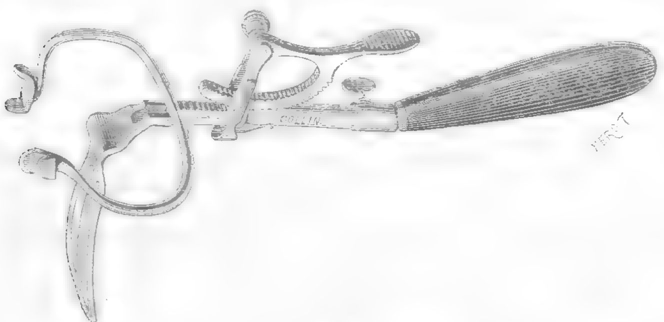
Dans le sclérotome, quel que soit le procédé qu'on emploie, il y a toujours quelque écueil à éviter. Opère-t-on comme M. Quaglino, même avec la modification proposée par M. Martin (de Cognac), il est à craindre que l'iris propulsé ne s'engage dans la plaie et ne puisse être réduit. Se sert-on du petit couteau de Graefe, comme le recommande M. de Wecker, il est assez difficile de bien ménager le petit pont de tissu sclérotical qui doit s'opposer à la hernie de l'iris.

M. Abadie s'est servi, dans ces derniers temps, d'un sclérotome imaginé par M. le Dr Parenteau, son chef de clinique, et fabriqué par MM. Mathieu fils. Cet instrument lui paraît appelé à faire disparaître les inconvénients qu'il vient de signaler.

Ce n'est autre chose qu'un large couteau lancéolaire, dont la lame est divisée en deux parties par une échancrure médiane, d'un millimètre de largeur. En enfonçant ce couteau dans la chambre antérieure, la rainure permet de ménager avec beaucoup de précision un petit pont de tissu sclérotical, qui s'oppose à la hernie de l'iris.

Nouvel ouvre-bouche; de Collin.

M. le Dr Trélat présente, au nom de M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, un nouvel ouvre-bouche (*fig. 68*), qu'il a essayé pour la première fois il y a six mois. On place cet instrument comme un abaisse-langue ordinaire, dont il a la forme. Deux pièces latérales, mobiles sur leur axe, sont disposées pour recevoir les supérieures. En agissant sur la pédale on écarte les mâchoires, un cliquet maintient


Fig. 68.

l'écartement et l'instrument peut être ainsi laissé en place pendant toute une longue opération. — Pour fermer l'instrument, il suffit d'appuyer le doigt sur un bouton placé sous la tige. Afin de diminuer la longueur de l'instrument, on retire le manche en desserrant une vis.

VARIA

Arrêté concernant le concours pour l'obtention des bourses de doctorat dans les Facultés de médecine.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : vu l'arrêté du 15 novembre 1879, — Arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siége des Facultés de médecine, le lundi 26 juillet 1880.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 10 juillet à quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 15 novembre 1879 précité, sont admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales. — 2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la minéralogie. — 3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du second examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie. — 4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe. Les étudiants justifiant des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, et qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, seront admis à concourir, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et l'autre régime d'études. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir une bourse de 1re année.

Art. 4. — Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs sous un pli cacheté qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Arrêté concernant le concours pour l'obtention des bourses de pharmacie.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : vu l'arrêté du 20 novembre 1879, — Arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 juillet 1880.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 10 juillet, à quatre heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions et qui auront subi, avec la mention *bien*, les examens de fin de 1re et de 2e année et l'examen semestriel. Seront en outre admis à concourir, les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur. Les différents concours porteront sur les matières suivantes :

Elèves à 4 inscriptions. Composition écrite : Physique, chimie minérale, organographie et anatomie végétales. *Epreuve orale :* Pharmacie galénique.

Elèves à 8 inscriptions. Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de 1re année. *Composition écrite :* Chimie organique, famille des plantes phanérogames, matière médicale. *Epreuve orale :* Pharmacie chimique.

Elèves à 12 inscriptions. Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de 2e année. *Composition écrite :* Analyse chimique, toxicologie, hydrologie. *Epreuve orale :* Zoologie et cryptogamie.

Dipôlme supérieur. Appréciations communes aux deux sections. Appréciation des études antérieures. Notes des travaux pratiques de 3e année et des examens probatoires.

Section des sciences physico-chimiques. Composition écrite : Physique, chimie analytique, histoire naturelle générale. *Epreuve orale :* Toxicologie.

Section des sciences naturelles. Composition écrite : Botanique, zoologie, chimie générale. *Epreuve orale :* Hydrologie. minéralogie.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ces grades avec la note *bien*, pourront obtenir une bourse de première année.

Art. 4. — Les sujets des épreuves écrites seront adressés par le ministre aux recteurs, sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Les Maternités de Paris.

La Maternité de l'hôpital Saint-Louis avait été fermée le 24 mai, à la suite d'accidents puerpéraux qui s'étaient produits chez plusieurs femmes en couches, dont quatre avaient succombé. Les salles, désinfectées au moyen de lavages au chlorure de chaux et de pulvérisations phéniquées, ont été réouvertes à partir du 7 juin. Depuis cette époque les accidents puerpéraux n'ont pas reparu. — Le service de Maternité à la Pitié, dans lequel, depuis de nombreuses années, ne s'étaient pas produit de cas d'infection puerpérale, avait été fermé il y a environ deux mois. Cette fermeture a duré six semaines qui ont été consacrées à la désinfection des salles et de la literie. Réouvert il y a quinze jours, ce service vient d'être fermé de nouveau, des accidents puerpéraux s'étant encore manifestés chez des femmes en couches.

Transport des personnes atteintes de maladies contagieuses.

La ville d'Anvers possède un règlement relatif au transport des personnes atteintes de maladies contagieuses. Nous publions ce document qui nous paraît devoir intéresser nos lecteurs.

Article premier. Toute voiture qui aura conduit à l'hôpital une personne atteinte de maladie contagieuse, sera retenue à l'hôpital pour y être désinfectée.

Art. 2. Sont réputées contagieuses, les maladies dénommées ci-après :

choléra, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, coqueluche.

Art. 3. Le cocher qui, dans le cas de l'article premier, aura soustrait sa voiture à la désinfection, sera passible d'une amende de 5 à 25 fr. et d'un emprisonnement de 1 à 3 jours, séparément ou cumulativement. En cas de récidive, le maximum de la peine sera toujours appliqué.

Art. 4. MM. les commissaires de police et l'administration des hospices civils sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement, qui sera transmis à la députation permanente du Conseil provincial, ainsi qu'aux greffes du tribunal de première instance et des justices de paix.

Faculté de médecine de Montpellier.

La Faculté de médecine de Montpellier est toujours fermée. On avait espéré, pendant un moment, que cet état de choses cesserait, et les sénateurs et les députés de l'Hérault avaient écrit, à cet effet, à M. Laissac, maire de Montpellier, une lettre dans laquelle ils faisaient appel au patriotisme des étudiants, les encourageant à reprendre leurs études trop longtemps interrompues et à attendre avec calme la décision du Conseil académique, devant lequel M. Amagat devait comparaître.

Les sénateurs et députés de l'Hérault n'avaient pas trop présumé en comptant sur les dispositions conciliantes des étudiants. Ceux-ci, en effet, avaient envoyé à M. Laissac des délégués qui, après avoir pris connaissance de cette lettre, avaient donné l'assurance que les cours pouvaient être ouverts et continués sans troubles. Malheureusement, la lettre ministérielle, lettre qui ratifiait la fermeture de la Faculté et interdisait aux élèves de prendre des inscriptions ou de subir des examens devant une autre Faculté, est tout revenu mettre en question. Les représentants de l'Hérault avaient cependant reçu du cabinet du ministre l'assurance que cette lettre, déjà écrite et expédiée, resterait entre les mains de son destinataire sans être communiquée au public.

En présence de ces faits, les sénateurs et députés de l'Hérault ont écrit à M. Laissac une nouvelle lettre, dont nous extrayons les passages suivants : « Il est fâcheux que ces bonnes dispositions aient été paralysées par la divulgation d'un document qui n'était certainement pas destiné à être porté à la connaissance du public : cette publication est d'autant plus regrettable, qu'il a été permis de supposer qu'on voulait obtenir par l'intimidation un résultat que nous ne voulions devoir qu'à la raison des étudiants et à leur affectueuse déférence pour les représentants du département..... Quoi qu'il en soit de cet incident fâcheux dont nous répudions la solidarité et dont nous laissons à qui de droit la responsabilité morale, nous conservons l'espoir d'arriver à la pacification que commande l'intérêt de tous... »

Il est du devoir de M. le ministre, s'il ne veut pas assumer l'entière responsabilité de la continuation d'un état de choses aussi regrettable, d'expliquer clairement comment cette dépêche, que l'on avait assuré ne pas devoir être communiquée au public, a été affichée au moment où, grâce à l'intervention des sénateurs et députés de l'Hérault, on avait lieu de croire l'incident terminé.

Concours d'agrégation (sciences accessoires).

Les leçons orales de trois quarts d'heure après trois heures de préparation ont été terminées le 16 au soir. Les sujets traités ont été les suivants : *Vendredi* 11 : MM. Prunier et Gourvat : *Iode et ses principaux composés.* — *Samedi* 12 : MM. Testut et Arloing : *Le testicule.* — *Lundi* 14 : MM. Reynier et Planteau : *De l'estomac.* — *Mardi* 15 : MM. Rémy et Viault : *l'utérus.*

Les professeurs ont consacré deux séances le 16 et le 17, à la lecture des rapports sur les titres des candidats, et à préparer les sujets des thèses et le sujet des leçons orales d'une heure après 24 heures de préparation.

Le jeudi soir 17, à 4 h. 1/2, les candidats ont procédé au tirage au sort de leurs sujets de thèse et de leurs questions orales.

Thèses. — Les sujets de thèses sont ainsi répartis : MM. Chapuis : *Rôle chimique des ferments figurés.* — Garnier : *De l'analyse immédiate.* — Carles : *Influence exercée sur les réactions chimiques par les agents autres que la chaleur.* — Lacôte : *Synthèse des corps azotés.* — Pouchet : *Des transformations des matières albuminoïdes dans l'économie.* — Hanriot : *Hypothèses actuelles sur la constitution de la matière.* — Prunier : *Parallèle entre les phénomènes chimiques dans les végétaux et dans les animaux.* — Gourvat : *Méthodes générales de transformation des corps organiques.* — Testut : *Vaisseaux et nerfs des tissus conjonctif, fibreux, séreux et osseux.* — Arloing : *Poils et ongles, leurs organes producteurs.* — Reynier : *Les nerfs du cœur.* — Planteau : *Spermatogénèse et fécondation.* — Rémy : *Développement des tissus cartilagineux et osseux.* — Viault : *Corps de Wolff.*

Leçons orales. — Les leçons d'une heure après 24 heures de préparation ont commencé le *Vendredi* 18. Les sujets traités ont été : M. Chapuis : *Des camphres.* — M. Garnier : *L'allotropie dans les corps simples.*

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Nicaise, Cadiat. — 2e *de doctorat* : MM. Fournier, Houel, Ollivier. — 3e *de doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Gay. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Bergeron. — 5e *de doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchand.

Mardi 22. — 1er *de doctorat.* 1re *série* : MM. Bouchard, M. Sée, Ch. Richet. — 2e *série* : MM. Laboulbène, Lannelongue, Richelot. — 2e *série* : (épreuve pratique) MM. Périer, B. Anger, Richelot. — 5e *de doctorat,* 1re *série* : (Charité) : MM. Brouardel, Pinard, Humbert ; 2e *série* (Charité) : MM. Gosselin, G. Sée, Charpentier. — 3e *série* (Charité) : MM. Lasègue, Delens, Polaillon.

Mercredi 23. — 3e *de doctorat.* 1re *série* : Regnauld, Gariel, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Potain, Nicaise, Chantreuil ; — 2e *série* (Charité) MM. Guyon, Guéniot, Ollivier.

Jeudi 24. — 1er *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. B Anger, M. Sée, Berger ; — 2e *de doctorat.* 1re *série* : MM. G. Sée, Lannelongue, Legroux. — 2e *série* : MM. Laboulbène, Bouchard, Humbert ; — 3e *série* : MM. Hardy, Périer, Fernet. — 4e *de doctorat* : MM. Lasègue, Brouardel, Rigal. — 1er *officier de santé* : MM. Panas, Delens, Ch. Richet.

Vendredi 25. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Houel, Pozzi. — 3e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Regnault, G. Bouchardat, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Lutz, Gariel, Bourgoing. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat.* 1re *série* : (Charité) : MM. Fournier, Guéniot, Terrillon ; — 2e *série* (Charité) : MM. Potain, Parrot, Chantreuil.

Samedi 26. — 1er *de doctorat.* 1re *série* : MM. Charcot, Périer, Berger ; — 2e *série* : MM. Lannelongue, M. Sée, Ch. Richet. — 2e *de doctorat* (épreuve pratique) : MM. Panas, B. Anger, Humbert. — 4e *de doctorat* : MM. Brouardel, Laboulbène, Duguet ; — 5e *de doctorat* : (Charité) : MM. Ball, Pinard, Richelot. — 3e *officier de santé* : MM. Gosselin, Jaccoud, Debove.

Thèses. — *Lundi* 21 : 261. Detourbe : Du traitement du prolapsus rectal et de la procidence hémorrhoïdale par les injections hypodermiques d'ergotine. — 262. M. Gabourin : Contribution à l'étude de l'anémie. — *Mardi* 22. — 263. M. Berthon : Essai sur les abcès et hydropisies des sinus frontaux. — 264. M. Leroux : Contribution à l'étude des causes de la paralysie agitante. — *Mercredi* 23 : 265. M. Heguy : Etude sur le lichen planus. — 266. M. Ramage. — 267. M. Astier : Les indications de la trachéotomie. — *Jeudi* 24 : 268. M. Delattre : De la compression dans les hémorrhagies de la paume de la main. — 269. M. Pradignac : Etude sur l'ostéotomie et ses indications, ses résultats. — *Samedi* 26 : 270. M. Hermann. — 271. M. Louge. — 272. M. Nicolas. — 273. M. Huc : Complications dans le cancer du col de l'utérus.

Compatibilité ou incompatibilité entre les fonctions de Conseiller municipal et de professeur à une Faculté de médecine.

Y a-t-il incompatibilité entre les fonctions de conseiller municipal et celles de professeur à la Faculté de médecine de la même ville, bien que cette ville inscrive, chaque année, à son budget, une somme à titre de subvention pour cette Faculté ?

Les partisans de l'affirmative, — et il s'en est trouvé un grand nombre, — ont invoqué à l'appui de leur opinion l'article 9 de la loi du 5 mai 1855, qui porte que : « Ne peuvent être conseillers municipaux les agents salariés de la commune. »

Or, cet article n'est pas applicable dans le cas qui nous occupe. En effet, le Conseil d'Etat a décidé, le 23 juillet 1856, que le médecin cantonal chargé de donner des soins aux indigents, qui reçoit sa commission du préfet et à qui une rétribution est allouée sur un fonds commun par les communes du canton, n'est pas un agent salarié. Il a jugé également, le 23 mai 1861, que le directeur d'une école préparatoire de médecine et de pharmacie n'est pas un agent salarié, bien qu'il reçoive une subvention de la commune. Un arrêt du Conseil d'État du 28 mars 1866 consacre la même doctrine.

Cette interprétation semble résulter des textes commentés par de Sainte-Hermine, dans son traité de l'*organisation municipale,* où il est dit : Un professeur à l'Ecole préparatoire de médecine d'une ville, étant fonctionnaire de l'Université et étant, aux termes de l'article 4 de l'ordonnance du 15 octobre 1840 sur l'organisation des écoles préparatoires de médecine, nommé par le Ministre de l'Instruction, ne peut être considéré agent salarié de la commune.

Exposition de l'Association médicale italienne à Gênes.

L'Association médicale italienne qui tiendra son Congrès général à Gênes, au mois de septembre prochain, a voulu qu'une exposition de l'industrie sanitaire fût la conséquence et le complément de sa réunion. Dans ce but, le Comité s'adresse à tous les industriels italiens et étrangers pour qu'ils veuillent bien y concourir par l'envoi des produits de leurs ateliers. Le Comité organisateur fera les démarches nécessaires pour obtenir du gouvernement toutes les facilités de transport et d'entrée, afin d'aider Messieurs les industriels à prendre part à cette exposition. Messieurs les exposants sont priés de faire savoir au Comité, avant le 30 juin prochain, dans quelle section ils comptent concourir, et, si cela est possible, de lui indiquer l'espace dont ils auront besoin (en mètres carrés). Il sera permis aux exposants de vendre leurs produits dans l'enceinte même de l'exposition. Une commission technique sera nommée pour examiner les objets et pour assigner les prix, médailles, mentions honorables, etc.

Programme de l'exposition. — *1re section.* Appareils de physique et de mécanique servant à la médecine. (Thermomètres, appareils graphiques, microscopes, stétoscopes, endoscopes, appareils électro-thérapiques).

2e section. Appareils de caoutchouc servant à l'hygiène, la médecine et la chirurgie.

3e section. Instruments de chirurgie. A. Partie historique. Exposition des collections d'instruments représentant l'histoire de l'art. — B. Partie industrielle ; *a*) Instruments de chirurgie en général ; *b*) de gynécologie et d'obstétrique ; *c*) id. pour les voies urinaires ; *d*) id. d'oculistique, otoiatrie, laryngoscopie : *e*) appareils orthopédiques, membres artificiels, prothèses, férules, appareils pour les fractures et les luxations ; *f*) instruments d'odontoiatrie et prothèse dentaire.

4e section. Préparations anatomiques ; *a*) d'anatomie normale macroscopique et microscopique ; *b*) d'anatomie pathologique macroscopique et microscopique et préparations y relatives ; *c*) recueil d'anthropologie ; *d*) instruments *post mortem*.

5e section. Produits chimiques et de technique pharmaceutique (1). A. Pharmaceutique. Matériaux pour médicaments. — B. Réactifs pour la clinique.

6e section. Eaux minérales (2). — A. Eaux minérales italiennes. — B. Eaux minérales étrangères.

7e section. Hygiène publique et privée. A. Instituts et édifices hospitaliers. — B. Mobilier et matériel hospitalier ; *a*) mobilier hospitalier en général ; *b*) mobilier hospitalier spécial pour chaque section. — C. Institutions scolaires et de bienfaisance. — Hospices maritimes. — Ecoles pour les rachitiques. — D. Etablissements pénitenciers. — E. Casernes. — F. Hygiène navale. — G. Alimentation et conserves alimentaires. — H. Cosmétiques et tissus hygiéniques.

8e section. Secours aux asphyxiés et aux naufragés.

9e section. Appareils de secours pour les blessés à la guerre. — A. Appareils de chirurgie militaire. — B. Dessins et modèles d'ambulances ordinaires et pour chemins de fer (3).

10e section. Publications médicales des deux dernières années. — Livres, journaux, monographies, etc.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Ribemont ont commencé, le mardi 1er juin, à 4 heures du soir, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Accouchement normal ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° *Exercices cliniques et opératoires.* — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours d'ortophonie. — M. le Dr Chervin, directeur de l'Institution des bègues de Paris, commencera le lundi 14 juin un nouveau cours de prononciation à l'usage des bègues. Des cours spéciaux pour le traitement du bredouillement, du zézayement et de tous les autres défauts de prononciation, s'ouvriront à la mêmeme époque. — Ces cours, subventionnés par la ville de Paris, sont gratuitement ouverts aux personnes qui en font la demande, avec pièces à l'appui, à la Préfecture de la Seine (direction de l'enseignement.) Pour de plus amples renseignements s'adresser à l'*Institution des bègues à Paris*, avenue d'Eylau, 90.

FORMULES

41. Traitement abortif de la variole. Bouyer.

Le Dr Bouyer emploie, pour faire avorter la variole, la potion suivante, administrée aux malades dès les premiers jours de l'éruption :

Eau commune	66 grammes.
Alcool salycilique...............	1 —
Sirop simple...................	15 à 20 grammes.

On répète l'emploi de cette potion les jours suivants, jusqu'à ce qu'on voie les pustules s'affaisser ; ce qui arrive, d'après l'auteur, au bout de 7 à 8 jours. — L'acide salycilique, d'après M. Bouyer, agit de trois façons : 1° comme modérateur de l'éruption ; 2° comme antifébrile ; 3° comme sédatif du système nerveux. (*Journ. des sciences méd. de Louvain.*)

42. Préparations apéritives chez les phthisiques. Fonssagrives.

M. Fonssagrives indique, dans sa *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*, les préparations auxquelles il a recours le plus souvent pour stimuler l'appétit des tuberculeux. Parmi les substances employées, la noix vomique est une des plus utiles. On peut la donner sous diverses formes. On peut faire faire des pilules argentées, contenant un centigramme d'extrait alcoolique de noix vomique et dix centigrammes d'extrait de gentiane. On en donne une ou deux par jour jusqu'à ce que l'appétit soit suffisant. Une malade, citée par M. Fonssagrives, est si impressionnable à ce médicament, qu'un ou deux jours d'administration d'une pilule suffisent pour relever l'appétit et qu'elle peut ensuite en abandonner l'usage jusqu'à une nouvelle indication. Elle a répété si souvent cette expérience qu'elle se soumet d'elle-même actuellement à ce moyen toutes les fois que l'appétit fait défaut.

La teinture de noix vomique peut remplacer l'extrait, et on l'administre alors une heure avant le repas à la dose de cinq gouttes, dans une infusion ou macération amère prise à titre apéritif, ou dans un vin médicinal. M. Fonssagrives recommande également cette potion :

Extrait sec de quinquina.........	2 grammes.
Teinture alcoolique de noix vomique.	5 gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges amères...	45 grammes.
Vin de Bordeaux...............	150 —

Cette potion vineuse est prise en deux ou trois fois, de préférence au moment des repas. Elle a un goût très agréable et n'inspire aucune répugnance. Il est bien rare qu'elle ne fasse pas disparaître l'inappétence. — Une autre bonne formule est la suivante :

Alcoolé de Colombo	30 grammes.
Alcoolé de noix vomique............	30 gouttes.

Mélangez. Faire prendre une cuillerée à café de cette mixture dans du vin à chacun des deux principaux repas de la journée.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

43. Huile de foie de morue iodée. Fonssagrives.

Ayant constaté que l'huile de foie de morue additionnée d'iodoforme et d'essence d'anis perd une grande partie de son odeur rebutante, M. Fonssagrives emploie cette préparation quand l'indication se présente d'associer à l'huile de foie de morue. Il se sert alors de cette formule :

Huile de foie de morue blonde.....	100 grammes.
Iodoforme.....................	0,25 centigr.
Huile essentielle d'anis..........	10 gouttes.

L'odeur flagrante de l'iodoforme et de l'anis masque assez complétement celle de l'huile de morue ; de plus, l'iodoforme étant de tous les composés iodiques celui qui, à poids égal, renferme le plus d'iode, on peut, en administrant trois cuillerées à bouche de ce mélange, introduire dans l'économie 5 centigr. d'iodoforme, c'est-à-dire plus de 3 centigr. d'iode métallique. Les malades auxquels ont été administrées comparativement l'huile de morue ordinaire et celle additionnée d'iodoforme et d'essence d'anis, ont été unanimes pour considérer cette dernière comme bien préférable par le goût et l'odeur. — M. Fonssagrives fait remarquer aussi qu'il ne prescrit plus d'huile de morue sans addition de sel, à titre de moyen antiseptique. Le sel, dont on saupoudre l'huile au moment de l'ingérer, fait disparaître en partie sa saveur fade et nauséeuse, et il a l'avantage de faciliter la digestion de l'huile, qui, comme tous les corps gras, a besoin d'être relevée par un condiment. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 4 juin au jeudi 10 juin 1880, les naissances ont été au nombre de 1,063, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 424 ; illégitimes, 132. Total, 556. — *Sexe féminin* : légitimes, 374 ; illégitimes, 133. Total, 507.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 4 juin au jeudi 10 juin les décès ont été au nombre de 1,089, savoir : 584 hommes et 505 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 17. F. 15. T. 32. — Variole : M. 24. F. 26. T. 50. — Rougeole : M. 13. F. 20. T. 33. — Scarlatine : M. 7. F. 5. T. 12. — Coqueluche : M. 5. F. 4. T. 9. — Diphthérie. Croup : M. 36. F. 20. T. 56. — Dysentérie : M. 1. F. 1. T. 2. — Erysipèle : M. 9. F. 4. T. 13. — Affections puerpérales : F. 16. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 97. F. 76. T. 173. — — Autres tuberculoses : M. 29. F. 28. T. 57. — Autres affections générales : M. 59. F. 69. T. 128. — Bronchite aiguë : M. 17. F. 13. T. 30. — Pneumonie : M. 44. F. 38. T. 82. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 42. F. 34. T. 76. — Autres maladies locales : aiguës : M. 36. F. 29. T. 65 : — chroniques : M. 86. F. 75. T. 161 ; — à formes douteuses : M. 45. F. 33. T. 78. — Après traumatisme : M. 3. — Morts violentes : M. 13. F. 5. T. 18. — Causes non classées : M. 1. F. •. T. •.

Morts-nés et prétendus tels : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : Légitimes, 37 ; Illégitimes : 11. Total, 48. — *Sexe féminin* : Légitimes, 20 ; Illégitimes, 9. Total 29.

Muséum d'histoire naturelle. *Cours de géologie.* — Ce cours était, cette année, divisé en deux parties. Chargé de traiter la seconde, M. Stanislas Meunier commencera samedi prochain, 19 juin, une série de

(1) Les objets constituant l'outillage de pharmacie sont admis, mais hors-classe.

(2) Exposition hors-classe. On n'accepte que 2-4 bouteilles de chaque espèce d'eaux.

(3) On accepte des types, dessins et modèles de toutes les spécialités de cette section.

leçons sur la géologie de la France à l'époque quaternaire. Ces leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie du Jardin des Plantes, les samedi et mardi de chaque semaine à 4 h. 1/4.

Hôpitaux de Paris. *Concours pour une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.* — La première épreuve (composition écrite) a eu lieu lundi 14, à 1 heure. Les candidats ont eu à traiter : *Vertèbres cervicales ; symptômes et terminaisons du mal de Pott.* Les autres questions mises dans l'urne étaient : *Ligaments de l'articulation du genou; symptômes et traitement de l'hydarthrose. — Plèvres ; symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë avec épanchement.* — Les lectures ont eu lieu mardi 15, à 4 heures 1/2. Mercredi 16, à 4 heures 1/2, a commencé l'épreuve orale : cinq minutes d'exposition après cinq minutes de réflexion.

Médecins de Saint-Lazare. — M. le Dr L. Chipier, ancien interne des prisons de la Seine, est nommé médecin adjoint de la maison de Saint-Lazare. Il serait vivement à désirer que les internes des prisons de la Seine soient nommés au concours et choisis parmi les internes des hôpitaux.

Elèves sages-femmes. — Le Ministre de l'instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant relatif à l'examen préparatoire des aspirantes au titre d'élève sage-femme de 1re classe. — « Dans les chefs-lieux de département qui ne sont pas siéges d'une Faculté de médecine, l'examen prévu par l'arrêté sus-visé est subi devant un jury constitué par le recteur et composé de l'inspecteur d'Académie ou du secrétaire de l'Ecole de médecine et de pharmacie dans les villes où il existe une des écoles, d'un inspecteur primaire, de la directrice de l'école normale primaire ou d'une institutrice déléguée à cet effet.

Infirmières laïques.— Une des surveillantes de l'hôpital Rothschild, de Paris, Mme Cohn, est morte ces jours derniers, à l'âge de 32 ans, victime de son dévouement. C'est en soignant une de ses petites malades atteinte de la variole qu'elle a contracté cette maladie contagieuse à laquelle elle a succombé.

Ecole de médecine de Reims. — Par arrêté du 11 juin 1880, le Ministre de l'instruction publique et des Beaux-Arts a décidé qu'un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrirait le 15 décembre prochain à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera, dimanche prochain 20 juin, une excursion géologique publique à Lagny, Carnetin et Annet. Réunion à la gare de l'Est où l'on prendra à 7 heures 20 du matin, le train pour Lagny-Thorigny. On sera rentré à Paris à 6 heures 40.

Herborisations. — M. Bureau, professeur de Botanique au Muséum d'Histoire naturelle, ou, en son absence, M. Poisson, aide-naturaliste, fera sa prochaine herborisation le dimanche 20 juin 1880, à Domont et Bouffémont (forêt de Montmorency). Rendez-vous à la gare de Domont à l'arrivée du train partant de Paris (gare du Nord), à 8 h. 30 m.

M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 20 juin 1880, dans la forêt de Fontainebleau. On partira de la gare de Lyon par le train de 7 heures du matin.

Nécrologie. — Le Dr Volleray vient de mourir à l'âge de 32 ans, à Genève, des suites d'une phtisie pulmonaire. Etabli depuis quelques années à Aubonne (Suisse), il y laisse des regrets unanimes. — Le Dr Rizzoli qui, il y a quelques jours à peine, donnait une si grande preuve de sa libéralité en consacrant une partie de sa fortune à l'édification d'un hospice pour les pauvres de Bologne, est mort le 25 mai dernier dans cette ville. Rozzoli était un des plus illustres chirurgiens de l'Italie. Ses œuvres, traduites en français par l'un de ses élèves, le Dr Andreissi, ont été réunies en deux volumes sous le titre de : *Clinique chirurgicale : Mémoire de chirurgie et d'obstétrique*, Paris (1872-1877). — Le Dr Payon, médecin de colonisation, vient de succomber après trois mois d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions, à Milah (province de Constantine). — Le Dr Boiguis, qui exerçait avec succès à Alger, depuis plus de trente ans, est mort dernièrement à l'âge de 72 ans. — Le Dr Van Tiegem, qui s'était tout particulièrement distingué par ses services rendus lors de l'épidémie de choléra d'Anvers, vient de mourir dans cette ville à la fin du mois d'avril dernier.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Tenon. Médecine. — Service de M. le Dr H. Rendu. Visite à 8 h. 30. Spéculum le mardi. Consultations le samedi à 10 h. Salle Ste-Marguerite (F.) ; 12, hoquet nerveux ; 11 et 22, ictère catarrhal ; 20, péritonite partielle. Salle première à gauche (H.) ; 5, rétrécissement mitral ; 21, urémie. — Salle Gérando (H.) ; 18, insuffisance mitrale ; 23, sclérose en plaques. 16, ataxie locomotrice progressive. Salle Tenon (H.) ; variole.

Service de M. le Dr Strauss. Visite à 9 h. Spéculum le mardi. Consultation le jeudi. Salle St-Augustin (H.) ; 5, cirrhose atrophique, ascite ; 9, tumeur cérébrale ; 11, ataxie locomotrice ; 12, maladie bleue ; 13, mal de Bright ; 21, fièvre typhoïde ; 22, kyste hydatique du foie ouvert dans l'intestin. 2° salle, extrême gauche (H.) ; 5, paralysie faciale ; 9, pleurésie purulente, empyème ; 10, paralysie agitante ; 11, ataxie locomotrice ; 13, néphrite scarlatineuse ; 20, fièvre typhoïde, rechute. Salle Colin (F.) ; 5, kyste de l'ovaire, ascite ; 12, chloro-anémie ; 16, scarlatine ; 21, syphilis ; 23, érysipèle de la face ; 25, chorée. Salle Tenon (F.) ; variole.

Service de M. le Dr Hallopeau. Visite à 9 h. Consultation le vendredi. Salle Bichat (H.) ; néphrite parenchymateuse ; 9, fièvre typhoïde, rechûte ; 13, péritonite tuberculeuse. Salle Couverchel (F.) ; 18, érysipèle de la face ; 13, fièvre typhoïde, rechute. 2e salle droite (F.) ; 6, érysipèle de la face ; 12, insuffisance mitrale ; 22, scarlatine, douleurs rhumatismales.

Service de M. Grancher. Visite à 9 heures. Consultation le mercredi. Salle Andral (H.) : 3 et 19, pleurésie tuberculeuse ; 6, cancer du foie avec compression de la veine-cave ; 8, néphrite parenchymateuse ; 16, néphrite interstitielle ; 15 et 18, rhumatisme articulaire aigu ; 22, tumeur cérébrale.— Salle Sainte-Thérèse (F.) : 1, maladie de Bright, pleurésie ; 7, carie du rocher, méningo-encéphalite ; 15, antéflexion de l'utérus, constipation et vomissement incoercibles ; 19, asystolie (lésion mitrale). — Salle Sainte-Geneviève : 2, rhumatisme chronique ; 3, asystolie (lésion mitrale) ; 4, myélite transverse ; 10, syphilis cérébro-spinale ; 13, pleurésie tuberculeuse ; 14, cancer de l'estomac, maladie de Bright ; 19, pneumothorax d'origine tuberculeuse, et emphysème sous-cutané. — Salle 1re à droite : 9, hémiplégie pneumonique ; 12, chlorose ; 16, kyste de l'ovaire ; 17, pleurésie tuberculeuse ; 28, ulcère rond de l'estomac ; 32, ataxie locomotrice avec crises gastriques.

Chirurgie. — Service de M. le Dr Th. Anger, suppléé par M. le Dr Blum. Visite à 8 heures 1/2. Opérations le mardi ; spéculum le samedi. Consultations : lundi, mercredi, vendredi. — Salle Montyon : 1, fracture sus-malléolaire ; 2, fracture bi-malléolaire ; rétention d'urine, calcul vésical ; 4, abcès froids multiples ; 5, phlegmon de la main : 13, amputation de l'avant-bras ; 16, résection tibio-tarsienne ; 21, fistule anale, rétrécissement de l'urèthre ; 26, éléphantiasis de la jambe. — Salle Ambroise Paré : 2 : abcès de la cuisse ; 3, iritis. — Salle Delessert : 3, fracture du radius ; 4, arthrite du genou ; 9, fracture de la jambe ; 21, caries multiples.

Service de M. le Dr Delens. Visite à 9 heures. Consultations : mardi, jeudi, samedi. — Salle Richard Wallace (F.) : 4, pseudarthrose du col du fémur ; 8, fracture de côtes ; 9, anus artificiel ; 11, arthrite sèche de l'articulation coxo-fémorale ; 12. épithélioma du vagin ; 15, sarcôme du sein ; 20, périarthrite scapulo-humérale. — Salle Velpeau : 7, hydarthrose du genou ; 9, fracture de jambe ; 11, plaie contuse et gangrène des parties molles du pied ; 12, arthrite suppurée du coude. — Salle Boyer : 1, abcès mammaire ; 6, ophthalmie purulente ; 7, cancer du sein, récidive ; 8, rétrécissement du rectum ; 10, fracture de la rotule, cal fibreux.

Hôpital Lariboisière. — Médecine. — Service de M. Proust. Salle Saint-Charles (H.) : 1, polypes du larynx, trachéotomie ; 17, occlusion intestinale ; 21, pleurésie, thoracentèse ; 26, rhumatisme blennorrhagique ; 29, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, hémianesthésie et aphonie nerveuse ; 4, tumeur du larynx, extirpation ; 18, pelvi-péritonite ; 32, hémichorée hystérique.

Service de M. SIREDEY. Salle Sainte-Geneviève (F.) : 4, métrite catarrhale ; 26, corps fibreux ; 28, syphilis et ataxie ; 34, coliques hépatiques.

Service de M. C. PAUL. Salle Saint-Henri (H.) : 7, péricardite rhumatismale ; 12, pleurésie chronique ; 14 *bis*, cancer latent de l'estomac ; 17, angine herpétique ; 20, kyste hydatique du foie ; 27, cirrhose hypertrophique ; 29, albuminurie syphilitique ; 33, atrophie musculaire progressive. — Salle Sainte-Elisabeth (F.) : 14, sciatique ; 17, cancer des voies biliaires ; 20, phlébite utérine ; 26, péritonite tuberculeuse ; 33, péritonite cancéreuse.

Chirurgie. — Service de M. DUPLAY. Salle Saint-Ferdinand (H.) : 2, hydrocèle congénitale ; 9, tumeur érectile. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 3, corps fibreux, traités par l'électrolyse ; 5, kysto-fibromes ; 25, abcès de la fosse iliaque ; 29, rétrécissement du rectum ; 31, anus artificiel. — Salle Saint-Ferdinand (*bis*) : 6, ataxie et paralysie du moteur commun ; 27, glaucome aigü ; 29, double cataracte diabétique.

Service de M. LABBÉ. Salle Saint-Louis (H.) : 20, fracture de la rotule ; 22, fracture de la colonne vertébrale ; 25, balle dans la tête sans troubles fonctionnels ; 27, périostite traumatique du fémur chez un syphilitique ; 29, fracture du crâne ; 30, ostéomyélite chronique du péroné avec paralysie du nerf musculo-cutané.

Hôpital de la Charité. — *Médecine.* — Service de M. le professeur HARDY, clinique le mardi, jeudi, samedi, à 10 heures.

Service de M. le Dr BERNUTZ. Salle Saint-Basile : 1, pelvi-péritonite aiguë ; 8, carcinôme de l'ovaire et de l'épiploon ; 9, pleurésie aiguë ; 12, blennorrhagie ; 16, dyspepsie gastro-intestinale. — Salle Saint-Louis : 2, abcès péri-œsophagien ; 10, affection mitrale ; 13, pleurésie tuberculeuse ; 27, bronchite chronique, dilatation du cœur droit.

Service de M. le Dr RAYNAUD. Salle Saint-Ferdinand : 1, goutte ; 6, pleurésie ; 9, péritonite tuberculeuse ; 10, cirrhose ; 18, pleurésie purulente ; 20, angine phlegmoneuse. — Salle Sainte-Rose : 5, angine herpétique ; 8, diarrhée dyssenteriforme ; 11, cysto-sarcôme de l'ovaire ; 13, chloro-anémie ; 20, insuffisance aortique.

Service de M. le Dr DESNOS. Salle Saint-Félix : 8, insuffisance aortique ; 9, pneumonie du sommet ; 14, scarlatine ; 25, fièvre typhoïde ; 14 *bis*, tuberculose pulmonaire, foie gras. — Salle Saint-Vincent : 17, scarlatine ; 18, congestion pulmonaire ; 7, congestion utérine ; 24, fièvre typhoïde.

Chirurgie. — Service de M. le professeur GOSSELIN. Clinique le lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures. — Salle Sainte-Catherine : 6, phlegmon de la fosse iliaque ; 12, 13, abcès du sein ; 10, chancre de l'anus, bubon suppuré ; 20, abcès de la grande lèvre ; 29, morsure de chien, lymphangite. — Salle Sainte-Vierge : 2, luxation du coude ; 5, adéno-phlegmon mastoïdien ; 9, chancre mou, bubon suppuré ; 13, morsure de cheval ; 14, entorse du genou ; 25, érysipèle ; 28, corps étranger du genou ; 35, adéno-phlegmon de l'aisselle ; 39, ecthyma syphilitique.

Service de M. le professeur TRÉLAT. Salle Sainte-Rose : 1, métrite ; 3, kératite double ; 11, fracture de jambe ; 12, corps fibreux utérin ; 14, endométrite ; 20, fracture de côté.

CERF ET FILS, IMP., 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie, par le Dr D. AIGRE, un vol. in-8 de 86 pages. Prix : 2 fr. 50, pour nos abonnés, 1 fr. 75.

Louise Lateau ou la **Stigmatisée belge**, nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée par BOURNEVILLE. In-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer, 2 fr. 50.— Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Considérations sur le caractère nosologique qu'il convient d'attribuer au rhumatisme articulaire aigu ou fièvre arthritique (1);

Par **MAX. DURAND-FARDEL.**

Nous allons nous rapprocher de conditions qui prennent une part plus effective dans son apparition: je dis, apparition, plutôt qu'évolution, ce qui signifie qu'elles seraient encore des conditions plutôt étiologiques que pathogéniques. Ici nous trouvons en première ligne le refroidissement. Le refroidissement est le grand facteur des maladies aiguës. Si l'on excepte les pyrexies ou fièvres continues, il n'est guère de maladie aiguë que l'on ne trouve occasion de rapporter au refroidissement. Le froid, considéré au point de vue simple de l'abaissement thermométrique, agit surtout sur l'appareil de la respiration ; et, particulièrement chez les vieillards, à Bicêtre ou à la Salpêtrière, aussi bien qu'en ville, en dépit des précautions, la statistique de la pneumonie et de sa mortalité suit, avec une exactitude remarquable, les variations du thermomètre.

Mais la grande cause occasionnelle des maladies aiguës, la cause banale, mais certainement la cause effective la plus fréquente, est le refroidissement, c'est-à-dire une cause, non plus absolue, mais relative, provenant de la température ambiante. Il faut y ajouter, bien que le mode d'action en soit plus particulier, l'humidité de l'atmosphère.

Quelle qu'en soit l'explication, suppression des sécrétions cutanées et conséquences chimico-vitales de leur rétention, suppression soudaine, ou amoindrissement habituel, en raison de la saturation humide du milieu extérieur, soustraction d'une partie de la température organique, fluxions rapides, intervention du système nerveux, et, particulièrement, des nerfs vaso-moteurs, il s'agit ici d'une influence incontestable.

Cette influence s'exerce d'une façon manifeste dans le développement du rhumatisme articulaire aigu. Il serait difficile d'exprimer sa part réelle par des chiffres. Il faut toujours rabattre un peu des attributions que les malades assignent eux-mêmes à un tel ordre de causes. L'important est de reconnaître que le refroidissement est une circonstance étiologique certaine, mais non point nécessaire, du rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme articulaire aigu a été observé à la suite des couches, pendant la grossesse (Lorrain), à la suite de traumatismes (Charcot, Verneuil). Ces faits sont importants à noter, mais il ne faut pas se méprendre sur leur signification. Il est certain que tous les troubles de l'organisme, physiologiques ou pathologiques, peuvent donner lieu à l'explosion de manifestations diathésiques. M. Verneuil a justement éveillé l'attention sur ce sujet, attention qu'on pourrait dire endormie, car la question n'était pas précisément nouvelle. Mais je ne crois pas qu'il y ait là rien de spécial au rhumatisme articulaire aigu. On peut en dire autant du surmènement (E. Besnier), et de la fatigue des articulations (Peter) (2).

En résumé, l'étiologie ne nous fournit pas de lumières particulières au sujet de la nature du rhumatisme articulaire aigu, toutes les circonstances occasionnelles auxquelles il est permis de rapporter son apparition étant banales, c'est-à-dire communes à bien d'autres manifestations morbides, à commencer par le refroidissement. Nous devons rechercher, maintenant, si les données pathogéniques nous en apprendront davantage.

(1) Voir le n° 24.
(2) Peter. — *Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 560.

Le rhumatisme articulaire aigu, ou du moins l'aptitude à le subir, peut se transmettre par hérédité. Ce fait ne saurait se contester. Tout peut se transmettre par hérédité, c'est-à-dire tout ce qui n'est pas d'ordre extérieur ou purement fortuit, en un mot tout ce qui a sa racine dans l'organisme. Il est beaucoup plus difficile de déterminer l'importance particulière de la transmission héréditaire, dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu.

Les influences héréditaires sont quelquefois très simples et très évidentes ; elles sautent aux yeux, en quelque sorte. Mais les sujets qui se prêtent à de faciles déductions, sous ce rapport, sont assez limités. Il ne faut jamais oublier, quand on parle d'hérédité, l'extrême complexité des influences, la multiplicité des facteurs, le doute scientifique qui peut toujours planer sur l'un d'entr'eux, la difficulté de contrôler les assertions, etc. (1). Dans le sujet qui nous occupe, il faut tenir compte du vague qui règne sur les attributions du mot rhumatisme, et de l'extrême extension qui est donnée à ce mot dans le langage médical et dans le langage vulgaire.

Nous sommes donc contraints de nous en tenir à des données assez vagues. Parmi les antécédents des individus atteints de rhumatisme articulaire aigu, on rencontre des antécédents de la même maladie, et des exemples d'autres états attribués au rhumatisme, abarticulaire, noueux, etc.

Quant aux individus eux-mêmes, ce serait vainement que l'on voudrait préciser des conditions prédisposantes déterminées. Il n'est point d'état constitutionnel qui domine, et il n'en est point qui fasse défaut. On trouve des sujets vigoureux et des sujets faibles, des lymphatiques, des scrofuleux, des rhumatisants manifestes, très peu de goutteux. On n'a pas signalé particulièrement d'herpétiques. Il n'est pas, en définitive, d'état diathésique ou constitutionnel qui soit réfractaire au rhumatisme articulaire aigu.

On a reconnu, cependant, que les individus qui en sont atteints avaient pu offrir, antérieurement, une susceptibilité particulière au froid, se trahissant par des douleurs musculaires, nerveuses, articulaires, ou des catarrhes faciles. Je crois cette observation juste. Je ne doute pas que l'invasion de la maladie ne doive être rapportée à une prédisposition particulière, qui aura pu se traduire par telle ou telle modalité de l'organisme. Mais je ne crois pas qu'il soit possible de déterminer précisément cette dernière, et, en particulier, de l'identifier avec l'ensemble de phénomènes, qu'à tort ou à raison, on est habitué à rapporter au rhumatisme.

L'analyse de la période qui suit le rhumatisme articulaire aigu, je comprends par ce mot le reste de l'existence, paraît devoir être plus facile que celle de la période qui l'a précédé. Ici, les sujets sont soumis à une observation directe, et la filiation de leurs conditions ultérieures avec un tel acte morbide peut se laisser définir, sinon toujours avec une rigueur absolue, du moins avec certaines probabilités.

C'est là une des maladies aiguës dont la terminaison est le plus incertaine. Sans doute, il y a un moment précis où

(1) « ... Ce n'est rien que l'histoire du monde et de la tête de l'homme. Et encore faudrait-il prendre l'homme avant sa naissance. Car qui sait combien d'influences il a subies avant que de naître? L'enfant éprouve toutes les sensations de la mère. C'est donc l'histoire de la mère qu'il faut raconter. Et nous voilà à l'infini ; en cela, comme en tout le reste, on ne peut pas plus finir qu'on n'a pu commencer. » (Diderot, *Revue des Deux-Mondes*, décembre, 1879.)

la fièvre a disparu. Mais il est plus difficile de saisir celui où les articulations ont recouvré leur intégrité complète. Dans certains cas, l'évolution des altérations locales (articulaires) ne subit qu'un mouvement de ralentissement ; elle ne se suspend pas, et la maladie passe à l'état chronique. Ceci est rare. Mais ce qui, au contraire, est à peu près la règle, c'est de voir, par delà la maladie elle-même, persister l'anémie, et surtout les traces si communes imprimées au muscle cardiaque.

Cependant, ce n'est pas encore ceci qui nous importe le plus, non plus que la fréquence des rechutes, alors que la guérison paraissait en bonne voie, ou même assurée : ce sont les empreintes que l'économie tout entière peut garder de la maladie passée. La première circonstance qui frappe, c'est les récidives. Ceux qui n'ont qu'une attaque sont les moins nombreux, dit M. E. Besnier. On peut dire que l'état d'imminence d'une récidive est la suite commune d'un rhumatisme articulaire aigu.

Assurément, ceci n'est pas exclusif à la maladie qui nous occupe. Il suffit d'une bronchite pour développer l'aptitude à en contracter de nouvelles. Mais ceci ne s'observe guère qu'en présence d'un état constitutionnel déterminé, ainsi chez des scrofuleux, ou des herpétiques, ou des goutteux, ou bien par le fait de la répétition de causes occasionnelles. Ici, l'aptitude aux récidives est en quelque sorte intrinsèque. Celles-ci se reproduisent avec une apparente spontanéité, ou, il est vrai, à la suite de fautes hygiéniques, de refroidissement le plus souvent, ou de fatigue des jointures (Peter). Mais la facilité même avec laquelle les récidives s'opèrent, sous de telles influences, est caractéristique.

L'anémie, une anémie globulaire très rapide, presque instantanée, coïncidant avec une augmentation extraordinaire de la fibrine, est un des caractères les plus saillants de la fièvre dans l'arthro-rhumatisme aigu. Les chiffres communiqués par M. Malassez, à M. E. Besnier, en fournissent la confirmation. Je ne connais pas d'observations précises au sujet de la durée de cette anémie après la convalescence. Il est certain qu'elle se prolonge au-delà de la maladie elle-même, et laisse chez quelques individus des traces indélébiles. Les caractères généraux de l'anémie font partie de la physionomie nouvelle, que revêt la constitution, chez les sujets qui ont eu un rhumatisme articulaire aigu intense, et, surtout, qui ont conservé l'aptitude aux récidives.

Le cœur est le point de l'économie qui se ressent le plus des atteintes de cette maladie. Les conséquences de la cardite, qui en est le caractère le plus constant après l'arthrite, sont de deux ordres.

L'endocardite, comme la péricardite, peuvent guérir sans laisser aucune trace. Mais elles peuvent également, après leur guérison, laisser quelque chose de semblable à ce que Cruveilhier appelait, dans le cerveau, des altérations de guérison, et à ce que l'on retrouve après la guérison de la pleurésie ou de la péritonite. Il arrive souvent de rencontrer, chez des personnes affectées d'une maladie quelconque, un bruit de souffle plus ou moins râpeux, qui témoigne de quelque lésion de l'endocarde, épaississement, saillies, déformations valvulaires, et dont on n'a pas besoin de demander l'origine. Il n'en résulte quelquefois aucun trouble apparent ; d'autres fois des palpitations, de l'essoufflement, mais auxquels ces individus se sont habitués, et qui n'exercent pas d'influence bien apparente sur leur santé.

Les choses ne sont pas toujours aussi simples. La cardite aiguë devient le point de départ d'une maladie organique du cœur, qui évoluera de telle ou telle façon. Faut-il voir là un témoignage de la persistance de la cause intrinsèque de l'arthro-rhumatisme, ou bien ne s'agit-il que d'une occasion fournie à une évolution qui en demeure indépendante ? Je ne pense pas qu'il soit possible de résoudre une telle question, au moins dans la grande généralité des cas, et, par conséquent, il serait inutile de la discuter. Cependant, on ne peut se défendre d'admettre d'une manière générale la première hypothèse, quand on voit le malade, en même temps que se développe l'affection du cœur, demeurer manifestement sous l'influence d'un certain état constitutionnel.

Ce que nous présente l'organe central de la circulation, pourrait bien se reproduire dans le reste du système circulatoire. Les observations de M. N. Guéneau de Mussy tendent à montrer que les artères sont également le siège d'altérations qui cessent d'évoluer lors de la cessation de la maladie fébrile, ou qui, dans d'autres cas, poursuivent leur évolution au-delà (1). (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Leçons sur les affections nerveuses locales (2);

Par **B. BRODIE**; traduites de l'anglais par le Dr DOUGLAS AIGRE.

A l'époque où je me livrais à l'étude des affections articulaires, j'ai rencontré un certain nombre de cas dans lesquels une seule articulation devenait le siège d'une grande douleur, était très sensible au toucher, avec un certain degré de tuméfaction des parties molles ; néanmoins je ne retrouvais pas les autres signes caractéristiques des affections ordinaires de ces organes, ni les suites habituelles, telles que formation d'abcès et destruction d'articulations. Pendant longtemps, je ne sus que penser de ce genre de cas, et ce n'est qu'après la publication de la première édition de mon *Traité des affections articulaires*, que je fus amené, à propos de l'observation suivante, à entrevoir la véritable cause de ces symptômes, qui étaient restés incompris pour moi.

Je fus consulté par une jeune fille qui se plaignait d'une grande douleur et d'une grande sensibilité dans le genou, sans qu'il y ait eu au début le moindre gonflement de l'articulation. Les remèdes que je lui prescrivis n'amenèrent aucun soulagement ; au bout de quelque temps, il survint une légère tuméfaction, qui semblait tenir à une extravasation de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané. La malade se trouvait dans le même état depuis un temps assez long, quand elle fut prise d'une série de violentes attaques d'hystérie ; le cerveau fut pris à son tour, et elle restait étendue dans un état comateux avec dilatation des pupilles. A cette époque, je la soignais avec le Dr Bavington. Il ne m'appartient pas de dire si la maladie céda au traitement institué ou si elle s'épuisa, mais la malade guérit des attaques d'hystérie, et, depuis ce moment, ne se plaignit plus jamais de son genou.

Peu de temps après, on m'amena une autre jeune fille, souffrant de ce qu'on avait considéré comme une affection scrofuleuse du poignet. La similitude que ce cas semblait présenter avec celui dont nous venons de parler m'amena à remodifier le diagnostic ; le résultat que j'obtins montra que je n'avais pas tort. Elle aussi fut prise d'une série de violentes attaques d'hystérie, et, quand, au bout de plusieurs jours, elle en fut guérie, l'affection du poignet avait disparu.

Il semble impossible de ne pas admettre que, dans chacun de ces cas, il y ait eu une connexion quelconque entre les symptômes locaux et la maladie générale ; je fus confirmé dans cette opinion par un grand nombre d'autres cas, qui se présentèrent à mon observation ; quand il existe cet état pathologique particulier qui donne lieu aux phénomènes hystériques, il n'est pas rare qu'une seule articulation devienne le siège de douleur et de sensibilité, au point de faire croire à quelque affection locale sérieuse.

Dans la seconde édition de mon *Traité sur les affections articulaires*, ainsi que dans les suivantes, j'ai parlé de ces expressions locales de l'hystérie.

J'espère que le peu que j'en ai dit a eu son utilité ; néanmoins, la question intéressse à un si haut point, aussi bien la science médicale que la pratique de la médecine, que je me trouve amené à compléter ce que j'ai dit sur cette question.

Je puis dire que ce genre de cas est d'observation presque journalière. Cela s'explique facilement ; comme le dit Sydenham à propos de l'hystérie : « Feminarum enim paucissimæ

(1) Guéneau de Mussy. — *Leçons de clinique médicale.*
(2) Voir les nos 27 et 28 de 1879.

ab omni horum adfectuum specie prorsus liberæ sunt, si istas excipias quæ laboribus adsuetœ duram vitam trahunt. » En effet, l'aptitude hystérique est pour les femmes une des conséquences les plus fâcheuses d'une civilisation raffinée. C'est parmi celles qui jouissent d'une vie facile, que nous devons chercher les cas de ce genre, et non pas chez celles qui, fidèles au commandement divin : « Mangent leur pain à la sueur de leur front. » Je n'hésite pas à déclarer, que dans les classes élevées de la société, quatre cinquièmes des femmes qui se plaignent d'affections articulaires sont simplement atteintes d'hystérie.

Souvent, c'est à l'articulation de la hanche que siége la douleur et ce n'est que par un examen minutieux qu'on peut, dans ce cas, faire le diagnostic avec une affection des os ou des cartilages. Vous rencontrez de la douleur à la hanche et dans le genou, douleur qui est augmentée par la pression et par le mouvement, la malade reste étendue sur un lit ou sur un divan et conservant toujours la même position. Vous vous dites que ce sont là les signes d'une affection de la hanche. Mais, poussez plus loin l'observation : la douleur est rarement limitée à un point, elle s'étend à tout le membre. La malade fait des grimaces et pousse quelquefois des cris si vous exercez une pression sur la hanche ; mais elle le fait aussi si vous pressez sur l'os coxal ou la région lombaire, ou la cuisse ou même la jambe jusqu'au niveau des malléoles. Partout, la sensibilité morbide siége dans l'enveloppe cutanée : si vous pincez la peau jusqu'à la soulever des parties sous-jacentes, la malade se plaint plus que si vous poussez fortement la tête du fémur dans la cavité cotyloïde.

La douleur est plus forte quand la malade voit l'examen auquel on la soumet ; si, au contraire, quelque chose vient à la distraire, c'est à peine si elle profère une plainte. Il n'y a pas d'amaigrissement des muscles fessiers qui ont conservé leur forme, et l'état général de la malade ne ressemble en rien à celui qu'on trouve dans les cas de suppuration des os et des cartilages. On ne constate, pendant la nuit, aucun de ces élancements douloureux qui s'accompagnent souvent de cauchemars. La douleur empêche parfois le sommeil, mais une fois endormie, la malade ne se réveille qu'au bout de plusieurs heures ; cet état de choses peut persister pendant des semaines, des mois ou même des années, sans amener la formation d'abcès. On peut craindre quelquefois la formation d'une collection purulente, c'est ce que j'ai constaté très souvent ; mais jamais ces craintes ne sont fondées.

On constate quelquefois une tuméfaction générale de la cuisse et des fesses, qui est due soit à un engorgement vasculaire, soit à une extravasation séreuse dans le tissu cellulaire, mais ce gonflement ne ressemble aucunement à celui qui accompagne un abcès.

Dans quelques cas, très rares, le gonflement est plus circonscrit ; mais, ici non plus, il ne ressemble en rien à celui d'un abcès. On ne perçoit aucune fluctuation et je ne puis trouver de meilleure comparaison que celle d'un bouton d'urticaire qui serait très étendu. Un examen minutieux permettra toujours de distinguer ces gonflements d'un abcès. Il m'est arrivé souvent, pour convaincre mes auditeurs, de faire une ponction capillaire dans ce genre de tuméfaction pour montrer qu'il n'y avait pas de pus.

J'ai dit que, dans ces cas, les muscles fessiers conservaient leur forme et leur épaisseur. Néanmoins, on trouve quelquefois des changements notables dans la configuration de la région, entre autres une projection en arrière du bassin, lequel est en même temps élevé du côté malade, de manière à former avec la colonne vertébrale un angle aigu au lieu d'un angle droit. Il est tout naturel qu'alors le membre présente un raccourcissement apparent, et, quand la malade se tient debout. le talon ne touche pas à terre.

On pourrait être tenté de croire à une luxation de la hanche, et, en effet, ce n'est qu'un examen très consciencieux qui permettra d'affirmer que ces déviations ne sont que le résultat de l'action prédominante de certains muscles et, d'une longue habitude. Quand c'est au genou que siége le mal, la symptomatologie est à peu près la même.

Il y a une grande sensibilité dans l'articulation, mais la malade ne souffre plus quand on pince la peau que si l'on presse sur la jointure : la sensibilité s'étend assez loin le long de la cuisse et de la jambe, quelquefois jusqu'au pied. L'exploration chirurgicale la fait bien moins souffrir quand son attention est détournée vers d'autres objets ; la pression sur le talon, qui amène en contact les deux surfaces articulaires du tibia et du fémur, n'éveille aucune douleur, à la condition de maintenir l'articulation immobile. Dans la plupart des cas, la jambe est étendue sur la cuisse, tandis que dans les cas de lésion véritable du genou, la jambe est un peu fléchie. Les symptômes peuvent persister sans amener de modification organique pendant un temps indéfini.

L'articulation conserve sa forme et sa grosseur pendant des semaines, des mois, des années : ce n'est que de temps en temps qu'on observe un peu de tuméfaction, surtout à la partie antérieure, au-dessus et de chaque côté du ligament de la rotule. Il ne faut pas confondre cette tuméfaction avec un agrandissement général de l'articulation ; c'est cette erreur qui a été la cause bien souvent de traitements mal appropriés.

Ce que je viens de vous dire, suffira pour vous faire reconnaître le même genre de symptômes, lorsqu'ils se présenteront dans une autre articulation. Ce que je vais encore vous dire s'applique également à tous les cas du même genre.

Les malades dont il est question n'ont pas, en général, dépassé de beaucoup l'âge de la puberté. La plupart du temps, on constate chez elles quelque irrégularité dans la menstruation ; il est vrai que, parfois, cette fonction n'est troublée en aucune façon. Celles qui souffrent en général du froid, dont le pouls est petit et qui présentent d'autres indices d'une circulation ralentie, sont plus sujettes que d'autres à ce genre d'affection. Ajoutons, néanmoins, qu'elle peut se rencontrer en même temps qu'un aspect robuste et une chaleur animale parfaitement normale.

Dans quelques cas, l'articulation où se montre la maladie, ou même le membre tout entier, est le siége alternativement de chaleur et de froid.

Par exemple, le matin, le membre sera froid et pâle, ou cyanosé, comme si la circulation s'y faisait à peine, tandis que, vers l'après-midi, il se réchauffera, et, dans la soirée, il présentera une certaine chaleur au toucher, avec turgescence vasculaire et aspect luisant. De là, bien souvent, pour la malade, une cause d'alarme, mais je n'ai jamais vu qu'il en résultât aucune conséquence fâcheuse.

La plupart de ces malades présentent d'autres phénomènes de nature hystérique. Parfois, elles ont eu de véritables attaques qui ont disparu quand sont survenus les symptômes locaux, et qui, par leur retour, les ont débarrassées de ces accidents.

Parfois, on peut faire remonter l'origine de ces symptômes à quelque maladie sérieuse qui a laissé la malade dans un état d'épuisement physique, ou bien encore à quelque cause morale ayant une action dépressive sur la constitution. Aussi, l'action de causes morales et surtout celles qui forcent la malade à une grande dépense physique, amène-t-elle souvent la guérison. Mais, gardons-nous de faire cette déduction exagérée qu'on ne rencontre cette maladie que chez celles qui sont d'un naturel capricieux. Les jeunes femmes d'une vertu irréprochable et d'une grande intelligence ne sont pas à l'abri de ces affections. Cependant, il faut ajouter qu'il est plus facile d'obtenir une guérison chez celles-là que chez les autres.

Quoique l'on ne rencontre pas ces élancements douloureux qui se montrent dans les affections articulaires organiques, néanmoins, on constate parfois un état spasmodique des muscles du membre. Dans certains cas, le fait de pincer la peau ou simplement de l'effleurer suffit pour amener des mouvements convulsifs du membre. Ces mouvements convulsifs ressemblent assez à ceux accompagnent parfois la carie, et, un point digne d'intérêt, c'est qu'ils ne se montrent pas si l'attention de la malade est dirigée vers un autre objet. Je les ai même vus se produire indépendamment de toute excitation. J'ai vu des cas où le membre devenait, à certains moments, le siége d'agitations violentes au point de faire tomber la malade de son lit. On constate toujours dans le membre un sentiment de faiblesse qui, nécessairement, augmente à mesure que les

muscles restent plus longtemps inactifs. A mesure que la douleur et la sensibilité de l'articulation diminuent, ce sentiment de faiblesse augmente jusqu'à devenir le phénomène prédominant. La malade répète alors qu'elle ne souffre pas, mais qu'elle ne peut marcher parce que son membre est trop faible. La faiblesse musculaire n'est pas la seule complication qui vient s'opposer à la guérison, dans ces cas. Les tuniques des petits vaisseaux sanguins semblent participer à la modification anatomique des muscles, et, la première fois que la malade pose le pied à terre, la peau se colore fortement et devient d'un rouge aussi foncé que celui qu'on observe, là où on a appliqué des vésicatoires. Ces symptômes que nous venons d'énumérer surviennent, pour la plupart, petit à petit. Le plus souvent, ils disparaissent de même. Mais, quelquefois, il en est autrement, et ils se dissipent tout à coup sans cause appréciable. En 1834, je fus consulté pour une jeune fille qui souffrait d'une affection hystérique, simulant une maladie de la hanche. Comme elle ne demeurait pas à Londres, je ne pouvais suivre les progrès de la maladie; mais j'ai reçu dernièrement les détails suivants du Dr Mortimer, chirurgien de l'Haslar Hospital : les phénomènes morbides avaient persisté sans le moindre changement pendant deux ans, quand, une nuit, en se retournant dans son lit, elle dit qu'elle éprouvait une sensation comme si quelque chose cédait dans sa hanche, et, à partir de ce moment, elle fut complètement guérie.

On m'amena une autre jeune fille à Londres, en octobre 1833. On la croyait aussi atteinte d'une affection de la hanche. Après un examen minutieux, je fus convaincu qu'il s'agissait d'un cas d'hystérie et que la hanche n'était pas atteinte. Je lui prescrivis de quitter son lit et de prendre de l'exercice, surtout à cheval. Comme j'avais affaire à une femme intelligente, elle suivit mon avis, quoiqu'elle éprouvât de certaines difficultés dans le début. Au bout d'une année, je reçus de son père les détails suivants : « Conformément à votre recommandation, elle commença à se servir plus souvent de son membre : néanmoins la douleur, et l'impuissance n'ont diminué que depuis six semaines : à cette époque, étant à âne, elle tomba en passant par dessus la tête de l'animal; tout son poids portant sur la jambe malade : aussitôt, elle éprouva une sensation, comme un déchirement, comme si quelque chose dans l'articulation venait de céder. En même temps, elle éprouva une douleur très aiguë qui, cependant, ne dura que peu de temps. On la remit à âne, et elle put encore faire une course d'environ une lieue. A sa grande surprise, la douleur qu'elle avait éprouvée jusque là avait entièrement disparu ; et n'est jamais revenue depuis. Elle monte et descend les escaliers sans la moindre difficulté, sans douleur; elle peut faire à pied de longues courses, et, en un mot, se sert d'une jambe aussi librement que de l'autre ; la santé générale s'améliore beaucoup, quoiqu'elle soit encore très faible. Il n'y a pas eu d'attaque d'hystérie depuis l'accident ; en un mot, la guérison est complète. »

Néanmoins, elle ne fut pas permanente. Trois mois plus tard, la maladie revint avec les mêmes symptômes qu'auparavant. De plus, cette fois-ci, il y avait coïncidence de symptômes hystériques bien marqués. A cette époque, elle voyageait et, depuis, je n'ai plus eu de ses nouvelles. (*A suivre.*)

HÔPITAUX DE LYON. *Concours pour une place de médecin.* — Nous apprenons avec plaisir que notre ami et distingué collaborateur J. RENAUT vient, après un très brillant concours, d'être nommé médecin des hôpitaux de Lyon. Nous applaudissons de tout cœur à ce nouveau succès de notre ami, qui ne surprendra aucun de ceux qui l'ont connu soit interne, soit chef de clinique de la Charité. Le corps médical des hôpitaux de Lyon vient de faire une vaillante recrue dans la personne de ce jeune et distingué professeur de la nouvelle Faculté.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le 22 juin 1880. — Ordre du jour : Suite de la discussion sur le *no-restraint*. — De la recherche de l'albumine dans les urines des épileptiques, par M. Mabille. — Rapports de candidatures.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous venons de recevoir les premiers numéros du journal le *Réveil médical*, publié sous la direction de M. E. Labbée, et paraissant tous les samedis. Bureaux, 59 bis, rue Pigalle.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'ostéophonie.

Dans une intéressante communication qu'il a faite à la Société médicale de Philadelphie, le docteur Ch. Hermon Thomas a fait connaître les résultats de ses recherches sur « l'audition par l'intermédiaire des dents et des os crâniens ». Ses recherches ont eu pour double but : d'abord de constater et d'éclaircir un point de physiologie que l'auteur croit peu connu ; ensuite, d'utiliser les données ainsi obtenues pour la construction d'appareils de transmission du son, à l'usage des sourds.

Nous suivrons d'abord l'auteur sur le terrain de la physiologie.

Il part de ce fait, dont, à son avis, on a jusqu'ici tenu trop peu de compte, que des vibrations appréciables, produites par celles de la voix et leur correspondant exactement, se propagent dans la voûte palatine et la base du crâne chez un sujet parlant sur le ton ordinaire. Ces vibrations se transmettraient avec plus ou moins de force suivant les régions, dont quelques-unes, comme le front, les dents de la mâchoire supérieure, et le sommet de la tête, seraient particulièrement vibratoires : un observateur peut percevoir ces vibrations en appliquant la main sur l'un des points que nous venons d'indiquer, pendant que le sujet observé parle.

L'existence de ces vibrations explique un fait que l'auteur a vérifié minutieusement ; c'est que, dans certains cas de surdité extrême, le malade entend sa propre voix d'une façon très nette et très distincte, alors même qu'il parle à voix assez basse, alors surtout qu'il serait dans l'impossibilité de percevoir des sons analogues si ceux-ci se produisaient tout près de son oreille. Il semble donc évident que, chez les sourds, l'auto-audition ait pour agent principal la vibration des os du crâne ; ce que l'on pouvait d'ailleurs prévoir *a priori* par la simple considération des rapports anatomiques du larynx et de la voûte du pharynx, avec la portion du temporal qui contient l'oreille interne.

Ces données établies, M. Hermon Thomas s'est appliqué à rechercher les résultats pratiques qu'elles pouvaient fournir, et, après divers essais, il a fait construire deux appareils, qu'il a présentés à la Société médicale de Philadelphie et auxquels il a donné les noms d'*audiphone* et de *dentaphone*, noms mal faits, peu explicatifs, mais sur lesquels nous aurions mauvaise grâce à chicaner l'auteur, puisque lui-même a jugé sa terminologie défectueuse et a proposé de désigner l'ensemble de ces appareils sous le nom générique d'*ostéophones*.

Nous empruntons à M. Hermon Thomas, lui-même, la description sommaire de ses deux appareils : « L'*audiphone* ressemble, par sa forme, à un éventail japonais et est fait en caoutchouc vulcanisé : lorsqu'on s'en sert, il est légèrement incurvé par des fils tendus qui relient le manche au bord supérieur; ce bord doit être mis en contact avec la canine de l'auditeur, tandis que la surface convexe est tournée vers la source du son. — Le *dentaphone* est construit sur le même modèle qu'une embouchure de téléphone, dont le diaphragme serait percé à son centre pour donner attache à un fil ; ce fil met le diaphragme en rapport avec une sorte de bec que l'auditeur tient entre les dents ; celui-ci tient l'appareil de réception, de telle sorte que son

ouverture soit tournée dans la direction et à proximité de la personne qui parle, et il a soin que le fil soit toujours tendu. »

On voit que ces appareils sont construits d'après le principe de la transmission des vibrations produites par la voix au travers des dents et des os du crâne : cette transmission est directe dans l'audiphone, tandis que, dans le dentaphone, elle est indirecte et se fait par l'intermédiaire du fil conducteur. La distance à laquelle l'instrument peut être utilement employé est réglée par l'étendue de la surface de réception du son : ainsi, quand on emploie le dentaphone, les sons émis près de l'embouchure sont seuls perçus ; l'audiphone, au contraire, peut colliger les sons émis à une certaine distance.

M. Hermon Thomas n'a pas — et ne voudrait point qu'on lui attribuât — la prétention de rétablir l'audition normale à l'aide de ses appareils, et il reconnaît, au contraire, que les procédés ostéophoniques ne restituent qu'une très faible partie de cette audition ; aussi, beaucoup de personnes incomplétement sourdes ont-elles éprouvé et éprouveront-elles encore quelque déception, en voyant combien peu ces appareils remédient chez elles à l'imperfection de la fonction auditive. Il en sera tout autrement de ceux qui, atteints de surdité complète, n'entendent rien, et auxquels une perception, même faible, des sons, devient singulièrement précieuse : le gain pour eux se solde par l'écart de rien à quelque chose.

Les sourds qui sont incapables d'entendre normalement le son de leur propre voix ne retirent aucun avantage de l'emploi de l'ostéophone. Aussi, l'auteur prévoit-il l'insuccès complet des expériences qui seront faites chez les sourds-muets.

Les appareils ostéophoniques ne sont pas exempts d'inconvénients ; ils sont disgracieux, ils masquent en partie le visage de celui qui les emploie ; enfin ils occupent l'une des mains du malade pour les maintenir en place : M. Hermon Thomas a déployé beaucoup d'ingéniosité pour diminuer ces inconvénients, mais il n'y a pas complétement réussi.

Il signale en terminant les avantages que l'on peut trouver dans l'emploi d'un ostéophone puissant et simple, une tige de bois dur, dont une des extrémités touche les dents de celui qui parle, tandis que l'autre est placé contre ou entre les dents de celui qui écoute.

Il faut assurément louer M. Hermon Thomas des efforts qu'il a faits pour venir au secours de ceux qui, suivant sa pittoresque expression, vivent dans les « ténèbres acoustiques » ; mais il est permis de ne pas partager, du moins actuellement, toutes les espérances qu'il fonde sur sa méthode. Des tentatives analogues ont été faites autrefois par Kircher, par Porrisen (1757), par Winckler, et la plus heureuse d'entre elles, due à Itard, est presque tombée dans l'oubli (1). Tant que les appareils que nous avons décrits n'auront pas subi d'importants perfectionnements, tant qu'ils ne réuniront pas, aux conditions actuelles de pure transmission par la voie osseuse, les avantages indispensables d'un renforcement des sons (renforcement qui aura besoin d'être fort sagement gradué pour ne pas devenir très fatigant, et, à la longue, douloureux), ils ne seront réellement utiles qu'à ce petit nombre de sourds parfaits, pour qui la plus minime perception d'un son, autre que celui de leur propre voix, prend à la fois tout le caractère et toute l'importance d'une réelle conquête sur leur infirmité.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

(1) Ménière. — *Des moyens thérapeutiques employés d les maladies de l'oreille.* Th. de Paris, 1868.

Transport des malades contagieux dans les hôpitaux.

Dans un article publié dans le *Progrès médical* du 6 mars 1880, nous avons appelé l'attention de l'Administration sur le mode défectueux employé pour transporter les malades contagieux dans les hôpitaux. Brancards, en quantité insuffisante, servant indistinctement aux malades de toutes les catégories ; désinfection incomplète de ces brancards après le transport d'un malade contagieux ; danger de laisser ce transport s'effectuer au moyen des voitures de places, qui, ne subissant jamais de désinfection, devenaient un agent actif de contagion ; tels étaient, en substance, les inconvénients que nous signalions et auxquels nous demandions de remédier le plus promptement possible.

Nous sommes heureux de constater qu'un pas va se faire bientôt dans la voie de ces réformes, si souvent réclamées par les hygiénistes, et que, Paris, à l'exemple de nombreuses villes de Belgique, d'Angleterre et d'Italie, va posséder des voitures spéciales pour le transport des malades atteints d'affections contagieuses. M. le préfet de police a, en effet, saisi le Conseil d'hygiène et de salubrité d'un projet de création de voitures spéciales de transport, construites sur le modèle de celles qui sont employées par la municipalité de Bruxelles, et de lui demander un rapport sur la valeur hygiénique de ces voitures et sur les avantages qu'il y aurait à les voir employer à Paris.

Ce projet consisterait à faire construire, provisoirement, trois voitures qui seraient placées, l'une à la mairie du 13e arrondissement ; la seconde à la mairie du 18e arrondissement ; la troisième à la préfecture de police. Ces voitures n'auraient pas d'attelage spécial ; elles seraient remisées dans un local voisin d'une station de voitures et, lorsqu'il s'agirait de transporter un malade, on y attellerait le cheval d'une voiture de place dont le cocher serait requis d'opérer le transport à l'hôpital, moyennant un prix convenu. Ces voitures seraient réquisitionnées par le commissaire de police du quartier ou par un gardien de la paix, sur le vu d'un ordre de transport à l'hôpital émanant d'un médecin du Bureau de bienfaisance ou du médecin traitant, et énonçant que le malade à transporter est atteint d'une maladie contagieuse.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité a été d'avis d'adopter ce projet, et son rapporteur, M. A. Voisin, a déposé des conclusions, par lesquelles il propose :

1° Que l'essai de trois voitures semblables à celles employées à Bruxelles, soit réalisé dans Paris, et dans les conditions indiquées par M. le Préfet ;

2° Que, *en attendant la construction d'étuves*, l'intérieur de chaque voiture soit désinfecté, après chaque transport de malade, au moyen d'un lavage à l'éponge avec de l'eau phéniquée au 4/100e, par les soins de M. l'officier de paix de l'arrondissement ;

3° Que la voiture soit soumise à la surveillance de M. l'officier de paix de l'arrondissement ;

4° Que la direction de ce service soit placée dans les attributions du Directeur médecin des secours publics ;

5° Et, enfin, que les voitures soient chauffées, pendant la saison froide, par exemple au moyen d'une chaufferette semblable à celles que l'on trouve dans

les voitures de place. Au besoin, on pourrait employer celle de la voiture dont le cocher a été requis.

Le rapport de M. Voisin a été adopté dans la séance du 11 juin.

Les quatre premières conclusions de ce rapport nous semblent en partie justifiées ; on pourrait, avec raison, trouver insuffisante la désinfection par l'acide phénique, mais ce procédé de désinfection ne devant être que transitoire, puisque l'on nous fait espérer l'installation d'appareils à air chaud, nous n'insisterons pas. Nous aurions également mauvaise grâce à discuter la quatrième conclusion, le directeur-médecin des secours publics auquel le rapporteur propose d'attribuer la direction du nouveau service se trouvant, le hasard n'en fait jamais d'autres, être le rapporteur lui-même. Mais, il n'en est plus de même pour la cinquième conclusion, qui nous semble justifiable de certaines critiques. M. Voisin conseille, en effet, de chauffer les voitures de transport au moyen de chaufferettes semblables à celles des voitures de place, ou, au besoin, d'employer celle de la voiture dont le cocher est requis. Or, il y a quelques mois, M. Galippe a appelé l'attention de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (séance du 28 janvier 1880) sur certains inconvénients — on pourrait dire dangers —, que présente l'emploi des chaufferettes pour chauffer les voitures de place. A l'heure actuelle, l'ancien chauffage au moyen de boules d'eau chaude a été généralement abandonné, et les cochers emploient une chaufferette dans laquelle brûle une brique de charbon de Paris. M. Galippe, à la communication duquel nous renvoyons pour plus de détails, a montré que le mode adopté pour fournir à ces chaufferettes l'air nécessaire à la combustion du charbon, était défectueux, et que dans les voitures où elles fonctionnaient, il se faisait un dégagement continuel d'acide carbonique et d'oxyde de carbone. Il serait donc dangereux d'employer au chauffage de voitures destinées à transporter des malades déjà affaiblis, un procédé qni a pu déterminer des malaises assez sérieux, chez des personnes valides et bien portantes.

Il y aurait lieu, à notre avis, si l'on renonce à l'emploi des boules d'eau chaude, qui offre cependant le plus de commodité, d'adapter aux voitures de transport, un système spécial de chaufferettes, installées dans le plancher de la voiture, et ayant au dehors leur prise d'air et leur orifice de dégagement des produits de combustion.

L'Administration, rompant pour une fois avec les anciennes traditions, semble, ce dont nous ne pouvons que la féliciter, vouloir réaliser assez promptement ce nouveau projet. M. le Secrétaire général de la préfecture, a, en effet, déposé au Conseil municipal de Paris, à la séance du 17 juin, une demande de crédits pour la création d'un service de voitures de transport pour les malades contagieux (1). Après une courte discussion, à laquelle ont pris part : MM. Quentin, Lafont et Bourneville, cette demande a été renvoyée à la 7e Commission. Nous sommes certain d'avance que le rapport de la Commission concluera à ce que le crédit soit voté, le Conseil élu de Paris étant toujours prêt à adopter et à provoquer les réformes qui peuvent être utiles à la population.

A. B.

(1) La demande de crédits pour cette création s'élève au chiffre de 8,000 fr. ; savoir : Trois voitures (après adjudication) à environ 2,000 fr. l'une (6,000 fr.). — Salaires aux cochers, à raison de 5 fr. par course et sur le pied de 300 transports par an, 1,500 fr. — Assurance des voitures contre les accidents, nettoyage, chauffage, éclairage, menus frais, 500 fr. Total : 8,000 fr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 juin 1880. — Présidence de M. P. Bert.

M. Brown-Sequard fait une communication relative aux phénomènes d'excitation et d'arrêt que l'on produit expérimentalement, chez les animaux, après la *section du bulbe.*

Phénomènes nerveux liés aux maladies de l'estomac. — M. Leven rappelle que les maladies de l'estomac déterminent souvent des phénomènes nerveux, au sujet desquels le médecin est exposé à commettre des erreurs de diagnostic. Ces phénomènes, qui siégent toujours à gauche, relèvent soit de la moelle, soit du cerveau. Parmi ceux qui sont placés sous la dépendance de la moelle, il faut citer des névralgies à forme variable, des hyperesthésies des muscles et des articulations, qui simulent un véritable rhumatisme musculaire. Une maladie chronique de l'estomac se complique aussi, souvent, d'hypochondrie. A ce sujet, M. Leven fait remarquer que l'hypochondrie ne constitue pas une névrose du ressort des aliénistes. Jamais, en effet, un hypochondriaque ne cherche à se suicider. Lorsque la maladie de l'estomac est la cause de ces différents troubles, le retour de l'estomac à l'état normal entraîne la disparition de tous les phénomènes nerveux. M. Leven conclut, en disant, que beaucoup d'individus, dits *névropathes,* sont tout simplement malades de l'estomac.

M. Brown-Sequard répond à M. Leven que, par contre, il y a des troubles de l'estomac consécutifs aux névroses, à l'hystérie par exemple.

M. Henneguy développe une note sur la *formation du germe* chez les poissons osseux.

Températures cérébrales. — A l'une des dernières séances, M. Franck signalait la différence de température qui existe entre la couche superficielle et les couches profondes du cerveau. Il veut rechercher, aujourd'hui, si les changements de température dans la profondeur de l'encéphale peuvent se traduire par des changements appréciables dans les points correspondants de la surface du crâne, en d'autres termes, si la thermométrie crânienne peut servir utilement au diagnostic des affections cérébrales localisées.

Pour résoudre la question, M. Franck s'est placé au point de vue de la physique pure : il a étudié la conductibilité calorifique des diverses parties qui enveloppent le cerveau, de la peau et de la paroi crânienne, abstraction faite de la dure-mère. Les expériences ont été faites, d'abord, sur des os et de la peau à l'état sec, puis sur les os et la peau d'un animal venant d'être sacrifié. Voici les principaux résultats obtenus à l'aide d'un appareil spécial imaginé par M. Franck :

Une couche d'os sec de 3 millimètres d'épaisseur, placée à la surface d'une caisse en cuivre rouge, ne permet pas à une élévation de température de 1 degré de se traduire à l'extérieur. Il faut élever d'au moins 3 degrés la température de la caisse, pour que le thermomètre appliqué sur l'os accuse une élévation de 1 dixième de degré. La peau oppose une résistance presque égale à celle de l'os. De même, sur un animal qui vient d'être sacrifié, l'échauffement de la profondeur du cerveau ne se transmet pas ou se transmet mal à la surface du crâne.

En résumé, d'après M. Franck, pour que les différences de température de la couche profonde de l'encéphale se traduisent à l'extérieur, d'une manière appréciable, il faut au moins une élévation de 3 degrés. Les tentatives de localisations cérébrales, par les températures superficielles du crâne, ne doivent donc être admises qu'avec une grande réserve.

Quant à la couche cérébrale elle-même, M. Franck a constaté qu'elle conduit très bien la chaleur. C'est pourquoi, si un point de l'encéphale vient à s'échauffer par suite d'une lésion, les parties voisines s'échauffent aussi. De là, cette conclusion naturelle que le casier thermométrique du crâne, dressé récemment par M. Amidon pour le diagnostic des

affections cérébrales, n'offre encore qu'une valeur incertaine.

M. P. Bert déclare qu'il n'est nullement surpris des résultats précédents. Pour sa part, il reste convaincu qu'il n'y a pas grand'chose à tirer de la thermométrie locale du crâne, pour les localisations cérébrales.

M. d'Arsonval fait observer, à son tour, que la température prise à la surface du crâne représente la température de la circulation extérieure, et non la température de la circulation intra-cérébrale.

Présentation de pièce. — M. Geffrier montre un bulbe rachidien, provenant d'une malade de 24 ans, morte avec une sclérose en plaques, dans le service de M. le professeur Ball, à l'hôpital Laënnec. Outre les plaques de sclérose, ce bulbe présente une anomalie remarquable : Un gros faisceau de fibres nerveuses se détache de la pyramide antérieure gauche, se porte au-dessous de l'olive du même côté, encadre son extrémité inférieure, puis remonte, en haut et en dehors, pour se joindre au faisceau restiforme avec lequel il semble se continuer, pour se terminer dans le lobe gauche du cervelet.

On peut se demander s'il ne s'agit là que d'un faisceau de fibres arciformes externes, d'un volume tout à fait insolite, ou si ce faisceau ne contiendrait pas des fibres propres des pyramides, formant commissure entre les parties supérieures de l'encéphale et le cervelet. Ce faisceau anormal pourrait être rapproché de celui, beaucoup plus fréquent, qui unit souvent un des cordons postérieurs de la moelle avec le corps rectiforme du même côté, en s'accolant au faisceau arciforme inférieur de l'olive. Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juin 1880. — Présidence de M. H. Roger.

Election d'un membre titulaire dans la section de pharmacie : sont présentés : en première ligne, M. Méhu ; en deuxième ligne, M. Beaudrimont : en troisième ligne, M. Prunier, en quatrième ligne, M. Marty. Votants : 66, majorité 34. Au premier tour de scrutin, M. Méhu obtient 58 voix, M. Beaudrimont, 5 ; M. Prunier, 1 ; bulletins blancs, 2 En conséquence, M. Méhu, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie dans la section de pharmacie. — Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Gellé fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Etude expérimentale sur la trompe d'Eustache.*

M. Lagneau lit un rapport sur le travail de M. Costa, ce travail est relatif au *recrutement dans le département du Nord.*

M. Lagneau lit un deuxième rapport sur un travail de M. Marcey, ayant pour titre : *Des causes de décès dans le département de Seine-et-Marne.* A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 21 novembre. — Présidence de M. Charcot.

24. Fibrome utérin. — Gangrène de la tumeur. — Elimination lente. — Septicémie. — Péritonite ; par E. Labat, interne des hôpitaux.

Commaille Annette, 47 ans, couturière. Entrée le 18 octobre 1879, dans le service de M. Le Dentu, à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 62. C'est une femme bien constituée, issue d'une famille de gens vigoureux. Elle a eu trois enfants, tous vivants et bien portants. Elle a fait une fausse couche il y a 17 ans : depuis cette époque, elle a toujours souffert du ventre. Il y a dix ans, fièvre typhoïde dont elle se releva très bien. Elle aurait eu, il y a 5 ou 6 ans, des hématuries. Quoi qu'il en soit, « *bien qu'elle se plaignît toujours un peu du ventre* », sa santé était relativement satisfaisante.

Les troubles sérieux ne remontent qu'à 5 ou 6 mois : depuis cette époque, son ventre a augmenté de volume, les douleurs sont plus vives ; enfin, elle perd du sang presque continuellement.

A son arrivée dans le service, on constate tous les signes d'une anémie profonde : affaiblissement général, facies décoloré, palpitations, souffle dans les vaisseaux du cou. La malade perd du sang en abondance. Le col utérin est fermé, non ulcéré. L'utérus est très gros : il remonte à cinq ou six travers de doigt au-dessus du pubis. Il est assez régulièrement développé. Néanmoins, le diagnostic de fibrome utérin est porté. La malade est mise au repos et soumise à un régime tonique et légèrement excitant.

Elle était dans le service depuis environ vingt jours, lorsque, le 9 novembre, les douleurs redoublent d'intensité, reviennent par intervalles, et prennent un *caractère expulsif*, auquel la malade ne se trompe pas et qu'elle prend soin de nous indiquer.

Le lendemain, 10 novembre, à la visite du matin, la malade nous dit « qu'elle rend quelque chose par la matrice ». M. Le Dentu l'examine, et trouve une masse volumineuse qui fait saillie à la vulve et qui répand une odeur gangréneuse infecte, qu'on pouvait déjà constater autour du lit, avant de découvrir la malade. Cette masse est molle, dépressible, d'un gris brunâtre, avec des points clairs et des lignes plus sombres : du reste, la meilleure idée que nous puissions donner de son aspect, de sa couleur et de sa consistance, c'est de la comparer à un placenta, mais à un placenta déjà vieux et macéré. Cette ressemblance est si grande que l'idée d'une rétention placentaire se présente immédiatement à l'esprit de M. Le Dentu et de plusieurs assistants. A travers le col qui s'est entr'ouvert pour la laisser passer, la masse se prolonge profondément dans la cavité utérine.

Après quelques tractions très modérées et sans résultat, M. Le Dentu *résèque le plus possible de la portion expulsée hors de l'utérus.* Les parties ainsi réséquées pèsent environ une livre. Des injections vaginales avec une solution phéniquée au quarantième sont faites trois fois dans la journée. T. matrice 38° ; soir 38°,9.

11 *novembre.* Une nouvelle masse moins volumineuse que celle de la veille, mais semblable comme aspect, comme couleur et comme odeur fait saillie à la vulve. On en coupe le plus possible. Injections vaginales antiseptiques ; sulfate de quinine 0,75. T. matin 37°,2 ; soir 38°,5.

12 *novembre.* Quelques lambeaux sont encore sectionnés. Injections vaginales antiseptiques ; sulfate de quinine 0,75. T. matin 38°,2 ; soir 37°,6.

13 *novembre.* On enlève des débris pour la dernière fois. On sent encore quelque chose de mou dans le col qui est entr'ouvert, sans qu'on puisse déterminer le point d'implantation de la partie que l'on sent. Le corps de l'utérus est incliné en arrière et un peu à gauche. Les culs-de-sacs sont libres. Sulfate de quinine.

14 *novembre.* Dans la nuit, la malade a un frisson violent qui dure plusieurs heures. Le matin nous la trouvons sans fièvre, le thermomètre marque 37° ; mais le soir il accuse 39°,4.

15 *novembre.* Frissons irréguliers dans la journée ; abattement général, facies fatigué ; quelques nausées, vives douleurs dans le ventre. T. matin 38° ; soir 39°.

16 *novembre.* Même état général d'accablement : un frisson dans la journée. Ventre très douloureux : 8 sangsues sont appliquées sur l'abdomen. T. matin 38°,2 ; soir 39°,4.

17 *novembre.* Nouveau frisson. On sent un empâtement douloureux dans le cul-de-sac gauche. Potion phéniquée ; le sulfate de quinine est repris à la dose de 0 gr. 75. T. matin 39° ; soir 40°,6.

18 *novembre.* La malade ne peut supporter la potion phéniquée ; 8 ou 10 vomissements porracés ; 2 frissons intenses avec claquement de dents. Sulfate de quinine. T. matin 38° ; soir 40°,2.

19 *novembre.* Ventre toujours très douloureux et légèrement ballonné ; nombreux vomissements ; facies grippé ; pouls petit, irrégulier ; 2 frissons dans la nuit. Sulfate de quinine ; vésicatoire ammoniacal sur le ventre. T. matin 39° ; soir 40°.

Mort dans la matinée du 20 novembre.

Autopsie 24 *heures après la mort.* — L'incision de la paroi abdominale à peine faite, une notable quantité d'un liquide purulent, jaunâtre, s'échappe de la fosse iliaque droite. La

*

masse intestinale mise à nu, on remarque que les anses du tube digestif sont agglutinées par des fausses membranes légères et friables en haut, épaisses, résistantes, plus nombreuses vers le petit bassin qui paraît rempli de pus. En effet, tous les organes intra-pelviens baignent dans un pus de couleur jaune : Au milieu, on aperçoit l'utérus recouvert de tractus d'un blanc jaunâtre, qui, à gauche, se relient avec le paquet intestinal. Au niveau du point où la trompe droite pénètre dans le tissu utérin, on voit un abcès, du volume d'une noix, creusé dans la paroi de la matrice et ouvert dans le péritoine. La trompe droite est remplie de pus. Rien dans la gauche ni dans les ligaments larges. L'orifice externe du col est ouvert et, avec le doigt, on peut pénétrer dans le canal cervical jusqu'à l'orifice interne qui est fermé.

L'utérus mesure 14 centimètres de hauteur et 12 centimètres et demi de largeur maximum.

Une coupe pratiquée dans le sens de la longueur sur la face antérieure de l'organe, met à découvert la cavité utérine. Elle est remplie d'une masse putrilagineuse, fétide, ressemblant exactement aux produits expulsés. Cette masse adhère par des tractus assez lâches à toute la face antérieure de la cavité, empiétant même sur les bords latéraux et sur la face postérieure. La hauteur de cette insertion sur la paroi antérieure est d'environ 6 centimètres. Toute la surface utérine d'insertion est molle, d'un gris sombre, putrilagineuse ; partout ailleurs la muqueuse est fortement congestionnée et ramollie.

Les parois de l'organe sont très résistantes au doigt et épaisses d'environ 2 centimètres. Ces parois n'étaient pas complètement revenues sur la masse molle qu'elles contenaient encore ; la cavité utérine existe réellement et pourrait loger une pomme de moyenne grosseur. A la coupe, le tissu utérin a son aspect normal.

Toutes les parties éliminées pendant la vie de la malade avaient été recueillies avec soin et confiées à notre excellent ami et collègue Mayor, qui a bien voulu les examiner au microscope; elles présentaient tous les caractères histologiques du tissu du fibrome utérin.

Trois points nous paraissent devoir être relevés dans cette observation : 1° la large implantation de la tumeur, ce qui rendait une énucléation rapide impossible ; 2° l'élimination lente de la masse morbide par un travail de gangrène amenant une grande abondance de produits septiques dans l'utérus ; 3° la possibilité de conjurer les accidents, dans des cas analogues, en attaquant directement le foyer gangréneux par des injections utérines antiseptiques.

25. Hypertrophie de la lèvre postérieure du col de la vessie (valvule de Mercier) ; par E. Monod, interne des hôpitaux.

Alicot Jules, âgé de 60 ans, entré pour la première fois à l'hôpital le 31 mai 1879. Cet homme a toujours joui d'une bonne santé : il a eu une blennorrhagie à l'âge de 22 ans. Il y a un an environ il a commencé à éprouver des troubles de la miction, il urinait péniblement et au prix d'efforts répétés ; il lui arrivait par moments de n'uriner que goutte à goutte. Depuis deux mois, il ressent de la pesanteur au périnée avec irradations douloureuses dans les bourses. La fatigue augmentait notamment ces sensations ainsi que la difficulté de la miction. Les envies d'uriner devenaient de plus en plus fréquentes, surtout la nuit, il se décidait à cesser son travail qui l'obligeait à se tenir debout toute la journée. A ce moment, il était obligé de prendre la position accroupie pour satisfaire le besoin d'uriner. En même temps, il commençait à s'apercevoir que l'hypogastre était distendu par une tumeur qui diminuait un peu, mais était loin de disparaître après chaque miction. Depuis deux ou trois jours, il ne pisse que quelques gouttes d'urine à la fois et la tumeur hypogastrique a notablement augmenté de volume. Il entre alors dans le service (salle Saint-Vincent n° 12). Le bas-ventre est soulevé par une tumeur régulière rénitente remontant à *deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic* et formée manifestement par la vessie distendue. Le toucher rectal fait également constater une forte saillie du bas-fond vésical. La prostate ne paraît pas augmentée de volume. M. Guyon sonde le malade avec une sonde béquille n° 16. Le canal est libre. Il retire deux litres d'urine et en laisse à dessein une quantité au moins égale dans la vessie. Le soir, on retire par le cathétérisme un litre et demi de liquide. Les jours suivants, le malade est sondé trois fois dans les vingt-quatre heures. La quantité totale des urines dans les vingt-quatre heures, qui était de cinq litres le premier jour, tombe à quatre pendant les cinq jours suivants et oscille, à partir de ce moment, entre deux ou trois litres.

22 *juin*. Le malade, qui ne peut uriner sans sa sonde et qui a appris à l'introduire lui-même éprouve quelque difficulté dans cette opération et fait saigner son canal. Le lendemain, l'externe du service, qui sondait quotidiennement le malade, échoue dans ses tentatives de cathétérisme. M. Guyon réussit à introduire une sonde à l'aide d'un mandrin à grande courbure et la laisse à demeure. Deux heures après l'introduction de la sonde, le malade est pris d'un frisson, la température, qui, depuis son entrée, n'avait pas dépassé 37°, s'élève à 38°,8, puis descend à 38°,4, le soir; et à 36°,7, le lendemain matin (23 *juin*). Les urines, claires au commencement de l'émission, deviennent purulentes à la fin. Nouvelle ascension de la température le 26 et le 27 au matin (38°,4), suivie d'une chute le soir (36°,2). Le 28 *juin* pendant la visite du matin, le malade est saisi de nouveaux frissons ; le thermomètre marque 39°,8, la face est grippée ; il y a des sueurs froides sur tout le corps. On retire la sonde. Il s'écoule un peu de pus par le méat. Le 29, température matin 39°,5, soir 40°. Diarrhée. Les traits s'altèrent de plus en plus. Il n'y a pas de douleur rénale à la pression.

Le 30 *juin*, le thermomètre marque 39°,2, le soir 39°,4. Le genou droit est le siège d'un épanchement assez abondant ; il existe de la rougeur tout autour de l'articulation. On constate également l'apparition d'un empâtement phlegmoneux occupant la face dorsale de la main gauche. Mort le 1er *juillet*.

Autopsie. — *Vessie*. — Enormément distendue, les parois, notablement épaissies, sont flasques et molles. La surface interne offre une coloration blanchâtre uniforme. Cette surface présente des saillies, sous formes de colonnes à directions transversales, pour la plupart séparées par des dépressions correspondantes; les saillies transversales sont surtout accusées immédiatement en arrière du col. Toutes les parties de la face interne qui correspondent aux saillies que nous venons de mentionner sont recouvertes de petites végétations polypiformes, qui ont un aspect blanchâtre comme le reste de la muqueuse; elles ne dépassent pas le volume d'une grosse tête d'épingle, elles sont molles, se confondent par leur base pédiculée avec la muqueuse sur laquelle elles s'implantent et dont elles paraissent dépendre. Les granulations sont surtout confluentes immédiatement en arrière de la lèvre postérieure du col dans l'excavation qui existe à ce niveau et sur cette lèvre elle-même.

Col de la vessie.— La lèvre postérieure du col offre une saillie transversale très notable, formant une véritable cloison entre la cavité vésicale et la cavité prostatique. — Cette saillie est formée par la muqueuse soulevée par une bride musculaire épaisse, qu'on peut sentir aisément en saisissant la valvule entre le pouce et l'index. En avant de la saillie précédente, la muqueuse de la région prostatique est fortement tendue, à la manière d'un véritable peau de tambour. Cette portion de la muqueuse est partagée en deux moitiés symétriques par une saillie médiane longitudinale (frein du verumontanum). La moitié droite est lisse, tendue comme nous venons de le décrire ; la moitié gauche est le siége d'une perforation évidemment occasionnée par la sonde, la muqueuse, en ce point, présente l'aspect d'une valve, sous laquelle on engage aisément l'extrémité d'une sonde, et qui recouvre une petite cavité en cul-de-sac fermée en arrière par la lèvre postérieure du col hypertrophié. En avant de cette ouverture on en voit une seconde immédiatement à gauche du verumontanum qui laisse pénétrer une petite sonde à une profondeur de deux centimètres dans le lobe gauche de la prostate. La *prostate* n'est pas augmentée de volume. Les uretères sont dilatées et leurs parois épaissies. Les calices et les bassinets sont également dilatés. Le tissu rénal est blanchâtre, décoloré. On ne trouve pas d'autres abcès métastatiques que les deux collections signalées au genou et à l'avant-bras.

26. Hypertrophie de la prostate. — Saillie énorme du lobe moyen. — Fausse route très profonde à la base de ce lobe. — Essais infructueux de cathétérisme. — Mort après six ponctions de la vessie; par E. MONOD, interne des hôpitaux.

Herblot Louis, serrurier, âgé de cinquante-six ans est amené à l'hôpital Necker, le 4 juin 1879. Les premiers troubles de la miction remontent au commencement de l'année seulement. Ils consistaient dans une difficulté pour uriner, qui est devenue de plus en plus grande depuis le mois de mars. — Dans le courant du mois de mai, les urines furent fortement colorées en rouge pendant une huitaine de jours Du reste, le malade n'éprouvait pas d'autre malaise que des envies d'uriner de plus en plus fréquentes, et des efforts croissants pour satisfaire ce besoin. Depuis une quinzaine de jours, il urine toutes les dix minutes ; chaque fois, il est obligé de pousser si fortement qu'il lui est arrivé de rendre des matières fécales sans pouvoir donner issue à l'urine. — Le 2 juin, le malade n'urine plus que par regorgement, il se décide *pour la première fois* à abandonner son travail et à consulter un médecin qui essaye vainement de le sonder. Plusieurs tentatives de cathétérisme furent faites par des confrères et restèrent également infructueuses. Le canal saigne abondamment à la suite de ces manœuvres. — Le 3 juin on lui fait la ponction de la vessie. Le 4, il est amené à l'hôpital. La vessie remonte à l'ombilic, le malade accuse de vives souffrances. Le toucher rectal fait constater une saillie considérable de la prostate. Plusieurs tentatives de cathétérisme avec des sondes à grande courbure et avec le mandrin coudé et bi-coudé échouent. — Deuxième ponction hypogastrique, avec l'aspirateur Potain, on retire (un litre et demi). T. A. 37°,4. — Le 5, nouvelles tentatives de cathétérisme ; on ne peut pénétrer dans la vessie, même avec les plus grandes courbures. Le canal saigne abondamment.— Langue sèche; agitations; T. 38°; quatrième ponction à six heures du soir. Agitation croissante; subdelirium continu, T. 38°. Le soir, cinquième ponction (un litre et demi).—Minuit, sixième ponction (un litre et demi), très grande agitation. — 6 *Juin*, M. Guyon fait une nouvelle tentative de cathétérisme qui reste infructueuse comme les précédentes. Langue sèche et dure comme un morceau de bois. Peau sèche, état demi-comateux; pouls 140; T. A. 39°,2. Septième et dernière ponction. A onze heures gros râle trachéal. — Mort à midi.

AUTOPSIE. — *Vessie* distendue, parois molles, flasques, amincies par places, surface interne lisse, sillonnée par des marbrures bleuâtres. — *Prostate*, énormément hypertrophiée ; saillie considérable du lobe moyen s'élevant à la manière d'un monticule arrondi entre la cavité vésicale et la cavité prostatique. Le sommet de cette saillie, qui ne mesure pas moins de quatre centimètres en hauteur, se recourbe légèrement en avant et rappelle assez exactement, suivant une comparaison déjà faite, un croupion de poulet. — Entre cette saillie et les deux lobes latéraux également hypertrophiés et formant deux masses convexes allongées obliquement d'avant en arrière, existent deux gouttières, ou rigoles profondes partant de la cavité prostatique profondément excavée et se dirigeant presque verticalement en haut.— A la base de la saillie moyenne, du côté gauche, existe une fente verticale de un centimètre et demi de hauteur, qui conduit dans un véritable tunnel horizontal d'une profondeur de deux centimètres et demi, creusé dans l'épaisseur de la saillie précédemment décrite. Une sonde cannelée introduite dans cette fausse route arrive presque au contact de la muqueuse vésicale. Il s'écoule du sang par cet orifice plus de huit jours après l'autopsie. Il existe une deuxième fausse route sur la paroi inférieure, du côté droit, immédiatement en avant de la région prostatique.

Dimensions de la prostate :

Largeur ou diamètre transversal huit centimètres.

Longueur de la face rectale { au niveau des lobes latéraux, 5 cent. 5 mm. du niveau du sillon intermédiaire, 4 cent. 3 mm.

Hauteur (de la face rectale au sommet du lobe moyen) cinq centimètres quatre millimètres.

27. Note sur l'anatomie pathologique de l'hydrocèle simple; par le Dr TERRILLON, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter une pièce anatomique trouvée sur un cadavre à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une grosse hydrocèle très transparente, et qui présente plusieurs points intéressants à étudier.

Après avoir enlevé les enveloppes du scrotum, on trouve une membrane fibreuse, épaisse, blanche, recouvrant le testicule, la tunique vaginale et le cordon. Cette membrane, qui est surtout épaisse au niveau du testicule, n'est autre chose que la membrane fibreuse commune. Lorsqu'on la fend et qu'on la dissèque en la séparant des parois sous-jacentes, ce qui est facile, on constate ce qui suit : La tunique vaginale distendue par le liquide est mince, et distincte de cette membrane périphérique. A la surface de la séreuse se trouve le canal déférent, la queue de l'épididyme amincie, le corps et la tête de l'épididyme aplatis et intacts.

Mais ce qui frappe le plus, c'est la distance qui sépare l'épididyme du bord supérieur du testicule. La tête de l'épididyme est éloignée d'au moins quatre centimètres, et le corps de deux à trois. La queue de l'épididyme est, au contraire, très adhérente au testicule.

Cette disposition anormale déjà signalée par Curling, et étudiée ensuite par Lannelongue et son élève Miramon qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, est curieuse à signaler. Elle paraît due à ce fait que le liquide qui remplit la tunique vaginale dilate ses parois, les allonge pour ainsi dire. Or, le cul de sac vaginal qui sépare l'épididyme du testicule est également augmenté, mais comme l'épididyme à ce niveau est soudé avec la tunique vaginale, celle-ci en se dilatant entraîne l'organe.

Bientôt le corps et la tête sont ainsi séparés du testicule, et celle-ci ne semble avoir des rapports avec la glande que par des tractus fibreux très minces. Il s'agirait de savoir ce que deviennent dans ce cas les canaux efférents, ce qui n'a pas encore été fait.

Je désire insister également sur ce point important comme vous l'avez vu, l'épididyme est intact, ou du moins il n'est qu'étalé, tiraillé, éloigné du testicule, mais sans présenter aucune altération. Les indurations qui l'entourent et qui le masquent ne viennent que de la tunique fibreuse épaissie, et peut-être aussi de la tunique vaginale dans quelques cas.

Cependant, après la ponction d'une hydrocèle, on sent manifestement cette induration qu'on ne manque pas de mettre sur le compte de l'épididyme. M. Panas a fait, dans les *Archives de Médecine*, un mémoire pour démontrer que toujours l'épididyme était malade, et il en conclut que l'hydrocèle est toujours symptomatique d'une épididymite, dont la cause lui échappe. Il n'a donc tenu compte que des tentatives souvent trompeuses de la clinique, mais sans citer un seul examen anatomique à l'appui.

Vous voyez que cette opinion de M. Panas est radicalement fausse pour les hydrocèles volumineuses, celles que nous traitons le plus souvent en chirurgie. Je fais mes réserves pour les hydrocèles moins volumineuses ou petites, pour lesquelles je fais des recherches actuellement. Enfin, remarquez que l'hydrocèle que je vous présente offre encore un travail intéressant. Elle semble séparée en deux parties distinctes par une bride fibreuse, qui forme une dépression, un sillon profond à sa surface. Nous avons donc affaire à une hydrocèle étranglée, détachée, ainsi que Braud en a signalé plusieurs.

Cette disposition est due, selon lui, à la présence d'une bride fibreuse qui existe normalement et est quelquefois assez épaisse à la surface de la vaginale. Quand celle-ci est distendue par du liquide, la bride inextensible forme une dépression à la surface. Les deux parties de la vaginale ainsi artificiellement constituée communiquent cependant très largement.

Cette variété d'hydrocèle est donc très différente de l'hydrocèle en bissac, dont j'ai présenté un exemple devant la Société au commencement de cette année. Dans celle-ci, la communication entre les deux poches se fait par un orifice arrondi plus ou moins large. La poche supplémentaire est due à un

diverticule normal de la vaginale qui a été distendu par le liquide.

28. Sur les altérations de l'épiderme dans les affections de la peau ou des muqueuses, qui tendent à la formation de vésicules, de pustules ou de productions pseudo-membraneuses; par H. Leloir, interne des hôpitaux.

L'histoire des altérations de l'épiderme, au point de vue de la formation des pustules, phlyctènes, vésicules, est entrée depuis quelques années dans une ère nouvelle. Les travaux de MM. Biesadecki, Auspitz et Basch, Rindfleisch, Neumann, Cornil, Vulpian, Wagner, Weigert, etc. montrèrent que c'était dans le corps de Malpighi qu'il fallait étudier le début de ces lésions. Mais, la nature précise de l'altération de l'épiderme qui préside à la formation des vésicules et pustules était encore pendante, et nombreuses étaient les opinions émises par les auteurs sur la nature de ce processus. Certains histologistes (Lüginbühl) considèrent à tort les productions vésiculeuses et pustuleuses comme dépendant de l'altération dite vésiculaire du noyau de la cellule épidermique (lésion qui, nous ne saurions trop insister sur ce fait, diffère complètement de celle que nous allons exposer, quoiqu'elle ait été souvent confondue avec elle). D'autres auteurs expliquent les formations d'aspect réticulaire, les cavités qui se font dans le corps de Malpighi, par des altérations extra-cellulaires ; les uns par une sorte de tassement, d'aplatissement des cellules épithéliales dissociées par les liquides venant des papilles dermiques (Rindfleisch, Biesadecki, etc.); les autres, par la fonte purulente d'une partie des cellules du corps de Malpighi et la compression consécutive des cellules épidermiques ambiantes (Auspitz et Basch, Neumann, Vulpian); d'autres enfin par la dissociation des cellules épidermiques, qui disparaîtraient ensuite plus ou moins, par une sorte de réseau fibrineux. Wagner et Wyss rapprochent les altérations du corps de Malpighi des altérations épidermiques décrites par Wagner dans la diphthérie. Enfin, d'autres auteurs ont entrevu l'altération que nous allons exposer (Cornil et Ranvier, et surtout Weigert dans son remarquable travail sur la pustule variolique); mais, s'ils ont signalé un stade du processus, aucun ne l'a suivi dans son mode de formation, sa marche, sa terminaison, aucun n'a décrit d'une façon précise le stade qu'il a rencontré.

Une série de recherches entreprises depuis environ deux ans, publiées d'abord le 30 mars et le 11 mai 1878, à la *Société de biologie ;* puis, en août 1878, dans les *Archives de physiologie* (nous renvoyons à ce travail, où se trouvent représentés les différents stades de la lésion), et continuées depuis lors, m'ont permis de suivre et de décrire dans ses différentes phases ce mode d'altération. Voici en quoi il consiste : Le processus se passe dans le corps de Malpighi et dans la couche des cellules granuleuses. La couche des cellules perpendiculaires aux papilles est toujours absolument intacte.

La lésion débute par la formation d'un espace clair, situé entre le noyau et le protoplasme et décollant en quelque sorte le noyau du protoplasme.

Cet espace clair *entoure complètement le noyau* et va toujours en augmentant ; il n'est pas réfringent et ne se colore ni par le carmin, ni par l'hématoxyline. Le noyau, *loin de disparaître le premier,* demeure souvent intact au centre de cette cavité, même dans un degré avancé de la lésion ; parfois, mais surtout dans les périodes plus avancées, il se ratatine en un coin de l'espace clair, se fragmente, ou tend à se multiplier; il est d'ailleurs toujours fortement coloré par le carmin. Enfin, dans certains cas, le noyau disparaît, il ne reste plus au centre de la cellule que la grande cavité claire, contenant parfois de petites granulations plus ou moins grosses, colorées par le carmin, et de nature indéterminée (fragments de noyau ou matière kératogène) ; et une fine poussière granuleuse. Dans cet état, qui constitue le premier degré de l'altération, les dentelures des cellules épithéliales existent encore, le protoplasme a conservé son aspect granuleux et ne semble nullement modifié, quoique par suite de l'augmentation de la cavité périnucléaire il ait diminué d'étendue.

Lorsque la lésion cutanée doit aboutir à la formation d'une vésicule ou d'une pustule, cette cavité circumnucléaire augmente encore, nous arrivons ainsi au deuxième degré de l'altération. A cette période, en même temps que l'espace clair circumnucléaire augmente, le protoplasme ambiant diminue d'étendue, il perd son aspect granuleux, se racornit en quelque sorte. Dès ce moment, ces différentes cellules épithéliales altérées, adhérentes les unes aux autres, présentent l'aspect d'un treillis, d'un réseau. L'altération cellulaire se trouve alors caractérisée :

1° Par l'augmentation considérable de la cavité circumnucléaire ; 2° par la grande diminution en étendue du protoplasme qui n'est plus représenté que par une bande rose, mince, d'*apparence fibrillaire*, véritable *membrane* d'aspect fibrineux ; 3° par la disparition des dentelures, des cellules qui prennent l'aspect de *cellules végétales,* et adhèrent d'une façon intime les unes aux autres.

Ainsi se trouve formé dans le corps de Malpighi un *reticulum* à mailles plus ou moins larges. Les cavités des cellules arrivées à ce degré d'altération peuvent être vides, mais le plus souvent elles contiennent un noyau, rarement deux noyaux, altérés ou non, et une fine poussière granuleuse incolore.

Enfin, dans un troisième et dernier degré du processus, les mailles du réseau se rompent, ses aréoles s'ouvrent les unes dans les autres. Ainsi se trouvent constituées de petites cavités anfractueuses qui se remplissent de globules de pus, véritables *petits nids purulents, petits abcès intra-épidermiques* situés parfois dans les couches superficielles de l'épiderme. (Nous ne discuterons pas ici l'origine des globules de pus, nous renvoyons, à ce propos, au travail que nous avons publié en août 1878, dans les *Archives de physiologie,* pages 483, 484, 485). Ces petites cavités s'ouvrent ensuite à leur tour, les unes dans les autres, les couches cornées de l'épiderme résistent et sont soulevées par les liquides et le pus venant des papilles, la *vésicule ou pustule est constituée.* Ce dernier degré d'altération a son maximum à la partie moyenne du corps de Malpighi, et existe principalement au centre de la pustule ; ce fait nous explique l'ombilication de la pustule variolique.

Nous voyons donc que le mode de formation de ce reticulum diffère complètement de ceux décrits jusqu'ici ; il n'est produit ni par un réseau fibrineux qui aurait dissocié les cellules épithéliales, ni par le tassement des cellules de l'épiderme, ni par la dilatation vésiculeuse de leur noyau. Il diffère aussi de l'altération décrite par Wagner, sous le nom d'altération diphthéritique. C'est un processus spécial, intracellulaire, qui débute par la formation d'une cavité claire périnucléaire (et non par la disparition du noyau), pour aboutir à la formation d'un reticulum d'aspect fibrineux, dont les mailles, en se rompant, formeront des cavités plus ou moins anfractueuses, pleines de globules de pus. (Nous ferons remarquer qu'il faut se garder de confondre ce reticulum, véritable charpente de la lésion élémentaire, et résultant d'une altération épidermique spéciale, avec un reticulum beaucoup plus fin contenu dans ses mailles, ainsi que les globules de pus, se montrant surtout dans les derniers stades du processus, constitué par des filaments fibrineux d'une grande ténuité et n'ayant aucun rapport, comme origine, avec les cellules épithéliales).

Nous avons rencontré cette lésion dans des *pustules* d'impetigo, d'ecthyma infantile, dans la pustule variolique, la pustule vaccinale (grâce aux belles préparations de notre ami le Dr Hutinel), dans les plaques muqueuses à centre pustuleux (et c'est dans ces plaques muqueuses, alors que nous étions à Lourcine, chez notre excellent maître, M. Cornil, que nous avons pu d'abord constater et suivre exactement l'évolution du processus. *Société de biologie,* 30 mars, 11 mai 1878), dans des pustules de syphilides varioliformes. Dans ces différents cas, en particulier dans les syphilides varioliformes, les pustules vaccinales, les pustules de variole et les plaques muqueuses pustuleuses, nous avons pu suivre l'évolution de la lésion, depuis le début de la cavité périnucléaire *(papule),* jusqu'à la formation du réseau et des cavités pleines de globules de pus (*vésicule, pustule*).

Mais nous avons également pu étudier ce processus dans

des *altérations de la peau et des muqueuses suintantes et purulentes :* végétations, épitheliomas, etc.

Nous l'avons constaté aussi dans les affections cutanées et muqueuses qui tendent à la formation de *productions pseudo-membraneuses :* vésicatoire couenneux, eczémas ulcéreux et plaques muqueuses, couverts d'un exsudat diphthéroïde, conjonctivites avec productions diphthéroïdes. Dans ces cas, contrairement à ce qui se passe dans les affections pustuleuses et vésiculeuses, les couches superficielles de l'épiderme sont en général détruites, et la surface du reticulum correspond à la surface de la fausse-membrane. D'ailleurs, le plus souvent, le reticulum principal (reticulum d'origine épithéliale), est tellement rompu, détruit, que sur des surfaces assez considérables il n'existe plus que le mince reticulum fibrineux dont nous avons parlé, mélangé d'un nombre considérable de granulations et de globules de pus.

Dernièrement, enfin, reprenant un récent travail de Weigert, nous avons essayé de produire expérimentalement des exsudats couenneux, en irritant la muqueuse laryngo-trachéale d'animaux. Nous sommes, sauf plusieurs divergences, arrivé aux mêmes résultats que cet auteur ; nous avons, en effet, pu constater qu'un processus analogue à celui que nous avons fait connaître dans les affections suintantes et purulentes, pustuleuses, vésiculeuses, diphthéroïdes, de la peau et des muqueuses, se rencontrait dans le « croup expérimental ».

Nous voyons donc que cette altération spéciale des cellules épidermiques que nous avons décrite est des plus communes, et joue un rôle capital dans les affections de la peau et des muqueuses qui tendent à la formation de vésicules, pustules, ou de productions pseudo-membraneuses. Quant à la nature de cette altération, qui probablement rentre dans le groupe vague des dégénérescences muqueuses, nous sommes, par suite de l'aspect particulier du protoplasme des cellules et du reticulum, par ce fait que cette altération se rencontre dans les affections de la peau et des muqueuses qui tendent à la formation de productions pseudo-membraneuses, tentés d'en faire une sorte de dégénérescence fibrineuse de l'épiderme. Il semble, d'ailleurs, que cette forme de dégénérescence soit plus générale qu'on le pense. M. Chambard a décrit dans les lobules hépatiques, à la suite de la ligature du canal cholédoque, des altérations des cellules hépatiques qui se rapprochent beaucoup des précédentes. Weigert a signalé des lésions analogues dans les infarctus du rein, de la rate. Ce serait donc un mode de dégénérescence cellulaire qui n'aurait rien de spécial à l'épiderme, et qui proviendrait peut-être de l'irritation des tissus par certains agents (liquide variolique, bile, poisons morbides, liquides irritants, etc.).

Mais nous nous écartons de notre sujet, notre étude se borne aux altérations de l'épiderme, nous ne devons pas sortir de cette limite, sous peine de nous égarer. Qu'il nous suffise d'avoir montré le rôle capital de ce processus non décrit jusqu'ici (comme l'a d'ailleurs dit notre maître, M. Cornil, dans son traité de la syphilis, 25 décembre 1879, pages 29 et 30), dans les affections de l'épiderme cutané ou muqueux qui tendent à la formation de vésicules, pustules, ou de productions diphthéroïdes.

M. Quinquaud. La caractéristique histologique de ces affections bulleuses ou pustuleuses est l'*état cavitaire des cellules;* or, cette transformation se rencontre aussi à l'état normal, chez certains animaux, tels que les embryons du veau, du triton où je l'ai constatée. Elle est caractérisée par la présence d'une cavité qui se forme autour du noyau, s'agrandit peu à peu, atrophie le protoplasma et finit par faire disparaître le noyau.

M. Leloir fait remarquer que l'altération n'est pas absolument identique, en ce sens que dans les bulles ou les pustules le noyau ne disparait pas, il ne fait que se fragmenter ; de plus, le protoplasma prend l'aspect fibrillaire.

M. Quinquaud. Dans le cas que je viens de citer, le protoplasma était légèrement granuleux.

M. Chambard. Les altérations décrites par M. Leloir se retrouvent dans toutes les irritations de la peau ; elles résultent de la dégénérescence colloïde des éléments cellulaires.

M. Dejérine. J'ai eu l'occasion d'étudier, il y a 3 ans, les lésions des nerfs cutanés, chez des individus atteints de pemphigus, chez une femme arrivée à la dernière période d'une paralysie générale : 15 jours avant sa mort, elle avait présenté une large éruption de bulles, dont quelques-unes n'avaient pas moins de 4 à 5 centimètres ; le contenu était du liquide citrin. Les nerfs cutanés, situés au voisinage des bulles, traités par l'acide osmique, présentaient ces quatre altérations fondamentales : 1° état monoliforme du nerf ; 2° fragmentation de la myéline ; 3° multiplication des noyaux ; 4° disparition du cylindre-axe.

Quant à la lésion cutanée, elle siége dans les cellules qui font partie de la région moyenne de la couche de Malpighi ; elle est caractérisée histologiquement par une disparition du protoplasme qui fait que les cellules, n'étant plus formées que par leur paroi, s'unissent avec les cellules voisines et vont former un réseau particulier, qu'on a décrit faussement comme un reticulum fibrineux. Ces altérations cutanées n'ont rien de spécial au pemphigus, on les retrouve dans les vésicules provoquées artificiellement par l'application de vésicatoires ou de frictions avec l'huile de Croton. Elles ont été décrites pour la première fois, par M. Leloir, dans un travail publié l'an dernier, dans les *Archives de physiologie.*

29. Rapport sur la candidature de M. Béringier au titre de membre adjoint; par M. E. Monod, interne des hôpitaux.

Leucocythémie ganglionnaire. Tumeur lymphadénique du médiastin.

Bien que la leucocythémie ait été étudiée par un grand nombre d'auteurs, son histoire reste encore en plus d'un point enveloppée d'obscurité. A côté des cas où l'augmentation du nombre des globules blancs du sang coïncide avec une hypertrophie de la rate, il en est d'autres où les ganglions sont seuls pris. Ce sont les deux types classiques : leucocythémie splénique et leucocythémie ganglionnaire. Mais il peut arriver également que l'hypertrophie des ganglions ne s'accompagne pas de leucocytose, en d'autres termes, qu'à l'altération ganglionnaire ne s'ajoute pas l'altération du sang. Trousseau, séparant cette forme anormale, la décrivit le premier sous le nom d'adénie. Il admettait ainsi l'existence d'une nouvelle maladie indépendante de la leucocythémie. Depuis, l'hypertrophie généralisée des ganglions, avec ou sans leucocytose, a été étudiée sous divers noms. Tandis que Jaccoud en fait une diathèse spéciale qu'il nomme diathèse lymphogène, Ranvier l'appelle lymphadénie. Enfin, sans entrer plus avant dans le sujet, nous rappellerons la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1872, discussion à laquelle prirent part MM. Trélat, Verneuil, Panas, Ranvier et Malassez ; ils envisagèrent les lymphadénomes au point de vue chirurgical et cherchèrent les rapports qu'on devait établir entre les tumeurs ganglionnaires et les altérations du sang.

Ainsi, tandis que certains auteurs considèrent l'altération du sang comme étant la cause primitive de la maladie, et rejettent les lésions ganglionnaires sur le second plan, d'autres, renversant les données du problème, font jouer à l'hypertrophie de la rate et des ganglions, un rôle prépondérant et ne regardent les altérations du sang que comme secondaires. C'est là l'opinion qui paraît la plus juste. Elle a l'avantage de permettre de ranger, dans une seule et même classe, les diverses affections décrites jusqu'ici sous le nom de leucocythémie ganglionnaire, d'adénie, de lymphadénomes généralisés. Elles ne diffèrent que par la présence ou l'absence de l'augmentation des globules blancs du sang ; quant à la nature même des tumeurs, elle est la même, c'est une hypertrophie simple des ganglions. Nous laissons à dessein de côté les cas où il s'agit non plus de lymphadénomes simples, mais de lymphosarcomes.

C'est un cas de leucocythémie ganglionnaire avec formation d'une tumeur médiastine volumineuse que M. Béringier a présenté à la Société. Les ganglions s'étaient développés lentement chez une femme de trente ans, jusqu'alors bien portante et n'ayant d'antécédents d'aucune sorte. L'hypertrophie avait commencé par les ganglions du cou, et

paraît être restée longtemps stationnaire. J'insiste ici sur cette période pour ainsi dire latente de la maladie, qui fait ensuite de rapides progrès en quelques mois. Cette marche irrégulière n'avait pas échappé à Virchow : l'hypertrophie ganglionnaire se produit ordinairement lentement, dit-il, mais par saccades ; d'autrefois, le développement des tumeurs est lent et continu. A aucun moment, les ganglions inguinaux n'augmentèrent de volume alors même que ceux du cou et des aisselles étaient très tuméfiés. Ces derniers déterminèrent des symptômes de compression d'abord passagère, puis permanente. L'œdème des membres était considérable, les téguments avaient une teinte violacée, évidemment les ganglions axillaires devaient exercer une compression suffisante sur les veines pour gêner le retour du sang. La rate ne subit aucune augmentation de volume, mais en un point, existait un tissu blanc, dû à une altération de l'organe de même nature que celle des ganglions, à l'accumulation en grande quantité de globules blancs.

A côté de ces lésions, qui rentrent en somme dans la catégorie de celles que l'on rencontre dans certaines formes de leucocythémie, on trouvait sur la paroi pectorale, une tumeur se continuant à travers les espaces intercostaux avec celle de la région médiastine, adhérente aux cartilages costaux, envahissant le grand pectoral gauche, et présentant à la coupe un tissu blanchâtre et consistant. Cette tumeur, en amenant une gêne considérable dans la circulation des parois thoraciques, avait causé une distension des veines superficielles de cette région.

La tumeur thoracique, énorme, englobant tout le hile des poumons, avait déterminé le refoulement de ceux-ci, et ils se trouvaient gênés dans leur mouvement d'expansion. Aussi existait-il une dyspnée considérable, accrue dans les derniers jours par l'accumulation d'un liquide pleural abondant. Peut-être devons-nous chercher également, dans la compression des phréniques, l'explication de ces accès de dyspnée qui terminèrent la vie de cette femme.

La difficulté de la respiration fut, dans tout le cours de la maladie, le symptôme prédominant, et faisait craindre à chaque instant une terminaison fatale. La plupart des auteurs ont parlé à propos de la forme ganglionnaire de la leucocythémie, de la mort par asphyxie alors que l'état général des malades, et l'absence de cachexie permettaient d'espérer une durée plus longue de la vie.

Nous avons dit que la compression des vaisseaux des membres occasionnait de l'œdème. Ici interviennent encore les symptômes de compression vasculaire ; les tumeurs multiples du cou, entretenaient chez cette femme un état de cyanose permanente, et, dans les derniers jours, il y eut une somnolence presque constante. Malgré l'énorme développement de la tumeur médiastine, qui s'étendait jusqu'à la base du cœur, celui-ci paraissait parfaitement sain. Or, dans une communication à la Société de Biologie, en 1869, M. Ollivier s'exprimait en ces termes, à propos d'un cas analogue à celui-ci : « parmi les effets de compression dus à l'engorgement des ganglions lymphatiques, il en est un sur lequel nous désirons appeler l'attention : c'est l'atrophie du cœur », et il ajoutait que le poids du cœur était chez son malade bien au-dessous du chiffre normal. Ici, rien de semblable n'a été remarqué, le cœur avait son volume normal, il n'avait subi aucune modification apparente de ses parois. D'ailleurs, nous ne sachons pas que cette altération ait été de nouveau signalée par les auteurs.

Indépendamment de l'augmentation des globules blancs du sang par rapport aux globules rouges, ce liquide présentait peu d'altération dans ses principes constituants ; outre l'augmentation de quantité de l'eau, on y trouvait une diminution notable de l'albumine sans diminution de la fibrine ; or, c'est là un fait qui n'est pas en rapport avec les analyses du sang des leucocythémiques, dans lequel on note presque constamment un changement en plus ou en moins de la quantité de fibrine. Mais il existait, en revanche, des amas blanchâtres composés de leucocytes, amas souvent considérables et qui se rencontrent en d'autant plus grand nombre que la leucocytose est plus accusée.

Quant à la nature même de la tumeur médiastine, elle nous paraît avoir été suffisamment établie par l'examen microscopique. D'ailleurs, les symptômes ne semblaient-ils pas eux-même indiquer qu'on n'avait pas affaire à une tumeur maligne ? Sauf les symptômes de compression, l'état général s'était conservé presque intact : il n'y avait pas d'amaigrissement ni de cachexie, il aurait dû en être autrement dans cette dernière hypothèse, la maladie ayant duré plus d'un an.

Au microscope, voici ce que l'on trouve. La tumeur est formée par une trame conjonctive épaissie, renfermant des îlots formés par des amas cellulaires : ces derniers sont des cellules lymphatiques agglomérées. Evidemment, il ne s'agissait pas ici d'une tumeur cancéreuse. Aussi n'insisterons-nous pas. Mais il est une forme de lymphadénie sarcomateuse ou lymphosarcôme. Ce dernier est caractérisé par la production de grosses cellules plates polyédriques, très nombreuses, renfermant un ou plusieurs noyaux. Ces cellules sont entourées par les mailles du réticulum qui a conservé ses caractères normaux. (Thèse Humbert, 1878.)

Or, nous ne trouvons pas ce caractère à notre tumeur constituée par des cellules lymphatiques en nombre considérable, et un stroma fibreux, hypertrohié. Il semble qu'ici le tissu conjonctif n'était pas seul atteint, et tout le tissu des ganglions, tissu conjonctif et cellules, paraissait hyperplasié. En somme, le tissu était celui des ganglions, avec cette seule modification que le stroma était épaissi. Nous croyons donc pouvoir en conclure que la tumeur était formée par les ganglions du hile pulmonaire, augmentés de volume et réunis entre eux ; en d'autres termes, c'était un lymphadénome avec transformation fibreuse.

33. Rétrécissement de l'urèthre. — Valvule du col vésical. — Rétention d'urine. — Distension de la vessie avec hypertrophie de la tunique musculeuse et formation de cellules spacieuses; par M. Paul Segond, prosecteur à la Faculté.

Luard Auguste, quarante-sept ans, chapelier, est entré à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Saint-Vincent, n° 12, le 22 novembre 1879, avec tous les symptômes d'une « rétention d'urine avec distension ».

La vessie, fortement distendue, remontait jusqu'à l'ombilic, l'urine, très fétide, s'écoulait par regorgement ; l'état général était grave, en un mot, le malade offrait tous les caractères d'un cachectique urinaire. Le visage, très amaigri, présentait une coloration terreuse, la peau était chaude et sèche, le pouls, filiforme, dépressible, difficile à sentir, battait 140 fois par minute, la température axillaire montait à 39°,6, la langue était sèche et brunâtre. Le rythme respiratoire paraissait normal. Il n'y avait pas de vomissements. Les garde-robes faisaient défaut depuis plusieurs jours. L'anorexie était complète et la soif très vive. Il n'y avait aucun symptôme, du côté des membres inférieurs, permettant de songer à une lésion médullaire. Enfin, l'intelligence paraissait à peu près conservée. Il n'y avait ni délire, ni convulsions.

Les réponses étaient cependant lentes, confuses et difficiles à obtenir, si bien que la marche exacte de la maladie et la succession précise des symptômes nous ont en grande partie échappé.

Au dire du malade, les antécédents pathologiques étaient seulement constitués par une chaude pisse contractée il y a vingt ans. L'écoulement, non traité, avait cédé au bout de cinq à six mois, et, depuis, le malade s'était toujours bien porté. Les premières difficultés de la miction dataient de deux ans, et les phénomènes de rétention avec miction par regorgement remontaient à cinq ou six mois seulement. Depuis quatre mois environ, tout travail était devenu impossible et le malade était resté couché, sans soins, au milieu de conditions hygiéniques déplorables.

L'examen direct des organes génito-urinaires nous a fourni les renseignements suivants : La vessie, très distendue, remontait jusqu'à l'ombilic, le ventre était souple et la palpation abdominale n'éveillait aucune douleur. Les dimensions et la consistance de la prostate étaient parfaitement normales. Le toucher rectal ne faisait percevoir autre chose que la saillie fluctuante formée par la vessie distendue et permettait

de penser à une dilatation considérable du bas fond vésical.

L'exploration de l'urèthre démontrait l'existence d'un rétrécissement bulbaire assez dur, mais peu serré, et laissant passer l'explorateur n° 12. En retirant cet explorateur on ramenait une assez grande quantité de pus de la région prostatique. Il existait en outre quelques points faiblement rétrécis dans la portion pénienne. L'explorateur n° 20 était arrêté en arrière de la fosse naviculaire. Le n° 17 passait et laissait percevoir trois ressauts péniens avant d'aller butter contre le rétrécissement bulbaire.

Enfin, l'examen du thorax ne révélait aucune altération importante du côté du cœur ou des poumons.

En présence de ces différents signes, il était rationnel de considérer le rétrécissement uréthral comme la cause première de la distension vésicale et des conséquences graves qu'elle avait à son tour entraînées.

Je pus, avec une sonde n° 12, retirer un litre d'urine trouble, fétide, purulente, alcaline, et pratiquer un lavage de la vessie avec une solution à 4 0/0 d'acide borique. On évacua les scybales qui encombraient le rectum, à l'aide d'un lavement glycériné, et l'on tenta de relever les forces du malade à l'aide d'une potion au quinquina. Les lavages de la vessie furent continués le lendemain, mais sans résultat. Dans la soirée du 23, il y avait une aggravation considérable de tous les symptômes; la température axillaire montait à 40°,5, le pouls, filiforme et rapide (150 pulsations) présentait de fréquentes intermittences.

Le malade est mort le 24 à quatre heures du matin.

L'AUTOPSIE a été faite le 25, à huit heures du matin, vingt-huit heures après la mort.— Nous n'avons trouvé aucune altération de la moelle et du cerveau. Le renflement lombaire de la moelle a même été soumis à l'examen microscopique, et mon collègue, M. Brissaud, a constaté qu'il était indemme de toute lésion ancienne.

Le tube digestif, examiné dans toute son étendue, n'offrait aucune espèce d'altération. La rate était petite, non diffluente, le cœur et le foie étaient absolument sains.

La base des deux poumons était congestionnée. Nous avons trouvé les traces d'une pleurésie ancienne à la base du poumon droit, mais, en définitive, il n'existait du côté des organes thoraciques aucune lésion susceptible d'expliquer la mort.

Chez ce malade, toutes les lésions étaient localisées à l'appareil urinaire et nous pourrions même dire qu'elles étaient exclusivement vésicales, ainsi qu'on peut le voir sur les pièces que nous avons l'honneur de soumettre à l'attention de la Société.

L'urèthre, incisé par sa face supérieure, ne présente pas trace appréciable des points rétrécis que l'exploration faite pendant la vie avait dénotés dans la portion pénienne du canal. C'est là, d'ailleurs, un fait bien connu dans l'histoire anatomo-pathologique des rétrécissements de l'urèthre.

La coarctation bulbaire est en revanche parfaitement nette. Elle mesure un centimètre de longueur. L'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux, au niveau du rétrécissement est peu considérable mais facile à reconnaître. La muqueuse uréthrale est saine dans toute sa longueur; il y a peu de dilatation du canal, en arrière du point rétréci. Enfin, au niveau du col vésical, de sa lèvre postérieure, il existe une sorte de bride transversale se présentant sous la forme d'une crête mousse épaisse de trois millimètres, transversale après incision de l'urèthre, offrant en un mot tous les caractères de la valvule de Mercier. La prostate est saine.

La vessie examinée pleine d'urine avant incision de sa paroi, se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, ne mesurant pas moins de vingt-huit centimètres de hauteur. Le tissu cellulaire péri-vésical est parfaitement souple et n'offre aucune trace de ces lésions inflammatoires chroniques, qui peuvent, dans certains cas, empeser pour ainsi dire les parois vésicales et les immobiliser. Les fibres musculaires superficielles sont pâles, mais très hypertrophiées. Immédiatement en arrière de la prostate, se voit une saillie globuleuse grosse comme une orange et simulant un agrandissement du bas fond. Mais, si l'on vient à déprimer les parois de cette partie dilatée, on constate facilement par la lenteur que met le liquide à fuir sous la pression, qu'il s'agit là d'une vaste cellule vésicale et non d'une dilatation du bas fond ainsi que les renseignements fournis par le toucher rectal avaient permis de le supposer. Au-dessus de cette cellule, on voit trois bosselures à parois minces correspondant à trois cellules présentant environ le volume d'une noix. La capacité de la vessie peut être évaluée à deux litres et demi environ. Sa paroi incisée présente une épaisseur moyenne de un centimètre. Au voisinage de la prostate, l'épaisseur est plus marquée et s'élève à douze ou quatorze millimètres. Ce fait de l'épaisseur des parois est important à noter, et doit être opposé à l'amincissement que Civiale voulait ériger en principe dans les cas de stagnation. La face interne de la vessie, à peu près lisse et régulière dans sa partie supérieure, est remarquable, vers le segment inférieur de l'organe, par l'hypertrophie des fibres musculaires de la couche profonde, qui font saillie sur la muqueuse et dessinent des colonnes diversement entrecroisées. Au niveau de ces entrecroisements, il existe de petites dépressions capables de loger un gros pois et tapissées par la muqueuse. Ce sont en définitive de véritables hernies interstitielles de la muqueuse s'insinuant entre deux faisceaux charnus hypertrophiés, et chacune de ces petites vésicules montre bien ce qu'est la cellule vésicale à sa première période de formation. On en compte plus de cinquante au niveau du bas-fond vésical. A cinq centimètres en arrière du col et un peu à gauche de la ligne médiane, se voit un orifice admettant facilement l'index et conduisant dans l'intérieur de la grande cellule dont nous avons signalé l'existence en arrière de la prostate. Les parois de cette cellule, très amincies, mesurent à peine quatre millimètres d'épaisseur et paraissent constituées par la muqueuse herniée et quelques rares fibres musculaires de la couche externe. Au-dessus de l'orifice de la grande cellule, se voient trois orifices plus petits admettant seulement l'extrémité du petit doigt, et conduisant dans les trois petites cellules dont nous avons parlé. Ces quatre cellules sont parfaitement indépendantes les unes des autres. Les parois des petites cellules sont d'une minceur extrême et mesurent à peine deux millimètres d'épaisseur. Les dimensions de l'orifice vésical des deux uretères sont normales. La muqueuse vésicale est partout pâle et décolorée et paraît indemne de toute lésion profonde. Il existe cependant un état rugueux très manifeste au niveau du trigone. Enfin, dans l'intérieur de la grande cellule, les altérations paraissent plus profondes. La muqueuse y est injectée manifestement, dépolie, et l'urine qui stagne dans sa cavité est fortement chargée de pus.

Les uretères sont relativement peu dilatés, ils ont un centimètre de diamètre dans leur partie moyenne; leurs parois ne sont pas épaissies et leur muqueuse est saine. Les bassinets, modérément dilatés, ont le volume d'un petit œuf de poule et n'offrent pas trace de lésion inflammatoire.

Les deux reins sont normaux au triple point de vue du volume, de la consistance et de la coloration. Leur capsule n'offre ni épaississement, ni adhérence. Les calices sont légèrement dilatés. A la coupe, les deux substances corticales et médullaires paraissent exemptes de toute altération, et bien que l'examen histologique nous fasse défaut, nous nous croyons en droit d'avancer que, chez ce malade, il n'existe pas de retentissement rénal.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. Une pareille distension du globe vésical, rare chez les rétrécis, est certainement exceptionnelle lorsque la coarctation uréthrale est aussi peu accusée et laisse, comme chez notre malade, quatre millimètres de diamètre au canal. Il est vrai qu'ici, le rétrécissement n'était pas seul en cause, la valvule du col a dû jouer, elle aussi, un rôle important dans la production première des phénomènes de rétention. Mais, en définitive, la disproportion entre l'énergie de l'obstacle et le degré de la distension n'est pas moins manifeste. Ce fait montre bien, comme le dit souvent M. Guyon, que l'on pisse bien plus avec sa vessie qu'avec son canal. Chez notre malade, l'hypertrophie compensatrice avait pu lutter au début contre les obstacles uréthraux, mais bientôt le muscle vésical s'était pour ainsi dire laissé forcer et dès lors la rétention avec distention s'était constituée.

L'absence de tout retentissement manifeste du côté des reins, les caractères de l'urine contenue dans la vessie, les altérations de la muqueuse au niveau de la cellule sont enfin des points qui méritent d'être notés, et qui permettent d'attribuer la mort à la résorption urineuse. Nous relèverons à ce propos l'élévation constante de la température pendant les deux derniers jours de la vie. Cette élévation thermique est, on le sait, fréquente dans les cas de stagnation et de résorption urineuse par la muqueuse vésicale altérée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Ligature des deux carotides primitives. — M. E. Cruveilhier lit un rapport à propos d'une observation de M. Demorez (de Bordeaux). — Un homme de 45 ans se tire un coup de revolver dans l'oreille droite, du sang coule en assez grande abondance, le nerf facial et le nerf auditif sont paralysés, le chirurgien va à la recherche de la balle, et, après avoir enlevé nombre d'esquilles du conduit auditif, il finit par arriver à tâtons sur un petit fragment de balle qu'il enlève ; mais, voilà que deux hémorrhagies menaçantes se font dans les jours suivants, et M. Demorez se décide à pratiquer la ligature de la carotide primitive droite. De nouvelles hémorrhagies étant survenues, il est finalement amené à pratiquer la ligature du côté opposé, mais le malade s'éteint rapidement, sans troubles cérébraux, il est vrai. A l'autopsie, on constatait que la balle était aplatie contre les parois latérales du pharynx, et que la carotide interne était blessée au niveau de son premier coude, dans le canal inflexe du rocher.

M. E. Cruveilhier pense, qu'en pareil cas, l'appareil explorateur de Trouvé eût pu rendre des services, qu'il eût évité des recherches pénibles, faites à tâtons et au hasard. Il appuie sur ce fait, qu'après cette double ligature, les troubles cérébraux ont fait défaut, mais que, néanmoins, la mort a été très prompte; du reste, dans trois observations de ligature des deux carotides primitives qu'il a recueillies, la mort est survenue dans les quarante-huit heures. Il y a, néanmoins, une différence dans les résultats, suivant que la ligature a été faite pour un traumatisme ou pour une tumeur.

Inversion utérine. — M. Perrier a opéré deux femmes atteintes d'inversion utérine, et chez lesquelles la réduction avait été inutilement essayée. Pour cela faire, et aidé des conseils de M. Farabeuf, il a imaginé un instrument très ingénieux. Au moyen d'une pince analogue à la pince de M. Farabeuf pour la réduction des luxations du pouce, il accroche l'utérus inversé et l'attire à lui, complétant au besoin l'inversion. Au-dessus des mors de la pince, il étreint la tumeur, au moyen d'un fil de soie qu'il noue fortement; puis, étant donnée une tige résistante, façonnée en crémaillère à sa partie inférieure, taillée en bec de cigogne à son extrémité supérieure et trouée à ce niveau, il fait passer par ce trou les chefs du fil de soie : il leur annexe aussitôt un anneau élastique circulaire, accroché d'autre part à l'un des crans de la tige. De temps en temps, et au fur et à mesure de la section l'anneau élastique est allongé d'un cran. M. Perrier a, en un mot, combiné la ligature élastique à la ligature par le fil, grâce à un instrument aussi ingénieux que simple, qui gêne très-peu la malade et qui permet de graduer la section avec une excessive facilité. Dans l'une des observations, la tumeur est tombée au quatrième jour, dans l'autre, au dix-huitième ; mais il n'y a pas eu section véritable. La chute s'est faite par eschare et, chose singulière, la tumeur s'est détachée *au-dessus* du point d'application du fil. Grâce à des injections fréquentes de chloral, la guérison s'est faite rapidement, sans accident et sans fièvre; et le col de l'utérus a tout de suite recouvré sa forme normale.

M. Guéniot préconise le ballon de caoutchouc, dans la réduction des inversions utérines. Il préfère de beaucoup à la ligature par le fil, ligature justement abandonnée, la ligature élastique ; la première agit par escharres, la seconde sectionne.

M. Le Fort. L'extrémité supérieure de la tige à crémaillère, ayant la forme d'un crochet, c'est à la pression exercée par le talon du crochet que doit être attribuée la section de la tumeur au-dessus du point d'application du fil.

M. Després. Une religieuse, âgée de 44 ans, et vierge, avait, depuis plusieurs années, tous les signes d'un polype utérin. Les règles étaient très abondantes, une tumeur existait qui grossissait à chaque époque menstruelle. Un jour, le polype desséché tomba, mais, derrière lui, était l'utérus inversé. Une leucorrhée ultérieure considérable se déclare, la malade s'affaiblit et maigrit, la température monte, la langue devient sèche, puis vient une diarrhée incoercible. La religieuse entre à Cochin dans l'état suivant : tumeur énorme, pendant entre les cuisses, et constituée par l'utérus *hypertrophié* et *irréductible*. Large ulcération au sommet de la tumeur, sécrétion de mauvaise nature, muqueuse utérine profondément altérée et insensible, cachexie profonde, état général déplorable.

L'inversion utérine n'était pas douteuse, on apercevait en effet, et les orifices des trompes et des rudiments de l'arbre de vie ; mais l'état général de la malade était si grave, que je ne pouvais me résoudre à opérer ; je préférai la laisser mourir de sa belle mort : mais, néanmoins, sur ses sollicitations pressantes, je me résolus à tenter quelque chose. En présence d'un utérus complètement inversé et hypertrophié, les procédés ici préconisés par MM. Chauvel, Hue et Perrier, ne pouvaient m'être d'aucune utilité ; ils ne valent que contre les inversions incomplètes ; je me servis d'un clamp solide, que je serrai énergiquement au moyen d'un fil élastique, mais le jour même la température montait à 40° et, au bout de cinq jours, la malade mourait avec tous les symptômes de l'infection purulente puerpérale. A l'autopsie, nous trouvions un utérus, totalement inversé passant à travers un hymen corné, le vagin lui-même invaginé, l'utérus rempli de pus, les deux trompes oblitérées, et l'ovaire rempli de petits kystes. A ce propos, on peut se demander si l'oblitération des trompes ne créerait pas une prédisposition aux kystes de l'ovaire.

M. Trélat ne comprend pas pourquoi, chez la malade de M. Perrier, l'utérus s'est détaché au-dessus du fil de soie. L'explication de M. Lefort est défectueuse et ne saurait le satisfaire. Il croit que M. Perrier pourrait aisément remplacer le fil de soie par un fil élastique. La ligature ne lui paraît pas très bonne dans le cas d'utérus volumineux, en ce sens surtout qu'elle détermine la sécrétion d'une quantité trop considérable de liquides. Quant à la malade de M. Després, elle paraît être arrivée à Cochin avec une phlébite utérine déjà ancienne, ce qui explique la rapidité des accidents.

Goître suffocant. Trachéotomie. — M. Terrillon présente un jeune homme auquel il a pratiqué la trachéotomie pour un goître suffocant. Mais, quelques tentatives qu'il ait faites pour fixer le corps thyroïde, le jeune malade asphyxie dès qu'on enlève la canule. C'est que, probablement, comme l'a dit Rose (de Zurich), les anneaux de la trachée sont ramollis, et il importe d'attendre qu'ils soient revenus à leur consistance normale.

Vice de conformation de l'œil. — M. Guéniot présente un tout petit enfant qui présente sur l'un et l'autre œil, en deux points symétriques, à l'union de la sclérotique et de la cornée, et envahissant la cornée, deux taches en tout semblables à des gouttelettes de cire. Il en ignore la nature.

M. Polaillon trouve que ces lésions s'expliquent très bien par un vice de développement de l'œil. Il croit ces taches blanches de nature cutanée ; elles peuvent même se recouvrir de poils, et coïncident parfois avec des colobomas de l'iris.

P. Méricamp.

REVUE DES MALADIES DE LA PEAU

I. *Ichthyose congénitale.* — Le *Progrès médical* a publié, il y a quelques mois (1), la relation d'un cas d'ichthyose congénitale, présenté à la Société anatomique par M. le Dr Houel, et les résultats de l'examen microscopique, fait par M. Chambard, des plaques cornées qui existaient sur la peau du nouveau-né atteint de cette affection. Cet enfant avait vécu 27 heures seulement, de telle sorte que le côté clinique faisait forcément défaut dans cette observation, des plus inté-

(1) V. *Prog. méd.*, 1879, p. 428.

ressantes d'ailleurs au point de vue des antécédents et de l'anatomie pathologique. Jusqu'à quel point une semblable lésion était-elle compatible avec la prolongation de l'existence? Et, en cas de survie de l'enfant, par quels moyens pouvait-on espérer faire disparaître, ou tout au moins atténuer cet état normal des téguments? Le fait de M. Houel ne pouvait malheureusement fournir aucun élément pour la solution de ces questions, et il restait là, au point de vue clinique, une lacune d'autant plus regrettable, que ces cas sont très rares.

Une observation analogue, que nous avons relevée récemment dans la *Presse médicale de Grenade*, vient combler cette lacune et compléter en quelque sorte la précédente : ce journal rapporte, en effet, l'histoire clinique d'un nouveau-né atteint de la même affection, lequel a survécu et a pu être guéri. Nous avons pensé que nos lecteurs trouveraient comme nous, un certain intérêt, dans le rapprochement de ces deux faits, et c'est dans cette espérance que nous avons traduit l'observation qui suit :

« La « *Revista Medica* » du Chili publie un cas de *sclérose générale de la peau chez un nouveau-né*, remarquable surtout par l'efficacité du traitement dans une maladie aussi rebelle à la thérapeutique; il est dû à M. le Dr Muria Perez.

« Au mois de février de cette année, j'observai un de ces cas sur un enfant de M. C... J'eus l'occasion de le voir et de commencer le traitement le lendemain de la naissance, et je crois de mon devoir de publier le fait en raison de l'heureux résultat que j'ai obtenu.

« L'épiderme était remplacé par une substance cornée de consistance uniforme, généralement plus mince vers les plis de flexion, et qui donnait à tout le corps un aspect vernissé. La plupart des articulations étaient gênées dans leurs mouvements par cette cuirasse, cet ongle immense, qui enveloppait tous les membres. Pour la même raison, les muscles orbiculaires restaient inactifs, ce qui donnait à la physionomie un aspect désagréable. La béance constante de la bouche et des yeux empêchait les fonctions de ces importants organes; mais la sage nature fendit dès le second jour ce solide épiderme, d'abord à la base du nez et ensuite au niveau des commissures, et laissa depuis lors la bouche à peu près apte à exercer les mouvements de succion. Quant aux paupières, jusqu'à ce jour emprisonnées par cette dure substance, elles ont été suppléées par des replis formés par l'inversion des conjonctives, ce qui mit obstacle à la formation de ces kératites ulcéreuses si fréquentes dans les états de paralysie des muscles palpébraux.

Pendant mon séjour dans les cliniques, j'ai eu connaissance d'un cas de sclérose partielle, traitée avec succès par mon collègue et ami, le Dr Herrera, au moyen d'applications de teinture d'iode. D'après cet antécédent, je formulai la prescription suivante :

Teinture d'iode................	9 grammes.
Glycérine..................... } Beurre........................ }	ãã 15 grammes.

Pour faire avec cette pommade des frictions sur tout le corps, une fois dans la soirée. Le résultat fut aussi satisfaisant que possible; la substance cornée se fendit en plusieurs points, formant de grosses squames; celles-ci, sous l'influence de quelques bains à 15°, se replièrent en dehors, ce qui facilita leur décollement. Plus tard, avec les conseils de quelques confrères, j'employai un liniment composé d'huile de morue, d'huile d'amandes et de glycérine, avec lequel la peau devait être complétement humectée d'une façon continue. Au bout de 18 à 20 jours de traitement, apparut un symptôme alarmant dans les maladies qui s'accompagnent d'une suppression complète des fonctions de la peau : ce fut la diarrhée. J'eus recours immédiatement aux absorbants, au bismuth, aux astringents; mais les résultats furent négatifs. J'administrai alors les toniques et les amers, et grâce à eux je pus arrêter les progrès de ce symptôme qui menaçait d'emporter le malade. Enfin, après un mois et demi de traitement, après trois ou quatre mues successives de l'épiderme plus ou moins corné, l'enfant est actuellement en bon état, ou tout au moins avec une peau qui exécute régulièrement ses fonctions. »

Dr Ch.-H. Petit.

CORRESPONDANCE

Londres, 18 juin 1880.

Mon cher ami,

Depuis que je suis débarqué je n'avais guère eu, avec mes hôtes, d'autres sujets d'entretien que Sarah Bernhardt et les jésuites, l'amnistie ou l'interpellation O'Donnel, et autres questions analogues. A la longue, ces *topics*, comme on dit ici, devenaient monotones et fastidieux; en outre, j'étais désœuvré. Je risquais donc fort de m'ennuyer, quand le hasard m'a offert, à la fois, un moyen de remplir ma journée et un nouveau sujet de conversation, fort inattendu dans le milieu où je me trouve, en me mettant sur la trace d'un gros scandale médical. Les premières indications me venant d'un honorable commerçant, qui n'y entendait pas malice, étant naturellement fort incomplètes, j'ai dû me livrer à une enquête. Ce que j'ai dépensé de diplomatie pour arriver à tout savoir ferait honneur à M. Challemel-Lacour; je ne me plains pas pourtant de mes peines, cette chasse aux renseignements, faite sans en avoir l'air, étant très amusante.

L'instruction terminée, après des *examinations* et des *cross-examinations* subies par des gens qui ne s'en doutaient pas, j'ai pensé à faire part de ces résultats au *Progrès médical*. Il m'en saura gré, je l'espère, car bien que l'affaire soit déjà quelque peu ancienne, elle est peu connue, même en Angleterre, et, je crois, absolument inconnue en France. En tout cas, si ce n'est pas tout à fait une primeur, c'est du moins un trait de mœurs assez caractéristique.

Voici l'histoire. Il est à Londres un hôpital dont la destination, plus large que ne l'indiquerait son titre (*National Hospital for the Paralysed and Epileptic*) est de recevoir les malades atteints de maladies nerveuses quelconques. Trois places de médecins adjoints (*assistant physicians*) y étant devenues vacantes au commencement de l'année, les candidats furent invités à se présenter, en soumettant leurs titres à la Commission administrative de l'hôpital. A cette commission (*Managing Committee*) appartient le droit de nomination, dont elle use sans appel, après avis simplement consultatif des médecins en chef de l'hôpital. Ceux-ci, au nombre de six, sont : MM. Hughling Jackson, Buzzard, Bastian, Gower, Radcliffe et Ramskill. Parmi les candidats était M. Sturge; il est inutile de mêler à cette affaire le nom de ses concurrents.

J'ai pu (c'est mon chef-d'œuvre) me procurer copie de l'exposé des titres des candidats, exposé auquel il est d'usage d'adjoindre une sorte de certificat (*Testimonial*) des professeurs et des chefs de service dont les candidats ont suivi les cours, ou auprès desquels ils ont rempli quelque fonction. Il est inutile de comparer les titres des autres candidats à ceux de M. Sturge, car ce n'est pas en prétendant les siens inférieurs, qu'on a éliminé ce dernier. Mais il est bon de montrer que, d'une façon absolue, il était parfaitement qualifié pour le poste qu'il ambitionnait. M. Sturge, docteur en médecine de l'Université de Londres, membre du Royal College of physicians a rempli en 1875-76, au *National Hospital for paralysed and epileptic* des fonctions analogues à celles de nos internes (*Resident medical offices and Registrar*); après un séjour à Paris, il devint successivement médecin de l'Infirmerie Royale pour les femmes et les enfants, chef de clinique de l'hôpital des Enfants malades, et médecin adjoint de l'hôpital Royal Libre. Il a fait différentes publications relatives aux maladies nerveuses. Enfin, il présentait des certificats extrêmement élogieux d'illustres médecins de Londres, et, ce qui touchera davantage les lecteurs du *Progrès médical*, des professeurs Charcot et Fournier. Mais il a le malheur..... N'anticipons pas.

Donc, suivant la coutume, les médecins du National Hospital se réunirent, et, à l'unanimité, M. Ramskill étant absent, présentèrent : 1° M. F., 2° M. Sturge, 3° M. O. Il semblait que la commission dût ratifier cette liste, sans hésiter; il n'en fut rien. Au bout de quelques jours, on pria M. Sturge de venir fournir, sur certains points, des explications devant la Commission; il y alla, fut reçu, hors de la salle des séances, par le président qui lui déclara que toute explication était inutile, Le parti était pris de l'exclure. On reconnaissait qu'il avait

tous les droits à la seconde place, que son honorabilité et sa valeur scientifique étaient incontestées, mais.... *O cant*, voilà bien de tes coups ! mais il a épousé une femme pourvue du diplôme de docteur. C'est là son crime inexpiable.

L'inventeur de cette belle objection est, paraît-il, M. Ramskill qui n'a pas daigné prendre part aux délibérations de ses confrères, mais a eu bien soin de se trouver, sans eux, à la séance de la Commission. Il ne cachait guère ses intentions, du reste, car il aurait prévenu M. Sturge, avant toute réunion, qu'il l'empêcherait d'être élu, s'il ne promettait que sa femme ne verrait jamais aucun malade de l'hôpital. M. Sturge répondit simplement qu'il observerait les règlements que la Commission lui imposerait. Cela ne suffit pas à M. Ramskill, et son éloquence persuada les administrateurs : ils rejetèrent M. Sturge.

Cependant, ceux-ci ressentaient quelque vergogne de cette détermination, car ils tâchèrent d'en éluder la responsabilité. Plus diplomates encore que moi, ils dépêchèrent à M. Sturge, le priant de se retirer pour leur éviter la honte de refuser un candidat qu'ils admettaient avoir droit à la seconde place. Comme bien on pense, l'ambassadeur échoua. Et la commission, ne reculant plus devant une ridicule iniquité, pourvut aux trois vacances en excluant M. Sturge.

Je veux m'abstenir de toute réflexion ; il faudrait s'indigner mieux vaut hausser les épaules. Pourtant, je ne saurais ne pas plaindre M. Ramskill ; je doute fort que son rôle, en cette affaire, lui soit une recommandation au titre tant souhaité de *Fellow of the Royal College of physician*. Quant au *Managing Committee*, c'est..... ma foi ! c'est une Commission administrative ! Et encore, *They manage it better in France*.

E. Dyer.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Pince à double fixation; du Dr Ch. Abadie.

M. le Dr Terrillon a présenté à la Société de chirurgie, au nom de M. le Dr Abadie, une pince à double fixation (*Fig. 69*) construite sur ses indications par MM. Mathieu fils.

Tous les praticiens ont eu souvent l'occasion de reconnaître que les moyens de fixation de l'œil, pendant les opérations, sont encore défectueux, le problème, il est vrai, est assez difficile à résoudre, car il s'agit de maintenir le globe oculaire, sans lui faire subir des pressions trop fortes et sans avoir recours à des appareils trop encombrants.

La pince à fixation, qui ne s'applique que sur un seul point, a l'inconvénient sérieux de permettre des mouvements de rotation parfois très gênants par l'introduction du couteau dans la chambre intérieure. Le malade est-il

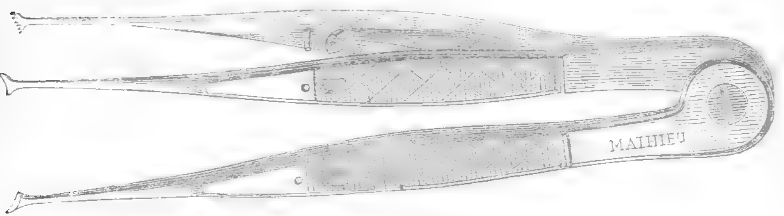


Fig. 69.

indocile, il peut, malgré la pince, au moment où on pratique l'iridectomie, exercer involontairement des tiraillements sur l'iris, et provoquer ainsi des hémorrhagies dont les conséquences sont toujours fâcheuses. Enfin, quand il s'agit d'établir une pupille optique, les mouvements désordonnés du globe oculaire enlèvent toute précision à l'excision de l'iris.

Plusieurs chirurgiens, frappés de ces inconvénients, ont cherché à inventer des appareils contentifs plus efficaces que la pince à fixation ordinaire. M. Monoyer a imaginé une pince à double armature qui peut fixer l'œil en deux points différents, l'idée est excellente.

Malheureusement, l'instrument de M. Monoyer est encore défectueux, parce que l'écartement des deux branches est fixe ; or, comme la conformation et les dimensions du globe oculaire sont loin d'être toujours les mêmes, il en résulte que cette pince ne peut pas toujours être appliquée au gré de l'opérateur. C'est pour remédier à cette petite imperfection que M. Abadie a eu l'idée de faire construire, par MM. Mathieu, une pince à double fixation et à branches mobiles.

La figure 00 en donne une idée exacte. Elle se compose simplement de deux pinces à fixation ordinaire, réunies à leurs extrémités par une articulation de compas. M. Abadie ne s'étendra pas sur le maniement de cet instrument ; il en est de celui-ci comme de tous les autres en chirurgie, il faut apprendre à s'en servir. Au début, il le trouvait moins commode que la pince ordinaire à laquelle il était habitué et il n'en faisait usage que pour les paracentèses et les iridectomies. Aujourd'hui, il s'en sert dans presque tous les cas et ses avantages lui paraissent réels.

Balance métrique pour peser les nouveau-nés ; de M. Jeannel.

La balance métrique pour peser les nouveau-nés, présentée à l'Académie de médecine par M. Jeannel, est une romaine réduite à une simple règle plate inflexible, en bois (*Fig. 70*).

La courte branche supporte un berceau, la longue branche est creusée d'une rainure dans laquelle glisse un poids mobile quadrangulaire.

La règle posée au bord d'une table quelconque, la courte branche faisant

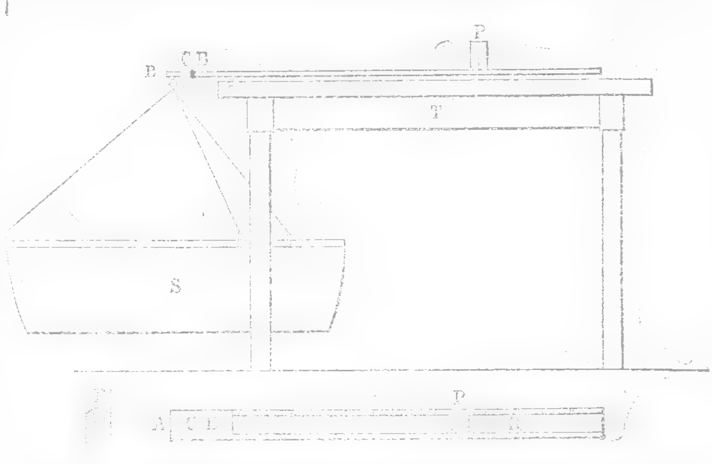


Fig. 70. A, Balance métrique vue de face. — B, Balance métrique vue de côté. — C, B, Courte branche faisant saillie au bord d'une table. — T, Table. On se sert d'une table quelconque. — PP, Poids quadrangulaire mobile dans la rainure. — R, Rainure dont la longue branche est creusée. — *c*, Crochet auquel doit être suspendu la balance. — *d*, Point d'appui sur le bord de la table. — S, Berceau suspendu au crochet *c*.

saillie et soutenant le berceau suspendu par un crochet, oscille sur deux pointes mousses.

Sur les bords de la longue branche sont gravées deux graduations, l'une métrique fournissant le poids du colis par le calcul : le poids mobile en grammes multiplié par la distance en millimètres égale le poids du colis ; l'autre, indiquant le poids du colis par calcul fait, lorsque le poids mobile est de 1 kilogr.

Un double anneau permet de varier la longueur du système de suspension du berceau, selon la hauteur des tables les plus communes, de telle sorte que le berceau n'est jamais soulevé que de quelques centimètres au-dessus du sol : cette disposition rend l'opération du pesage très facile et écarte tout danger et même toute appréhension de chute.

La balance métrique a une portée de 10 à 12 kilogr. ; elle est sensible à 10 gr. lorsqu'elle est chargée de 6 kilogr. Le berceau et la longue branche se font exactement équilibre, de sorte qu'avant de se servir de l'appareil on n'a pas à s'occuper de l'équilibrer par des tares.

Par son prix peu élevé et son maniement commode, cet appareil contribuera sans doute à vulgariser le pesage des enfants du premier âge, sur l'utilité duquel il est inutile d'insister.

VARIA

Les écoles d'infirmières en Angleterre et en Amérique.

Les lecteurs du *Progrès Médical* qui ont pu suivre, dans ces dernières années, les efforts faits à la Salpêtrière et à Bicêtre dans le but de créer pour les hôpitaux un nouveau personnel d'infirmières, verront sans doute avec quelque intérêt les progrès réalisés par les écoles d'infirmières d'Angleterre et d'Amérique qui ont ouvert la voie nouvelle.

Comme on va le voir l'organisation et les programmes laissent peu à désirer et les résultats sont excellents. Le conflit, de mince importance d'ailleurs, qui s'est produit récemment à Guy's Hospital et sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, ne constitue qu'une exception apparente aux heureux résultats généralement obtenus, les écoles d'infirmières de Londres n'ont rien à voir avec les difficultés qui ont surgi et dont l'administration est seule responsable.

L'institution des écoles d'infirmières n'eut pas plutôt paru aux Etats-Unis qu'elle y prit une extension rapide et si nous

en croyons le mémoire de M. Gaylord (1), la plupart des grandes villes possèdent aujourd'hui une école de ce genre, chacune de ces écoles comprend un comité d'administration, des médecins, un surveillant des infirmières et les élèves. Les aspirantes doivent pour être admises comme *élèves* présenter une bonne santé, être âgées de plus de 20 ans et de moins de 40, et subir une épreuve d'admissibilité qui dure environ un mois. Si à l'expiration de ce terme, elles ont satisfait les professeurs, elles prennent le titre d'*élèves*. Elles restent alors à l'école pendant quinze mois, logent dans l'hôpital et remplissent les diverses fonctions des infirmières dans les salles d'hommes et dans les salles de femmes ; outre la nourriture et le logement, on leur donne chaque semaine quelque argent pour leurs menues dépenses.

Enfin, dans leurs trois derniers mois d'école, elles reçoivent les instructions de la maîtresse-infirmière et vont de temps en temps soigner les malades dans des familles.

Voici, d'après le mémoire de M. Gaylord auquel nous empruntons tous ces détails, le programme des quatorze leçons qui composent le cours :

1, application des bandages, 2, emploi et préparation des désinfectants, 3, manière de faire les lits des malades et de changer ceux-ci de linge sans les déranger, 4, manière de prévenir et de panser les eschares, 5, frictions, 6, manière de donner les bains généraux et locaux, 7, administration des lavements, 8, soins à donner aux nouveau-nés, 9, application des ventouses et des sangsues, 10, ventilation, 11, conduite à tenir dans les cas d'urgence, 12, notation du pouls, de la température et de la respiration, 13, conduite à tenir vis-à-vis des cas chirurgicaux et des fébricitants, 14, soins à donner aux enfants dans quelques maladies spéciales à l'enfance.

L'emploi du temps est à peu près le suivant : Les élèves infirmières se lèvent à 6 heures du matin et déjeunent avant de commencer les occupations de la journée. Chacune d'elles à son rôle indiqué et est chargée d'une salle pour plusieurs semaines. Elle accompagne le médecin pendant la visite, le renseigne sur l'état des malades et reçoit ses instructions. Les élèves les plus avancées s'exercent à noter les différents symptômes présentés par les malades, afin de pouvoir plus tard donner par écrit des renseignements exacts sur la manière dont une nuit s'est passée, sur les heures auxquelles ont été administrés les médicaments, etc. Ainsi, ajoute M. Gaylord, un temps précieux se trouve épargné pour le médecin sans qu'aucun phénomène important puisse jamais passer inaperçu.

En dehors des heures de visite, les élèves suivent les cours et apprennent sous la direction de la maîtresse-infirmière l'anatomie, la physiologie et l'art des accouchements.

Enfin, chaque élève doit avant de quitter l'école, passer quelque temps dans les cuisines pour y apprendre à préparer les aliments et les boissons des malades et des convalescents ; petite science, si l'on veut, mais qui plus tard pour des malades dégoûtés, à l'appétit capricieux et changeant, fera d'une pareille garde malade une véritable providence.

Notons en passant, que d'après M. Gaylord, l'argent provenant des soins donnés à des malades de la ville par les élèves infirmières, pendant les trois derniers mois de leur temps d'instruction, serait presque suffisant pour subvenir aux besoins de l'école.

Comme on le voit les « *Nurses traising schools* » d'Amérique ne tarderont pas à fournir un grand nombre d'infirmières infiniment supérieures aux infirmières ordinaires, et d'ailleurs la situation et la compétence des hommes qui s'occupent de ces écoles les recommandent assez à la confiance du public.

Nous n'avons rien à ajouter ici sur l'organisation des écoles anglaises dont il a maintes fois été parlé dans ce journal et dont les manuels ont servi en quelque sorte de point de départ pour l'institution des cours de la Salpêtrière et de Bicêtre, et la rédaction du livre qui est actuellement entre les mains des élèves (2).

La première partie du problème à saisir : la création d'écoles et la formation d'élèves, est donc aujourd'hui un fait acquis. Il restait maintenant à se demander comment se ferait la substitution du nouveau personnel d'infirmières à l'ancien dans les établissements hospitaliers.

H. d'OLLIER.

(1) J.-F. Gaylord.—*Mém. lu à la Soc. Méd. de Cincinnati* (The Cincinnati, Lancet and clinic., 6 mars 1880).

(2) Manuel de la garde-malade et de l'infirmière, etc.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 28. — 2e *de doctorat* : MM. Fournier, Houel, Ollivier. — 3e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Regnault, Lutz, Henninger ; — 2e *série* : MM. Gariel, G. Bouchardat, De Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchard, Hayem, G. Bergeron.

MARDI 29. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Perrier, M. Sée, Richelot ; — (Examen). 1re *série* : MM. Panas, Bouchard, Debove ; — 2e *série* : Peter, Delens, Duguet. — 4e *de doctorat* : MM. Laboulbène, Ball, Legroux. — 5e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Gosselin, Lasègue, Charpentier. — 2e *série* : MM. Charcot, Pinard, Berger.

MERCREDI 30. — 2e *de doctorat* : MM. Fournier, Houel, Dieulafoy, — 3e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lannessan ; — 2e *série* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de doctorat* : MM. Potain, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat* (Charité) : MM. Guyon, Guéniot, Straus. — 2e *de fin d'année* : MM. Béclard, Monod, Cadiat.

JEUDI 1. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Perrier, B. Anger, Humbert ; — 1re *série* : MM. Hardy, M. Sée, Hallopeau. — 2e *série* : MM. Panas, Laboulbène, Debove. — 4e *de doctorat* : MM. Lasègue, Bouchard, Duguet.

VENDREDI 2. — 2e *de doctorat* : MM. Potain, Guyon, Dieulafoy. — 3e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Regnault, Gariel, Bourgoing.—2e *série* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Ollivier. — 5e *de doctorat* : MM. Fournier, Guéniot, Pozzi.

SAMEDI 3. — 2e *de doctorat*. (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, M. Sée, Richelot ; — (Examen) : 1re *série* : MM. Laboulbène, Perrier, Rigal ; — 2e *série* : MM. Peter, B. Anger, Hallopeau. — 4e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Ball, Lasègue, Fernet ; — 2e *série* : MM. Jaccoud, Brouardel, Legroux. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Bouchard, Delens, Charpentier ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Charcot, Pinard, Berger.

THÈSES. — *Mercredi* 30 : 274. M. Porterie. — 275. M. Watson. — 276. M. Marié. — 277. M. Ménagé. — *Jeudi* 1er : 278. M. Toffier : Considération sur l'empoisonnement aigu par l'alcool. — 277. M. Sicaud,

Concours d'agrégation (Sciences accessoires).

Les leçons d'une heure après vingt-quatre heures de préparation ont été terminées le vendredi 25 juin. Les sujets traités ont été les suivants : *Samedi* 19 : M. Carles : *Les Tannins* ; — M. Lacôte : *Les sucres*. — *Lundi* 21 : M. Pouchet : *Des métamorphoses des aldéides* ; — M. Hanriot : *Des métamorphoses de l'aniline*. — *Mardi* 22 : M. Prunier : *Transformation des matières albuminoïdes* ; — M. Gourvat : *Les corps gros naturels*. — *Mercredi* 23 : M. Testut : *Les glandes en grappe en général* ; — M. Arloing : *Sur les divers états transitoires de l'appareil de la circulation depuis son apparition jusqu'à la naissance*. — *Jeudi* 24 : M. Reynier : *Des glandes en tubes en général* ; — M. Planteau : *Anatomie et physiologie de la glotte*. — *Vendredi* 25 : M. Rémy : *Parallèle des organes de la génération dans les deux sexes* ; — M. Viault : *Les ganglions lymphatiques*.

Médecins militaires.

Par décret en date du 21 juin 1880, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Rizet (Louis-Pierre-Félix), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Bertrand, retraité.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Durant (Pierre-Constant-Oscar), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Costa, retraité. — M. Chabert (Jean-Baptiste-Alfred), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Chambéry, en remplacement de M. Rizet, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix). M. Caillard (Charles-Camille), médecin-major de 2e classe au 17e régiment de chasseurs, en remplacement de M. Vincent Genod, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — (Ancienneté). M. Thomas (Auguste-Théophile-Marie), médecin-major de 2e classe au 24e régiment de dragons, en remplacement de M. Parizy, retraité. — (Choix). M. Senut (Léonard-Jules), médecin-major de 2e classe au 7e régiment de hussards, en remplacement de M. Gouchet, retraité. — (Ancienneté). M. Aubert (Louis-René), médecin-major de 2e classe au 38e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Durant, promu. — (Choix). M. Utz (Joseph), médecin-major de 2e classe au 121e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Chabert, promu.

FORMULES

44. Emploi du chlorate de potasse dans la dysenterie.

DEFIZE.

Le Dr E. Defize (de Liège) signale les bons effets du chlorate de potasse dans la dysenterie, tant épidémique que sporadique. Le médicament a été prescrit comme suit :

Décoction de quinquina..........	200 grammes.
Chlorate de potasse.............	4 —

A prendre en 24 heures. — Sept cas de dysenterie ont été soumis à l'observation de M. Defize. Les malades étaient tous adultes et deux avaient plus de soixante ans. La durée de la maladie, en entendant par là le temps qu'il a fallu pour obtenir la disparition complète de tous les symptômes, a été en moyenne de 12 jours et au maximum de 15 jours. Ce qu'il y a eu surtout à noter, c'est la disparition rapide des selles sanguinolentes et du ténesme, suivi bientôt d'une amélioration notable de l'état général. L'adynamie consécutive qui est souvent, si prononcée et persiste quelquefois longtemps, a été peu marquée. (*Archiv. méd. belges.*)

45. Du traitement de la pneumonie par l'ergot de seigle.

WELLS.

Le Dr Wells donne une cuillerée à bouche, toutes les deux heures, jusqu'à arrêt des crachats rouillés, après, deux fois par jour, de la potion suivante :

Extrait fluide d'ergot...............	15 grammes.
Teinture de digitale...............	4 —
Acétate de plomb.................	0,40 centigr.
Eau de cannelle..................	60 grammes.

Commencer le traitement avec une dose antipyrétique de quinine (2 à 3 gr.) qui, ainsi que l'ergot, régularise la circulation pulmonaire, diminue la congestion et l'inflammation du poumon. (*New-York med. Record.*)

Les Américains, comme les Allemands, donnent, on le voit, la quinine à dose, pour nous, colossale. Quant à l'extractum ergoti fluidum américain, il n'est pas l'équivalent de notre ergotine ; il est préparé en épuisant l'ergot avec l'alcool, l'eau, la glycérine et l'acide acétique ; la dose est de 4 à 8 gr., et, dans les maladies nerveuses, on le donne à dose très considérable ; Wood, dans la congestion de la moelle, le prescrit à la dose de 15 à 30 grammes, trois fois par jour. (*Lyon médical.*)

46. Café purgatif.

Séné..........................	20 grammes.
Café torréfié.....................	10 —
Eau bouillante...................	100 —
Lait..........................	120 —
Sucre.........................	40 —

A prendre en une seule fois pour un adulte. — Le café masque la saveur nauséeuse du séné et le lait en corrige et en modifie l'action irritante. Cette formule est très employée dans les hôpitaux d'aliénés de Lisbonne. (*J. de pharm. de Lisboa.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 11 juin au jeudi 17 juin 1880, les naissances ont été au nombre de 1,045, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 412 ; illégitimes, 143. Total, 555. — *Sexe féminin* : légitimes, 362 ; illégitimes, 128. Total, 490.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 11 juin au jeudi 17 juin les décès ont été au nombre de 1,078, savoir : 564 hommes et 514 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 11. F. 8. T. 19. — Variole : M. 25. F. 17. T. 42. — Rougeole : M. 24. F. 17. T. 41. — Scarlatine : M. 5. F. 7. T. 12. — Coqueluche : M. 7. F. 7. T. 14. — Diphthérie. Croup : M. 30. F. 25. T. 55. — Dysentérie : M. 1. F. ». T. ». — Erysipèle : M. 6. F. 7. T. 13. — Affections puerpérales : F. 11. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 92. F. 72. T. 164. — — Autres tuberculoses : M. 21. F. 19. T. 40. — Autres affections générales : M. 53. F. 78. T. 131. — Bronchite aiguë : M. 16. F. 22. T. 38. — Pneumonie : M. 36. F. 37. T. 73. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 41. F. 37. T. 78. — Autres maladies locales : aiguës : M. 37. F. 32. T. 69; — chroniques : M. 85. F. 64. T. 149 ; — à formes douteuses : M. 51. F. 38. T. 89. — Après traumatisme : M. 3. — Morts violentes : M. 22. F. 11. T. 33. — Causes non classées : M. 2. F. 1. T. 3.

Morts-nés et prétendus tels : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* Légitimes, 35 ; Illégitimes : 16. Total, 51. — *Sexe féminin* : Légitimes, 24 ; Illégitimes, 16. Total 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE. *Concours pour le clinicat.* — Les concours pour la nomination aux places vacantes ou créées de Chef de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 19 juillet 1880.

Le nombre des places mises au concours est de 6, savoir : Pour la clinique *médicale*, 2 places ; pour la clinique d'*accouchements*, 1 place ; pour la clinique des *maladies des enfants*, 1 place; pour la clinique des *maladies syphilitiques* et *cutanées*, 1 place ; pour la clinique des *maladies des yeux*, 1 place.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er novembre 1880.

Est admis à concourir, pour les emplois de chef de clinique, tout docteur en médecine qui n'est pas âgé de plus de 34 ans, le jour de l'ouverture du concours. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, du 25 juin au 10 juillet courant, tous les jours, de 1 heure à 4 heures. Les candidats trouveront au secrétariat de la Faculté les renseignements dont ils pourraient avoir besoin sur l'organisation et les conditions du concours.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le concours pour la nomination d'un pharmacien en chef dans les asiles de la Seine, vient de se terminer par la présentation, à l'unanimité de M. Raquier. R. Raquier a obtenu 102 points sur 135.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.* — Ce concours sera ouvert le lundi 2 août 1880, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du jeudi 1er juillet jusqu'au lundi 19 du même mois, inclusivement, de onze heures à trois heures.

Concours pour trois places de médecin au Bureau central. — La première série d'épreuves s'est terminée le 21 juin. La seconde série d'épreuves a commencé le 23 juin. Ont été admis à subir cette seconde épreuve : MM. Dreyfus-Brisac, Roques, Moutard-Martin, 18 points; — Jean, Homolle, Danlos, Tapret, Lorey, Cadiat, Letulle, 17 points ; — Robin, Cuffer, Renault, Barié, Oulmont, Barth, 16 points; — M. Chouppe, Balzer, Hirz (H.), Moizart, Bourceret, de Boyer, Déjerine, 15 points.

Concours pour deux places de chirurgien au bureau central. — Les épreuves d'admissibilité sont terminées. MM. Campion, Félizet, Henriet, Jullien, Laugier, Richelot, Schwartz et Valtat sont admis à prendre part aux épreuves définitives.

HOSPICE DE BERCK-SUR-MER. *Concours pour une place d'interne.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Dhourdin, externe des hôpitaux de Paris.

HOPITAUX D'AMIENS. — Le concours pour les places de chirurgien et de médecins-suppléants s'est terminé par la nomination : 1° comme chirurgien suppléant de M. Léger, à l'Hôtel-Dieu ; 2° comme médecins suppléants de MM. Bax à l'Hôtel-Dieu ; Hubert, à St-Charles ; Bernard, aux Incurables.

HÔPITAUX DE GRENOBLE. — *Concours.* — La composition du jury du concours, qui doit avoir lieu le 2 août prochain, pour les places de médecin et chirurgien adjoints des hospices, est ainsi arrêtée : MM. les docteurs Léon Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, président ; Carlet, professeur à la Faculté des sciences et à l'Ecole de médecine ; Bisch et Turel, professeurs à l'Ecole de médecine ; Dufour, médecin en chef de l'Asile de Saint-Robert.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Par arrêtés en date du 21 juin 1880, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé que deux concours s'ouvriraient à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble : L'un, le 23 décembre 1880, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ; — L'autre, le 1er avril 1881, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

HERBORISATION. — M. BUREAU, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle ou, en son absence, M. Poisson, aide-naturaliste, fera sa prochaine herborisation le dimanche 27 juin 1880, sur les bords de la Marne. Rendez-vous à 11 heures 1/2, au pont de Charenton.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. POLAILLON. — Visite à 8 h. 1/2, consultation lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Jean (F) : 2, amputation du sein ; 4, névrome douloureux ; 6, phlegmatia ; 14, anthrax diffus. — Salle Saint-Gabriel (H) : 3, périostite phlegmoneuse diffuse consécutive à une variole ; 9, fracture de jambe ; 10, paralysie traumatique d'un membre supérieur ; 16, hygroma chronique ; 18, adénite inguinale ; 25, fracture des os de l'avant-bras, à l'extrémité inférieure.

Service de M. DUMONTPALLIER. — Visite tous les jours à 8 h. 1/2. — Salle Sainte-Eugénie (F) : 8, ramollissement cérébral ; 11, pied bot hystérique, métallothérapie ; 15, insuffisance mitrale ; 18, pleurésie purulente, empyème ; 20, hémiplégie à droite, aphasie ; 26, syphilide secondaire varioliforme ; 5, 29, chlorose, métallothérapie ; 42, tuberculose pharyngée. — Salle Saint-Raphaël (H) : 9, paralysie de la 3e paire ; 13, néphrite interstitielle, urémie ; 22 bis, fièvre herpétique ; 33, fièvre typhoïde, taches bleues ; 37, paralysie radiale ; 39, rhumatisme articulaire aigu.

Service de M. VERNEUIL. — Clinique lundi, mercredi, vendredi, consultation mardi, jeudi, samedi. — Salle Saint-Augustin (F) : 1, cancer du sein ; 3, épithélioma des nymphes; 4, épithélioma du sein ; 5, fistule vésico-vaginale ; 6, tumeur blanche du pied ; 7, otite moyenne ; 9, fistule vésico-intestinale ; 11, tumeur du genou ; 13, épithélioma du cuir chevelu ; 14, rectotomie linéaire ; 16, polype utérin ; 21, coxalgie; 24, tumeur du genou ; 27, pied plat valgus douloureux ; 27, pelvi-péritonite. — Salle Saint-Louis : 6, périostite phlegmoneuse ; 12, résection du maxillaire supérieur ; 16, hypospadias ; 18, sarcome de la paume de la main ; 22, gangrène spontanée des extrémités ; 24, lymphangite ; 27, résection du poignet ; 30, épithélioma

de l'œsophage; 33, lymphangite du membre inférieur; 34, résection des os du carpe; 38, fracture de la rotule; 49, fracture de jambe; 56, anévrysme de l'aorte, 60, hydarthrose.

Service de M. GALLARD. — Consultation mardi, spéculum jeudi. — Salle Saint-Rosaire: 1, tumeur fibreuse de l'utérus, tumeur cérébrale syphilitique; 2, arthrite et endocardite puerpérales; 10, phlegmon du ligament large; 18, rétro-flexion; 22, pelvi-péritonite; 27, chlorose, hystérie, tuberculose au début; 29, rhumatisme articulaire aigu, rétrécissement aortique; 40, myélite aiguë. — Salle Saint-Athanase: 1, phlébite variqueuse; 2, pneumonie chez un tuberculeux; 15, purpura; 21. rhumatisme noueux; 27, granulie; 39, pleurésie; 40, pneumonie caséeuse; 51, pleurésie purulente, empyème; 53, pneumonie.

Service de M. BROUARDEL. — Visite à 8 h. 1/2, consultation le jeudi. — Salle Sainte-Claire (F): 1, méningite tuberculeuse; 2, albuminurie, purpura; 9, fièvre typhoïde; 20, phlegmatia alba dolens double; 24, tumeur cérébrale; 27, ramollissement cérébral; 34, néphrite interstitielle; 37, sclérose en plaques; 42, affection mitrale, asystolie; 45, 46, cancer de l'estomac. — Salle Saint-Benjamin: varioleux.

Service de M. LANCEREAUX. — Visite à 9 heures, leçons cliniques le vendredi à 10 heures, consultation le samedi. — Salle Sainte-Geneviève

Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, par le Dr F. PONCET. Paris, 1877. In-8 de 16 pages, avec figures. — Aux bureaux du *Progrès Médical*.

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr I. Besson, vol. in-8 de 92 p. — Prix: 2 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, net 1 fr. 25.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte-rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par BOURNEVILLE. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix: 4 fr.; pour les abonnés du *Progrès médical*, 3 fr.

Du Tubercule du Testicule et de l'Orchite tuberculeuse, par le Dr RECLUS. — In-8° de 208 pages, avec 5 planches. Prix: 5 fr.; pour les abonnés du *Progrès*, 4 fr.

Iconographie photographique de la Salpêtrière. **3e année**: 1re livraison; nouvelle observation d'hystéro-épilepsie: 2e livraison; variétés des attaques hystériques: 3e livraison; des régions hystérogènes: 4e livraison: du sommeil des hystériques. 5e et 6e livraison: des attaques de sommeil. Prix de la livraison: 3 fr. Pour les abonnés du *Progrès*, prix: 2 fr.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. MIOT, in-8 de 56 pag. orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix: 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Étude clinique sur l'athétose, par P. OULMONT. Paris, 1878, in-8 de 116 pages, avec figures. — Prix: 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

(F) : 1, choroïdo-rétinite syphilitique ; 4, paraplégie, contracture, troubles trophiques ; 10, rétrécissement mitral ; 13, alcoolisme chronique ; 22, hysteria major ; 26, rein mobile ; 37, absinthisme. — Salle Sainte-Marthe (H) : 1, rhumatisme articulaire aigu, purpura, endocardite ; 10, goutte ; 18, bronchite fétide ; 28, néphrite épithéliale ; 34, pleurésie purulente ; 44, cirrhose hypertrophique impaludique ; 46, néphrite épithéliale ; 47, diabète maigre ; 51, rhumatisme articulaire aigu, endocardite.

Service de M. Lasègue. — Visite à 8 h. 1/2, consultation lundi. — Salle Saint-Charles (F) : 3, pleuro-pneumonie ; 7, érythème noueux ; 9, cancer intestinal ; 10, rhumatisme goutteux ; 16, chlorose ; 18, chorée hystérique ; 28, tuberculose et foie amyloïdes ; 33, affection mitrale ; 40, syphilis. — Salle Saint-Paul (H) : 3, fièvre catarrhale ; 6, néphrite suppurée ; 13, rhumatisme ; 26, paralysie générale ; 22, méningite d'adultes ; 23, fièvre typhoïde ; 27, érysipèle ; 32, hémiplégie gauche ; 53, pérityphlite.

CERF ET FILS, IMP., 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 27. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 3 JUILLET 1880.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — **M. J. SIMON.**

Du Mercure (1).

Conditions étiologiques de la syphilis infantile héréditaire. — 1° le père et la mère atteints de syphilis ; 2° la mère seule syphilitique ; 3° Le père contaminé, la mère saine.

1° Quand le père et la mère sont atteints de syphilis, le produit de la conception ne saurait échapper à la vérole. C'est la règle. On dit qu'il existe ces exceptions, dues à des conditions d'âge et de traitement de la syphilis. Tenez-vous en garde contre ces faits étranges, et tâchez, en pareille occurrence, de ne pas confondre le mari avec le père de l'enfant.

2° Si la mère est seule syphilitique, l'enfant se trouve encore dans des conditions très favorables à être contaminé ; les chances sont d'autant plus grandes que le moment de la conception est plus près de la période des accidents secondaires. Je vous parle, ici, des accidents secondaires dus à une syphilis qui a précédé la grossesse. Mais la mère peut être contaminée après la conception, et, de deux choses l'une, ou l'introduction du virus syphilitique a lieu pendant les premiers mois, et alors l'enfant hérite de cette terrible diathèse, ou la syphilis est contractée dans les derniers mois, et l'enfant peut bien naître exempt de la maladie. Il court d'autant moins de danger que la syphilis a été contractée à une époque plus éloignée.

3° Le père seul est syphilitique. Il n'est plus douteux aujourd'hui que l'enfant né d'un père syphilitique, la mère étant saine, peut être atteint de la vérole. Combien de temps persiste la puissance du virus vénérien, chez l'homme comme chez la femme ? C'est là un des problèmes les plus obscurs qu'il soit donné de résoudre. Il n'y a point de règles à vous poser. L'intensité de la vérole varie avec chaque individu, et les mille conditions d'âge, de traitement, d'hygiène, influent sur la durée de l'activité du poison, qui, d'ailleurs, après avoir été épuisé selon toute apparence, peut de nouveau, redevenir actif. — Quand, après un certain nombre d'années de traitement méthodiquement suivi, quand vous aurez ensuite soumis le sujet syphilitique aux douches chaudes et excitantes des Pyrénées ou de la Savoie, et, qu'après une observation très minutieuse, vous ne découvrirez sur aucun point du corps le moindre signe de l'infection, vous serez en droit de supposer la guérison. Pourtant, s'il s'agit d'un mariage, et qu'on demande d'affirmer absolument l'intégrité, l'exemption du fruit de la conception, apportez des tempéraments à vos assertions ; tournez dans le cercle des probabilités. La certitude n'existe pas en fait. Vos réserves ont d'autant plus d'importance, vous ne l'ignorez point, que non-seulement le père syphilitique peut engendrer un enfant malade de syphilis, mais que, d'ordinaire, le sang de cet enfant transmet le poison à la mère, pendant la gestation.

C'est encore là une donnée scientifique hors de tout conteste. Notez que je ne dis pas dans tous les cas. Quand nous étudions ici les questions étiologiques, nous devons comprendre la généralité des faits, puisque le traitement, la puissance du virus, l'hygiène modifient complétement sa puissance. Je possède, dans mes cartons, plusieurs observations indéniables. Tenez, en voici une, entre autres, qui ne vous laissera aucun doute dans l'esprit. — Une jeune fille des Antilles, d'une santé excellente, ma cliente depuis deux ans, qui m'avait consulté pour des accidents nerveux et chlorotiques, se marie avec un homme robuste, qui avait été traité, à Cuba, dix ans auparavant, pour des manifestations syphilitiques. Il se croyait guéri, ne suivait plus aucune médication. Sa santé paraissait florissante. Au bout de cinq mois de mariage, la femme fit un avortement, et huit mois après cet accident, elle en fit un autre. Elle tomba dans un état de faiblesse extrême. Elle perdit rapidement ses couleurs, son embonpoint ; des taches cuivrées apparurent sur tout le corps et témoignèrent, par leur marche rapide, de la malignité de cette syphilis contractée par le fœtus. C'est alors qu'elle me consulta de nouveau. Je l'avais perdue de vue depuis son mariage. Je fus effrayé de sa maigreur et de l'altération considérable de sa santé. Je manifestai au mari toutes mes craintes, qui lui parurent chimériques, vu l'ancienneté de ces premiers accidents. Il voulut bien consentir à un examen minutieux, et je ne tardai pas à trouver, çà et là, des signes certains — nouvelles poussées — de son ancienne infection. Il ne voulut pas se rendre à mon raisonnement, et je provoquai une consultation, à laquelle prirent part quatre collègues des hôpitaux. Aucun de nous n'eut un moment d'hésitation. La mère était syphilitique du fait de son mari, qui ne portait aucun accident secondaire sur le pénis, et qui lui avait transmis la vérole par les enfants, expulsés avant terme.

Je pourrais encore vous citer l'observation d'un médecin militaire, syphilitique, supposé guéri, qui engendra un enfant syphilitique, et dont la femme fut atteinte d'une vérole, bénigne cette fois, deux mois après son accouchement.

Bien que je ne puisse m'étendre, comme je le voudrais, sur toutes les questions étiologiques soulevées à propos de la syphilis infantile, je dois vous assurer, en guise de consolation, qu'une médication classique, méthodiquement suivie, a la plus gande influence sur la transmissibilité de la vérole. Ainsi, le père et la mère syphilitiques, soumis à un traitement spécifique, éprouvés par des bains sulfureux, traités jusqu'à complète guérison apparente, peuvent procréer des enfants exempts de vérole, après avoir donné le jour à des produits contaminés.

Traitement de la syphilis infantile. — L'action du mercure est réellement puissante dans la syphilis infantile. Voici, Messieurs, le traitement que je vous conseille de prescrire, en pareil cas, et de faire rigoureusement exécuter.

Tous les matins et tous les soirs, vous ferez faire à l'enfant des frictions, alternativement, dans les aisselles, aux aines, aux jarrets, avec l'onguent napolitain.

Quatre fois par jour, vous lui ferez prendre cinq gouttes de liqueur de Van Swieten dans un peu de lait, en augmentant, au besoin, jusqu'à trente, quarante gouttes par jour. Vous recommanderez d'employer, pour cet usage, des cuillers en bois, ou des tasses en porcelaine, car les cuillers d'argent seraient rapidement recouvertes d'amalgame et altéreraient la préparation mercurielle.

Ce traitement doit être longtemps continué, pendant des mois entiers. Je ne recommande point de le suspendre pendant la première période, mais de se contenter d'abaisser et d'élever les doses d'une façon méthodique. A moins, toutefois, que l'amendement rapide de tous les signes n'indique un arrêt momentané du virus syphilitique. Je ne puis vous donner des conseils plus précis. C'est une affaire de tâtonnements. Quand, par exemple, la peau du visage re-

(1) Voir les nos 20, 22, 23 et 25.

prend sa transparence, que le nez se dégage, et que la région anale se nettoie; quand le sommeil, le calme renaissent et le développement de l'enfant a repris son cours je diminue graduellement les doses de liqueur de Van Swieten. De 30 gouttes, je descends successivement à 20, à 10, à 5 gouttes par jour, et, à la moindre recrudescence de symptômes locaux ou généraux, je reprends rapidement les doses élevées. Il en est de même des frictions cutanées. J'en diminue l'étendue, ou le nombre, simultanément, — comme le chiffre des gouttes, — sans jamais les suspendre complètement pendant les cinq ou six premiers mois des manifestations syphilitiques. Cette ligne de conduite m'est dictée par la marche rapide du virus chez les nouveau-nés. Aussi, est-ce de bonne heure, vers le quatrième et le cinquième mois, que vous commencerez l'administration concomitante de l'iodure de potassium. Vous le prescrirez sous forme de sirop de Gibert dont l'enfant prendra, en quatre ou cinq fois, étendu dans de l'eau, la dose d'un quart à une demi-cuillerée à café par jour Comme pour la liqueur de Van Swieten, élevez et abaissez la dose en vous guidant sur la marche de certains signes évidents, et de l'état général des forces. Puis, arrivés à cette période déjà éloignée, cherchez, si l'enfant paraît en bon état, cherchez à suspendre tout traitement, tout en redoublant d'attention, tout en guettant le retour offensif de la maladie.

Vous devez être surpris de ne point m'entendre vous parler des bains de sublimé, dont l'emploi est si général. C'est qu'en effet, je ne crois à leur efficacité que dans les cas d'exulcération de la peau. Autrement, voici ce que j'ai pu observer maintes et maintes fois quand je suivais cette pratique. Ou bien le bain de sublimé est trop court et le mercure n'agit que comme une lotion, utile, sans doute, mais sans exercer une action assez profonde pour enrayer la syphilis ; ou le bain est trop prolongé et l'enfant s'affaiblit par le fait du séjour dans l'eau chaude, bien plus qu'il ne se réconforte par le mercure qu'il absorbe. Je ne crois pas, en outre, qu'il soit favorable aux petits syphilitiques d'être constamment exposés aux refroidissements, auxquels ils sont très sensibles. Ils manquent de calorique. Les forces de la vie n'en produisent guère chez eux. C'est pour toutes ces raisons résumées que je fais absorber le mercure sous forme de frictions, de liqueur de Van Swieten, et que je me contente, quand j'en reconnais la nécessité, des lotions de sublimé comme modificateur local, de nombreuses manifestations cutanées dans la région anale.

L'enfant doit être maintenu dans des appartements chauffés à une assez haute température (18° à 19°), entouré de langes épais, ne pas être sorti dans la mauvaise saison, par les grands froids. On ne le soumettra à l'hygiène des bébés qu'après une très notable amélioration. Il va de soi qu'il ne peut être confié, pour l'allaitement, qu'à sa mère, puisque les acccidents secondaires de la cavité buccale sont notoirement contagieux. A défaut de la mère, procurez-lui du bon lait de vache; mais je vous l'ai dit à satiété, cet allaitement artificiel est loin de valoir, surtout chez ces petits malades, le lait de la mère. C'est à l'aide de ce traitement et de ces précautions que vous arriverez, quelquefois, à enlever à une mort certaine ces malheureux syphilitiques. Ne vous endormez pas dans une sécurité trompeuse, craignez les récidives. Avertissez les parents. Il faut que l'enfant soit souvent soumis à votre examen, même si son développement est en faveur d'un retour persistant à la bonne santé. Vous trouverez alors telle petite tache, tel petit point de repère qui varie, du reste, avec chaque malade, vous indiquant la présence du virus et sa tendance à faire de nouvelles apparitions. Je vous ai rapporté l'histoire de petits syphilitiques, aujourd'hui déjà grandets, qui, de temps à autre, ont besoin d'une sorte de petite cure périodique par le mélange associé du mercure, et, si la mère nourrit, de l'iodure de potassium. Telle est la règle, même dans les cas les plus heureux. Prenez-en bonne note.

Je ne puis me résoudre à abandonner l'étude du mercure dans la syphilis, sans vous dire quelques mots du traitement de la syphilis des adultes. Je vous supposerai en présence d'un cas de moyenne intensité : un homme contracte un chancre dont vous reconnaissez l'induration caractéristique, c'est-à-dire la nature infectieuse. Comme l'aspect du chancre ne vous permet pas de prévoir l'avenir, et de dire quel sort est réservé au malade qui se confie à vos soins, il faut, sans plus tarder, songer aux deux indications qui se posent nettement devant vous : traiter localement le chancre et instituer un traitement général.

Le traitement local du chancre est, extérieurement, simple, des soins de propreté suffisent. Vous vous trouverez bien cependant de le panser, deux fois par jour, avec de la poudre d'oxyde de zinc ou mieux encore avec du calomel.

En même temps que vous traiterez le chancre, vous administrerez immédiatement le mercure. Il n'y a pas à tergiverser. L'induration est le premier accident secondaire, inutile d'attendre plus longtemps un complément d'instruction.

Dans le cas où je me suis placé, celui d'une syphilis de moyenne intensité, vous pourrez, Messieurs, laisser de côté les frictions mercurielles, dont l'emploi gênant et désagréable demande une surveillance et un temps que vous ne pouvez exiger, sans raisons sérieuses, du syphilitique bien portant, obligé de vaquer à ses occupations et de cacher son affection ; vous aurez donc recours à l'administration interne du mercure et la préparation la plus douce, celle qui fatigue le moins, est, sans contredit, le protoiodure hydrargyrique, dont vous donnerez d'abord deux, puis cinq, puis dix centigrammes, associé à l'extrait thébaïque, pour éviter la diarrhée et la gastralgie. Vous prescrirez, par exemple, les pilules de Ricord dont je vous ai donné la formule au début de cette conférence. Il n'y a pas de règle mathématique, absolue pour le dosage, qui varie avec l'intensité de la syphilis, la facilité d'absorption du malade, sa résistance aux agents mercuriaux.

Vous devrez, Messieurs, donner le mercure à doses assez élevées pour que les gencives soient touchées. C'est là une épreuve sur laquelle M. Ricord a très justement insisté ; il faut, pour que vous puissiez être certain que vous ne donnez pas le mercure en pure perte, que vos malades éprouvent cette sensation d'agacement des gencives, d'allongement des dents, cette légère salivation, qui sont les symptômes initiaux d'une stomatite mercurielle légère. Une fois ce résultat obtenu, vous continuerez de donner le mercure à la dose effective pendant deux à trois mois. Si les manifestations de la syphilis persistent ou s'aggravent, il faut changer le mode du mercure, avoir recours aux frictions. D'ordinaire, les accidents pâlissent et s'éloignent, à moins toutefois que le syphilitique ne respecte aucune des lois de l'hygiène, dont l'importance est capitale dans le traitement de la syphilis. Une fois cette amélioration bien constatée, diminuez un peu la dose, cherchez même à suspendre le traitement.

Au bout de 8 à 10 jours, il vous sera donné d'observer deux faits opposés : — ou bien le malade ressent un bien être continu, quelquefois même plus grand qu'avant la suspension, — ou bien, au contraire, il est repris de symptômes généraux (malaise nocturne, tendance à la tristesse, faiblesse intellectuelle et physique). Dans le premier cas, le temps de repos peut être prolongé quelques semaines. Dans le second, il faut, à tout prix, reprendre le mercure aux doses actives.

Le traitement a, pour ainsi dire, une durée indéfinie, car jamais vous ne pourrez affirmer que la syphilis est détruite et non latente, et toujours vous pourrez craindre de voir survenir les accidents les plus imprévus, les plus graves, les plus difficiles à reconnaître, après une longue période d'immunité et de sécurité trompeuse. A Paris, le traitement doit être continué systématiquement pendant deux ans, trois ans, même d'une manière systématique, en suivant les règles que je viens de vous tracer. A la campagne, où les conditions morales et hygiéniques sont généralement meilleures, un traitement moins prolongé peut suffire. En réalité, le syphilitique doit prendre du mercure

pendant presque toute sa vie, sinon à titre curatif, du moins à titre préventif, de même que beaucoup d'individus, qui ont eu des fièvres intermittentes et qui sont toujours sous le coup de manifestations paludéennes, ne peuvent jouir d'une bonne santé qu'en se soumettant chaque année à un traitement méthodique par le quinquina et l'arsenic.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Leçons sur les affections nerveuses locales (1);

Par **B. BRODIE;** traduites de l'anglais par le Dr DOUGLAS AIGRE.

II. Des différentes formes des affections hystériques locales.

Jusqu'ici, nous n'avons considéré ces accidents que dans le sexe féminin, mais ils ne faudrait pas croire qu'ils soient exclusivement propres à ce sexe. J'ai rencontré plusieurs cas où des hommes ont été atteints de cette même affection: je n'ai pas besoin d'ajouter que ces cas sont relativement très-rares. Je me sers du mot *hystérie*, parce qu'il est passé dans le langage et qu'il y aurait des inconvénients à le changer, mais l'étymologie de ce mot a le grand tort de donner une idée complétement fausse de la pathogénie de la maladie. Ce n'est pas de l'utérus, mais du système nerveux qu'il s'agit, et tous ceux qui ont eu quelqu'expérience soit médicale, soit chirurgicale, reconnaitront la justesse de cette observation de Sydenham : « *Quinimmo non pauci ex iis viris qui vitam degentes solitariam, chartis solent impallescere eodem morbo tentantur.* »

Une forme d'hystérie très fréquente est celle où les symptômes s'accusent du côté de la moelle. Il arrive souvent que, dans ces cas, on croit avoir affaire à des ulcérations des disques intervertébraux ou des corps des vertèbres. C'est là une fâcheuse erreur de diagnostic, dont il m'est arrivé très souvent de constater les funestes effets : j'ai vu condamner au repos et à la position horizontale pendant des années, des jeunes filles que l'on soumettait encore au traitement par les cautères et les sétons alors que le grand air, l'exercice et les passe-temps, les eussent complétement guéries en quelques mois.

Dans ces cas, la malade se plaint de douleur et de sensibilité dans le dos ; il s'y ajoute souvent quelques-uns ou plusieurs des symptômes suivants, ce qui est bien fait pour dérouter le médecin : — Douleurs dans les membres et surtout dans les membres inférieurs ; sensation de constriction de la poitrine; contractions musculaires involontaires survenant tantôt par un changement de position, tantôt sans cause appréciable ; sensation de faiblesse dans les membres inférieurs au point qu'ils peuvent à peine supporter le poids du corps ; enfin, une véritable paralysie avec difficulté dans la miction. Il faut avouer, qu'au début, quand la malade ne se plaint que de douleur dans le dos, le diagnostic offre de grandes difficultés. Mais cette difficulté disparait bientôt, au point qu'il ne serait pas pardonnable à un observateur consciencieux de méconnaître la nature véritable de la maladie. En effet, la douleur dans le dos est rarement limitée à un point, mais s'étend dans les diverses régions de la colonne vertébrale et change souvent de place. La sensibilité le long de la colonne vertébrale présente un caractère tout particulier.

L'hyperesthésie morbide réside surtout dans la peau, et la malade témoigne beaucoup plus de douleur quand on ne fait que pincer légèrement la peau, que quand on presse sur les vertèbres mêmes. Le plus souvent, la douleur est plus forte que dans le cas de carie vertébrale, et les contractions musculaires présentent une ressemblance frappante avec celles de la chorée. Dans le cas où il y a de la paralysie où de la parésie, cette paralysie diffère entièrement de celle qui accompagne une compression de la moelle ou du cerveau ; c'est ici le lieu de faire remarquer que, dans la paralysie hystérique, en général, *ce ne sont pas les muscles qui n'obéissent pas à la volonté, mais c'est la volonté elle-même qui n'entre pas en jeu*

D'autres circonstances peuvent également aider au diagnostic : l'aspect de la malade, son état de santé générale ; son âge, l'état des fonctions utérines, et surtout la circonstance d'autres symptômes de nature hystérique plus communs.

Les malades qui ont le pouls petit, les extrémités généralement froides, sont, toutes choses égales, plus exposées que d'autres à ce genre d'hystérie. D'ailleurs, il me suffira, à ce propos, de vous renvoyer à ce que j'ai dit des affections hystériques pouvant simuler des maladies articulaires.

J'ai vu bien des médecins faire l'application d'une éponge chaude sur la moelle, dans la conviction que si la malade accusait une douleur, c'était une preuve de carie vertébrales D'après mon expérience, je suis porté à croire qu'une malade atteinte de douleurs dorsales, de nature purement nerveuse, souffrira plus de l'application de l'éponge chaude que ne le ferait une malade ayant une altération organique de la colonne vertébrale. Il faut encore éviter de se laisser induire en erreur par ce symptôme.

Je n'ai encore décrit que quelques-unes des expressions locales de l'hystérie, celles dont la connaissance est nécessaire au chirurgien, pour lui permettre d'exercer son art à son honneur et au bénéfice du malade.

La rétention d'urine de nature hystérique est un accident tellement fréquent qu'il semble superflu d'en donner une description. Ce que nous avons déjà dit d'autres formes de paralysie hystérique, peut également bien s'appliquer ici. Ce n'est pas que les muscles soient incapables d'obéir à la volonté, mais c'est la volonté qui ne s'exerce pas. Du moins les choses se passent ainsi au début : mais si la malade a permis à sa vessie de subir une grande distension, une paralysie véritable peut s'ensuivre et on ne parviendra à vider l'organe qu'avec la sonde. Dans tous ces cas où la vessie a subi pendant longtemps une grande distension, la muqueuse devient le siége d'une inflammation chronique et donne une sécrétion muqueuse gluante ; des complications même plus sérieuses peuvent survenir. Dans un cas que j'ai rapporté dans mes leçons sur les affections des voies urinaires, il s'agissait d'une rétention d'urine de nature hystérique, longtemps abandonnée à elle-même ; quand on fit le cathétérisme on retira 40 onces (1200 grammes) d'urine. A l'autopsie, on trouve une vessie énorme, d'une couleur très foncée, presque noire : on ne retrouvait que des vestiges de sa structure normale ; la couche musculaire n'existait presque plus et la muqueuse présentait l'aspect d'un mince dépôt, que l'on séparait facilement des parties sous-jacentes. La couleur noire ne semblait pas due à la gangrène; il n'y avait aucune odeur fétide.

Les femmes qui ont de la rétention d'urine de nature hystérique guérissent le plus souvent et assez rapidement, quelquefois subitement, si on les abandonne à elles-mêmes ; si, au contraire, on a recours au cathétérisme on peut retarder leur guérison indéfiniment. Nous avons le droit de dire, qu'en règle générale, il ne faut pas employer la sonde dans ce genre de cas; et les seules exceptions à la règle sont les cas de distension extrême s'accompagnant de paralysie véritable, et dans lesquels la vessie est menacée de dégénérescence si on ne la vide pas.

La perte de voix ou *aphonie* hystérique ressemble beaucoup, en tenant compte nécessairement des différences de fonction, à la rétention d'urine de même nature. Elle survient subitement, persiste souvent pendant plusieurs mois, quelquefois pendant une année ou deux, et disparait aussi subitement qu'elle était venue. Il peut arriver qu'une malade atteinte de ce genre d'aphonie recouvre sa voix naturelle sous l'influence d'une forte émotion morale, alors que depuis longtemps elle ne parlait qu'en chuchottant. La guérison peut être permanente ou n'avoir qu'une courte durée. On rencontre parfois cette affection dans le sexe masculin surtout parmi les membres du clergé, ce qui est dû probablement à la vie sédentaire qu'ils mènent, et aussi à ce qu'ils sont appelés à parler en public sur un ton plus élevé que la voix normale.

Le tympanisme est un symptôme assez commun chez les

(1) Voir le n° 26.

jeunes femmes hystériques ; et quand il est très développé, il peut faire croire à une hydropisie ovarienne. La plupart des cas de guérison d'hydropisie ovarienne, guéris au moyen de l'iode ou d'autres médicaments, doivent probablement être rattachés à cette cause. Pourtant le diagnostic entre ces deux affections n'est pas difficile. L'absence de liquide est reconnue par le manque de fluctuation, et, d'autre part, le son qu'on obtient par la percussion indique nettement la cause de la distension. Quand la tumeur est volumineuse, il y a de la douleur abdominale et la respiration est gênée par l'obstacle apporté à l'action du diaphragme. Si la gêne est telle que le médecin prescrive un bain chaud, on constate, dans les cas de distension considérable, ce phénomène remarquable qu'au lieu d'aller au fond du bain, la malade surnage dans l'eau. Si on introduit dans le rectum un tube élastique et qu'on exerce une certaine pression sur l'abdomen, on peut faire passer quelquefois les gaz à travers le tube jusqu'à faire reprendre à l'abdomen ses dimensions normales ; au bout de quelques heures, néanmoins, les gaz s'accumulent de nouveau. Une injection stimulante de *confectio rutæ* aura quelquefois le même effet.

Quelques jeunes femmes sont sujettes à une affection du sein, présentant une grande ressemblance avec les affections articulaires de nature hystérique. M. A. Cooper, dans ses notes sur les affections du sein, a relaté plusieurs de ces cas. La malade se plaint d'une douleur siégeant dans le sein, et la moindre pression avec les doigts, la fait crier. Parfois, le seul fait de palper l'organe produit des mouvements de tout le corps, ressemblant beaucoup à ceux de la chorée ; cependant, si avec un peu d'adresse on parvient à détourner complètement l'attention de la malade, non seulement ces mouvements ne se produisent pas, mais c'est à peine si elle accuse de la douleur. Cette hyperesthésie ne se limite pas au sein, elle s'étend dans l'aisselle et le long du bras. On ne perçoit aucune tumeur dans l'organe, mais quand l'affection est de date un peu ancienne, le sein devient plus volumineux, probablement par suite d'une hyperémie secondaire ; pourtant il n'y a pas de rougeur de la peau, plutôt au contraire un peu de pâleur avec un aspect légèrement lisse.

Il ne faut pas confondre ces cas avec ceux de tumeur douloureuse du sein, dont Astley Cooper donne, dans son ouvrage, des exemples illustrés par des planches. Je crois qu'il faut les distinguer aussi de toute espèce de tumeur se montrant dans le sein, chez des femmes qui ne sont aucunement prédisposées à l'hystérie. Dans ces cas dont il est question, la douleur et la sensibilité sont bien moindres que dans le véritable sein hystérique, et l'on constatera presque toujours que la malade a, parmi ses connaissances ou amis, une malheureuse qui a été atteinte de cancer du sein. Aucune autre partie du corps n'est, de la part de la malade, l'objet d'un examen aussi minutieux que le sein, et il sera toujours possible, même dans un organe parfaitement sain de trouver des sensations qui ne s'étaient jamais accusées jusque là ; la crainte permanente se portant sur cet organe peut faire que ces sensations vagues se transforment en une véritable douleur. C'est alors que l'assurance de la part du médecin de l'intégrité complète de l'organe rendra la malade heureuse et fera disparaitre toute douleur ; mais cette assurance n'aura aucun effet dans un cas d'affection hystérique véritable.

Le tympanisme hystérique est toujours accompagné d'une constipation plus ou moins marquée. D'ailleurs, la constipation opiniâtre est très fréquente chez les hystériques, indépendamment du tympanisme ; et je connais bon nombre de cas où l'on a cru avoir affaire à un rétrécissement de l'extrémité supérieure du rectum. Le chirurgien se laisse induire en erreur, en croyant qu'un rétrécissement seul peut empêcher une longue sonde de pénétrer dans le rectum ; il ne tient pas suffisamment compte des diverses courbes de l'intestin, lesquelles peuvent, même dans un rectum sain, s'opposer à l'introduction d'une sonde un peu longue. L'histoire que raconte la malade tend d'ailleurs également à l'induire en erreur : elle dit qu'elle a bien des envies d'aller à la selle, mais qu'elle ne peut rien faire sortir de ses intestins. Je ne veux pas dire qu'il en soit toujours ainsi, mais j'ai la conviction, qu'en questionnant la malade à diverses reprises, vous arriverez à vous assurer que la constipation hystérique est de même nature que la rétention d'urine liée à la même diathèse. L'effort de la volonté n'intervient que quand les matières fécales sont accumulées en quantité considérable. La dysphagie hystérique, que l'on confond souvent avec un rétrécissement de l'œsophage, est probablement une affection de même nature : il n'y a pas de spasme véritable, mais un défaut d'action des muscles volontaires qui concourent à la déglutition.

On rencontre parfois chez des malades entachées d'hystérie, des phénomènes rappelant ceux du tétanos : tantôt c'est du trismus, tantôt de l'opisthotonos. Le cas du Dr Philips, qui a paru dans le 6e volume des *Transactions médico-chirurgicales*, et où il s'agit d'un tétanos guéri par l'injection dans le rectum de térébenthine, rentre certainement dans cette catégorie.

Il arrive très souvent que des symptômes d'hystérie locale semblent se rattacher à quelque traumatisme accidentel, le plus souvent très léger ; on est exposé alors à commettre de grandes erreurs et à se tromper entièrement sur la nature du mal.

Ainsi, par exemple, on pratique à une femme une saignée au bras ; elle se plaindra peut-être d'une grande douleur sur le moment, mais cette douleur se calme bientôt, la plaie se ferme et tout se passe comme à l'ordinaire. C'est alors qu'elle se plaint de nouveau, elle accuse une douleur qui s'étend dans l'avant-bras et dans la main, dans le bras et jusque dans l'aisselle, l'épaule, le côté du cou et la moitié correspondante du thorax. Vous examinez la cicatrice, mais vous n'y trouvez rien d'anormal, néanmoins, la malade frémit quand vous y touchez. Le plus souvent, elle accuse le chirurgien en disant qu'elle a été mal saignée, que la lancette était ébréchée ou qu'un filet nerveux a été intéressé : c'est dans l'état particulier de son système nerveux qu'il faut chercher l'explication de ses souffrances. Pour peu que vous poussiez votre interrogatoire, vous trouverez toujours qu'elle était sujette à certains troubles nerveux bien avant ceux qu'elle met sur le compte de sa saignée ; et vous pourrez constater que quand ceux-ci auront disparu, ce sera pour faire place à d'autres accidents de même nature. *(A suivre.)*

Note sur un cas d'arrachement du point d'insertion des deux languettes phalangettiennes de l'extenseur du petit doigt par flexion forcée de la phalangette sur la phalangine ;

Par **Paul SEGOND**, prosecteur de la Faculté (1).

J'ai l'honneur d'attirer l'attention de la Société sur une lésion traumatique spéciale et non décrite des doigts de la main. Je veux parler de l'arrachement du point d'insertion des deux languettes phalangettiennes de l'extenseur des doigts, par la flexion forcée de la phalangette sur la phalangine.

Dans le fait unique que j'ai observé, l'arrachement a porté sur l'extenseur du petit doigt de la main droite, et s'est produit dans les conditions suivantes : ma malade (Beck, Anna, âgée de 37 ans), infirmière à la Pitié, dans le service de mon excellent maitre, M. le Dr GALLARD, voulut un jour prendre de force je ne sais quel objet à l'un des malades du service. Celui-ci, pour lui faire lâcher prise, lui saisit, entre le pouce et l'index, l'extrémité fléchie du petit doigt. Prenant alors point d'appui, d'une part, sur l'extrémité supérieure de la phalangine, d'autre part, sur l'extrémité libre de la phalangette, il imprima aux deux segments osseux ainsi coudés un mouvement de pression brusque, dont le résultat inévitable était la flexion forcée de l'articulation phalangino-phalangettienne.

(1) Observation communiquée à la Société anatomique.

Cette entorse de la jointure détermina simultanément une sensation de craquement et une douleur très vive. Les souffrances diminuèrent un peu dans la soirée, mais elles se réveillèrent assez intenses pendant la nuit, et c'est le lendemain matin qu'Anna Beck me pria de l'examiner.

Le moule que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société (voir planche de l'atlas), donne une idée très nette de la déformation que je pus constater. La phalangette était fléchie à angle droit sur la phalangine. L'articulation, légèrement tuméfiée, présentait une petite ecchymose sur sa face dorsale. A ce niveau, la palpation faisait reconnaître l'existence d'un point douloureux très limité et situé sur la phalangette, immédiatement au-dessous de l'interligne articulaire. Tous les mouvements physiologiques du doigt et des deux premières phalanges étaient conservés. Le mouvement d'extension spontanée de la phalangette était seul impossible. La flexion du petit doigt se faisait bien, mais elle éveillait très vite une douleur assez vive au niveau de la face dorsale de la jointure.

En saisissant l'extrémité de la phalangette, il était possible de la redresser et de l'étendre sur la phalangine ; mais, dès qu'on l'abandonnait à elle-même, on la voyait retomber en flexion avec toute la brusquerie d'une pièce mue par un ressort. En résumé, flexion à angle droit de la phalangette, point douloureux unique et nettement localisé au niveau de l'insertion phalangettienne de l'extenseur, extension spontanée impossible, redressement facile de la phalangette avec retour immédiat à la flexion dès qu'on cesse de maintenir artificiellement le doigt dans la rectitude, tels étaient les caractères principaux de la lésion.

En présence de ces différents symptômes, le diagnostic nous a paru s'imposer de lui-même. L'hypothèse d'une luxation n'était pas soutenable, puisqu'il n'y avait pas de modification anormale et permanente dans les rapports des surfaces articulaires. D'ailleurs, la clinique a depuis longtemps enseigné que la luxation en avant des phalangettes des quatre derniers doigts de la main n'existe pas. La contracture du fléchisseur ou la paralysie de l'extenseur ne pouvait expliquer davantage cette flexion de la phalangette. La conservation physiologique des mouvements des deux autres phalanges et l'intégrité fonctionnelle parfaitement avérée des muscles moteurs du doigt, ne permettaient pas de rattacher la déformation à une cause de cet ordre. Les lésions étaient, en définitive, localisées à l'articulation, la phalangette était seule en cause ; elle obéissait librement aux contractions du fléchisseur, le mouvement d'extension était seul aboli.

L'hypothèse d'un arrachement, limité à l'insertion de l'extenseur sur la phalangette, était donc seule suceptible d'expliquer les phénomènes observés, et c'est le diagnostic auquel je me suis arrêté.

A l'aide d'une attelle de gutta-percha, j'immobilisai le doigt dans l'extension, comptant le maintenir dans cette attitude jusqu'à cicatrisation de la petite plaie osseuse ; mais, dès le lendemain, la malade avait repris ses travaux et défait son appareil. Je l'ai revue quatre mois après, en septembre 1878. La déformation avait conservé les mêmes caractères, l'extension spontanée était toujours impossible ; il y avait encore un peu d'empâtement articulaire ; le redressement provoqué de la phalangette ne s'effectuait plus que d'une manière très imparfaite.

Cette observation est par elle-même très concluante. L'analyse des symptômes dictait la nature de la lésion. Toutefois, l'examen direct faisant défaut, j'ai institué un certain nombre d'expériences sur le cadavre pour suppléer à cette lacune. Mes résultats expérimentaux confirment le diagnostic auquel j'ai cru devoir me rattacher.

En me plaçant dans des conditions identiques à celles qui ont présidé au traumatisme dans le cas précédent, j'ai déterminé sur plus de vingt doigts l'arrachement des deux languettes d'insertion phalangettienne de l'extenseur. Sur les sujets très vigoureux et jeunes, la production du traumatisme exige parfois un effort violent. Mais, dans la majorité des cas et particulièrement chez les femmes, il suffit d'une pression peu intense pour obtenir un petit craquement et la lésion. — En général, les deux languettes tendineuses arrachent sur le bord antérieur de la facette articulaire une lamelle de tissus osseux fort mince, mesurant à peine deux millimètres de longueur. — Sur les sujets très âgés, la plaie osseuse est souvent plus considérable, et c'est une véritable fracture de la phalangette que l'on obtient. Ces quelques nuances dans les résultats étaient faciles à prévoir, elles sont en harmonie avec ce que l'on sait des arrachements ligamenteux étudiés dans les diverses articulations.

Le mécanisme de l'arrachement est ici facile à comprendre. Lorsqu'on fléchit brusquement la phalangette sur la phalangine, en prenant point d'appui sur l'extrémité supérieure de celle-ci et sur l'extrémité libre de celle-là, on transforme cette dernière en un levier du premier genre. La puissance est au niveau de l'extrémité libre de la phalangette, l'appui au point de contact des surfaces articulaires et la résistance au niveau de l'insertion phalangettienne de l'extenseur qui, dès lors, cède fatalement. En effet, le point d'appui que l'on prend sur l'extrémité supérieure de la phalangine immobilise, dans une certaine mesure, le tendon extenseur ; ses deux languettes phalangettiennes sont pour ainsi dire isolées du reste du muscle, elles prennent la signification d'un ligament, et c'est à ce titre qu'elles arrachent leur lamelle osseuse d'insertion, au lieu d'obéir aux lois bien différentes qui président, en général, aux arrachements des tendons musculaires.

L'arrachement, dont nous avons esquissé l'histoire dans cette note, est certainement exceptionnel. Nous ne savons pas qu'il ait été jusqu'ici décrit, ni même signalé. Son étiologie, son mécanisme, ses symptômes, son diagnostic sont, comme on peut en juger, tout à fait caractéristiques, son pronostic fonctionnel est essentiellement bénin. Les indications de son traitement sont enfin très simples et se résument à immobiliser le doigt dans la rectitude, à l'aide d'un appareil approprié.

ANATOMIE GÉNÉRALE

COLLÈGE DE FRANCE.— **M. RANVIER.**

Trente-deuxième leçon (1).

Recueillie par le Dr J. RENAUT.

Messieurs,

L'action de l'électricité sur les cils vibratiles doit maintenant nous occuper ; l'œsophage d'une grenouille vivante est enlevé, fendu suivant sa longueur, puis disposé et fixé sur une lame de liége, portée sur un support à mâchoires. Sur cette même plaque de liége, en arrière de l'œsophage étalé, existe une petite armature verticale, traversée, par une tige métallique droite, formée d'une épingle. Cette tige sert de pivot à une paille d'environ 25 cent. de longueur, terminée par un style écrivant. A une petite distance en avant du pivot, la paille est munie d'une petite tige droite et courte, fixée avec de la cire à cacheter, et soutenant une lamelle de verre couvre-objet. Cette lamelle est amenée au contact de la surface ciliée de l'œsophage, et la moindre impulsion l'entraîne facilement à droite et à gauche de l'axe. L'œsophage de la grenouille a, d'ailleurs, été disposé de telle façon que son axe

(1) Voir les nos de 1879 ; nos 6, 7, 15, 16, 18, 19, 22, 23 24, 25 et 26 de 1880.

longitudinal soit placé à angle droit avec le levier de paille. Ainsi le mouvement des cils exercera tout son effet utile sur le système enregistreur, puisqu'il l'entraînera, soit à droite, soit à gauche, toujours exactement dans le sens où il est lui-même dirigé.

Dans notre expérience, le sens de la vibration des cils était dirigé de droite à gauche, par conséquent le style de paille se déplaçait également dans ce sens, comme l'eût fait l'aiguille d'une montre que l'on eût voulu retarder. Le style était mis en rapport avec un cylindre enregistreur enfumé, placé sur l'axe lent, et traçait une ligne conséquemment oblique à l'abscisse ; cette ligne était, vous le voyez, un arc de cercle à grand rayon que nous pouvons considérer à peu près comme une ligne droite, grâce à la longueur du levier.

Dans ces conditions, tant que la vitesse du mouvement



Fig. 71. — Courbe du mouvement des cils vibratiles de l'œsophage de la grenouille. — *a*, première course qui n'est interrompue par aucune excitation ; — *b*, seconde course qui est interrompue en *t* par une excitation électrique : la courbe se relève brusquement à partir de *t*.

des cils demeurait constante, la droite tracée sur le cylindre se poursuivait sans déviation.

Mais si l'on mettait les électrodes d'une machine d'induction, à courant interrompu, au contact des deux bouts de l'œsophage, rabattus pour cet objet sur la tranche de la plaque de liège qui forme le petit support de l'organe étalé, sous l'influence du courant l'on voyait s'accélérer le mouvement de la lame de verre. Celle ci, poussée plus rapidement de droite à gauche, inscrivait sur le cylindre une ligne beaucoup plus oblique à l'abscisse que ne l'était celle tracée précédemment. La courbe subissait donc alors un véritable *redressement*, marquant le moment précis de l'excitation électrique.

A partir de ce point la courbe se relève donc et devient presque verticale, ce qui montre que le mouvement ciliaire est exagéré, puisqu'il fait monter le levier presque à pic. Les phénomènes sont tout aussi saisissants d'ailleurs, lorsque l'on fait usage simplement du porte-objet électrique. La secousse arrête net le mouvement des cils, puis ces derniers se remettent à vibrer avec une activité beaucoup plus considérable qu'auparavant. Cette action n'est pas sans analogue à celle qui se produit dans les mêmes conditions, sur le myocarde excité par l'électricité. Le rythme est, on se le rappelle, supprimé ; la tonicité, s'exagère, l amplitude des secousses diminue, l'arrêt définitif a lieu. Les excitations électriques réitérées amènent aussi l'arrêt définitif des mouvements ciliaires et cet arrêt est la mort, au dire de tous les auteurs. Je ne suis cependant pas bien assuré de ce dernier fait, car dans ces conditions, le phénomène indicateur de la mort véritable de la cellule, l'apparition du noyau, ne se produit pas.

Quoi qu'il en soit, vous voyez ici que le mouvement des cils vibratiles, tout en présentant des différences considérables avec celui des éléments musculaires, offre aussi des analogies frappantes avec celui des autres éléments contractiles. Ces analogies sont la raison même de la place qu'occupe sa drescription dans ces leçons.

Je ne veux pas terminer la longue étude que nous venons de faire sans vous dire un mot des mouvements amiboïdes dont je vous ai si souvent parlé, je n'ai pas à vous les décrire de nouveau ; vous savez que les globules blancs agissent dans la plupart des cas comme de véritables amibes. Ils possèdent toutes les qualités vitales, et parmi elles la contractilité à l'état de diffusion. Comme les muscles, comme les cellules ciliées, ils sont excitables par la chaleur. Leurs mouvements s'exagèrent à mesure que cette dernière augmente ; quand elle dépasse certaines limites la mort se produit, ce qui arrive chez les grenouilles entre 42° et 43°.

L'action de l'électricité sur les globules blancs a été étudiée par nombre d'auteurs et, pour en citer quelques uns par Golubew, Neumann et Rollet. Une secousse forte d'induction à laquelle on soumet les globules blancs placés sur le porte-objet électrique, fait brusquement rétracter leurs pseudopodes. Au bout de deux ou trois secousses, la cellule revient à la forme ronde et s'y maintient. Elle n'est cependant pas morte, car son noyau n'apparaît pas dans sa substance, et, au bout d'un certain temps, d'après Golubew, ses mouvements amiboïdes peuvent reparaître. Les pseudopodes restent néanmoins plus courts et s'étalent plus difficilement, ce qui montre que la cellule a subi une modification profonde dans sa vitalité.

Messieurs, le retour à la forme ronde des cellules lymphatiques est important à noter. C'est en effet ainsi que s'effectue la véritable contraction de ces éléments cellulaires ; c'est sous cette forme, qu'excités par des secousses multiples, ils demeurent quelque temps immobiles dans une sorte de tétanos. Ainsi, pour deux éléments contractiles bien dissemblables, le disque épais du muscle strié et le globule blanc, nous voyons une forme analogue devenir l'indice d'un mode de fonctionnement identique. Il n'est pas jusqu'au cil qui se ramasse sur lui-même et ne s'incurve en se contractant. Ces considérations sont d'une importance extrême, elles montrent qu'il existe un rapport étroit entre la forme des éléments anatomiques et leurs fonctions Une forme nouvelle ne révèlera jamais, il est vrai, une fonction inconnue. Mais, quand les rapports d'une forme d'élément anatomique quelconque à la fonction que cet élément exécute auront été déterminées une fois, l'on pourra facilement déduire l'une de l'autre, et nous arrivons à conclure, en nous plaçant au point de vue élevé de l'anatomie générale, que, dans la majorité des cas, la fonction des éléments anatomiques que nous étudions, est étroitement corrélative de leur constitution morphologique.

Concours d'agrégation.

Chirurgie et accouchements. — Les thèses ont commencé à être soutenues le 28 juin. Cette soutenance a eu lieu dans l'ordre suivant : *Lundi* 28 : M. Bouilly, argumenté par MM. Peyrot et Kirmisson ; — M. Schwartz, argumenté par MM. Guibal et Piéchaud. — *Mardi* 29 : M. Tédenat, arg. par MM. Boursier et Picqué ; — M. Reclus, arg. par MM Weiss et Duret. — *Mercredi* 30 : M. Dumas, arg. par MM. Gaulard et Duchamp ; — M. Poullet, arg. par MM. Stapfer et Lefour. — *Jeudi* 1er juillet : M Levrat, arg par MM. Bouilly et Peyrot ; — M. Peyrot, arg. par MM. Kirmisson et Schwartz. — *Vendredi* 2 : M. Guibal, arg. par MM. Piéchaud et Tédenat ; — M. Boursier, arg. par MM. Picqué et Reclus.

Les soutenances continueront dans l'ordre suivant : *Lundi* 5 : M. Porak, arg. par MM. Budin et Ribemont ; — M. Hirigoyen, arg par MM. Dumas et Gaulard. — *Mardi* 6 : M. Weiss, arg. par MM Duret et Levrat ; — M. Kirmisson, arg par MM Schwartz et Guibal. — *Mercredi* 7 : M. Piéchaud, arg. par MM Tédenat et Boursier ; — M. Picqué, arg. par MM. Reclus et Weiss. — *Jeudi* 8 : M. Duchamp, arg. par MM. Poulet et Stapfer ; — M. Lefour, arg. par MM. Porak et Budin. — *Vendredi* 9 : M. Duret, arg. par MM. Levrat et Bouilly ; — M. Ribemont, arg. par MM. Hirigoyen et Dumas. — *Lundi* 12 : M. Stapfer, arg. par MM. Lefour et Porak ; — M. Gaulard, arg. par MM. Duchamp et Poullet. — *Mardi* 13 : M. Budin, arg. par MM Ribemont et Hirigoyen.

Sciences accessoires. — Les épreuves pratiques de chimie ont commencé le lundi 28 juin, à l'Ecole pratique, rue Vauquelin (ancien Collège Rollin). — Les épreuves pratiques d'anatomie ont commencé le mardi 29, dans les mêmes bâtiments.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La loi sur l'administration de l'armée.

Nous connaissons enfin le projet du Ministre de la guerre sur l'administration de l'armée et l'organisation du service médical dans les hôpitaux et les ambulances.

M. le général Farre fait précéder les 21 articles de son projet, d'un exposé de motifs, où il déclare très nettement, avant tout, son intention d'établir l'*indépendance* des intendants vis-à-vis du commandant. Pour la médecine militaire, il ajoute :

En assistant à vos délibérations, Messieurs, j'ai compris, par la déclaration de vos orateurs les plus autorisés, combien la Chambre tenait à apporter des améliorations aux règles qui président aujourd'hui à l'organisation du service de santé.

C'est pour répondre à cette préoccupation qu'a été rédigé l'article 17 du projet, qui crée une direction spéciale du service de santé au ministère de la guerre, affirme l'indépendance absolue des officiers de santé en tout ce qui concerne la science et l'art de guérir, et les appelle à participer à toutes les mesures relatives à l'hygiène et à la préparation des approvisionnements nécessaires pour assurer, en paix comme en guerre, l'exécution du service. Là ne se borneront pas nos efforts. Le personnel des officiers de santé recevra un accroissement proportionnel aux nouvelles exigences de notre état militaire. L'effectif des médecins sera porté de 1,147 à 1,300, et celui des pharmaciens de 159 à 185.

De plus, la proportion de chacun des grades de la hiérarchie des officiers de santé a été calculée de façon à assurer à ce personnel, dont on exige de longues études et des connaissances scientifiques très étendues, une moyenne d'avancement égale à celle du génie et de l'artillerie.

Avant de faire connaître les articles spéciaux qui réalisent cette dernière partie du programme ministériel, nous croyons utile d'établir quelle serait la position de l'intendance, si les vues du Ministre étaient acceptées par la Chambre et le Sénat, ce dont il est permis de douter dès aujourd'hui.

De par l'article 2 du projet ministériel, les intendants ont la haute main sur le service de santé de l'armée, qui n'est qu'une portion des services administratifs, comme l'habillement, les subsistances.

De par l'article 8, les intendants excercent la *direction* et le *contrôle* (les deux mots s'y trouvent) de tous ces services.

De par l'article 15, les intendants ne relèvent que du Ministre et de leurs chefs hiérarchiques. Ils correspondent directement avec le ministre.

On croit véritablement rêver en lisant pareilles propositions faites à la Chambre, après les clameurs publiques qui s'élèvent, depuis 50 ans, dans l'armée, contre l'intendance. Le Ministre demande tout simplement l'aggravation de tous les privilèges de ce corps ; il réclame la correspondance latérale, signalée déjà comme une indélicatesse, par la Chambre. Il rétablit plus vive que jamais la lutte entre le commandement et l'intendance, ou mieux, il veut la subordinatation des généraux aux intendants. C'est le retour aux plus mauvais temps de l'empire, avant la Crimée; c'est la violation directe de la loi existante sur l'armée ; c'est la négation absolue, audacieuse de toutes les réclamations qui se font entendre dans les assemblées et dans la presse ; c'est le mépris formel de l'enseignement qui nous est donné par toutes les puissances étrangères.

Ce projet, en outre, contient des dissimulations inexplicables. De par l'article 15 : « Les intendants ont toute autorité pour exercer leurs fonctions dans toute la plénitude de leurs attributions, quel que soit leur grade. Ce grade fixe leur rang à l'état-major général de l'armée, mais ne leur confère aucune assimilation avec les grades de la hiérarchie militaire, tels qu'ils sont définis dans la loi sur l'avancement. »

Cette disposition est entièrement nouvelle : elle modifie de fond en comble, mais sans bruit, ni clarté, la position des intendants qui possèdent, et ils l'ont souvent proclamé, la correspondance effective du grade, ce qui est un peu plus que l'assimilation. Or, que dit l'article 20 du projet :

« Il n'est porté aucune autre modification aux règles qui régissent actuellement le rang, l'état... des fonctionnaires de l'intendance. » Ce qualificatif *autre* est un chef-d'œuvre de simplicité conservatrice !

Passons à l'organisation de la médecine militaire : elle est résolue en dix lignes :

Art. 17. — Une direction spéciale du service de santé est créée au ministère de la guerre. Un décret détermine les attributions des officiers de santé militaire, à l'intérieur et aux armées, affirme leur indépendance absolue en tout ce qui concerne la science et l'art de guérir, et les appelle à participer à toutes les mesures relatives à l'hygiène et à la préparation des approvisionnements nécessaires pour assurer en paix, comme en guerre, l'exécution du service de santé.

Au tableau des cadres, le ministre accorde une augmentation du personnel. Le projet porte en plus :

2 inspecteurs.
10 pricipaux.
60 médecins-majors de 1re classe.
181 médecins-majors de 2e classe.

Le nombre même des pharmaciens est augmenté ! Qui donc avait demandé ce dernier supplément? Il nous souvient que le Conseil de santé lui-même avait déclaré qu'il en existait déjà trop dans l'armée ; mais, dans la lutte qui dure depuis dix ans, les pharmaciens ont toujours été les pires ennemis des médecins. Ils préfèrent obéir aux intendants, qui ne connaissent rien à leur métier : et, aujourd'hui, ils sont récompensés de cette attitude.

En apparence, donc, et pour un grand nombre de députés et de sénateurs, cet élargissement des cadres, ces grands mots de *Direction spéciale au ministère*, d'*Indépendance absolue scientifique*, semblent devoir donner satisfaction à nos confrères de l'armée. Ils ne sont jamais contents, dira-t-on ! Dans le fond, la situation de la médecine militaire ne change en rien ; elle sera plutôt amoindrie par la suprématie définitive de l'Intendance vis-à-vis du commandement. Le projet du Ministre conserve scrupuleusement et dans tous ses dangers cette trinité bizarre des pouvoirs dans l'hôpital et l'ambulance. Médecin, pharmacien, comptable, officier du train : tout le monde commande dans son service, mais au-dessus plane l'intendant qui se réjouit de la discorde pour mieux régner.

Pour qui sait lire entre les lignes, cet article 17 placé avec un soin tout particulier les fonctions du médecin et du pharmacien sur la même ligne parallèle. Démontrons encore une fois, par un exemple, l'impossibilité, le ridicule d'un tel fonctionnement, comme il existe aujourd'hui.

Dans la médecine civile, quand un médecin s'aperçoit qu'un médicament est mal préparé, il recommande au malade de changer d'apothicaire et tout est dit. Dans l'armée, il ne peut en être ainsi. Voici la procédure actuelle : Un médecin traitant, ayant à se plaindre dans son service, de la préparation d'une potion, n'a pas le droit de s'adresser directement au pharmacien ; il doit en aviser d'abord son médecin en chef. Mais, à son tour, ce dernier n'a pas le droit

d'avertissement direct au pharmacien. L'article 11 du Règlement des hôpitaux, lui enjoint d'adresser une plainte écrite à l'Intendance, qui juge alors en dernier ressort de la bonne préparation des médicaments !

Il en est ainsi, pour la nourriture même des malades. Le médecin en chef qui signe et affirme les relevés alimentaires, n'a pas le droit de vérifier si les *quantités* prescrites par lui sont réellement distribuées !

Voilà le fonctionnement des hôpitaux, tel que le maintiendra la Direction des Intendants, tel que le comporte le nouveau projet.

C'est en vain que MM. Margaine, Marmottan, de Roys, Larrey, Cornil, ont soulevé dans la Chambre un flot dont la puissance paraît avoir cependant ému M. le général Farre. Cette généreuse réforme, inévitable, simulée dans quelques mots sonores, disparaît à la première ligne par la disposition fondamentale des services, et rien ne sera plus facile que de l'annihiler tout à fait, dans un réglement rédigé par les soins de l'Intendance elle-même.

Nous ignorons encore les idées de la Commission chargée d'étudier le projet ministériel, mais il nous paraît inadmissible que la majorité qui présentait le projet Margaine, ou qui se ralliait au projet du Sénat, vote maintenant celui du général Farre. Après l'avoir étudié, après en avoir saisi les dispositions occultes et les conséquences, elle le rejetera, nous en avons la conviction, comme représentant la négation absolue des aspirations les plus légitimes de l'armée et comme contraire aux intérêts les plus sacrés de la France, nous voulons parler, ainsi que l'a si bien dit M. Marmottan, de la santé de nos soldats. Nos confrères de l'armée ne poursuivent pas la conquête d'avantages particuliers, qui semblent leur être livrés en pâture pour étouffer la discussion; ils veulent le fonctionnement rationnel de leurs ambulances; ils veulent pouvoir soigner les soldats à la caserne, à l'ambulance, suivant les règles de l'hygiène et de la médecine, et ne pas être constamment entravés par le pharmacien, le comptable et l'intendant. L'intendant ne doit paraître à l'hôpital que pour contrôler la gestion administrative, livrée au comptable. Le pharmacien et le comptable doivent écouter le médecin en chef pour tout ce qui concerne le service médical. Telle doit être et telle sera, désormais, la situation, car la cause est entendue. BOURNEVILLE.

La variole à l'hôpital Laënnec.

Depuis cinq ans déjà, le service des varioleux fonctionne à l'hôpital Laënnec. Ne devant être que provisoire, ce service se ressent de la hâte et de l'économie qu'on a apportées à son installation. Les locaux, mal disposés par eux-mêmes, ont été aménagés sans que les travaux nécessaires aient été faits ; l'œil est péniblement affecté à la vue de ces murs crevassés, de ces plafonds noirs et enfumés qui attendent toujours des réparations, impossibles à effectuer à l'heure présente, l'épidémie restant toujours dans la même période d'activité.

Le service des varioleux est installé dans un pavillon, connu sous le nom de pavillon Simonin, attenant aux bâtiments de la cuisine et à ceux de la buanderie ; un de ses côtés libres donne sur la rue de Sèvres, l'autre fait face à l'ancienne Communauté, occupée aujourd'hui par le personnel laïque. Un jardin assez grand, dans lequel on a circonscrit deux petites cours pour les malades, sépare ce service de l'habitation du personnel.

Les salles des malades sont situées au premier et au second étage de ce pavillon. Elles comprennent 16 lits pour les hommes, et 18 pour les femmes. Dans les moments de presse, on ajoute quelques brancards. Au rez-de-chaussée, se trouvent deux pièces, l'une servant d'office et de salle de bains, l'autre, qui contient 6 lits, est destinée à des malades hommes.

Des critiques nombreuses pourraient être formulées contre ce service, nous nous bornerons seulement aux principales. L'escalier qui donne accès dans les salles est très rapide et très étroit, aussi éprouve-t-on des difficultés énormes lorsqu'il s'agit de transporter un malade gravement atteint. Les salles, quoique possédant des fenêtres assez nombreuses, ne sont ventilées que d'une manière insuffisante. La raison en est que toutes les fenêtres, prenant jour sur la rue de Sèvres, sont condamnées ou ne sont jamais ouvertes, et qu'il est dès lors impossible d'établir ces larges courants d'air, si indispensables pour une bonne ventilation. Ces mêmes salles ne sont pas fournies de lavabos, on y trouve à peine deux ou trois cuvettes, dans lesquelles les malades procèdent à leurs ablutions, ablutions rares sans doute, car l'eau devant être montée à bras à chaque étage, il s'ensuit qu'elle est assez parcimonieusement mesurée. Les salles sont, en outre, dépourvues de cabinets d'aisance.

Ces derniers, au nombre de deux, sont installés tout en haut du pavillon et ce dans les plus déplorables conditions. La description en sera facile : Qu'on se représente un petit cabinet de 7 à 8 pieds carrés, prenant jour par une étroite fenêtre et fermant par une porte mal close ; dans un des angles un siége en pierre, percé d'un trou, pas de fermeture automatique, pas de courant d'eau pour entraîner les matières. De là résultent des émanations infectes qui se dégagent à toute heure et qui se répandent dans les corridors, lors des variations du temps. C'est dans ces cabinets que se rendent les malades du premier, du second étage, ainsi que ceux du rez-de-chaussée, aucun autre water-closet n'étant à proximité du pavillon. Les lieux d'aisance des femmes peuvent être vidés assez régulièrement, les matières se rendant à des tinettes à système diviseur, quant à ceux des hommes, on n'a pu nous dire au juste où le conduit (1) aboutissait ; peut-être à une fosse qui se déverse dans l'égout de la rue de Sèvres ?

Dans les dépendances du service, nous signalerons l'insuffisance et le mauvais agencement de la salle de bains, construite aux dépens de l'office, dont elle occupe l'angle de droite. Cette salle ne contient que deux baignoires. Malgré cette insuffisance d'installation, en fonctionnant de quatre heures du matin à cinq heures du soir, on a pu donner, en moyenne, dix à douze bains par jour. L'incommodité du vestiaire spécial, installé depuis quinze jours environ, — autrefois les vêtements des varioleux allaient au vestiaire commun,— et dans lequel les vêtements ne subissent aucune désinfection. Nous signalerons, enfin, l'existence d'un puisard, où se déversent les eaux ména-

(1) Lors de notre visite, ce conduit offrait une fuite et des infiltrations se produisaient à l'entrée même de la salle des malades du rez-de-chaussée.

gères du service des varioleux, puisard qui peut compromettre l'hygiène de l'établissement, car il absorbe incomplétement les eaux ménagères et il se produit une stagnation assez fréquente (1).

A part ces critiques, nous sommes heureux de reconnaître que le service de Laënnec est, sous le rapport de l'isolement et de la prophylaxie, mieux organisé que ceux de la Pitié et de l'annexe de l'Hôtel-Dieu. L'Administration a pris, à ces deux points de vue, certaines mesures qui ont évidemment contribué à empêcher l'extension de l'épidémie dans les autres services de l'hôpital, où aucun cas interne de variole ne se serait déclaré. Les salles sont lavées à l'éponge une fois par jour, et à grande eau deux fois par semaine ; les ordures, recueillies avec soin, sont brûlées. Les malades varioleux, dès leur arrivée à l'hôpital, au lieu de passer par la salle d'attente pour leur inscription, sont directement conduits dans le service. Tout le personnel du service des varioleux, revacciné d'office, mange et couche dans le pavillon, et ne communique pas avec les autres serviteurs. Il en est de même pour la surveillante, qui possède un logement particulier, à proximité des salles de malades. L'entrée des salles est interdite aux étudiants, qui ne peuvent y venir que pendant la présence du chef de service. Les parents des malades ne sont pas reçus dans les salles, et les visites habituelles ont été supprimées. On a fait aussi revacciner tout le personnel des autres services de l'hôpital, et des revaccinations, à jour fixe, se font pour les malades qui le désirent.

Depuis que le service fonctionne (mai 1875), les entrées et les décès ont fourni les chiffres suivants :

1875.....	195 admissions,	26 décès.	Mortalité	1	sur 7,50	ou 13,33 0/0.
1876.....	452	» 44	»	» 1	9,63	10,27 0/0.
1877.....	162	» 25	»	» 1	6,48	15,43 0/0.
1878.....	99	» 14	»	» 1	7,07	14,14 0/0.
1879.....	406	» 74	»	» 1	5,48	18,24 0/0.
1880 (2)...	165	» 32	»	» 1	5,15	19,41 0/0.

En terminant, nous tenons à féliciter le personnel laïque de l'hôpital Laënnec de la manière dont il fait son service. Nos lecteurs se souviennent, sans doute (1), des attaques qui avaient, dans un but facile à comprendre, été lancées contre le personnel laïque de Laënnec. Le *Français* avait été jusqu'à dire que les infirmiers et infirmières laïques avaient déserté leur poste, devant l'épidémie de variole. Justice avait été faite de ces calomnies, et le Conseil municipal, dans un vote unanime, avait adressé des félicitations et des remerciements à ce personnel dévoué, dont un des membres, Mlle Blanchon, venait de mourir victime de l'épidémie en même temps que quatre autres avaient été plus ou moins gravement atteints.

A l'heure présente, le zèle de ce même personnel ne s'est pas démenti, et, aujourd'hui comme il y a un an, le Conseil municipal pourrait renouveler son vote. Nous engageons les adversaires de la laïcisation des hôpitaux à visiter l'hôpital Laënnec ; ils y verront que, sous le rapport de l'ordre et de la bonne tenue, les services dirigés par des laïques peuvent, avec avantage, être comparés aux services dirigés par des religieuses, ils y verront également les surveillantes et infirmières aimées et respectées des malades, parce que ceux-ci les ont vues à l'œuvre et payant de leur personne en toutes circonstances ; et, si nos adversaires sont de bonne foi, ils sortiront convaincus que le dévouement n'est pas une qualité exclusivement religieuse. Pour notre part, nous préférons ce respect, résultant d'une appréciation réfléchie, que les malades témoignent à nos surveillantes laïques, à ce respect de convention et de tradition qu'ils accordent surtout à la robe et à la cornette des sœurs des hôpitaux.

A. B.

(1) La question de ce puisard recevra une solution prochaine ; l'Administration a en effet saisi le Conseil municipal d'une demande de crédit pour l'établissement d'un branchement d'égout pour l'écoulement des eaux du service des varioleux.

(2) Jusqu'au 1er juin.

(3) N° 11 de 1879.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 juin. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Circulation lymphatique chez les poissons. — M. POUCHET présente quelques observations au sujet de la circulation lymphatique chez les poissons pleuronectes. On voit parfois, chez la sole et le turbot, la lymphe circuler dans les vaisseaux avec une grande vitesse. M. Jourdain a prétendu, dans une note récente, que ce fait est constant et régulier. M. Pouchet soutient, au contraire, que cette vitesse de la circulation lymphatique est inconstante et irrégulière. Il n'y a pas de gros troncs lymphatiques, mais de simples plexus chez le turbot et la sole. M. Pouchet s'est encore assuré que les lymphatiques de ces poissons ne communiquent pas directement avec la cavité péritonéale : ayant déposé à, plusieurs reprises, du carmin dans la cavité péritonéale, il n'a jamais retrouvé le carmin dans les lymphatiques.

M. JOHANNES CHATIN dépose une note relative à l'*action des lumières colorées* sur l'appareil optique des crustacés.

Action de l'eau oxygénée sur les fermentations. — M. REGNARD rappelle les expériences faites, il y a quatre ans, par M. Bert, sur les effets de l'oxygène comprimé. On sait aujourd'hui que l'oxygène à haute tension arrête les fermentations, en tuant l'agent même qui produit la fermentation. M. Regnard a repris, avec l'eau oxygénée, toutes les expériences que M. Bert avait entreprises avec l'oxygène comprimé, et il a obtenu des résultats identiques. L'eau oxygénée, dont il s'est servi, avait été purifiée au préalable avec l'azotate d'argent, puis étendue de cent fois environ son volume d'eau ordinaire.

On place dans un flacon d'eau sucrée un morceau de levûre de bière ; le liquide ne tarde pas à fermenter. Mais si l'on ajoute quelques gouttes d'eau oxygénée, la fermentation n'a pas lieu. L'urine, traitée de la même façon par l'eau oxygénée, se conserve pour ainsi dire indéfiniment sans s'altérer. Il suffit de verser 5 gouttes d'eau oxygénée dans 50 centilitres de lait, pour que ce lait reste parfaitement pur. L'échantillon, montré par M. Regnard, était dans le flacon depuis le 2 juin.

L'eau oxygénée exerce encore sur le vin une action spéciale. M. Regnard avait pris, chez un débitant du quartier de la Sorbonne, du vin de qualité inférieure. Une seule goutte d'eau oxygénée étendue, versée dans un tube de vin, a donné au liquide une belle teinte pelure d'oignon. Une dose plus forte d'eau oxygénée produit la décoloration complète : le vin prend alors l'odeur, mais non le goût, du Xérès ou du Marsala.

L'eau oxygénée, comme l'oxygène comprimé, n'empêche pas la formation d'alcool dans un bocal contenant des cerises et de l'eau. Le 2 juin, M. Regnard a placé dans un bocal, d'une contenance de 1 litre, des cerises, de l'eau, et 20 gouttes environ d'eau oxygénée. Le 26 juin, les cerises, bien conservées, ont l'aspect de cerises à l'eau-de-vie ; bien plus, il s'est formé, dans le liquide, de l'alcool en quantité très appréciable.

L'eau oxygénée tue donc la vie ; on peut rapidement faire périr des algues en versant quelques gouttes d'eau oxygénée dans le liquide où elles vivent. Quant aux ferments solubles, aux diastases, ils résistent parfaitement à l'eau oxygénée, et conservent presque indéfiniment leurs propriétés actives.

Ainsi, l'action du suc gastrique n'est nullement modifiée par

l'eau oxygénée. L'injection d'eau oxygénée, chez les animaux, provoque d'abord des convulsions ; mais bientôt l'eau oxygénée se trouve neutralisée par la fibrine du sang et les convulsions s'arrêtent. L'eau oxygénée attaque la fibrine ; c'est pour cela qu'elle ne saurait être utilisée pour la conservation de la viande. De même, il serait difficile de l'employer comme pansement antiseptique.

M. Luys montre des pièces qui tendent à prouver la *variabilité* extrême des *fibres des pédoncules* cérébelleux moyens.

M. Franck a observé, sur des chiens, que, sous l'influence d'une *irritation du foie*, il se produit une augmentation de pression dans le ventricule droit, et, partant, dans la circulation de l'artère pulmonaire. Ces faits confirment l'opinion émise par M. Potain, au sujet du retentissement des affections gastro-hépatiques sur la circulation pulmonaire.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. Léon Labbé présente, au nom de M. le Dr A. Vidal, (de Grasse) un fœtus, né vivant et couvert de *pustules varioliques*, alors que la mère, vaccinée, n'avait nullement subi les atteintes de la variole.

M. Chavernac (d'Aix) fait une communication relative à des expériences qu'il a entreprises, en 1868, au sujet de l'*inoculation de la phthisie* et du *virus rabique* de l'homme aux animaux. Les expériences sur la phthisie, faites sur 36 lapins, sont absolument négatives. L'auteur croit que, dans la nourriture, réside le succès ou l'insuccès de ses inoculations. Pendant le cours de ces expériences, on amena à l'hôpital d'Aix un homme atteint d'hydrophobie, due à la morsure d'une louve. M. Chavernac eut l'idée d'inoculer un lapin avec la bave sanguinolente du cadavre. Il fit à l'animal deux inoculations, une derrière le cou, et l'autre à l'aine. L'animal ne présenta aucun symptôme anormal pendant la quinzaine. Du dix-septième jour au dix-neuvième, il présenta successivement les suivants : inappétence, tremblement de la peau, changement dans les habitudes, inquiétude, anxiété, frayeur, photophobie, fuite précipitée et désordonnée avec une rapidité vertigineuse. Quand l'animal s'est enfui, il n'avait pas mangé de trois jours. L'auteur croit qu'il a dû mourir dans la journée, et il n'est pas téméraire d'affirmer que l'inoculation a eu pour résultat de transmettre la rage humaine au lapin.

M. J. Guérin fait la communication suivante :

« Lorsque l'honorable M. Pasteur est venu annoncer à l'Académie, son projet de soumettre à de nouvelles expériences la question des *rapports de la vaccine avec la variole*, il n'est personne, ici, qui n'eût accueilli avec le plus vif intérêt cette suite des ingénieuses recherches de notre éminent collègue, s'il n'eût ajouté, pour motiver cette nouvelle intervention dans le domaine médical, qu'il *n'existait jusqu'ici aucune notion certaine* sur les rapports existant entre les deux virus.

» Plusieurs d'entre nous ont cru devoir protester contre cette allégation, qui semblait mettre à néant des résultats dès longtemps acquis, et se résolvant, en particulier, dans cette proposition, à savoir : la *vaccine humaine est le produit de la variole des animaux* (*cow-pox et horsepox*), inoculé à l'homme, et humanisée par la succession de ses transmissions chez l'homme.

» Non-seulement M. Pasteur a maintenu sa déclaration initiale; mais, prétextant, sans raison, qu'on l'eût accusé d'ignorance, il nous a retourné l'accusation, cette fois sans réticence ni équivoque, et il a affirmé que tout ce que j'avais dit, en particulier, sur la vaccine et la variole *était complètement inexact*. Je ne fais que rappeler les paroles de M. Pasteur, insérées au *Bulletin* de l'Académie.

» Il résulte de ce court exposé de l'état de la question :

1° Que M. Pasteur a à nous communiquer des expériences propres à faire connaître les véritables rapports de la vaccine avec la variole; 2° Qu'il se propose de déduire, de ces expériences, la constitution certaine et définitive de la vraie vaccine ; et, comme application générale de ses recherches, une méthode de vaccination universelle; 3° Finalement, que nos opinions, et les miennes en particulier, sont complétemen inexactes.

Si j'ai exactement résumé et interprété l'état de la question soulevée par M. Pasteur, l'Académie comprendra combien il importe de connaître au plus tôt les nouvelles notions annoncées par notre savant collègue. Ce n'est plus seulement un sujet de dicussion scientifique, mais une question d'humanité.

J'ajouterai que mes opinions sur la vaccine et la variole étant bien connues de l'Académie, et aussi de M. Pasteur, puisqu'il les a déclarées inexactes, nous n'avons aucun motif de les exposer de nouveau ; tandis que celles de M. Pasteur, ignorées jusqu'ici de tous, puisqu'il a déclaré en garder le secret, pourraient être soumises fructueusement à une discussion, d'où résulterait, ou bien une vérité nouvelle utile aux populations, ou la démonstration d'une erreur qui menace de renverser des vérités anciennes.

Cette double alternative nous permet d'espérer que M. Pasteur voudra bien engager le débat sur l'importante question des rapports de la vaccine avec la variole. Jamais question n'aura été portée plus opportunément devant l'Académie. L'agitation qui règne en ce moment autour de la vaccine, les dissidences sur la valeur relative de la vaccine animale et de la vaccine jennérienne, la négation même de toute propriété préservatrice de la vaccine, sont autant de motifs qui doivent faire donner en ce moment la préference à cette grande question sur toutes celles qui se rattachent aux communications de M. Pasteur, et qui pourront être ultérieurement discutées devant l'Académie, lorsqu'elle le jugera convenable.

M. Blanche fait la lecture de son rapport sur le *prix Alfaro*.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 novembre. — Présidence de M. Charcot.

32. Epithélioma cylindrique de l'S iliaque, ayant produit des phénomènes d'étranglement interne. — Laparotomie. — Etude sur le diagnostic différentiel entre le cancer de l'intestin et le volvulus; par MM. E. Barié, chef de clinique à la Faculté, et Du Castel, chef des travaux anatomiques à l'hôpital Necker.

Le nommé Saint-Ouen, Louis, plombier, âgé de soixante dix ans, entre à l'hôpital Necker, dans le service de clinique de M. le professeur Potain, le 20 novembre 1879. Cet homme, qui n'a jamais fait de maladies antérieures, se plaint d'une constipation opiniâtre qui dure depuis vingt-cinq jours; absence complète de selles, pas de gaz intestinaux rendus par l'anus. Quelques jours avant le début de ces accidents, le malade était un peu souffrant, il se plaignait de coliques peu vives d'ailleurs, il avait la sensation de mouvements intestinaux et éprouva quelque difficulté à aller à la selle ; dans les efforts de défécation, il rendit une certaine quantité de sang noir par l'anus, mais ce fait se produisait de temps à autre chez lui, car cet homme présente depuis une dizaine d'années un bourrelet hémorrhoïdal, peu volumineux d'ailleurs. Pendant la première huitaine qui a suivi la cessation absolue des selles, le malade a pu encore travailler, mais les douleurs abdominales, le ballonnement croissant de l'abdomen, l'ont forcé bientôt à quitter tout travail ; c'est alors qu'il eut recours à différents agents thérapeutiques conseillés par son médecin : purgatifs répétés, usage des drastiques, de l'huile de croton, grands lavements, etc., le tout sans aucun résultat ; de plus, depuis deux jours, le malade a des nausées, parfois des vomissements, mais rares et peu abondants ; les matières vomies ont l'odeur fécale.

A son entrée dans les salles de la Clinique, nous trouvons le malade dans la situation suivante : Etat général excellent, pas la moindre apparence cachectique ou même souffreteuse; le ventre, cependant, est très ballonné et donne à la percussion une sonorité tympanique généralisée ; en l'observant plus attentivement, on peut reconnaître que l'abdomen est très légèrement aplati dans le flanc droit, tandis que le côté gauche, la région médiane sus et sous-ombilicale, font une saillie assez notable. La palpation est négative. Le malade

accuse des coliques fréquentes dont il décrit très exactement le trajet : elles ont leur point de départ dans la fosse iliaque gauche, remontent dans tout l'abdomen pour venir se terminer au niveau de l'épigastre ; les anses intestinales ne sont nullement dessinées sur la paroi abdominale, mais il est facile d'entendre fréquemment des borborygmes sonores. Les fonctions urinaires s'accomplissent sans difficulté, l'urine est claire et ne renferme ni albumine ni sucre : En dehors de ces accidents intestinaux, on ne trouve aucun phénomène pathologique à relever chez ce malade, sauf un peu d'emphysème, et un certain degré d'athérôme artériel, conséquences de l'état sénile. Température axill., 37°,2. Pouls. 72. Il était facile, de cet ensemble symptomatique, de conclure au diagnostic : Obstruction intestinale, mais restaient à trouver la nature et le siége de l'obstacle qui s'opposait à la libre circulation des matières.

A. Relativement à la *nature* de l'obstacle, on pouvait de suite éliminer *l'étranglement herniaire ;* il en était de même de *l'obstruction stercorale*, l'administration répétée des purgatifs drastiques n'ayant amené aucune rémission des accidents ; s'appuyant sur ce fait que les phénomènes d'étranglement étaient survenus lentement et d'une façon progressive, on pouvait supposer que l'obstacle était formé par quelque compression intestinale causée par une *tumeur de l'abdomen ;* mais l'exploration la plus minutieuse ne donnait à ce sujet que des renseignements négatifs, et d'ailleurs le manque complet de tout antécédent pathologique autorisait à rejeter cette hypothèse, de même *l'obstruction par invagination* n'était pas admissible par l'absence de la tumeur, dite boudin d'invagination, et, d'un autre côté, on ne trouvait pas non plus chez ce malade, les débâcles de liquide séro-purulent ou même hémorrhagique, contenant parfois en suspension des débris de l'intestin sphacélé, et qui sont la caractéristique de l'invagination intestinale lorsque celle-ci a déjà une certaine durée. Restait donc l'hypothèse du cancer abdominal, qui, lui aussi, peut occasionner à la longue des accidents d'étranglement interne.

Mais, si notre malade se trouvait par son âge dans les conditions propres à l'éclosion de la diathèse cancéreuse, son état général florissant semblait contredire la possibilité de l'existence d'un cancer, ou tout au moins ne la faire admettre qu'après la plus extrême réserve.

Mais une autre affection pouvait encore expliquer les accidents présentés par notre malade, je veux parler du *volvulus* ou étranglement par torsion. Sans doute, c'est parfois brusquement, d'une manière rapide, que se forme le volvulus, par exemple après un repas copieux ou sous l'influence de mouvements violents accomplis pendant la durée du travail de la digestion, mais il n'en est pas toujours ainsi, et de même que le cancer de l'intestin, le volvulus peut, dans certaines circonstances, présenter une évolution très lente et n'arriver à produire des accidents d'étranglement qu'au bout de plusieurs mois. Ainsi donc, après examen approfondi, après avoir, pour ainsi dire, pesé chacune des hypothèses qu'on pouvait émettre en pareil cas, le diagnostic restait hésitant entre le cancer de l'intestin ou le volvulus.

B. La difficulté n'était pas moindre pour rechercher le *siége*, soit du cancer, soit du volvulus : le peu de gène de l'urination et les vomissements rares et peu abondants, mais franchement fécaloïdes, permettent de supposer que l'obstacle occupe un point assez bas dans le tube intestinal, hypothèse encore appuyée par le début éloigné et la marche lente des accidents. S'il existe un volvulus, on sait que celui-ci a son siége de prédilection dans le gros intestin, et surtout au niveau de l'S iliaque ; tout semble donc démontrer que l'obstacle siége dans les dernières portions de l'intestin, plus haut toutefois que le rectum, puisque le toucher montre l'intégrité parfaite des parois et du calibre de cet intestin.

Quoi qu'il en soit, il importait d'essayer rapidement de franchir l'obstacle par les moyens médicaux employés habituellement en pareil cas, impuissants, il est vrai, à sauver le malade s'il s'agit d'un cancer, mais qui peuvent, dans certains cas, triompher de l'enroulement de l'intestin, s'il s'agit d'un volvulus.

De grands lavements d'eau simple, puis d'eau gazeuse, furent donnés au malade en se servant d'un irrigateur ordinaire dont la canule était solidement fixée à une grosse sonde en caoutchouc, enfoncée aussi profondément que possible dans le rectum; les quantités de liquide ainsi introduites furent les suivantes :

21 *novembre.* Matin : 2,400 grammes ; soir : 2,200 grammes.
22 *novembre.* Matin et soir 2,000 grammes environ.

On joignit à ce traitement l'emploi des drastiques, puis de l'infusion de café, et enfin l'électrisation de l'intestin, un pôle était appliqué dans le rectum et l'autre sur la paroi abdominale. Cette pratique provoquait de vives contractions de l'intestin accompagnées de coliques fort pénibles. Le résultat fut nul, et le malade n'expulsa ni gaz ni matières par l'anus.

Le 22 *novembre*, l'état du malade s'était aggravé, peu de vomissements, pouls petit, légère cyanose des extrémités et de la face, facies abdominal, voix cassée, yeux excavés et bordés d'un cercle noirâtre ; intelligence intacte.

En présence de l'insuccès des moyens médicaux, une intervention chirurgicale fut jugée nécessaire, et M. le professeur Guyon qui examina le malade conjointement avec M. Potain, pratiqua la laparotomie le 23 novembre; il y avait alors vingt-huit jours que le malade n'avait rendu de matières par le rectum.

Après avoir vidé la vessie, une incision fut pratiquée sur la paroi abdominale antérieure, au niveau de la ligne blanche; l'abdomen ainsi ouvert, M. Guyon explora alternativement les fosses iliaques, et la région péri-ombilicale ; dans la fosse iliaque gauche et après avoir introduit une sonde dans le rectum il constata la présence d'une induration enserrant une portion d'intestin qui fut reconnue, après avoir été attirée au dehors, comme étant l'union de l'S iliaque et du rectum. L'intestin ainsi sorti de l'abdomen paraissait étranglé extérieurement par une petite bride circulaire de 0,003 d'épaisseur environ, très adhérente à la séreuse qu'elle entourait presque complétement à la façon d'une collerette ; après que cette bride circulaire eut été sectionnée par le bistouri, on vit que l'intestin restait affaissé et la palpation entre deux doigts dénota l'existence d'une plaque indurée, occupant la paroi même de l'intestin et faisant saillie du côté de la muqueuse, ainsi que l'examen ultérieur le démontra : M. Guyon prit le parti d'enlever la portion de l'intestin ainsi lésée et de réunir ensuite les deux bouts de l'intestin par des points de suture.

La portion d'S iliaque ainsi enlevée entre deux ligatures avait 0,06 centimètres de long ; l'épaisseur de la paroi était de 0,003 millimètres. La muqueuse est rougeâtre, congestionnée, sans ulcération ni plaques ecchymotiques ; elle présente vers le milieu de la partie sectionnée un épaississement notable formé par une masse rougeâtre, un peu molle et granuleuse, laquelle diminue le calibre de l'intestin au point de permettre seulement l'introduction de la pulpe de l'index. Cette masse, ainsi que l'examen histologique l'a démontré, présente les altérations de l'épithélioma cylindrique.

Les deux bouts de l'intestin furent ensuite reliés par quinze points de suture, et le cours des matières fut ainsi rétabli : car le malade remplit immédiatement près de deux bassins de matières molles et diffluentes. Le pansement fut pratiqué selon la méthode de Lister. — Mort à 3 heures 1/2.

AUTOPSIE. — Les différents viscères sont normaux : les seules lésions constatées siègent dans la cavité abdominale.

L'intestin grêle est très distendu, congestionné : sa surface est dépolie et légèrement granuleuse. Le côlon ne présente pas de dilatation notable : le côlon transverse est dans sa position normale ; le côlon ascendant est en contact avec la paroi abdominale ; le côlon descendant, au contraire, en est séparé par des anses de l'intestin grêle. Dans le petit bassin, on trouve un peu de liquide séro-sanguinolent renfermant une petite quantité de matières fécales. La suture de l'intestin a été faite au niveau de l'union de l'S iliaque et du rectum. Les portions de l'intestin conservées sont saines.

A l'examen histologique de la portion enlevée, on constate que celle ci présente les altérations de l'épithélioma cylindrique. Les ganglions sont normaux.

M. Després. — L'étude de ces faits d'étranglement interne par des lésions cancéreuses de l'intestin est fort instructive; elle nous montre que, jusqu'au dernier jour, le diagnostic reste hésitant, d'où l'embarras extrême des chirurgiens, quand les médecins, ayant épuisé la thérapeutique habituelle, font appel à leur intervention. Il y aurait lieu à reviser entièrement la symptomatologie de l'étranglement interne suivant les causes qui l'ont produit. Pour moi, je suis convaincu que l'absence de vomissements fécaloïdes, ou le caractère non fécaloïde des vomissements a une très grande valeur séméiologique, leur absence est en faveur du cancer; lorsque l'étranglement est causé par des brides péritonéales, les vomissements sont de nature fécaloïde, puis il se produit une période de rémission qui peut durer pendant un temps variable, mais bientôt suivie par la réapparition des vomissements.

M. Du Castel. — M. Després pense que la production hâtive de vomissements fécaloïdes peut, dans le cas d'obstruction intestinale, permettre d'établir d'une façon certaine le diagnostic entre un étranglement véritable et les différents autres genres d'obstruction. Il est possible que la production rapide de ces vomissements puisse servir pour le diagnostic différentiel des étranglements aigus, mais je crois qu'il est impossible de compter sur ce symptôme pour le diagnostic des étranglements à évolution lente, tels que le cancer et le volvulus.

Le volvulus comme le cancer, plus peut-être que lui, est une affection à évolution longue; il met des mois, des années, pour arriver à la période d'étranglement; souvent, dans l'un comme dans l'autre, celle-ci est précédée de crises de constipation suivie de débâcles : pour toutes ces raisons, ces deux affections sont fréquemment confondues. C'est entre elles que le diagnostic avait été hésitant dans l'observation que vient de vous rapporter M. Barié; et, si les probabilités avaient paru plaider en faveur d'un volvulus, des réserves avaient été faites sur la possibilité d'un cancer.

Le diagnostic se trouvant ainsi formulé, la série des ressources médicales ayant été épuisée, il n'y avait plus d'espoir que dans une intervention chirurgicale, c'est alors qu'il fut décidé que l'on recourrait à la gastrotomie : cette opération semble, en effet, la seule qui puisse présenter des chances sérieuses de succès dans le cas de volvulus; c'est du moins ce qui paraît ressortir de l'étude de deux faits récemment observés dans le service du professeur Potain, et de la lecture des faits antérieurement publiés.

Quand un volvulus se produit, la portion d'intestin comprise dans la torsion, qu'on pourrait appeler l'anse d'enroulement, est formée ordinairement par l'S iliaque considérablement distendue et ayant acquis un diamètre quatre ou cinq fois plus considérable qu'à l'état normal. Cette anse ainsi dilatée vient se placer au devant de la masse intestinale; elle occupe les hypochondres et les flancs, l'hypogastre et l'épigastre, recouvre les côlons et l'intestin grêle, formant un plan nouveau et complet interposé entre la paroi abdominale et le reste de l'intestin. Le pédicule est situé à gauche et en bas de l'anse enroulée, dans la fosse iliaque, à la limite supérieure du petit bassin.

Cette disposition nouvelle de l'intestin conduit presque fatalement le chirurgien qui pratique l'entérotomie par la partie antérieure de l'abdomen, à ouvrir l'anse d'enroulement si démesurément dilatée et placée sur le premier plan : il ne vide que cette anse remplie dans quelques cas d'une quantité considérable de matières alvines; et il n'obtient ni le rétablissement du cours des matières fécales, ni le déroulement du volvulus. C'est pour ces raisons que l'entérotomie pratiquée par la paroi abdominale antérieure est presque forcément une opération infructueuse.

L'entérotomie pratiquée par la partie postérieure de la cavité abdominale pourrait seule, dans la majorité des cas, permettre d'aborder le côlon, de vider l'intestin; mais il est au moins fort douteux qu'elle amène le déroulement de l'anse enroulée : ce ne serait donc qu'un palliatif.

C'est cette opinion bien arrêtée sur l'inutilité habituelle de l'entérotomie dans le traitement du volvulus, qui avait fait adopter, par le professeur Potain, la gastrotomie, opération assurément plus grave, mais qui, dans le cas de torsion intestinale, devait permettre de dérouler l'intestin.

En admettant qu'on tombât sur un volvulus, comment fallait-il se comporter pour lever l'obstacle? Comment reconnaître dans quel sens s'était faite la torsion en présence de laquelle on allait se trouver, et, partant, dans quel sens il fallait détourner l'intestin?

La première question à résoudre était de savoir si, dans le cas de volvulus, l'intestin s'enroulait toujours dans le même sens : dans les deux faits que nous avons observés récemment, dans ceux rapportés par M. Léger, dans ceux recueillis par Leichtenstein (si l'on en juge d'après le dessin qu'il a reproduit dans le Compendium de Ziemssen), l'enroulement paraît s'être produit dans un sens toujours le même : l'intestin était enroulé sur lui-même de haut en bas et d'avant en arrière; le rectum passait en avant du côlon.

Il paraît donc y avoir là un sens habituel au volvulus intestinal; cependant ce sens ne paraît pas constant. A l'autopsie d'une femme de 23 ans qui succombait ces jours derniers dans le service du professeur Potain, aux suites d'une fièvre typhoïde, l'S iliaque fut trouvée enroulée sur elle-même. Au lieu de descendre directement dans le petit bassin, comme à l'état normal, elle pivotait sur elle-même, formant un large cercle placé au-dessus du pubis et s'étendant d'une fosse iliaque à l'autre : la partie terminale de ce cercle se continuait au niveau de la fosse iliaque gauche avec le rectum placé en arrière de l'S iliaque. Il y avait donc là un volvulus au premier degré, n'ayant jamais donné lieu à des accidents d'étranglement, et d'un type différent des premiers puisque le rectum était en arrière de l'anse d'enroulement.

Si donc le type rectum en avant paraît de beaucoup le plus habituel dans le volvulus de l'S iliaque, il semble qu'il puisse aussi se rencontrer un type rectum en arrière, l'un et l'autre correspondant à deux sens de torsion différents, mais toujours les mêmes pour une même position du rectum. Quand celui-ci est en avant, la torsion s'est faite de haut en bas et d'avant en arrière; quand il est en arrière, elle s'est produite de haut en bas et d'arrière en avant.

Si le chirurgien pouvait, après l'ouverture de la paroi abdominale, déterminer la position du rectum en introduisant par exemple une sonde dans sa cavité, il saurait donc dans quel sens il doit détourner l'intestin. M. Potain, comparant la torsion intestinale au pas de vis pour lequel l'industrie a adopté un sens constant, a résumé dans une formule facile à retenir le mouvement qu'il y aurait lieu d'imprimer à l'intestin pour lever l'étranglement : dans la position rectum en avant, il faudrait visser l'intestin; dans le type rectum en arrière, il le faudrait dévisser.

Resterait à savoir combien de tours il convient d'imprimer. Mais il ne semble pas qu'on puisse, à cet égard, établir une règle absolue, car le nombre de tours nécessaire pour produire l'étranglement paraît varier avec les différents cas.

Telles sont les conclusions auxquelles nous a conduit l'observation de quelques faits récents; je les soumets à la Société, pensant qu'elles peuvent présenter quelque intérêt dans un moment où les progrès de la chirurgie font espérer qu'elle pourra bientôt intervenir d'une façon courante contre des accidents tels que le volvulus.

M. Barié. — De même que M. Després, je crois qu'il est urgent de reviser l'étude symptomatologique de l'étranglement interne, sur laquelle règne encore la plus grande incertitude quant aux causes et au siège de l'étranglement.

L'état cachectique du malade est donné comme un des meilleurs signes en faveur de la *nature* cancéreuse de l'obstacle, et, cependant, que d'exceptions on trouverait à ce tableau clinique : notre malade en pourrait être un nouvel exemple; réciproquement nous avons pu observer récemment à la clinique de Necker deux cas d'étranglement interne chez des vieillards: pour le premier, le début des accidents remontait à neuf jours, pour le second à cinq jours; tous deux étaient dans un état cachectique tel que le diagnostic carcinome de l'intestin était considéré comme le plus probable. L'autopsie montra, dans le premier cas, un volvulus de l'S iliaque, *variété rectum en avant*, dans l'autre, un étranglement par

une bride péritonéale au niveau de la dernière portion de l'intestin grêle. A l'appui de l'opinion que vient d'émettre M. Després, ces deux malades atteints d'accidents aigus avaient eu des vomissements de matières tantôt bilieuses, tantôt fécaloïdes.

L'âge du malade ne peut que donner des présomptions assez vagues : je vous rappellerai le cas de ce jeune homme de dix-neuf ans, dont vous avez vu les pièces anatomiques dans une de nos dernières séances, et chez lequel on trouva un carcinome colloïde de l'S iliaque ; c'était là cependant, vu l'âge du malade, un cas où le diagnostic cancer semblait devoir être écarté. J'ajoute, par opposition, que les deux malades cités plus haut étaient deux vieillards de soixante-quatre et de soixante-douze ans, leur âge semblait confirmer l'hypothèse de la carcinose, et cependant ni l'un ni l'autre n'étaient cancéreux.

Quant au *siège* de la lésion intestinale, on en est encore réduit aux signes donnés par Laugier, et qu'on peut résumer en ces termes :

1° Obstacle siègeant sur la partie moyenne du petit intestin : ballonnement de la région péri-ombilicale et épigastrique, dépression dans les fosses iliaques.

2° Obstacle siégeant vers le côlon descendant ou l'S iliaque : ballonnement généralisé avec saillie sous la peau des côlons distendus, formant une sorte de relief tout autour du météorisme médian. Si l'on ajoute à ces données que les vomissements sont plus tardifs, et que la quantité d'urine excrétée est d'autant plus grande que l'obstacle est situé plus bas, nous aurons résumé l'état actuel de nos connaissances. Il convient d'ajouter que, si l'obstruction est placée très bas dans l'intestin, la santé peut se conserver encore passable pendant un certain temps : M. le professeur Potain rappelait dernièrement, dans une de ses leçons cliniques, l'histoire d'une dame âgée qui resta deux mois entiers sans avoir de garde-robes, et qui conserva une santé relativement bonne jusque dans les derniers jours de sa maladie : elle était atteinte d'un cancer de l'S iliaque.

La quantité de liquide introduite dans l'intestin par les lavements pourrait être fort utile, dans certains cas, pour la recherche du siège de l'obstacle au cours des matières; mais à ce sujet, les auteurs classiques ne nous fournissent aucun renseignement. Dans le but d'éclairer la question, nous avons fait l'expérience suivante . un rectum, fermé d'un côté par une solide ligature, est fixé par son autre extrémité à la canule d'une grosse seringue d'amphithéâtre ; on injecte alors une certaine quantité de liquide jusqu'à ce que l'intestin soit distendu autant que possible; après avoir répété deux ou trois fois l'expérience, nous avons pu évaluer à un litre environ la quantité de liquide capable de distendre le rectum sans le franchir. D'un autre côté, un médecin de Vienne, cité par Simon, pense que, si la quantité de liquide introduite est de un litre à un litre et demi, l'obstacle est dans l'S iliaque; si la quantité est supérieure à un litre et demi, l'obstruction est située beaucoup plus haut. Nous pensons que la quantité de liquide contenue dans le rectum et l'S iliaque peut être évaluée en moyenne de un litre et demi à deux litres : chez notre malade, la quantité de liquide s'est rapprochée de ce dernier chiffre ; dans le cas de ce vieillard de soixante-douze ans, dont j'ai déjà parlé, le volvulus siégeait dans l'S iliaque, et la quantité de liquide fut de 1,600 grammes ; enfin, dans le fait présenté par M. Dubar (séance du 14 novembre), on avait pu introduire un litre et demi d'eau par l'anus, et l'obstruction siègeait encore dans l'S iliaque.

Ces faits sont encore trop peu nombreux pour être d'une valeur absolue; ils auraient besoin d'être appuyés par de nouvelles recherches, et c'est pourquoi j'ai voulu y insister avec quelques détails.

33. Fracture de l'os malaire. — Extirpation de cet os en totalité. — Guérison sans déformation apparente ; par Eug. Monod, interne des hôpitaux.

Hubert Ch., âgé de cinquante-quatre ans, maçon, d'une constitution robuste, entre a l'hôpital Necker, le 27 octobre, pour un traumatisme de la face survenu dans les conditions suivantes :

Etant à son travail, vers dix heures du matin, il venait d'accrocher un moellon de plâtre pesant 19 kilogrammes, à un crochet mû par un treuil. A la hauteur du quatrième étage, la corde cassa et le blessé, qui levait en ce moment la tête, reçut le moellon en pleine figure. Il tomba sur le coup et perdit connaissance. Revenu à lui quelques instants après, il fut transporté à l'hôpital.

Le malade, à son arrivée, ne présente pas trace de troubles cérébraux. Il porte au niveau de l'angle inférieur et externe de l'orbite une large plaie contuse qui saigne assez abondamment. Il existe deux autres petites plaies linéaires, l'une au niveau du sourcil, l'autre vers l'angle interne de l'œil.

Lorsqu'on écarte les paupières, on note du côté de l'œil les particularités suivantes : le globe est légèrement procident en avant et en dehors, chémosis très accusé de la conjonctive. La pupille est largement dilatée et immobile. L'iris est le siège d'un piqueté rougeâtre vraisemblablement hémorrhagique. A la lumière oblique, on constate la présence d'un épanchement sanguin peu abondant dans la chambre antérieure. Le malade distingue confusément les objets, mais la vision persiste. Il n'y a pas eu d'épistaxis. Rien à noter du côté de la cavité buccale. Un gonflement considérable occupe toute la région de l'apophyse zygomatique.

Un premier petit fragment, entièrement mobile et se présentant à l'orifice de la plaie est retiré à l'aide d'une pince. Il appartient à l'apophyse orbitaire de l'os malaire. En introduisant l'index dans la plaie on arrive sur un second fragment, beaucoup plus volumineux et tout à fait mobile comme le premier. Ce fragment comprend tout l'os malaire qui a basculé en avant et en dehors. La dénudation du fragment, l'absence complète de connexion avec les os voisins, l'obstacle qu'il apporte à la réunion même incomplète de cette vaste plaie, me décident à en pratiquer l'extirpation. Après l'avoir solidement saisi avec un davier, je luxe l'os en avant, en détachant avec les doigts et avec une rugine les parties molles adhérentes à sa face postérieure. Après l'extraction, il reste une excavation profonde, à la partie interne et supérieure de laquelle on distingue nettement tout le globe oculaire, et au-dessous un cordon blanchâtre qui n'est autre que le nerf maxillaire supérieur. L'hémorrhagie qui accompagne l'opération est peu considérable ; une seule ligature est nécessaire. Lavage de la plaie à l'eau phéniquée ; rapprochement de la partie externe avec deux points de suture. Pansement de Lister.

Les suites ont été des plus simples. Le gonflement a diminué rapidement ; il ne s'est produit aucune trace d'inflammation au trou de la plaie qui a suppuré très peu abondamment pendant huit ou dix jours.

Le 20 *novembre*, la cicatrisation est complète. La saillie normale de l'os malaire est remplacée par une dépression à peine appréciable. La seule déformation persistante est un ectropion de la paupière inférieure. La vision, toujours confuse, se rétablit par degrés. Il n'existe aucune gène dans les mouvements de la face, et la sensibilité reste intacte dans tous les points.

Réflexions. — Les auteurs classiques s'accordent pour constater la rareté de la fracture de l'os malaire. « Les exemples en sont fort rares, dit Malgaigne (*Traité des fractures*, t. I, p. 359). Sanson dit en avoir vu plusieurs déterminées par un coup de pied de cheval. »

En parcourant les Bulletins de la Société anatomique, nous n'avons relevé que deux faits se rapportant à ce genre de lésion (1840, tome XV, p. 139, et 1844, t. XIX, p. 38). Un seul d'entre eux (1844) peut être rapproché de notre observation. Il s'agit d'un coup de pied de cheval ayant occasionné une large plaie contuse de la face. Un des yeux pendait sur la joue. Une suppuration abondante se produisit, à la suite de laquelle l'os malaire put être retiré facilement et en totalité. Le malade guérit avec une hémiplégie faciale et la perte de la vue de l'œil blessé.

Nous rappelons qu'en 1870 M. Dubreuil attira l'attention sur une variété spéciale de fracture de l'os malaire. (*Note sur un signe de certaines fractures de la face.* Bulletins de la Soc. de chirurgie, séance du 22 juin 1870) Dans cet variété un choc antéro-postérieur tendrait à enfoncer l'os malaire dans le sinus

maxillaire, en faisant éclater la paroi antéro-externe de ce dernier.

Le mécanisme de la fracture, dans le cas actuel, a été tout autre. Il ressort de notre observation qu'un choc de haut en bas, sur le bord supérieur du malaire, a fait basculer l'os en avant en le fracturant exactement au niveau de ses connexions avec les os voisins.

34. Rétrécissement de l'urèthre. — Valvule du col vésical. — Rétention d'urine. — Distension de la vessie avec hypertrophie de la tunique musculeuse et formation de cellules spacieuses; par M. Paul Segond, prosecteur à la Faculté.

Luard Auguste, quarante-sept ans, chapelier, est entré à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Saint-Vincent, nº 12, le 22 novembre 1879, avec tous les symptômes d'une « rétention d'urine avec distension ».

La vessie, fortement distendue, remontait jusqu'à l'ombilic, l'urine, très fétide, s'écoulait par regorgement ; l'état général était grave, en un mot, le malade offrait tous les caractères d'un cachectique urinaire. Le visage, très amaigri, présentait une coloration terreuse, la peau était chaude et sèche, le pouls, filiforme, dépressible, difficile à sentir, battait 140 fois par minute, la température axillaire montait à 39°,6, la langue était sèche et brunâtre. Le rythme respiratoire paraissait normal. Il n'y avait pas de vomissements. Les garde-robes faisaient défaut depuis plusieurs jours. L'anorexie était complète et la soif très vive. Il n'y avait aucun symptôme, du côté des membres inférieurs, permettant de songer à une lésion médullaire. Enfin, l'intelligence paraissait à peu près conservée. Il n'y avait ni délire, ni convulsions.

Les réponses étaient cependant lentes confuses et difficiles à obtenir, si bien que la marche exacte de la maladie et la succession précise des symptômes nous ont en grande partie échappé.

Au dire du malade, les antécédents pathologiques étaient seulement constitués par une chaude pisse contractée il y a vingt ans. L'écoulement, non traité, avait cédé au bout de cinq à six mois, et, depuis, le malade s'était toujours bien porté. Les premières difficultés de la miction dataient de deux ans, et les phénomènes de rétention avec miction par regorgement remontaient à cinq ou six mois seulement. Depuis quatre mois environ, tout travail était devenu impossible et le malade était resté couché, sans soins, au milieu de conditions hygiéniques déplorables.

L'examen direct des organes génito-urinaires nous a fourni les renseignements suivants : La vessie, très distendue, remontait jusqu'à l'ombilic, le ventre était souple et la palpation abdominale n'éveillait aucune douleur. Les dimensions et la consistance de la prostate étaient parfaitement normales Le toucher rectal ne faisait percevoir autre chose que la saillie fluctuante formée par la vessie distendue et permettait de penser à une dilatation considérable du bas fond vésical.

L'exploration de l'urèthre démontrait l'existence d'un rétrécissement bulbaire assez dur, mais peu serré, et laissant passer l'explorateur nº 12. En retirant cet explorateur on ramenait une assez grande quantité de pus de la région prostatique. Il existait en outre quelques points faiblement rétrécis dans la portion pénienne. L'explorateur nº 20 était arrêté en arrière de la fosse naviculaire. Le nº 17 passait et laissait percevoir trois ressauts péniens avant d'aller butter contre le rétrécissement bulbaire.

Enfin, l'examen du thorax ne révélait aucune altération importante du côté du cœur ou des poumons.

En présence de ces différents signes, il était rationnel de considérer le rétrécissement uréthral comme la cause première de la distension vésicale et des conséquences graves qu'elle avait à son tour entraînées.

Je pus, avec une sonde nº 12, retirer un litre d'urine trouble, fétide, purulente, alcaline, et pratiquer un lavage de la vessie avec une solution à 4 0/0 d'acide borique. On évacua les scybales qui encombraient le rectum, à l'aide d'un lavement glycériné, et l'on tenta de relever les forces du malade à l'aide d'une potion au quinquina. Les lavages de la vessie furent continués le lendemain, mais sans résultat. Dans la soirée du 23, il y avait une aggravation considérable de tous les symptômes ; la température axillaire montait à 40°,5, le pouls, filiforme et rapide (150 pulsations) présentait de fréquentes intermittences.

Le malade est mort le 24 à quatre heures du matin.

L'Autopsie a été faite le 25, à huit heures du matin, vingt-huit heures après la mort.— Nous n'avons trouvé aucune altération de la moelle et du cerveau. Le renflement lombaire de la moelle a même été soumis à l'examen microscopique, et mon collègue, M. Brissaud, a constaté qu'il était indemme de toute lésion ancienne.

Le tube digestif, examiné dans toute son étendue, n'offrait aucune espèce d'altération. La rate était petite, non diffluente, le cœur et le foie étaient absolument sains.

La base des deux poumons était congestionnée. Nous avons trouvé les traces d'une pleurésie ancienne à la base du poumon droit, mais, en définitive, il n'existait du côté des organes thoraciques aucune lésion susceptible d'expliquer la mort.

Chez ce malade, toutes les lésions étaient localisées à l'appareil urinaire et nous pourrions même dire qu'elles étaient exclusivement vésicales, ainsi qu'on peut le voir sur les pièces que nous avons l'honneur de soumettre à l'attention de la Société.

L'urèthre, incisé par sa face supérieure, ne présente pas trace appréciable des points rétrécis que l'exploration faite pendant la vie avait dénotés dans la portion pénienne du canal. C'est là, d'ailleurs, un fait bien connu dans l'histoire anatomo-pathologique des rétrécissements de l'urèthre.

La coarctation bulbaire est en revanche parfaitement nette. Elle mesure un centimètre de longueur. L'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux, au niveau du rétrécissement est peu considérable mais facile à reconnaître. La muqueuse uréthrale est saine dans toute sa longueur ; il y a peu de dilatation du canal, en arrière du point rétréci. Enfin, au niveau du col vésical, de sa lèvre postérieure, il existe une sorte de bride transversale se présentant sous la forme d'une crête mousse épaisse de trois millimètres, transversale après incision de l'urèthre, offrant en un mot tous les caractères de la valvule de Mercier. La prostate est saine.

La vessie examinée pleine d'urine avant incision de sa paroi, se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, ne mesurant pas moins de vingt-huit centimètres de hauteur. Le tissu cellulaire péri-vésical est parfaitement souple et n'offre aucune trace de ces lésions inflammatoires chroniques, qui peuvent, dans certains cas, empeser pour ainsi dire les parois vésicales et les immobiliser. Les fibres musculaires superficielles sont pâles, mais très hypertrophiées. Immédiatement en arrière de la prostate, se voit une saillie globuleuse grosse comme une orange et simulant un agrandissement du bas fond. Mais, si l'on vient à déprimer les parois de cette partie dilatée, on constate facilement par la lenteur que met le liquide à fuir sous la pression, qu'il s'agit là d'une vaste cellule vésicale et non d'une dilatation du bas fond ainsi que les renseignements fournis par le toucher rectal avaient permis de le supposer. Au-dessus de cette cellule, on voit trois bosselures à parois minces correspondant à trois cellules présentant environ le volume d'une noix. La capacité de la vessie peut être évaluée à deux litres et demi environ. Sa paroi incisée présente une épaisseur moyenne de un centimètre. Au voisinage de la prostate, l'épaisseur est plus marquée et s'élève à douze ou quatorze millimètres. Ce fait de l'épaisseur des parois est important à noter, et doit être opposé à l'amincissement que Civiale voulait ériger en principe dans les cas de stagnation. La face interne de la vessie, à peu près lisse et régulière dans sa partie supérieure, est remarquable, vers le segment inférieur de l'organe, par l'hypertrophie des fibres musculaires de la couche profonde, qui font saillie sur la muqueuse et dessinent des colonnes diversement entrecroisées. Au niveau de ces entrecroisements, il existe de petites dépressions capables de loger un gros pois et tapissées par la muqueuse. Ce sont en définitive de véritables hernies interstitielles de la muqueuse s'insinuant entre deux faisceaux charnus hypertrophiés, et chacune de ces petites vésicules montre bien ce qu'est la cel-

lule vésicale à sa première période de formation. On en compte plus de cinquante au niveau du bas-fond vésical. A cinq centimètres en arrière du col et un peu à gauche de la ligne médiane, se voit un orifice admettant facilement l'index et conduisant dans l'intérieur de la grande cellule dont nous avons signalé l'existence en arrière de la prostate. Les parois de cette cellule, très amincies, mesurent à peine quatre millimètres d'épaisseur et paraissent constituées par la muqueuse herniée et quelques rares fibres musculaires de la couche externe. Au-dessus de l'orifice de la grande cellule, se voient trois orifices plus petits admettant seulement l'extrémité du petit doigt, et conduisant dans les trois petites cellules dont nous avons parlé. Ces quatre cellules sont parfaitement indépendantes les unes des autres. Les parois des petites cellules sont d'une minceur extrême et mesurent à peine deux millimètres d'épaisseur. Les dimensions de l'orifice vésical des deux uretères sont normales. La muqueuse vésicale est partout pâle et décolorée et paraît indemne de toute lésion profonde. Il existe cependant un état rugueux très manifeste au niveau du trigone. Enfin, dans l'intérieur de la grande cellule, les altérations paraissent plus profondes. La muqueuse y est injectée manifestement, dépolie, et l'urine qui stagne dans sa cavité est fortement chargée de pus.

Les uretères sont relativement peu dilatés, ils ont un centimètre de diamètre dans leur partie moyenne ; leurs parois ne sont pas épaissies et leur muqueuse est saine. Les bassinets, modérément dilatés, ont le volume d'un petit œuf de poule et n'offrent pas trace de lésion inflammatoire.

Les deux reins sont normaux au triple point de vue du volume, de la consistance et de la coloration. Leur capsule n'offre ni épaississement, ni adhérence. Les calices sont légèrement dilatés. A la coupe, les deux substances corticales et médullaires paraissent exemptes de toute altération, et bien que l'examen histologique nous fasse défaut, nous nous croyons en droit d'avancer que, chez ce malade, il n'existe pas de retentissement rénal.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. Une pareille distension du globe vésical, rare chez les rétrécis, est certainement exceptionnelle lorsque la coarctation uréthrale est aussi peu accusée et laisse, comme chez notre malade, quatre millimètres de diamètre au canal. Il est vrai qu'ici, le rétrécissement n'était pas seul en cause, la valvule du col a dû jouer, elle aussi, un rôle important dans la production première des phénomènes de rétention. Mais, en définitive, la disproportion entre l'énergie de l'obstacle et le degré de la distension n'est pas moins manifeste. Ce fait montre bien, comme le dit souvent M. Guyon, que l'on pisse bien plus avec sa vessie qu'avec son canal. Chez notre malade, l'hypertrophie compensatrice avait pu lutter au début contre les obstacles uréthraux, mais bientôt le muscle vésical s'était pour ainsi dire laissé forcer et dès lors la rétention avec distention s'était constituée.

L'absence de tout retentissement manifeste du côté des reins, les caractères de l'urine contenue dans la vessie, les altérations de la muqueuse au niveau de la cellule sont enfin des points qui méritent d'être notés, et qui permettent d'attribuer la mort à la résorption urineuse. Nous relèverons à ce propos l'élévation constante de la température pendant les deux derniers jours de la vie. Cette élévation thermique est, on le sait, fréquente dans les cas de stagnation et de résorption urineuse par la muqueuse vésicale altérée.

35. Carcinome latent du poumon; par H. Leloir, interne des hôpitaux.

E. M. âgé de trente-huit ans, artiste lyrique, entré le 22 octobre 1879 dans le service de M. le Dr Lailler.

C'est un homme pâle, amaigri, fatigué, présentant le facies d'un phymateux. Les antécédents héréditaires du malade sont nuls. Il ne présente rien de particulier comme antécédents personnels, et n'aurait jamais été souffrant malgré sa vie irrégulière et de fréquents excès alcooliques.

Il y a trois mois, il commença à maigrir, à tousser un peu. En même temps, apparut l'engorgement ganglionnaire pour lequel il entra à l'hôpital. Cette adénite, du volume d'un gros œuf de poule, est située sur la partie latérale du cou, à droite, au-dessous de l'oreille et derrière la branche montante du maxillaire inférieur; elle est sous-jacente au sterno-mastoïdien; à son niveau la peau a conservé son aspect normal. Elle est mobile, ronde, non lobulée, et d'une dureté très grande. Cette dureté, ligneuse pour ainsi dire, frappa M. Lailler qui ne posa le diagnostic « adénite chronique » qu'avec réserve. Aussi voulut-il avoir l'avis de M. Le Dentu qui posa également le diagnostic adénite chronique simple. Outre ce ganglion volumineux, il existait dans les triangles claviculaires et dans les plis inguinaux quelques petits ganglions indurés. L'auscultation faisait entendre une respiration soufflante, rude, mélangée de quelques râles sous-crépitants au sommet du poumon gauche ; quelques frottements légers à la partie postérieure du même poumon. Au sommet droit, respiration un peu rude. Tous les autres viscères semblent sains. Le malade est sujet depuis deux mois à des névralgies brachiales et intercostales opiniâtres. Cet ensemble de phénomènes fit poser le diagnostic, adénite chronique chez un tuberculeux, et l'on prescrivit un traitement en conséquence.

Le 15 novembre, le malade qui n'avait rien présenté d'anormal pendant la journée, mourut tout à coup pendant la nuit, sans que nous ayons pu obtenir de renseignements suffisants sur le mode de mort, qui semble avoir été le résultat d'une syncope.

Autopsie. — Sous le muscle sterno-mastoïdien, au niveau de son tiers supérieur, se trouve une masse ganglionnaire ronde, grosse environ comme un œuf de poule, absolument indépendante des tissus ambiants et en particulier du paquet vasculo-nerveux situé à sa partie interne. Cette tumeur est d'une grande dureté, elle crie sous le scalpel et présente une coupe d'un aspect un peu granuleux, d'une coloration grisâtre uniforme. Quatre à cinq petits ganglions, gros comme de petites noisettes, dans les triangles sus-claviculaires.

La plèvre gauche contient environ un demi-litre d'un liquide citrin, nullement hémorrhagique. Le poumon gauche, un peu ratatiné, est couvert de nodules, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Ces nodules semblent situés dans l'épaisseur de la plèvre viscérale qui en est entièrement parsemée; ils sont durs, d'un blanc un peu grisâtre ; en certains points ils ressemblent à s'y méprendre à des tubercules jaunes. Au sommet du poumon gauche se trouve une masse grisâtre, étalée sous la plèvre, déprimée au centre, du volume d'un œuf de poule environ ; quelques adhérences à ce niveau. A la coupe, on ne trouve que quelques rares nodules, gros environ comme des petits pois, dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. Deux ou trois nodules analogues, au sommet du poumon droit, qui semble sain quoique fortement congestionné. La plèvre pariétale, à gauche, est couverte dans toute son étendue, de nodules analogues qui, en plusieurs points, englobent les nerfs intercostaux, surtout à leur origine. Réseaux de lymphangite très nets sur la plèvre viscérale gauche.

Les ganglions médiastinaux ne présentent rien d'anormal. Il en est de même de la trachée et des bronches. Tous les autres viscères et organes, examinés avec soin, ne présentent pas la moindre altération, sauf le foie qui contient deux ou trois noyaux secondaires, gros environ comme des lentilles.

Examen histologique. — L'examen histologique des nodules situés sur les plèvres viscérale et pariétale, nous a montré que la tumeur était constituée par du carcinome vrai.

Le ganglion était en dégénérescence carcinomateuse complète, c'est à peine si l'on pouvait rencontrer quelques points intacts de la substance ganglionnaire.

Les petits noyaux du foie ne présentaient pas de structure bien déterminés. Ils étaient constitués par des amas de cellules embryonnaires.

Cette observation nous a semblé intéressante à différents égards. Elle constitue un exemple curieux de carcinose latente prise pour une adénite chronique chez un tuberculeux. Quant aux névralgies intercostales et brachiales opiniâtres de notre malade, prises pour des névralgies simples, elles étaient dues évidemment à la compression et même à l'envahissement des nerfs intercostaux par le néoplasme.

Il nous est difficile de dire par où a débuté cette carcinose. L'absence complète de foyers carcinomateux dans tous les viscères et organes du sujet, sauf les poumons et le ganglion sterno-mastoïdien, ne nous permet donc d'admettre que deux sources, deux foyers primitifs : 1° le poumon et la plèvre, 2° le volumineux ganglion de la région sterno-mastoïdienne. Nous inclinerions à placer le foyer primitif de cette carcinose dans le volumineux nodule cancéreux situé au sommet du poumon gauche.

36. Fracture du crâne, probablement par contre-coup. — Rupture de l'artère méningée moyenne; par G. LAURAND, interne des hôpitaux.

Le nommé M..., âgé de quarante-deux ans, cocher, est porté le 25 juin 1879 à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, 4, service de M. le professeur BROCA.

En se penchant pour ressaisir ses rênes, il a été précipité, la tête la première, sur le pavé, et a immédiatement perdu connaissance. Le malade est dans le coma : la respiration stertoreuse, les pupilles resserrées et immobiles ; les narines sont obstruées par des caillots ; par les oreilles, écoulement continu de sang, plus prononcé à droite. Au pourtour de l'oreille droite, empâtement descendant jusqu'à l'apophyse mastoïde. Il est impossible de se rendre compte de l'état de la motilité et de la sensibilité.

Le lendemain, 26, le malade est sorti de ce coma de la veille. Interpellé vivement il répond aux questions ; il perçoit à gauche le bruit de la montre, ouvre les yeux, s'assied sur son lit, exécute les mouvements qu'on lui prescrit, montrant l'intégrité de la motilité des membres. Il tire la langue qui n'est pas déviée. Il existe une sorte d'hyperesthésie, le malade se plaignant au moindre pincement, ou si on lui tire les poils. L'écoulement sanguin a cessé.

Du côté de la face, on observe une asymétrie, qui paraît, à première vue, due à une hémiplégie droite, mais, en observant avec soin, on constate qu'il y a contracture de la partie gauche, la paupière de ce côté étant fortement plissée, et les sillons de la joue très accentués.

Le côté opposé de la face n'est pas flasque, ni affaissé. Au coude gauche, ecchymose, gonflement, mais le malade se plaint si vivement qu'un examen complet est impossible, T. A., 37°,5, P. 82. — Opium, glace sur la tête. Le malade reste dans cet état deux jours, sans apparition de signe nouveau, ni paralysie, ni déviation de la langue, ni ecchymose oculaire, et il meurt dans la nuit du 29, après un délire de quelques heures, avec élévation de température jusqu'à 0°,5.

AUTOPSIE. — Il existe à la région du vertex, une vaste ecchymose péricrânienne.

En aucun point de la calotte ne se présente de fracture.

La base, au contraire, nous offre les lésions suivantes :

1° Une *grande fracture transversale*, traversant tout l'étage moyen de la base, d'un côté à l'autre, et remontant sur les faces latérales du crâne, jusqu'au niveau de la suture temporo-pariétale, qu'elle dépasse un peu, à droite. A ce niveau, elle se termine par deux fêlures ; l'une, de la table externe se dirigeant en avant, l'autre de la table interne, se recourbant en arrière et en bas. Le point le plus intéressant, de ce grand trait transversal, c'est la rupture, à droite, d'un des canaux de l'artère méningée moyenne ; avec déchirure du vaisseau, et épanchement sanguin assez considérable. La branche atteinte est la branche postérieure du rameau antérieur de la méningée moyenne.

Le sang épanché forme une masse de caillots, du volume d'une moitié d'œuf, de poule, adhérents à la face externe de la dure-mère, qu'ils ont décollée dans une assez grande étendue. Cette membrane est, du reste, intacte : on n'observe point de déchirure : sa face interne ne présente pas traces de sang.

Continuant à suivre le trait de fracture, nous le voyons traverser la fosse latérale et atteindre le corps du sphénoïde, qu'il divise verticalement, au niveau de la selle turcique : le sinus caverneux droit est divisé, et une petite branche de fracture a séparé du corps de l'os les deux apophyses clinoïdes postérieures, à leur base.

Puis, il gagne le côté gauche, pour suivre un trajet analogue, mais qui n'intéresse pas de branche vasculaire.

La base du crâne se trouve ainsi divisée en deux moitiés, et, la solution de continuité étant complète, elles peuvent jouer l'une sur l'autre, comme une charnière.

2° L'étage inférieur présente aussi plusieurs lésions intéressantes. Du pourtour du trou occipital partent divers traits de fractures qui s'irradient en divers sens.

a) *En arrière du condyle gauche*, part une solution de continuité, qui traverse la fosse occipitale inférieure correspondante, et va gagner le sinus latéral où elle s'arrête.

b) A peu près *au même niveau*, de la circonférence du trou occipital, et du *côté opposé*, est l'origine d'un trait qui file en avant et en dehors, sépare du reste de l'os le sommet de la pyramide du rocher, et va rejoindre la grande fracture transversale signalée plus haut.

c) Enfin, les *deux condyles* sont circonscrits par deux traits courbes, qui vienent se rejoindre en avant, sur l'apophyse basilaire, de sorte que les condyles sont comme flottants, sous la moindre pression, complètement détachés l'un de l'autre et des régions voisines.

Du côté droit, la solution de continuité qui détache le condyle, offre une *fissure* qui se prolonge jusqu'à l'*apophyse mastoïde*, qu'elle sépare en deux fragments.

Sur la surface du cerveau, rien d'anormal à noter : seulement, un petit épanchement sanguin pie-mérien, au niveau du sillon pariétal et de la scissure occipitale externe gauche. Pas de lésions de l'écorce cérébrale, en aucun point.

Pas d'épanchement sanguin dans les cavités ventriculaires.

Du côté des autres organes, l'autopsie ne révèle comme lésion que l'arrachement de l'épicondyle gauche.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru présenter plusieurs détails intéressants :

L'étendue des lésions, relativement au peu de hauteur de la chute ; la présence de cette déchirure de la méningée (à propos de laquelle, du reste, nous avons omis un détail, à savoir que le décollement dure-mérien allait assez loin pour que le sang épanché baignât la fracture du rocher, ce qu'on pourrait peut-être rapprocher de l'écoulement considérable de sang observé par l'oreille de ce côté) ; enfin et surtout, ces traits de fractures irradiées au pourtour du trou occipital, et ce détachement absolu des deux condyles, qui nous paraissent traduire assez nettement le mécanisme qui a présidé à leur production.

Séance du 6 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Leucocythémie ganglionnaire. — Tumeur lymphadénique du médiastin; par M. BÉRINGIER, interne des hôpitaux.

La nommée B..., trente et un ans, a toujours été bien portante. Elle a été réglée à treize ans, et, depuis, ses règles ont toujours été assez abondantes. A été mariée à vingt-un ans. N'a eu qu'un enfant mort en bas âge d'une méningite. Elle a commencé à être souffrante il y a environ un an. Avant ce temps, elle s'était aperçue que les ganglions du cou, du côté droit, étaient un peu gros ; mais cet engorgement était si peu considérable qu'elle n'y attachait aucune importance. Il resta stationnaire pendant plusieurs mois. Vers la fin de l'année dernière, elle commença à perdre l'appétit ; les digestions se faisaient lentement. Elle n'eut jamais ni vomissements, ni diarrhée, mais ses forces diminuèrent. Lorsqu'elle montait un escalier, elle avait un peu d'anhélation, se fatiguait vite et fut obligée de renoncer à un travail assidu. Dès ce moment, l'engorgement ganglionnaire s'accrut ; ce fut au cou qu'il se développa surtout, puis aux aisselles. Sa santé s'altérant de plus en plus, elle partit au mois d'août pour La Rochelle. C'est à peu près de cette époque que date la dyspnée qu'elle éprouve actuellement. Etant dans cette ville, elle commença également à voir ses mains et ses bras enflés ; mais cet œdème n'était pas persistant. Enfin elle perdit le sommeil.

Etat à l'entrée à l'hôpital Necker, service de M. BLACHEZ. — Ce qui frappe d'abord, c'est la déformation du cou. Ce dernier semble se continuer sans ligne de démarcation avec la face. De chaque côté, existent des tumeurs ganglionnaires multilobées, ayant presque le volume du poing. Cette hypertrophie

ganglionnaire s'étend jusqu'à la région sus-claviculaire, qui est occupée de chaque côté par des tumeurs analogues, en sorte que le creux sus-claviculaire est entièrement effacé. En outre, au devant du sternum et des cartilages costaux gauches, existe une tumeur dure, semblant adhérer aux os, et sillonnée à sa surface par des veines sous-cutanées développées anormalement. Cette tumeur masque en haut la clavicule gauche et semble se continuer avec les ganglions du cou. Dans la région sus-hyoïdienne, les ganglions sous maxillaires sont également tuméfiés. Enfin, ceux de la région cervicale postérieure, bien que moins développés, commencent à se prendre et forment un chapelet non interrompu.

Dans les deux aisselles, on trouve un paquet ganglionnaire ayant le volume d'un gros œuf, gênant les mouvements, et comprimant les vaisseaux. Les ganglions axillaires gauches sont plus développés que ceux de droite; aussi l'œdème existe-t-il plus exclusivement sur la main et le membre supérieur de ce côté. Les reins ont une dureté anormale et semblent immobilisés contre la paroi thoracique. La rate et le foie ne semblent pas augmentés de volume, mais leur percussion est difficile, la malade ne pouvant supporter même pour un instant la position horizontale. La face est injectée avec une teinte légèrement cyanosée des lèvres. L'appétit est presque nul; la déglutition se fait bien, les digestions sont pénibles, mais il n'y a pas de troubles digestifs graves. Dyspnée constante sans accès véritables; elle s'accroît lorsque la malade fait le moindre mouvement.

Développement assez marqué des veines du cou, du thorax, et même de la paroi abdominale. Œdème du membre supérieur gauche ne disparaissant plus depuis quinze jours. L'auscultation de la poitrine fait entendre le murmure vésiculaire normal, sans râles ni souffle; la sonorité thoracique n'est diminuée en aucun point.

11 *septembre.* Léger œdème du membre supérieur droit, surtout prononcé sur le dos de la main. Numération des globules: un globule blanc pour quarante rouges. Pas de globulins en proportion notable. Iodure de potassium, deux grammes.

7 *octobre.* Les ganglions de la région cervicale postérieure et les ganglions parotidiens sont plus volumineux; la face paraît élargie, teinte cyanosée plus prononcée. Dyspnée beaucoup plus prononcée. La malade est obligée de rester continuellement assise, lorsqu'elle change de position la dyspnée s'accroît. A eu plusieurs accès de suffocation. Développement plus grand des veines superficielles des membres thoraciques et de la paroi pectorale. Œdème considérable des deux membres supérieurs.

15 *octobre.* Aucun changement notable, sauf l'accroissement de la dyspnée et de l'œdème des jambes. Epanchement pleural.

25 *octobre.* La malade meurt dans un accès de suffocation.

AUTOPSIE faite le 27 octobre. — En incisant la peau de la poitrine dans l'épaisseur du muscle grand pectoral, du côté gauche, on trouve une tumeur adhérant fortement aux côtes et au sternum de ce côté, se continuant directement avec les ganglions du cou d'une part, et passant au-dessus et au-dessous de la clavicule qui se trouve englobée par elle, d'autre part elle pénètre dans les espaces intercostaux supérieurs pour s'unir à la tumeur intra-thoracique. En incisant le grand pectoral, on trouve un tissu dur, jaunâtre, semblant s'être développé à ses dépens. Les ganglions du cou et des aisselles sont tous très volumineux, les plus gros atteignent la dimension d'une petite orange. Leur tissu est dur et élastique, leur surface lisse avec quelques bosselures.

Il est impossible de détacher le sternum et les côtes. Leur face postérieure est intimement unie à une tumeur énorme, occupant toute la partie postérieure du médiastin antérieur. Cette tumeur, qu'on aperçoit facilement en soulevant de bas en haut le plastron thoracique, est située au-dessus de la base du cœur, son tissu est dur, fibreux, son volume égale celui du poing. Elle est unie à la paroi postérieure du sternum et se confond en arrière avec une masse énorme, formée par les ganglions du hile pulmonaire. Ceux-ci sont tellement confondus ensemble qu'il est impossible de découvrir la bifurcation de la trachée, masquée complètement et probablement comprimée par eux; il est impossible aussi de disséquer toute cette région; les pneumogastriques en y pénétrant s'y perdent complètement. Le cœur est de volume normal; un peu de sérosité dans le péricarde; en incisant ce dernier, on trouve, vers l'origine des gros vaisseaux, un peu de tissu analogue à celui de la tumeur médiastine, mais en faible quantité.

Les plèvres sont remplies d'un liquide abondant, transparent (environ trois litres). Les poumons un peu congestionnés. Le foie pèse 1,550 grammes, son tissu paraît sain. Il en est de même de la rate dont le volume n'est pas accru. Cependant, vers la partie inférieure de la rate, on trouve un tissu blanchâtre assez analogue au tissu des ganglions.

Au niveau du hile de la rate et sur tout le bord supérieur du pancréas, existe un chapelet de ganglions hypertrophiés ayant le volume de grosses noisettes pour la plupart. La rate, le pancréas et les ganglions pèsent ensemble 250 grammes. On trouve également une masse ganglionnaire du volume d'une grosse noix sur la partie médiane, devant la colonne vertébrale, au niveau de l'insertion du mésentère. Les ganglions mésentériques sont cependant intacts et d'aspect normal. Les plaques de Peyer et les follicules de l'intestin ne présentent aucune altération. Les méninges sont congestionnées.

Examen du sang, fait par M. Priou, interne en pharmacie. — Le sang soumis à l'examen avait été extrait le 21 octobre. Il présentait une coloration rouge normale. Le liquide était en trop faible quantité pour qu'on pût en prendre la densité. Aussitôt tiré il s'est coagulé comme à l'état normal. Le caillot s'est rétracté en abandonnant un sérum verdâtre transparent. En malaxant ce caillot sous un courant d'eau dans un linge, j'en ai rapidement obtenu une diminution notable et les lavages ne laissaient plus que de la fibrine blanche et agrégée; les filaments étaient cependant un peu moins manifestes qu'à l'état normal.

En ramenant à 1,000 grammes les chiffres trouvés à l'analyse, le sang contenait:

Eau..........	798.88	
Albumine.....	61.84	201.28.
Fibrine........	2.25	
Globules secs..	129.25	
Matières { grasses ... / extractives / salines.... }	7.94	

Le sérum desséché et épuisé par l'alcool bouillant et l'eau bouillante a donné la composition suivante:

Eau..........	919.72	
Albumine.....	71.22	80.12.
Matières { grasses ... / extractives / salines.... }	8.90	

D'après ces résultats on peut déduire qu'il y avait: 1° faible augmentation de l'eau, 2° diminution de l'albumine, 3° quantité normale de fibrine et de globules secs. Le sang trouvé à l'autopsie présentait les mêmes caractères. J'ai constaté dans des caillots la présence de quelques amas fibrineux blanchâtres, ne présentant aucune cohésion, l'examen microscopique me les a montrés composés en totalité de leucocytes. En résumé ce sang ne présente pas l'altération profonde que l'on trouve dans le sang leucocythémique.

Examen de l'urine. — L'urine du 24 octobre avait une faible densité (1012). Diminution notable de l'urée, 6,80, pour 1,000 cc. Une heure après la miction, elle était devenue alcaline, par suite de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque.

Examen de la tumeur médiastine. — M. Du Castel nous a remis la note suivante: Par le raclage on obtient un suc blanchâtre renfermant comme éléments solides: 1° des cellules embryonnaires avec noyaux volumineux et peu de protoplasma; 2° quelques grandes cellules rondes avec un seul noyau.

Sur une coupe d'ensemble, on trouve que la tumeur est com-

posée d'une trame conjonctive très épaissie, formant la plus grande partie du tissu et renfermant des ilots arrondis constitués par des amas cellulaires. Ces derniers sont des cellules lymphatiques agglomérées trouvées dans le suc du raclage. Le tissu conjonctif est par place un tissu fibreux complètement organisé renfermant des cellules aplaties, par place, au contraire, un tissu renfermant en plus ou moins grand nombre des cellules embryonnaires.

En lavant au pinceau les ilots cellulaires, on y trouve un réticulum lymphatique assez délié. — Il s'agit donc d'un lymphadénome avec transformation fibreuse.

2. Diverticule intestinal; par A. Chauffard, interne des hôpitaux.

Ce diverticule a été trouvé par hasard, en faisant l'autopsie d'une enfant de 9 ans, morte de fièvre typhoïde compliquée de diphthérie, dans le service de M. le Dr Archambault.

Il siège à 60 centimètres de la valvule iléo-cœcale, et prend son insertion sur le bord libre de l'anse intestinale. Sa longueur est de 7 centimètres; son diamètre de 1 centimètre environ.

Il est cylindrique, en forme de doigt de gant, parfaitement libre sur tout son parcours, sans qu'aucune adhérence le rattache aux anses intestinales voisines. A sa partie moyenne, se trouve une plaque de Peyer, très tuméfiée, mais sans ulcération, comme on l'observe, au reste, le plus souvent, chez les enfants. La muqueuse présentait donc, dans la cavité diverticulaire, la même structure que sur le reste des parois de l'intestin grêle.

Ce diverticule paraît être de ceux qui, d'après les recherches de M. Cazin (de Boulogne), sont dus à la persistance partielle du conduit omphalo-mésentérique, qui, à une période peu avancée de la vie embryonnaire, fait communiquer la vésicule ombilicale avec l'intestin moyen.

3. Fracture intra et extra-capsulaire de la tête de l'humérus, chez une alcoolique. — Absence complète de consolidation au 31e jour. — Mort par hémorrhagie cérébrale intraventriculaire; par M. Pierre-Paul Millet, interne provisoire.

La malade dont nous rapportons l'observation est une femme de 42 ans, assez vigoureusement constituée. Elle est alcoolique, elle a un caractère bizarre, triste, parle peu et se tient à l'écart des autres malades. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait fait une chute dans une cave. Relevée, elle avait accusé une douleur assez vive dans l'épaule droite, qui l'avait obligée à immobiliser son bras tant bien que mal. Au bout de ce temps, voyant qu'elle n'allait pas mieux, elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cusco, suppléé par M. Bouilly.

Le 17 octobre, M. Bouilly l'examine, et fait le diagnostic fracture du col chirurgical de l'humérus droit, sans déplacement. Il y avait impotence du membre, non absolue cependant. La main dans l'aisselle ne faisait constater aucune tumeur. Pas de dépression à la face externe du moignon de l'épaule, ni d'élargissement de la tête. Une large ecchymose de l'humérus occupait la face interne du bras, une autre, la face externe de la mamelle. On pouvait sentir la crépitation.

Le traitement consiste en une attelle ou gouttière plâtrée, embrassant la face postérieure de l'épaule, du bras et de l'avant-bras placé à angle droit.

Rien d'anormal jusqu'au 2 novembre. Ce jour-là, à 8 heures du soir, la malade, qui venait de se coucher, fut, sans aucune cause déterminante appréciable, prise subitement de symptômes alarmants, et l'interne de garde, appelé, constata l'état suivant : perte de connaissance absolue; vomissements alimentaires continus sans effort, sorte de régurgitation; visage congestionné, un peu d'écume aux commissures des lèvres; les traits ne sont aucunement déviés; les mouvements inspiratoires sont profonds, réguliers, sans ralentissement, ni accélération; l'expiration est brusque et se fait comme par détente.

Le voile du palais inerte, soulevé par le courant expiratoire, fait entendre un bruit guttural. Contracture tétanique des trois membres (le membre supérieur droit est dans une gouttière) et de la nuque, telle qu'il faut une violence extrême pour arriver à mettre l'avant-bras dans l'axe avec le bras. Cet état se prolongea, la respiration devenant de plus en plus difficile, jusqu'à 6 heures du matin, moment où la malade expira.

Autopsie le 4 novembre, 48 heures après la mort. — Le cœur, les reins, le foie sont sains. Les poumons sont fortement congestionnés, mais il n'y a aucune autre lésion.

Cerveau. — Méninges rouges, vascularisées. Rien d'anormal à l'extérieur du cerveau. Les artères de la base sont athéromateuses, incrustées de plaques calcaires, blanchâtres. Une coupe faite au niveau du bord antérieur de la protubérance nous conduit sur un caillot qui s'avance un peu dans le pédoncule droit, mais dont la plus grande partie s'enfonce dans l'étage supérieur de la protubérance. La partie postérieure des pédoncules, les environs du bourrelet du corps calleux, les parties latérales de la fente de Bichat sont remplies de sang. D'autres coupes nous font découvrir que les deux ventricules latéraux sont remplis de sang coagulé. Il y a une véritable inondation ventriculaire, et la lésion est tellement intense qu'il n'est pas possible de se rendre compte du point de départ de l'hémorrhagie. Les parois du foyer sont tomenteuses, anfractueuses. Ce n'est pas tout, le foyer de la protubérance vient s'ouvrir en arrière dans le quatrième ventricule. Là encore il n'est pas possible de bien localiser l'hémorrhagie.

Fracture. — Disséquée avec soin, la partie supérieure de l'humérus ne présente au premier abord rien d'anormal. Les veines sont perméables, il n'y a pas trace d'organisation dans les tissus qui entourent l'os. Il n'y a pas de déplacement, coaptation parfaite. La capsule est intacte; mais, en avant et en dehors, on voit une déchirure du périoste. Elle passe en haut et en dehors, au-dessous de la grosse tubérosité qui est cependant un peu entamée, descend ensuite obliquement en bas et en dedans, et s'arrête en cet endroit. Partout ailleurs, la capsule et le périoste empêchent de voir les désordres. Sur la tête humérale, on voit deux éclats, l'un en avant, l'autre en arrière et un peu en bas, ils communiquent avec le foyer de la fracture. Si on prend le fragment supérieur et qu'on cherche à lui imprimer quelques mouvements, on détache facilement la tête qui se porte en arrière comme sur une charnière, et qui offre l'aspect suivant : La tête, formant les 3/4 d'une sphère environ, coiffe la diaphyse qu'elle emboite exactement. Cette dernière fait saillie, une partie de ses bords a été enlevée avec la tête. Il n'y a pas d'écrasement du tissu osseux. On ne rencontre pas trace d'organisation, réunissant les deux fragments, sauf un ou deux petits bourgeons charnus à la partie postérieure. Le trait de la fracture peut être ainsi délimité : un trait horizontal au-dessous des tubérosités, deux lignes en partent en avant et en arrière, et se dirigent obliquement en bas et en dedans, où elles se rejoignent. Le fragment supérieur est perforé en deux endroits et communique avec l'articulation.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue : 1° Le type de la fracture est insolite; elle se comporte comme un véritable décollement épiphysaire, elle est à la fois intra et extra-articulaire : 2° Il y a absence de consolidation au 31e jour. Or, bien que cette absence soit la règle lors de détachement complet du fragment supérieur, Malgaigne constate cependant qu'il y a de véritables réunions osseuses, quand il y a une bride fibreuse aussi complète qu'elle était dans le cas présent. Aux deux conditions défavorables ordinaires, peu de vitalité de la tête et communication avec une articulation, il nous paraît qu'on doit en ajouter ici une troisième, qui a bien son importance, l'alcoolisme du sujet; 3° Ce même alcoolisme explique l'athérome vasculaire chez une femme de 42 ans, d'où l'hémorrhagie cérébrale cause de la mort; 4° Enfin, l'irruption du sang dans les ventricules a amené des contractures généralisées, et si, comme paraît l'avoir démontré M. Cossy, l'épendyme est inexcitable, l'autre condition qui, selon lui, est la cause de ces contractures, à savoir, la compression par le foyer hémorrhagique, a été parfaitement nette dans notre observation

4. **Rapport sur la candidature de** M. Segond, prosecteur de la Faculté de médecine, interne des hôpitaux ; par M. Marchant.

M. P. Segond a fait à la Société anatomique des communications intéressantes : les unes cliniques et anatomo-pathologiques, les autres expérimentales.

Permettez-moi de vous rappeler les détails principaux d'une des dernières observations qu'il nous a présentées. — Il s'agissait d'un malade atteint de rétention d'urine, qui a succombé à des accidents de résorption urineuse, sans qu'on pût trouver à l'autopsie les lésions si accusées qui président, chez d'autres malades, au développement de cette complication.

La distension de la vessie était extrême, et ne se rencontre pas d'ordinaire, dans ces rétrécissements si peu accusés : on pouvait passer une sonde de 12 millimètres. Il existait, il est vrai, chez ce malade une *valvule du col*, et c'est la présence de cette bride qui a déterminé les accidents, ou plutôt y a contribué ; c'est donc là une cause peu fréquente de la rétention d'urine, cause qui peut se combiner avec un rétrécissement et acquérir alors une importance pathologique considérable.

Mais il faut avouer, que malgré ces deux causes, il y a une disproportion manifeste entre l'énergie de l'obstacle, et le degré de la distension. — La vessie a joué un plus grand rôle dans l'évolution morbide que le rétrécissement lui-même ; ce qui semble venir à l'appui de cette thèse, que soutient souvent M. Guyon, « qu'on urine bien plus avec sa vessie qu'avec son canal. »

C'est donc dans la vessie que nous sommes amenés à rechercher les causes premières du trouble qui a amené la mort, tout en tenant certain compte des coarctations modérées de l'urèthre qui ont été le point de départ probable des altérations vésicales. — La lésion vésicale, de secondaire est devenue prédominante ; il y a eu d'abord une hypertrophie compensatrice ; puis la vessie frappée, peut-être, dans sa structure intime, s'est laissée distendre comme un ressort forcé, suivant la comparaison de Dolbeau, et la paralysie vésicale a été constituée.

Mais ces phénomènes presque mécaniques ne suffisent pas pour expliquer la mort. — La résorption urineuse, qui est invoquée dans tous les cas de même nature, pour expliquer les accidents observés, a pu se faire au niveau des points de la muqueuse, présentant un dépoli et une desquamation épithéliale.

Nous tenons à faire remarquer, encore, que les loges vésicales peuvent être attribuées à l'effort dont le muscle vésical a été le siège. — La cause de ces altérations est encore peu connue, et l'observation de M. Segond, où à côté des efforts accomplis par la vessie on note l'existence de ces cellules vésicales, peut jeter un certain jour sur lesconditions de déterminisme de ces altérations de forme de la vessie.

Enfin, nous devons signaler la difficulté qu'on éprouvait à faire sortir le liquide de ces poches, les altérations dont la muqueuse à ce niveau était le siège ? — Nous comprenons très bien la stagnation de l'urine dans les diverticulums pendant la vie : nous nous expliquons facilement les altérations de la muqueuse, plus accusées à ce niveau, et nous nous demandons si la résorption urineuse n'a pu se faire, en grande partie, au niveau de ces cellules vésicales.

L'observation de M. Segond est donc des plus instructives : si elle ne résout pas certaines questions en litige, elle apporte du moins dans la discussion des faits, des particularités dont il faut tenir le plus grand compte. — Il n'est pas jusqu'à l'élévation thermique, notée dans les derniers jours du malade, qui ne puisse servir d'appoint dans une discussion sur la fièvre urineuse, qui ne doit pas être confondue avec l'urémie, qui s'accompagne de phénomènes contraires. — La congestion pulmonaire, notée aussi à l'autopsie, doit être recherchée avec soin dans les observations ultérieures : elle pourra peut-être servir à l'interprétation de cette intoxication urineuse.

Faculté de médecine de Montpellier. — Les cours de cette Faculté avaient été ouverts de nouveau il y a quelques jours. Les étudiants s'étant livrés aux mêmes manifestations, le ministre a cru devoir fermer l'École encore une fois. A la suite de ces divers incidents, le doyen a donné sa démission. — Une dépêche, en date du 2 juillet, apprend que la reprise des cours et des examens a eu lieu le 1er juillet sans nouvel incident.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Verneuil remet à la Société, de la part de M. Routier, interne des hôpitaux, une observation de *fistule de la parotide*, sur laquelle il se propose de prendre la parole dans une prochaine séance.

M. Delens rapporte une ablation, par l'écraseur, d'*utérus inversé;* la tumeur avait été prise pour un polype, mais l'examen histologique, fait par M. Malassez, a démontré qu'elle était bien constituée par l'utérus. La malade a guéri ; elle a revu ses règles, bien qu'un peu irrégulièrement. A l'occasion de ce cas, M. Delens fit quelques recherches, et trouva que, sur les quatre cas d'opération par l'écraseur, on avait compté trois succès. Il ne peut donc être de l'avis de M. Lucas Championnière sur les dangers que comporterait l'emploi de cette méthode.

M. Desprès rappelle un cas plus récent d'ablation d'utérus inversé par l'écraseur, et dans lequel le résultat fut fatal. Suivant M. Desprès, les résultats de l'opération varient avec la quantité d'utérus enlevé. Quand on a affaire à ces cas, où le col de l'utérus forme un bourrelet circulaire autour du pédicule de la tumeur, on peut lier ou écraser le pédicule, et le résultat est presque constamment bon, parce qu'on n'enlève alors qu'une partie de l'utérus, le col restant en place. Quand, au contraire on a affaire à ces cas d'inversion totale de l'utérus, y compris le col de l'organe, les résultats sont presque toujours mauvais, quelle que soit la méthode opératoire.

M. Magitot, au nom d'une commission composée de MM. Desprès, Delens et Magitot, lit un rapport sur un travail de M. Aguilhon, intitulé : *Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive.*

Suivant M. le Rapporteur, l'affection ne mérite point le nom de gingivite, car elle se développe d'abord dans le périoste alvéolaire et dans le cément. Dans ses premiers travaux sur ce sujet, M. Magitot lui a donné le nom de ostéo-périostite alvéolaire. Cette affection se développe le plus souvent chez des individus de 40 à 50 ans, et presque toujours sous l'influence d'une diathèse, goutte, albuminurie, diabète, etc.

M. Aguilhon a été conduit, par des considérations d'anatomie comparée, à regarder le périoste alvéolaire comme un ligament destiné à fixer la dent, ainsi qu'on le voit chez certains animaux où cet appareil ligamenteux est bien développé. Mais il résulte des travaux de MM. Robin et Magitot, que le périoste alvéolaire est bien par sa structure, ses propriétés, ses maladies, un véritable périoste.

Sur le chapitre du traitement, l'accord se fait entre la commission et M. Aguilhon, qui préconise le drainage par un fil de soie formant séton, avec un traitement général approprié à la nature de la diathèse. M. Magitot emploie encore avec avantage l'acide chromique au début de l'affection.

M. Desprès, qui déjà avait fait ses réserves au sein de la commission sur la pathogénie de l'affection, communique à la Société ses vues sur ce point. Une expérience longue et douloureuse lui a démontré qu'il faut chercher l'étiologie véritable de l'affection, dans le développement très inégal des maxillaires chez les différents individus Les mentons pointus, c'est-à-dire les maxillaires peu développés, sont seuls prédisposés et sujets a cette douloureuse maladie ; chez eux, le rebord alvéolaire étant moins long que chez les individus à menton rond, il en résulte que les dents sont plus fortement pressées les unes contre les autres. Survienne alors une dent de sagesse, le tassement augmente et les douleurs apparaissent. Bientôt une paroi alvéolaire se nécrose sous l'influence de cette pression, la dent ainsi dénudée est destinée fatalement à périr. Après son départ, tout rentre dans l'ordre. Généralement, ce sont les incisives de la mâchoire inférieure qui sont les premières à souffrir. Le traitement, un peu radical, de l'affection, consiste à enlever deux molaires à chaque mâchoire, une de chaque côté, quatre en tout.

M. Magitot ne conteste pas ces faits d'ostéite par compression, mais cette affection est fort différente de l'ostéo-périostite alvéolaire qui se développe sur des individus plus âgés, en puissance d'une diathèse quelconque, et sans le cortège de symptômes douloureux que M. Desprès a si bien décrits.

MM. Trélat et Terrier confirment les remarques de M. Magitot en rapportant quelques cas qu'ils ont observés.

M. Ledentu présente deux *moulages de jambe;* le premier est celui d'une consolidation vicieuse de fracture de jambe datant de cinq mois ; la fracture est sus-malléolaire, le tibia fait en dedans un angle très saillant, sur le bord péronéal de la jambe est une encoche profonde au point correspondant, le pied, dévié en valgus, s'appuie sur son bord interne. La marche était impossible. M. Ledentu, résolu d'employer la rupture violente, a eu recours à l'appareil de M. Colin pour redresser les genu vulga; seulement, il a modifié la plaque inférieure en la moulant sur le pied et en la montant sur pivot, afin qu'elle pût accompagner le pied sur toute sa surface pendant la durée du redressement. Le redressement s'est fait sans grand effort, et, au moment de la rupture, on entendit un petit bruit sec. Immédiatement après, on mit le membre dans une gouttière plâtrée où il est resté six semaines. Au bout de ce temps, il en est sorti redressé et consolidé dans sa nouvelle position qui, sans être l'état normal, s'en rapproche beaucoup. Il existe bien encore une saillie interne, très réduite, mais le pied s'appuie sur le sol par la plante, et la marche qui était impossible est maintenant aisée. C'est ce qu'on peut vérifier sur le second moulage qui reproduit la jambe après l'opération.

M. Chavernac lit une observation *d'inversion de l'utérus.* Le fond de l'utérus, saillant au milieu du col qui formait bourrelet autour du pédicule de la tumeur, avait été pris pour un polype et serré dans une ligature. Les douleurs survinrent très violentes, aussitôt après la pose de la ligature; elles augmentèrent, et il fallut enlever le fil constricteur quelques heures après. M. Chavernac, appelé à ce moment, diagnostiqua une inversion de l'utérus. La malade mourut le lendemain de péritonite, et l'autopsie confirma le diagnostic. P. Poirier.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Discussion sur les lésions osseuses et articulaires de l'ataxie locomotrice (1)

M. le Dr Buzzard présente trois *ataxiques* atteints de lésions osseuses et articulaires. L'un d'eux (2) est un exemple typique de tabes dorsal chez lequel l'articulation coxo-fémorale est profondément altérée; la tête et le col du fémur ont complètement disparu dans l'espace de trois mois environ. Ce malade présente, en outre, une production osseuse singulière d'environ neuf pouces de longueur et développée dans le tendon supérieur du muscle droit antérieur de la cuisse correspondante. — Une autre malade, Elisabeth W..., âgée de cinquante ans, a, pendant onze ans, ressenti dans les membres supérieurs et inférieurs les douleurs fulgurantes caractéristiques, ainsi que les *crises gastriques* signalées par M. Charcot, qui se manifestaient par des douleurs vives siégeant au niveau de l'estomac et de la poitrine, et accompagnées de renvois et de vomissements; les crises revenaient à intervalles réguliers, tous les quatre mois environ; la plus longue rémission a été de huit mois. Cette malade présentait encore d'autres symptômes de tabes, tels que la démarche spéciale, le rétrécissement de la pupille qui ne réagissait plus sous l'influence de la lumière, de l'analgésie des extrémités, la disparition du sens musculaire et du phénomène du tendon. En octobre 1878, tandis qu'elle se promenait tranquillement dans la salle, son fémur droit se fractura au niveau du col. En juillet 1879, la hanche gauche se luxa pendant qu'elle était au lit. Elle est restée depuis lors impotente des deux jambes. Actuellement, les mouvements des deux articulations coxo-fémorales sont libres, quoique limités dans certains sens. Il y a de la trépidation, surtout à droite, où le grand trochanter arrive presque au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure; du côté gauche, le grand trochanter est très saillant et élargi. Le dernier cas est celui de Catherine M..., âgée de trente-six ans, qui a présenté, comme la malade précédente, des douleurs fulgurantes dans les extrémités, revenant tous les mois ou tous les deux mois, et durant trois ou quatre jours, ainsi que de véritables crises gastriques séparées par des intervalles irréguliers, mais toujours de moins de six mois, durant lesquels la malade se trouvait tout à fait bien au début : c'étaient des douleurs accompagnées de vomissements et de renvois qui persistaient pendant deux ou trois jours; ces crises ont maintenant beaucoup diminué d'intensité, mais la malade souffre quelquefois d'éructations avec pyrosis, qui reviennent quotidiennement pendant des semaines. Comme autres symptômes, on note la diplopie, l'achromatopsie partielle, l'insensibilité des pupilles, la démarche, l'impossibilité de se tenir debout les yeux fermés, l'analgésie des extrémités. Il y a trois ans, le bras droit rougit et gonfla, mais sans déterminer aucune douleur, et ces symptômes persistèrent jusqu'en juin 1878. En septembre, le gonflement disparut au bras, mais il revint en même temps un gonflement considérable de la jambe gauche. La malade entra à l'hôpital à la fin de l'année, et on constata que le genou droit était profondément altéré. Les mouvements communiqués déterminaient de la crépitation sans aucune douleur. Le condyle intérieur était élargi et reporté en dedans; le condyle extérieur ne pouvait être senti. La rotule reposait sur la face extérieure de l'extrémité inférieure du fémur, le tendon rotulien étant allongé, il y avait de la fluctuation. Du côté gauche, la jambe était augmentée de volume; le genou, qui, à l'entrée, ne paraissait pas atteint, s'élargit peu à peu et la jambe se luxa en arrière et en dehors, pendant le séjour d'un mois que la malade fit à l'hôpital. Elle sortit à la fin de janvier portant à chaque genou des attelles de cuir qui lui permettaient de marcher avec un aide. Depuis ce temps, il est survenu du gonflement et de la crépitation dans l'épaule droite. Actuellement, il semble que tous les ligaments du genou droit aient disparu. Les extrémités osseuses ne peuvent être affrontées et sont absolument libres. On peut les frapper l'une contre l'autre, assez fort pour percevoir le bruit, sans faire souffrir la malade. Il semble que les condyles aient été coupés de biais et que l'extrémité inférieure du fémur tourne dans une cavité arrondie et lisse, creusée dans l'extrémité supérieure du tibia. La rotule repose à deux pouces au-dessus et en dehors de l'extrémité inférieure du fémur. Sur le bord externe du tendon est une masse dure, lisse et arrondie d'un demi-pouce à un pouce de diamètre. Du côté gauche, le tibia et le péroné sont luxés en arrière et en dehors. Les condyles sont arrondis et l'interne élargi. La rotule est située au-devant de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Buzzard fait remarquer que les arthropathies des ataxiques n'ont, jusqu'à présent, que peu attiré l'attention des médecins anglais, quoique la première description qui en a été donnée par M. Charcot remonte déjà à douze ans. Aussitôt après la description de M. Charcot, Chiffard Albutt publia, dans les *Saint-Georges Hospital Reports* de 1869, un cas d'ataxie locomotrice avec hydarthrose qui fut le premier observé en Angleterre. Le second fut publié par le Dr Buzzard dans la *Lancette* du 22 août 1874. Il s'agissait d'altérations profondes du genou, avec gonflement considérable, survenues chez un ataxique vers la cinquième année de la maladie, et ayant progressé avec une très grande rapidité. Cela fait, en somme, quatre cas bien nets que le Dr Buzzard a rencontrés dans sa pratique. La rareté de ces faits, en Angleterre, contraste avec ce qu'on voit en France où cette maladie a été l'objet de travaux importants de MM. Ball, Vulpian, Richet, Dubois, Bourneville, Bouchard, Oulmont, Voisin, Michel, Bourceret, etc. En 1873, Weir Mittchell a fait allusion, incidemment, à la fréquence des fractures chez les ataxiques, et, vers la même époque, M. Charcot a rapporté, à la Société anatomique de Paris, le cas d'une ataxique chez laquelle existaient conjointement avec des altérations profondes de certaines jointures, des fractures spontanées multiples du nez, du fémur gauche et des deux avant-bras. Aujourd'hui, M. Charcot est disposé à considérer la lésion de nutrition du tissu osseux comme le phénomène principal; les luxations et les fractures spontanées seraient secondaires à la lésion trophique de l'os qui dépendrait du système nerveux. D'après le même auteur, l'usure rapide des extrémités articulaires

---

(1) *The Lancet*, 7 février 1880.

(2) L'observation a été publiée dans *the Lancet*, 18 janvier 1879.

est le caractère principal qui distingue l'arthropathie tabétique de l'arthrite déformante. Il est digne de remarque que, dans les fractures spontanées de l'ataxie, on rencontre ordinairement un cal beaucoup plus volumineux qu'à l'ordinaire, comme on le voit dans l'observation de W...

Le Dr Buzzard se demande ensuite quel siége occupe la lésion nerveuse centrale. Il constate que la première idée de M. Charcot, d'après lequel cette lésion devrait sans doute occuper les cornes antérieures de la moelle, n'a pas été confirmée par les résultats de trois autopsies récentes d'arthropathiques, où les cellules des cornes antérieures ont été trouvées parfaitement intactes. M. Buzzard fait, d'ailleurs, remarquer que, dans les cas d'amyotrophie où l'on rencontre fréquemment des altérations des cellules des cornes antérieures, il n'existe pas de lésions osseuses analogues à celles dont il s'agit ici. — Un autre point digne d'attention, c'est que les *crises gastriques*, qui sont relativement rares dans l'ataxie (M. Buzzard ne les a observées que huit fois sur cinquante-six observations), sont extrêmement fréquentes dans les cas d'arthropathies. Elles existent dans deux des observations citées plus haut, mais n'ont apparu qu'au moment de la fracture spontanée chez un ataxique observé par Vulpian; enfin, dans une série de seize observations d'arthropathies recueillies en France, les phénomènes gastriques ont été notés dans six cas. Ce rapport est trop remarquable pour être considéré comme une coïncidence. Comme les symptômes gastriques peuvent, avec quelque raison, être rapportés à l'invasion des racines du pneumogastrique par la sclérose, M. Buzzard émet cette hypothèse qu'on pourrait, probablement, trouver au voisinage des origines du pneumogastrique quelque lésion bulbaire produisant les lésions de nutrition du tissu osseux. On conçoit, dit M. Buzzard, de quelle importance serait la découverte, dans le bulbe, d'un centre trophique des articulations pour expliquer le rapport de complications cardiaques avec le rhumatisme articulaire et l'élévation de température qu'on observe dans cette maladie, sans parler du jour qui serait peut-être alors apporté dans l'obscure question de l'arthrite déformante.

M. le Dr Gowers présente une articulation huméro-cubitale, d'un ataxique de 45 ans qui, quatre ans après le début de la maladie, alors que les symptômes en étaient parfaitement nets, fit une chute sur le coude. Le malade put, dès le lendemain, se servir de son bras sans difficulté, mais l'articulation gonfla rapidement et on pensa qu'il devait exister quelque fracture. Deux mois après, la jointure encore très enflée présentait de la mobilité anormale, et on percevait facilement l'écartement des os. Il n'y a jamais eu aucune douleur, le gonflement disparut peu à peu. Ce malade succomba six mois plus tard à un épanchement pleurétique considérable qui ne détermina non plus aucune douleur.

A l'autopsie on trouva dans la moelle les lésions habituelles. Le coude présentait une fracture du condyle huméral et de l'apophyse coronoïde du cubitus. Les surfaces articulaires avaient, en grande partie, perdu leur cartilage et étaient comme érodées. La synoviale était hérissée au niveau de l'interligne articulaire de prolongements villeux plus ou moins fins. On trouva, de plus, deux pièces osseuses dont la présence ne pouvait s'expliquer par une fracture : l'une d'environ un 1/2 pouce carré était situé au-dessus de l'apophyse coronoïde et s'enfonçait dans la cavité articulaire; l'autre, d'environ un pouce carré et paraissant formée de deux pièces était une lame osseuse développée dans l'épaisseur de la portion externe de la synoviale.

M. Hutchinson présente un certain nombre de pièces qu'il a reçues du professeur Charcot.

Deux fémurs présentent une usure considérable de leur extrémité supérieure; un autre, un raccourcissement considérable consécutif à une fracture. Dans un autre cas, il s'agit d'une épaule où la tête de l'humérus, qui ne paraissait pas déformée, avait été luxée sous la clavicule et repoussée jusque sous la peau ; l'os était complétement libre et on pouvait le faire mouvoir sans causer aucune douleur ; l'humérus du côté opposé était luxé sur la face, près de l'omoplate. Il existait en outre une luxation du genou où le tibia et le péroné se trouvaient reportés en arrière du fémur déformé, lui-même, par suite de la disparition de son condyle externe. Toutes ces articulations présentaient une extrême mobilité, tout en étant absolument indolores.

M. Hutchinson rapporte encore l'observation d'un malade chez lequel des crises gastriques intenses et s'accompagnant de vomissements étaient devenues si fréquentes, depuis un an qu'il avait dû renoncer complétement aux affaires. Ces symptômes disparurent en même temps que survinrent dans la jambe droite des douleurs et un affaiblissement, qu'on considéra alors comme dû à une arthrite rhumatismale. Trois ans plus tard, débutait une amaurose qui fut rapidement suivie de cécité par névrite optique, et on apprit alors que le malade avait ressenti dans les membres inférieurs les douleurs caractéristiques. Il paraissait évident, à cette époque, qu'il existait une luxation du fémur en arrière avec résorption de la tête et du col de l'os, ou une fracture du col non consolidée. Cet homme guérit parfaitement de sa douleur et de sa faiblesse articulaire et put marcher. — M. Hutchinson présente enfin l'articulation coxo-fémorale d'un homme récemment mort, qu'il a observé depuis 15 ans, et chez lequel la maladie a débuté par une amaurose toujours restée incomplète. On trouva à l'autopsie une fracture du col, non consolidée, avec un raccourcissement considérable du membre. Il existait sur le grand trochanter un dépôt osseux creusé sur sa face interne d'une cavité cupuliforme, qui recevait la tête fémorale. Il n'y avait eu, à aucune époque, de traumatisme assez violent pour expliquer cette fracture qui était donc spontanée. Dans le cas particulier, l'ataxie était vraisemblablement liée à une syphilis constitutionnelle.

M. Doran. M. Charcot a récemment offert une pièce analogue au Hunterian Museum, qui contient également une collection de pièces relatives à la lèpre, déposées par le Dr Allen. On y remarque quelques humérus qui, réduits à une tige très mince, ont fini par se briser transversalement. L'amputation spontanée d'un membre dans toute son épaisseur a été depuis longtemps décrite dans la lèpre, mais ces pièces nous montrent la lésion limitée aux parties osseuses.

M. Macnamara ne peut regarder, avec le Dr Buzzard, les lésions articulaires comme la conséquence d'une lésion nerveuse centrale. Le fait primordial a été, dans tous les cas, une synovite avec distension considérable de la jointure, synovite qui doit nécessairement entraver la nutrition de l'articulation et amener rapidement l'altération des cartilages. La lame osseuse sous-jacente ne pouvant elle-même vivre, qu'à la condition de l'intégrité du cartilage, elle est bientôt détruite dès qu'elle est dénudée. Ainsi, l'os se trouve compromis et usé en dépit des bourgeons que peut fournir le tissu médullaire, et des ostéophytes ainsi produits qu'on a rencontrés dans quelques cas. Les lésions articulaires sont identiques à celles du rhumatisme chronique, mais le tabes entraîne une profonde déchéance musculaire et, consécutivement, la laxité des articulations. Peut-être enfin le tissu osseux renferme-t-il des nerfs, mais on sait qu'ils n'ont pas encore été décrits.

M. Macnamara cite le cas d'un homme qui vint le consulter il y a une dizaine d'années, pour une affection qu'il pensa être du rhumatisme. Dans les derniers 18 mois, ce malade a présenté une cécité croissante, une atrophie de la papille, et des symptômes très marqués d'ataxie locomotrice. La tête de l'humérus droit est entièrement détruite, et le corps de l'os remonté fait saillie sous la peau. Dans ce cas comme dans les précédents, l'altération osseuse a été précédée d'une synovite très nette.

M. le Dr Sturge rapporte l'observation d'un ataxique qui a présenté, comme premiers symptômes, des crises gastriques violentes, puis il survint du gonflement articulaire, et les autres symptômes suivirent. Il ne persista que quelques légers signes de désordre articulaire. M. Sturge a encore observé deux cas de fractures spontanées dans l'ataxie. Dans un premier cas, le tibia droit se brisa à son 1/3 supérieur, tandis que le malade mettait ses bottes ; le fémur se fractura consécutivement près de son extrémité inférieure. Le second cas est celui d'une femme dont le tibia et le péroné se rompirent

pendant la marche, et dont l'humérus se brisa quelques jours après, au moment où elle se mettait au lit. Le Dr Struge pense que M. Macnamara n'a fait que reculer la question, car il faudrait encore qu'il s'expliquât sur la production de la synovite ainsi que sur les cas où les lésions osseuses sont hors de proportion avec les lésions articulaires.

M. Hulke rappelle à la Société qu'il y a quelques années, M. de Morgan présenta une hanche, un genou, un coude, et des épaules qui étaient vraisemblablement affectés de la maladie en discussion ; il existait une élongation considérable des ligaments, des déformations singulières dues au déplacement des éminences normales et à des formations osseuses nouvelles. Le fémur présentait une fracture du col, transversale, garnie d'ostéophytes volumineux. La douleur avait constamment fait défaut, et les mouvements articulaires étaient libres. M. Hulke croit que ce malade n'était pas ataxique.

M. Movraut Baher demande en quoi cette maladie diffère de l'ostéo-arthrite. Les cas du Dr Buzzard et les autres ne prouvent-ils pas simplement la coïncidence de deux affections distinctes ? Comme chacune de ces maladies est commune, elles pourraient vraisemblablement se combiner quelquefois. S'il n'en est pas ainsi, ces observations doivent-elles nous faire conclure que l'ostéoarthrite relève d'une lésion nerveuse?

Le Dr Curnon rapporte le cas d'un ataxique chez lequel une quantité considérable de tumeurs graisseuses se sont développées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si les lésions articulaires sont sous la dépendance du système nerveux, ne faudrait-il pas admettre que l'apparition et le développement de ces tumeurs relèvent de la même influence.

M. Dutlin incline à penser qu'il y a d'abord une arthrite intéressant toutes les parties de l'articulation comme celles du rhumatisme chronique, mais tandis qu'il y a dans de certains cas prolifération du tissu osseux, il y aurait ici atrophie.

M. Bivadbent, qui n'a vu que très peu de cas d'arthropathie, n'est pas disposé à admettre avec le Dr Buzzard un rapport entre ces lésions et les crises gastriques. Sur 6 malades atteints de ces crises, et dont deux sont morts, un seul a présenté quelques lésions articulaires.

M. Buzzard. Les cas rapportés par M. Hutchinson et par le Dr Sturge, sont deux exemples de plus de la coïncidence des crises gastriques avec les arthropathies, M. Buzzard ne doute pas que les lésions articulaires ne soient anatomiquement semblables à celle du rhumatisme chronique, mais la différence entre les deux affections est si tranchée qu'il ne peut les considérer comme une seule et même maladie. Tout d'abord, l'ostéoarthrite chronique, lorsqu'elle est généralisée, atteint de préférence les petites articulations, tandis que dans l'ataxie ces dernières ne sont pas atteintes. Ensuite, la quantité de liquide granulé dans l'arthropathie ataxique est considérable et n'est pas limitée à l'articulation, mais s'étend au-dessous des muscles, tout le long du membre. De plus, quelques-uns de ces cas présentent une rétrocession marquée, ce qui ne se rencontre pas dans les rhumatismes. Enfin, la luxation a-t-elle été rencontrée dans l'ostéoarthrite? — La soudaineté de l'attaque et la rapidité du processus destructif sont également des caractères très caractéristiques de ces cas, c'est ainsi que, dans une des observations de M. Charcot, la tête de l'humérus fut totalement détruite en 3 mois. M. Buzzard pense que la lésion de nutrition porte à la fois directement sur la synoviale et l'os. Quant à l'objection de la coïncidence, on peut n'en plus tenir compte, en raison des nombreuses observations qui sont aujourd'hui recueillies. H. d'Olier.

Nécrologie. — M. le dr Croneau, médecin du service sanitaire, vient de mourir à Pauillac des suites d'une pleuro-pneumonie compliquée d'accidents typhiques. — M. le dr Lusheman, médecin-inspecteur en retraite, est mort il y a quelques jours à l'âge de 72 ans. On lui doit un certain nombre de travaux parmi lesquels l'*Ophthalmie militaire* publiée en collaboration avec M. Laveran. — M. Crécy (de Compiègne), ancien interne en pharmacie des hôpitaux, vient de succomber aux suites d'une fièvre typhoïde contractée dans le service de M. Jaccoud, à Lariboisière. — M. le Dr Vautrin, fondateur de la *Revue ophthalmologique de l'Est*, est mort le 1er juin dernier, à l'âge de 42 ans. — M. le dr Denis vient de mourir il y a quelques jours, à Saint-Nicolas-du-Port, à l'âge de 65 ans. Il était médecin en chef de l'hospice de la ville.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation. Médecine (1).

XV. Les Pneumonies chroniques; par Régimbeau. Vol. in-8°. Paris, 1880. G. Masson, libraire-éditeur.

XV. C'est une question d'histoire pathologique que M. Régimbeau a traitée dans ce travail. Il s'agissait, en effet, de faire voir comment les nombreuses variétés d'affections chroniques du poumon, jadis décrites sous le nom très-vague de pneumonies chroniques, ont pu être définitivement différenciées et méthodiquement divisées en espèces et en variétés, conformément aux principes d'une classification naturelle ; et l'auteur s'est attaché surtout à démontrer que la vieille synonymie: *atrophie du poumon*, *cirrhose*, *squirrhe du poumon*, *pneumonie interstitielle*, *induration pulmonaire*, *sclérose du poumon*, *phthisie fibroïde*, qui s'appliquait indifféremment à tous les cas, devait être remplacée par les noms de *broncho-pneumonie chronique*, *pneumonie lobaire chronique*, *pneumonie pleurogène*, qui rappellent à l'esprit la localisation de la lésion ou la relation avec sa cause. Or, ce progrès a été réalisé sous l'influence de deux méthodes relativement nouvelles, l'application plus exacte des procédés histologiques à l'analyse des lésions anatomiques, et la connaissance plus approfondie de cette anatomie topographique spéciale, qui a pour but la description des organes élémentaires dont se composent les viscères, et que M. le professeur Charcot a proposé d'appeler « anatomie médicale. »

Il était donc indispensable d'étudier, préalablement, les parties constituantes du poumon, et c'est à cette étude que M. Régimbeau a consacré le premier chapitre de son travail. D'une manière générale, il conclut de ce préambule que l'ancienne distinction entre la vésicule et la bronchiole, établie sur une différence de structure et sur l'indépendance des deux réseaux pulmonaire et bronchique, n'est pas admissible. Si la paroi acineuse n'est qu'une modification de la paroi bronchique, on comprend facilement qu'une lésion inflammatoire de la seconde puisse se propager à la première : ceci est un point que l'auteur devait faire ressortir, ayant à s'occuper dans un chapitre spécial de la broncho-pneumonie. Enfin, il s'efforce de mettre en relief les relations intimes qui existent entre la plèvre et les lobules, afin d'expliquer comment les inflammations de celle-là peuvent retentir sur ceux-ci par la voie du lymphatique.

Dans les chapitres suivants, l'auteur énumère les différentes formes qu'affecte la pneumonie chronique, conformément à la classification suivante. Les pneumonies chroniques peuvent être divisées en deux grandes classes. La première comprend les pneumonies chroniques primitives ou secondaires simples ; la seconde, les pneumonies consécutives à des lésions pulmonaires d'ordres divers. Chacune de ces classes doit être divisée en deux variétés : 1° les pneumonies à localisations systématiques ; 2° les pneumonies sans localisations systématiques. De toutes ces formes, celles qui consistent en pneumonies chroniques simples systématisées, sont de beaucoup les plus intéressantes.

Ainsi, lorsque le système primitivement affecté est le système bronchique, deux cas peuvent se présenter : il s'agit des bronches extralobulaires ou des bronches lobulaires. Dans le premier cas, la lésion est la dilatation des grosses bronches avec induration scléreuse périphérique ; c'est la broncho-pneumonie des grands espaces. Dans le second cas, la lésion n'est autre que la broncho-pneumonie chronique.

Si le système affecté est, au contraire, le parenchyme avec les vaisseaux pulmonaires proprement dits, la lésion consiste en une véritable pneumonie lobaire chronique.

Enfin, si c'est le système lymphatique qui est primitivement intéressé (plèvre et réseau lymphatique), les altérations seront celles qu'on a décrites sous les noms de *pneumonie pleurogène*, *de lymphangites pulmonaires*, péri-lobulaire, péri-acineuses, péri-bronchiques, aboutissant à la sclérose.

E. B.

(1) Voir les nos 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23.

VARIA

Création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique à la Faculté de médecine de Paris.

M. Durant a présenté à ce sujet le rapport suivant :

M. le ministre vous avait demandé, au projet de budget pour 1881, la création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique, en affectant au service de cette chaire nouvelle le laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Bien que personne ne songeât à contester l'utilité de cette création, des chaires analogues existant dans toutes les Facultés à l'étranger et dans plusieurs Facultés de France, la Faculté de médecine de Paris a exprimé le vœu que cet enseignement ne fût pas limité à un seul hôpital, mais pût profiter à tous les laboratoires qui dépendent des cliniques.

M. le ministre, désireux de concilier les intérêts de l'enseignement avec le désir exprimé par la Faculté, a modifié ses propositions, sans rien changer au crédit budgétaire primitivement demandé ; il vous propose l'adoption d'un projet qui consiste à placer l'ensemble des services d'anatomie pathologique pratique sous la haute direction du professeur actuel d'anatomie pathologique, et sous la direction immédiate d'un directeur des travaux, ayant un laboratoire spécial et y exerçant, de plus, une autorité qu'il reste à définir sur les travaux d'anatomie pathologique dans les autres laboratoires de cliniques.

Le crédit de 27,400 fr. d'anatomie pathologique serait ainsi réparti :

Directeur des travaux d'anatomie pathologique	8.000 fr.
Préparateur	1.500
Garçon	1.200
Frais de cours et de laboratoire (chauffage et éclairage)	700
Subvention aux divers laboratoires de cliniques pour le service d'anatomie pathologique	5.000
Frais de première installation	4.000
Élévation de 6,000 à 8,000 fr. du traitement du chef des travaux anatomiques	2.000
Total	27.400 fr.

Nous vous proposons d'adopter le crédit de 27.400 fr.

Notre honorable collègue, M. Liouville, avait déposé un amendement ainsi conçu :

« Au lieu de l'augmentation de 27,400 fr. demandée pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique à l'Hôtel-Dieu de Paris,

« Inscrire la somme de 25.000 fr. pour assurer l'organisation, à la Faculté de médecine de Paris, d'un institut central d'anatomie pathologique, par la création d'une direction des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'un laboratoire de recherches et de démonstrations. »

Le nouveau projet présenté par le ministre a donné satisfaction à l'amendement, qui a été retiré par son auteur.

Le *Scalpel*, de Liège, dans son numéro du 19 juin, a publié une correspondance où se trouvent des renseignements très intéressants sur la Faculté de médecine de Paris et en particulier sur les modifications dont il est question plus haut.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 5. — 2e *de doctorat* : MM. Guyon, Fournier, Ollivier. — 3e *de doctorat* 1re *série* : MM. Regnault, Gariel, De Lanessan. — 2e *série* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Marchaud. — 2e *de fin d'année* : MM. Béclard, Cadiat, Monod.

MARDI 6. — 2e *de doctorat*. 1re *série* : MM G. Sée, Delens, Grancher. — 2e *série* : MM. Hardy, Lannelongue, Lancereaux. — 4e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Charcot, Brouardel, Rigal. — 2e *série* : MM. Peter, Ball, Debove. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Panas, Pinard, Duguet. — 2e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Jaccoud, Charpentier. — 1er *de fin d'année* : MM. Gariel, de Lannessan, Henninger. — 3e *de fin d'année* : MM. Legroux, M. Sée, Hallopeau.

MERCREDI 7. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Houel, Nicaise, Terrillon. — 3e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Regnauld, Lutz, Gay ; — 2e *série* : MM. G. Bouchardat, Gariel, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 2e *de fin d'année* : MM. Béclard, Marchand, Pozzi. — 3e *de fin d'année*, 1re *série* : MM. Fournier, Rendu, Monod ; — 2e *série* : MM. Guyon, Ollivier, Dieulafoy.

JEUDI 8. — 1er *de doctorat* : MM. Delens, M. Sée, Berger. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Panas, B. Anger, Richelot. — (Examen) 1re *série* : MM. Bouchard, Lannelongue, Pernet ; — 2e *série* : MM. Hardy, Perrier, Debove ; — 3e *série* : MM. Peter, Jaccoud, Ch. Richet. — 3e *de doctorat* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de doctorat*, 1re *série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Rigal ; — 2e *série* : MM. Lasègue, Ball, Hallopeau. — 1er *de fin d'année* : MM. Gariel, de Lanessan, Bourgoin.

VENDREDI 9. — 2e *de doctorat* : MM. Hayem, Guéniot, Terrillon. — 3e *de fin d'année*. 1re *série* : MM. Regnault, Gariel, de Lanessan. — 2e *série* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Bourgoing. — 2e *de fin d'année*. 1re *série* : MM. Nicaise, Pozzi, Monod ; — 2e *série* : MM. Béclard, Guyon, Marchand. — 3e *de fin d'année* : MM. Houel, Dieulafoy, Straus.

SAMEDI 10. — 1er *de doctorat*. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Delens, Berger — 2e *de doctorat* : MM. Peter, M. Sée, Lancereaux. — 4e *de doctorat* : 1re *série* : MM. Charcot, Brouardel, Lancereaux : — 2e *série* MM. Hardy, Ball, Rigal. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Jaccoud, Perrier, Charpentier. — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Laboulbène, Pinard, Humbert. — 1er *officier de santé* : MM. Panas, B. Anger, Ch. Richet. — 1er *de fin d'année*. 1re *série* : MM. Gariel, de Lanessan, Henninger ; — 2e *série* : MM. Bouchardat, Bourgoin, Gay.

THÈSES. — *Mardi* 6 : 280. M. Gachon. — 281. Mme Kingsford. — 282. M. Mayor. — 283. M. Calmeau. — *Mercredi* 7 : 284. M. Christin. — 285. M. Chatel. — 286. M. Reynaud. — 287. M. Laurent. — *Jeudi* 8 : 288. M. Loupie. — 289. M. Derbez. — *Vendredi* 9 : 290. — M. Marnata. — 291. M. Doret. — 292. M. Barthélemy. — 293. M. Rageot de la Touche. — *Samedi* 10 : 294. M. Paskowski. — 295. M. Finot.

Institut d'anatomie pratique à l'Université de Saint-Petersbourg.

L'*Invalide russe* rend compte, en ces termes, des travaux de l'Institut d'anatomie pratique attaché à l'université de Saint-Pétersbourg. « Avec l'année scolaire 1879-1880 s'achève la vingt-cinquième année d'existence de l'Institut d'anatomie pratique. Cette institution, fondée en 1855, a été placée sous la direction spéciale du professeur Gruber. Dans le courant des vingt-cinq années de son existence, l'Institut anatomique a vu 6,265 étudiants du second cours s'y exercer dans l'anatomie pratique, et, comme exception, plusieurs étudiants du troisième cours. De plus, 202 personnes privées ont fréquenté l'Institut. Il y avait aussi des aspirants chirurgiens militaires, ainsi que des candidats docteurs en médecine et officiers de santé, — en tout 10,251 visiteurs.

Le nombre de cadavres apportés à l'Institut s'est élevé à 20,338 ; sur ce nombre on en a disséqué à l'Institut même 13,985 ; le restant a été livré aux autres chaires de l'académie, ainsi qu'aux étudiants des cours supérieurs de médecine pour des exercices de chirurgie pratique.

Le professeur Gruber et ses disciples ont publié dans cette période 422 brochures, traitant de l'anatomie (391 étaient dues à la plume du professeur lui-même). Le musée fondé par M. Gruber contient 6,000 spécimens de différents squelettes, pouvant servir aux études scientifiques et à l'enseignement de l'anatomie. »

Bains chauds dans l'armée.

Le ministre de la guerre vient de décider l'organisation d'un service de bains chauds dans les quartiers de cavalerie, d'artillerie et du train des équipages militaires.

La dépense résultant de cette installation ne devra pas dépasser 300 fr. par corps ; elle sera payée sur les fonds de la deuxième portion de la masse générale d'entretien, en ce qui concerne la cavalerie, et sur la masse d'entretien du harnachement et ferrage pour l'artillerie et le train des équipages. L'organisation dont il s'agit ne devra, dans aucun cas, entraîner la désaffectation des locaux ayant une destination régulière aux besoins du casernement.

Société française d'hygiène.

Le Concours est prorogé au 1er janvier 1881 et modifié de la façon suivante : 1re *question* : Hygiène de la seconde enfance jusqu'à l'âge scolaire, c'est-à-dire de 2 à 6 ans, embrassant tout ce qui concerne l'hygiène proprement dite, y compris le développement normal des organes des sens, mais sans toucher à la pédagogie infantile. — 2e *question* : Hygiène et pédagogie des salles d'asile modèles. La partie hygiénique se rapportera exclusivement au milieu spécial de la salle d'asile. La partie pédagogique aura exclusivement pour objet le développement harmonique du corps et de l'intelligence.

Dispositions et formalités générales. — Les deux questions précédentes constituent deux concours bien distincts, et récompensés chacun par une médaille d'or, une médaille d'argent et trois médailles de bronze. — Les mémoires écrits en français, anglais, italien ou allemand devront être adressés, *sous la forme académique*, au siége de la Société française d'hygiène, rue du Dragon, no 30, avant le 1er janvier 1881. — Les auteurs qui se seront fait connaître, soit directement, soit indirectement, seront exclus du Concours. — L'étendue des mémoires ne devra pas dépasser 30 pages d'impression in-12. — Les mémoires couronnés appartiendront à la Société qui pourra les imprimer, en totalité ou en partie ; elle s'engage toutefois à inscrire le nom des Lauréats en tête de l'opuscule qui sera répandu autant que possible.

Faux diplômes.

On a souvent parlé d'une fabrication de faux diplômes de docteur aux Etats-Unis. Il est probable que cette industrie coupable va prendre fin, grâce à la campagne entreprise par un journal de Philadelphie, le *Public Record*. Le propriétaire-directeur de cette feuille a réussi, sous des noms empruntés, à se procurer huit de ces diplômes de docteur, les uns de l'Université américaine de Philadelphie, les autres du Collège eclectique de médecine de Pensylvanie, d'autres de l'Université de Livingstone. Les pièces

ont été mises entre les mains des autorités, et ont amené l'arrestation, dit le *Times*, d'un certain docteur John Buchanan, le principal agent dans le trafic des diplômes falsifiés ; trois de ses complices ont été également saisis. Des papiers trouvés dans le comptoir de Buchanan, il résulte qu'il avait déjà été vendu 3,000 faux diplômes, tandis qu'une grande quantité d'autres étaient en préparation. Le principal commerce de Buchanan était avec l'Allemagne. Cependant, un certain nombre de ces parchemins ont pris le chemin de l'Angleterre. Les prix variaient de 65 à 110 dollars (le dollar vaut 5 fr.). Presque tous étaient antidatés.

Les établissements du Dr Buchanan avaient reçu l'autorisation de la législature pensylvanienne ; mais, en présence de cette fraude, cette autorisation va leur être retirée. Le coupable a été mis en liberté, sous caution de 10,000 dollars (50,000 fr.)

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Ribemont ont commencé, le mardi 1er juin, à 4 heures du soir, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Grossesse normale et pathologique ; — 2° Accouchement normal ; — 3° Opérations et dystocie ; — 4° *Exercices cliniques et opératoires.* — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

FORMULES

47. Emploi de la boracite dans les calculs urinaires. Kœhler.

La boracite est de la magnésie boratée, ou plus exactement du boracitrate de magnésie. Suivant Becker, elle serait identique au *ludus* ou *cevillus* que Paracelse et Van Helmont prescrivaient contre la lithiase. Kœhler emploie, depuis plusieurs années, cette substance qui, suivant lui, est en même temps diurétique et lithotriptique : les cinq observations qu'il rapporte paraissent avoir une certaine valeur. On prescrit :

Boracitrate de magnésie	40 grammes.
Sucre pulvérisé	80 —
Essence de citron	1 goutte.

A prendre trois fois par jour une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau. (*Berl. Klin. Woch.* et *le Scalpel.*)

48. Injections hypodermiques de chlorure de sodium et de sublimé dans la syphilis. H. Auspitz.

Le Dr Auspitz (de Vienne) se sert de la solution suivante :

Bichlorure de mercure	1 gramme.
Chlorure de sodium	2 —
Eau distillée	100 —

L'injection est faite dans la région fessière, une fois tous les deux jours, la quantité injectée est celle d'une seringue de Pravaz pleine ; ni douleurs, ni abcès ; 20 à 30 injections suffisent. (*Americ. Practit.* et *Lyon méd.*)

49. Oxyde de zinc dans la diarrhée. Roux.

M. Cousin, publie dans le *Marseille médical*, un travail qui vient confirmer les excellents effets de l'oxyde de zinc dans la diarrhée, déjà indiqués par Gubler et Bonamy. La plupart des cas nouveaux étaient des diarrhées chroniques rebelles, caractérisées par des selles abondantes et nombreuses ; les unes étaient dues à un simple catarrhe intestinal, les autres provoquées par une alimentation grossière ou un refroidissement, d'autres encore symptomatiques de la tuberculose. Dans tous ces cas, des moyens très nombreux, opiacés, astringents, anticathartiques, etc., avaient été employés sans succès. M. Roux, chef de service, eut alors recours à l'oxyde de zinc, qui se fit distinguer par sa supériorité et par sa rapidité d'action ; des diarrhées datant de six, quatre et trois mois étaient, en effet, heureusement modifiées en quelques jours, après l'administration des premières doses de ce médicament. La formule employée, qui est aussi celle de Gubler et Bonamy, a été la suivante :

Oxyde de zinc	3 gr. 50 centigr.
Bicarbonate de soude	0 50

Divisés en quatre paquets. — On fait prendre un de ces paquets toutes les trois heures. L'association du bicarbonate de soude à l'oxyde de zinc rend la tolérance du médicament plus facile. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 18 juin au jeudi 24 juin 1880, les naissances ont été au nombre de 1,086, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 431 ; illégitimes, 151. Total, 582. — *Sexe féminin* : légitimes, 374 ; illégitimes, 130. Total, 504.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 13,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab. — Du vendredi 18 juin au jeudi 24 juin les décès ont été au nombre de 1,013, savoir : 517 hommes et 496 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 11. F. 16. T. 27. — Variole : M. 31. F. 20. T. 51. — Rougeole : M. 19. F. 13. T. 32. — Scarlatine : M. 7. F. 6. T. 13. — Coqueluche : M. 3. F. 5. T. 8. — Diphthérie. Croup : M. 26. F. 14. T. 40. — Dysenterie : M. ». F. ». T. ». — Erysipèle : M. 3. F. 3. T. 6. — Affections puerpérales : F. 9. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 71. F. 71. T. 142. — — Autres tuberculoses : M. 31. F. 22. T. 53. — Autres affections générales : M. 40. F. 66. T. 106. — Bronchite aiguë : M. 17. F. 21. T. 38. — Pneumonie : M. 41. F. 24. T. 65. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 43. F. 45. T. 88. — Autres maladies locales : aiguës : M. 21. F. 36. T. 57 ; — chroniques : M. 77. F. 75. T. 152 ; — à formes douteuses : M. 38. F. 37. T. 75. — Après traumatisme : M. 3. — Morts violentes : M. 31. F. 9. T. 40. — Causes non classées : M. 4. F. 4. T. 8.

Morts-nés et prétendus tels : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : Légitimes, 39 ; Illégitimes : 10. Total, 49. — *Sexe féminin* : Légitimes, 31 ; Illégitimes, 12. Total 43.

Hôpitaux de Paris. *Concours pour deux places de chirurgien au Bureau Central.* — Ce concours s'est terminé le samedi soir 26 juin par la nomination de MM. Felizet et Richelot.

Ecole de médecine de Rouen. — Par arrêté en date du 26 juin 1880, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours s'ouvrirait, le 27 décembre prochain, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Herborisation. — M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation dimanche 4 juillet, dans les bois de Vélizy-Versailles. Le départ aura lieu de Paris (gare Montparnasse), à 9 heures du matin, pour la station de Bellevue.

M. Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 4 juillet, dans les bois de Chaville. Rendez-vous à la gare Montparnasse pour le train partant de Paris à 8 heures du matin.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera dimanche prochain, 4 juillet, une course géologique publique à Neuilly, Marines et Vigny. — Réunion à la gare Saint-Lazare, ou l'on prendra à 6 h. 10 du matin le train pour Chars, on sera rentré à Paris à 5 h. 35 du soir.

Crémation. — On vient d'incinérer à Milan la dépouille mortelle d'un des principaux défenseurs de la crémation, M. le dr Giovani-Dolli. Les membres de la Société de crémation et les nombreux amis du défunt assistaient à l'opération. Le professeur Gorini (de Lodi) présidait à cette opération funèbre. Des savants, entre autres le professeur Colletti (de Padoue), avaient adressé à la Société des télégrammes de condoléance. — La dépouille fut mise au four à 2 heures 12 minutes et à 4 h. 1/2 elle était incinérée. Cette crémation est la 68e exécutée à Milan depuis le mois de janvier 1876.

Nouvelle préparation de l'extrait de fougère male. — Contre le tœnia, aujourd'hui si répandu dans la population de Paris, il importe d'avoir une bonne préparation de l'extrait de fougère mâle ; c'est ce que M. Secrétan, pharmacien distingué de Paris, a réalisé d'une manière parfaite ; il a mis cet extrait en globules qui sont préparées de manière à s'ouvrir et à se dissoudre près du pylore et dans le duodénum, région du tube intestinal où se trouve généralement fixée la tête du ver solitaire. C'est à ce *modus faciendi* particulier, ainsi qu'à la grande pureté de l'extrait, qu'il faut attribuer les succès constants que l'on a obtenus dans les hôpitaux de Paris par l'emploi de ces globules, qui remplacent aujourd'hui très avantageusement toutes les autres préparations tœnifuges.

Biot (C). Contribution à l'étude du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes (avec tracés pneumographiques et sphygmographiques). Paris 1876. in-8. — Prix : 1 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical,* 60 c.

Bitot. Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique. — Conservation des pièces normales et pathologiques par un procédé particulier. Un volume in-4° de 40 pages de texte avec 7 figures intercalées et 17 planches en photographie représentant des coupes cérébrales. 1878. — Prix : 12 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical,* 9 fr.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

De l'hémoglobinurie. — L'étude de cette maladie curieuse a fait le sujet de plusieurs leçons que vient de publier le professeur Augusto Murri, dans la *Rivista clinica di Bologna*. Cet observateur regarde comme condition essentielle de cette affection, les modifications subies dans l'élaboration des globules rouges : le point de départ du processus morbide est un état particulier des organes hématopoiétiques, qui rend les globules rouges moins résistants à l'action du froid, et peut-être aussi à l'action de l'acide carbonique en excès. Il s'y ajoute un état anormal d'excitabilité des centres qui président à l'innervation vaso-motrice.

Ces deux conditions pathologiques sont, en quelque sorte, à l'état d'imminence morbide chez certains malades, et l'action vive du froid qui survient à chaque hiver, est la cause déterminante de l'hématurie paroxystique et des phénomènes qui s'y ajoutent, car le pissement de sang n'est pas le seul symptôme que l'on remarque, il peut s'y ajouter parfois de l'ictère hémaphéique ou de l'entérorrhagie.

Murri a observé dans le paroxysme des accidents, une augmentation rapide et intense de la température, et d'après ses tableaux le thermomètre aurait parfois dépassé 40°.

Ce que nous voulons citer ici, c'est le fait de deux guérisons obtenues par le traitement martial (fer Bravais à la dose de 25 gouttes par jour), uni à l'hydrothérapie, guérisons qui se sont maintenues depuis trois ans, malgré l'hiver rigoureux que nous avons traversé récemment.

Il faut remarquer, en effet, la difficulté extrême que l'on éprouve à guérir radicalement les malades atteints d'hémoglobinurie : jusqu'à ce jour, la seule guérison connue était celle d'un médecin anglais qui avait été atteint d'accès palustres pendant son séjour dans l'Inde, et qui fut traité par Harley. Chez lui, on se servait des mercuriaux, sinon pour combattre la syphilis, au moins pour lutter contre *la congestion des viscères chylopoiétiques.*

Ces faits sont rares, il est vrai ; il faudra néanmoins en tenir compte à l'avenir, et administrer en même temps que le fer le traitement spécifique, même en l'absence de commémoratifs clairs et évidents.

En terminant, Murri ne croit pas que l'hémoglobinurie soit une maladie spéciale, nette, à individualité bien réglée ; il la regarde comme un symptôme pouvant survenir dans des états morbides différents, et qui n'ont de commun que l'émission des urines sanglantes ; c'est, en somme, une maladie provisoire qui est désignée par son symptôme le plus saillant, comme la polyurie, l'épilepsie ou la dyspepsie. Le temps seul permettra de jeter une lumière dans ce chaos, de classer méthodiquement les faits aujourd'hui disparates, et d'arriver

aux divisions scientifiques que l'on a introduites dans l'étude de l'albuminurie et des paralysies.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Service de M. Richet. — 8 h. 1/2. — Salle Saint-Landry : 3, polype naso-pharyngien, exophthalmie ; 13, hygroma prérotulien ; 14, abcès de la fosse iliaque, prolongement en arrière de la fesse et en avant sur les faces antérieures de la cuisse ; 15, évidement du grand trochanter ; 16, fracture de l'astragale, double fracture du fémur à droite, fracture du radius gauche, fracture de la colonne vertébrale avec paraplégie, plaie de la tête ; 21, phlébite, phlegmon consécutif ; 20, épithélioma, évidement de l'orbite, du sinus maxillaire et du sinus frontal ; 19, cancer des os de la base du crâne. exophthalmie ; 12 bis, cancer de la langue. — Salle Saint-Jean : 8, abcès froid de la cuisse ; 9, arthrite scapulo-humérale ; 10, morve ; 16, phlébite. — Salle Notre-Dame : 15, bec de lièvre compliqué ; 18, infection purulente ; 24, tumeur torpide du triceps ; 21, hypertrophie de la mamelle.

Service de M. Panas. — 8 heures. — Salle Sainte-Agnès : 1, glaucome ; 3, kératite ponctuée ; 2, chorio-rétinite syphilitique ? 4, staphylome glaucomateux pellucide ; 12, 13, glaucome ; 17, chorio-rétinite ; 27, cataracte secondaire ; 29, cataracte.

Service de M. Cusco, suppléé par M. Bouilly. — 9 heures. — Salle Saint-Côme : 2, fracture en V du tibia ; 3, hématocèle de la tunique vaginale ; 15, sarcome du sciatique, résection du nerf, mal perforant ; 16, ligature de la radiale, phlegmon de la main et de l'avant-bras ; 17, testicule syphilitique ; 22, fracture compliquée de la jambe ; 24, ostéo-sarcome du fémur. — Salle Sainte-Marthe : 3, hernie étranglée ; 4, amputation du col de l'utérus ; 8, cancer du sein, opéré ; 12, cancer du sein, pleurésie purulente, empyème ; 18, gomme syphilitique du front, carie du frontal.

Service de M. Dalmont. — 9 heures. — Salle Saint-Augustin : 1, hémorrhagie cérébrale ; 2, myélite transverse ; 6, insuffisance aortique ; 7, 8, fièvre typhoïde ; 9, albuminurie, apoplexie pulmonaire ; 12 néphrite interstitielle ; 13, pleurésie ; 16, carcinome péritonéal ; 19 fièvre typhoïde ; 20, insuffisance mitrale.

Service de M. Empis. — 7 h. 1/2. — Salle Saint-Thomas : 3, fièvre typhoïde ; 5, phthisie, pleurésie gauche ; 7, pneumonie ; 12, pleurésie purulente ; 14, hémianesthésie chez un jeune homme ; 18, hémiplégie droite, aphasie. — Salle Saint-Anne : 3, fièvre typhoïde ; 6, rhumatisme articulaire aigu ; 9, phlegmon périnéphrétique ; 32, mal de Pott.

Service de M. Frémy, suppléé par M. Hutinel. — 8 h. 1/2. — Salle Saint-Louis : 2, phlegmon de la fosse iliaque droite ; 3, aphasie ; 6, angiocholite, ictère pseudo-grave ; 7, scorbut ; 8, polyurie ; 11, péritonite tuberculeuse, pleurésie droite ; 12, paralysie générale ; 13, néphrite parenchymateuse ; 14, diabète, cataracte ; 15, mal de Pott sans déviation, myélite ; 17, hépatite paludéenne ; 20, vomique pleurale guérie ; 21, paralysie spinale subaiguë ; 22, paraplégie, paralysie vaso-motrice des extrémités inférieures. — Salle Sainte-Marie : 3, ataxie, crises gastriques ; 6, tuberculose, hydropneumothorax ; 9, tabès spasmodique ; 13, 20, néphrite interstitielle ; 23, hystérie, paraplégie spasmodique ; 24, paraplégie sénile ; 26, hémiplégie avec contracture ; 28, chlorose ; 33, péritonite tuberculeuse ; 34, angiocholite calculeuse.

CERF ET FILS, IMP., 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 28. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 10 JUILLET 1880.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Considérations sur le caractère nosologique qu'il convient d'attribuer au rhumatisme articulaire aigu ou fièvre arthritique (1);

Par **MAX. DURAND-FARDEL.**

Je crois avoir mis sous les yeux du lecteur un ensemble assez complet, des circonstances du rhumatisme articulaire aigu, qui me permettront de reprendre les deux questions posées en tête de cette étude.

Quelle attribution nosologique peut-on assigner au rhumatisme articulaire aigu? Par quels liens se rattache-t-il au rhumatisme?

Je pense que tout le monde est d'accord sur ce point, qu'il ne s'agit pas ici d'une phlegmasie, c'est-à-dire d'une maladie dans laquelle la fièvre serait la conséquence d'une inflammation locale. Il est bien clair que la fièvre, considérée dans son ensemble, n'est pas ici symptomatique de l'arthrite, ou de la cardite, pas plus qu'elle ne l'est de l'entérite dans la fièvre typhoïde, ni de l'inflammation de la peau dans les fièvres éruptives, quel que soit le retentissement que les lésions locales puissent effectivement exercer sur elle. Le sujet que je poursuis soulève trop de questions douteuses, pour qu'il y ait lieu de s'arrêter à celles dont la solution n'est point contestée.

Si ce n'est une inflammation, c'est donc une pyrexie. Non, dit M. E. Besnier: « Comme tout cela diffère de ce que l'on observe à la fois dans les pyrexies et dans les phlegmasies, proprement dites, et qu'y a-t-il de plus propre à montrer que le rhumatisme articulaire aigu est une affection spéciale *sui generis*, qu'il est aussi abusif de ranger parmi les inflammations que parmi les pyrexies! » (2).

On reconnaît en pathologie deux sortes de maladies fébriles, les inflammations et les pyrexies, déjà très nettement déterminées par Gallien, et qui font encore aujourd'hui la base de la pyrétologie. La conception d'une troisième espèce, constituée par une spécialité distincte, me paraît difficile à légitimer par un ordre quelconque de considérations subjectives ou objectives. Quelque précise que puisse paraître la distinction des inflammations et des pyrexies, la théorie des unes et des autres est encore trop imparfaite pour leur servir de base. Il s'agit là surtout d'une distinction clinique.

« La plus légère pyrexie exanthématique, dit M. Pidoux, l'affection la plus bénigne, mais véritablement aiguë, accable plus les forces qu'une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu inflammatoire et généralisée. Les membranes muqueuses, celles du tube digestif et de la bouche, sont en dehors de la maladie, elles ne le sont dans aucune pyrexie aiguë et continue. »

Il est vrai que l'appareil digestif et surtout les centres nerveux conservent une intégrité relative remarquable dans le rhumatisme articulaire aigu, bien qu'il ne faille pas exagérer ce qui concerne les voies digestives. Pour ce qui regarde les forces, je ne pense pas que l'opposition exprimée par M. Pidoux soit très exacte. La convalescence du rhumatisme articulaire aigu est précisément caractérisée par une grande faiblesse due à l'anémie, hors de proportion avec la durée et les circonstances de la maladie elle-même. Ce qu'il est plus juste de mettre en évidence, c'est que la faiblesse qui suit « la plus légère pyrexie exanthématique », et qui suit les fièvres graves, est une faiblesse nerveuse, et celle-ci, à proprement parler, une faiblesse sanguine, laquelle tend à revêtir, plus que la précédente, un caractère véritablement constitutionnel.

Ceci établit entre ces divers états pathologiques des distinctions très prononcées, il est vrai. Sans doute le rhumatisme articulaire aigu est une affection spéciale; mais la fièvre typhoïde est également très spéciale, ou si l'on veut, le groupe qu'elle forme avec les fièvres exanthématiques; et la fièvre intermittente en est encore plus distante, bien qu'appartenant à la famille des pyrexies.

Dans tous les cas, le rhumatisme articulaire aigu se rapproche, certainement, beaucoup plus des pyrexies que des phlegmasies. Graves affirme que la fièvre rhumatismale peut exister sans inflammation des jointures (1); et mon ami, M. le professeur Peter, dit, à peu près dans les mêmes termes : « La fièvre rhumatismale peut exister sans manifestations locales (2). » Et, jusqu'à ce qu'une caractéristique de sa spécialité nosologique ait été nettement déterminée, je pense qu'il doit être rangé parmi les fièvres.

Le rhumatisme articulaire aigu serait donc une *fièvre rhumatismale*. Mais une telle dénomination comporte un jugement, contre lequel il me paraît permis d'en appeler. La maladie connue sous le nom de rhumatisme articulaire aigu est-elle réellement un *rhumatisme*?

Je ne saurais entreprendre actuellement cet examen, car il ne comprendrait pas moins que la question immense du rhumatisme, et de ce qu'il convient d'entendre par ce mot.

Je ne suivrai pas, par la même raison, la filiation que M. Charcot, dans ses études si remarquables et si instructives sur le rhumatisme, a cherchée, et pense avoir montrée, entre le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme subaigu et le rhumatisme chronique. Les données anatomiques et histologiques sur lesquelles est établie cette filiation fournissent-elles une base suffisante à la détermination pathologique des arthrites dites rhumatismales? Là est précisément la question.

Je me bornerai à appeler l'attention sur quelques points du problème. Cliniquement parlant, le rhumatisme articulaire aigu représente un acte pathologique singulièrement éloigné du rhumatisme noueux, du rhumatisme d'Heberden et du rhumatisme abarticulaire. La prééminence qui lui est attribuée dans l'étude du rhumatisme, sa confusion avec les autres formes attribuées au rhumatisme, lesquelles ne sembleraient ainsi en être que des dépendances, sont absolument en désaccord avec la clinique. Je laisse de côté l'attribution excessive de la goutte au rhumatisme à laquelle a conduit une certaine conception de l'arthritis.

La conception du rhumatisme, telle qu'elle se trouve exprimée dans la plupart de nos pathologies, est dominée par la considération de l'arthrite, et laisse en dehors, ou du moins en sous ordre, le rhumatisme abarticulaire, le rhumatisme vulgaire, le plus commun, sans aucune comparaison. On voit ici, comme dans tant d'autres sujets, l'anatomie pathologique l'emporter sur la clinique, et reléguer au second plan les faits dont elle se trouve, à peu de chose près, désintéressée.

Je ne prétends pas qu'il n'existe aucune espèce de relations entre ces différents ordres de faits, et particulièrement entre le rhumatisme articulaire aigu et les autres formes attribuées au rhumatisme. Mais ces relations pourraient être très rapprochées et manifestes, ce que je ne

(1) Voir les nos 24 et 26.

(2) E. Besnier. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, article *Rhumatisme*.

(1) Graves. — *Leçons de clinique médicale*, trad. par M. Jaccoud, t. 1, p. 630.

(2) Peter. — *Leçons de clinique médicale*, t. 1.

vois pas bien clairement ; elles pourraient être très éloignées et difficiles à percevoir. Il se pourrait encore qu'elles fussent entre les deux.

On a, dans la conception des états constitutionnels, une tendance à dogmatiser les phénomènes particuliers qui me paraît exposer à beaucoup de méprises. Les *états* de l'organisme ne sont pas, dans la réalité, autant séparés que le supposent nos classifications. Un même acte pathologique peut appartenir à des états différents ; et les limites entre tel et tel état constitutionnel sont souvent fort difficiles à déterminer. Nous avons une tendance exagérée, et peut-être sans nous en rendre compte, à attribuer un caractère de spécialité à chacune des catégories admises dans la nosographie. C'est surtout à propos du rhumatisme que cette dernière vient dominer la clinique, je dirais volontiers l'opprimer.

Ma pensée est celle-ci : les liens qui peuvent unir le rhumatisme articulaire aigu aux autres formes dogmatiques du rhumatisme, articulaires ou non articulaires, doivent être étudiés de plus près qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Les notions que nous possédons sur ce sujet ne me paraissent pas suffisantes, pour affirmer qu'il s'agit d'un seul et unique état diathésique. Il me semble qu'il règne, à ce propos, plutôt une notoriété qu'une démonstration. Je me propose de revenir sur cette étude dont je me borne aujourd'hui à exposer le thème.

Maintenant, si je me reconnaissais qualité pour modifier la nomenclature universellement adoptée, je proposerais de dénommer le rhumatisme articulaire aigu : *fièvre arthritique*. Cette dénomination, qui me paraît en rapport exact avec le caractère nosologique de la maladie, la distingue des autres formes attribuées au rhumatisme, sans l'en éloigner systématiquement.

Mais la conception de l'espèce clinique, comme de l'espèce nosologique, soit qu'on veuille la considérer à un point de vue objectif ou à un point de vue subjectif, constituée par le rhumatisme articulaire aigu, ou la fièvre arthritique, doit-elle s'arrêter à la considération du cycle parcouru par la maladie aiguë ?

Je ne le crois pas. Je n'entends pas parler des cas où la maladie ne se résout pas entièrement et passe à l'état chronique. Il en peut-être ainsi dans toutes les maladies aiguës. Une pneumonie ne se résout pas et passe à l'état chronique ; il en arrive ainsi d'une arthrite traumatique, ainsi d'une métrite ou d'une cystite, et même de l'entérite de la fièvre typhoïde. Il en sera de même, non de la fièvre rhumatismale, ou arthritique, mais de l'arthrite qui l'accompagne. Ceci peut dépendre de circonstances extérieures ou d'ordre hygiénique, le plus souvent de causes internes ou constitutionnelles. Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas commun chez les scrofuleux. Mais il faut toujours, chez eux, redouter la chronicité de l'arthrite, avec toutes ses conséquences constitutionnelles.

Dans les cas les plus ordinaires, le rhumatisme articulaire aigu ne passe point à l'état chronique, je veux dire l'arthrite du rhumatisme articulaire aigu. Les lésions articulaires se sont parfaitement résolues.

Dans certains cas, la maladie n'aura été en réalité qu'un accident, et l'économie n'en paraîtra conserver aucun souvenir.

Mais, souvent (ne faut-il pas dire le plus souvent ?), le système en garde une empreinte spéciale, dont les caractères sont : la tendance aux récidives ; les traces matérielles, vivantes ou non, conservées dans l'appareil circulatoire ; l'anémie ou la tendance anémique ; une susceptibilité particulière aux influences atmosphériques ; enfin quelque chose de plus ou moins définissable, car il est, dans l'organisme vivant, bien des modalités qui échappent à la définition et à l'expression.

Parmi ces individus, on en comptera qui auront plus tard une arthrite noueuse, ou un rhumatisme d'Heberden, ou même de la goutte franche. On note vivement de semblables cas, alors qu'on les rencontre. Sont-ils vraiment assez communs pour qu'il y ait lieu de reconnaître entr'eux et d'affirmer une affinité pathogénique directe ? C'est une question que je pose, parce que je ne la crois pas résolue.

Ce qu'il y a de plus ordinaire, c'est de voir, chez les sujets qui ont eu un ou plusieurs rhumatismes articulaires aigus, naître cette susceptibilité aux influences atmosphériques qui se traduit par des douleurs multiples, dont l'existence constitutionnelle constitue, à mon sens, l'attribution la plus légitime du rhumatisme. L'état constitutionnel qui dérive du rhumatisme articulaire aigu pourrait bien être, en effet, une condition favorable à ces sortes de manifestations rhumatismales, sans reconnaître pour cela une origine pathogénique identique à ces dernières.

En résumé, le rhumatisme articulaire aigu est une fièvre, d'un caractère spécial, dont l'identité pathogénique avec les autres états compris sous la dénomination de rhumatisme, n'est point démontrée.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Leçons sur les affections nerveuses locales (1);

Par **B. BRODIE**; traduites de l'anglais par le Dr Douglas Aigre.

D'autres fois, ce sera une malade qui aura reçu un coup à la tête. Pour conjurer les accidents divers que pourrait occasionner le traumatisme, on la soumet à des saignées répétées, à une médication laxative et à la diète. Après qu'on a ainsi épuisé son organisme, elle se plaint de douleur dans la tête, plus encore qu'elle ne le faisait au moment de l'accident ; mais la douleur est d'une espèce toute autre, et s'accompagne, le plus souvent, d'autres symptômes qui n'ont rien de commun avec un processus inflammatoire. Ainsi, elle éprouve une sensation de tremblement, ou il lui semble qu'il lui tombe des gouttes d'eau sur la tête. La figure pâlit, la peau est fraîche et le pouls est ordinairement petit, rapide et faible. Si, dans un cas semblable, le chirurgien, se trompant sur la nature de la maladie, continue à faire des saignées et à maintenir la malade à la diète, tous ces symptômes s'aggravent et il s'y en adjoint d'autres, parfaitement hystériques ; il ne se fait d'ailleurs aucune amélioration, jusqu'à ce qu'on ait institué un traitement plus approprié.

D'autres fois et encore assez souvent, une jeune femme se pique ou se pince le doigt. Bientôt après, elle se plaint de douleurs partant du doigt et s'étendant le long de la main et de l'avant-bras. Il s'ensuit même, quelquefois, une action convulsive des muscles du bras ou une contracture des muscles fléchisseurs de ce segment, de façon que l'avant-bras est maintenu en flexion, au moins pendant la veille, car ce spasme cède en général pendant le sommeil.

Mais ces symptômes qui, chez les sujets hystériques, reconnaissent un traumatisme local, ont souvent des effets bien plus variés que ceux que je viens de décrire.

Comme exemple, je vous citerai le cas suivant : une jeune fille de onze à douze ans se piqua l'index de la main gauche avec la pointe d'une paire de ciseaux. Il s'ensuivit immédiatement de la douleur sur le trajet du nerf médian, et, le lendemain, l'avant-bras était fléchi à angle droit sur le bras. Au bout de quelques jours, tous les muscles de la main et de l'avant-bras étaient le siége de mouvements spasmodiques violents, qui donnaient lieu à des convulsions étranges de la main et de l'avant-bras. Il s'y adjoignit des nausées et des vomissements, et, pendant deux jours, l'estomac rejetait immédiatement tout ce qu'on y introduisait. Petit à petit, les autres membres furent atteints à leur tour, et il devint impossible à la malade de marcher, ou même de se tenir debout. Quelquefois, le diaphragme même était pris et la suffocation devenait imminente ; ou bien la mâchoire inférieure était relevée par la contraction du masséter ; il y avait aussi, parfois, de l'opisthotonos. Parfois, on constatait une violente douleur dans la tête, laquelle douleur, au dire de la malade, présen-

(1) Voir les nos 26 et 27.

tait les mêmes caractères que celle de la piqûre du doigt. Ces symptômes persistèrent ainsi, en se succédant tantôt d'une façon, tantôt d'une autre, jusqu'à ce que la guérison eut lieu de la façon que je vous raconterai plus tard.

Je veux encore vous citer le cas suivant, à l'appui de ce chapitre. Une femme, d'environ trente ans, fut admise à l'hôpital Saint-Georges pour une fracture simple des deux os de l'avant-bras. La fracture ne présentait rien d'anormal, mais la malade se plaignait d'une très grande douleur au niveau de la fracture. Petit à petit, la douleur remonta le long du bras jusqu'à l'aisselle, et même s'étendit à ce côté-là du cou et de la tête. Le moindre mouvement du membre, même le fait de soulever l'avant-bras de dessus l'oreiller, était la cause d'une violente douleur et d'une agitation du membre, bientôt suivie d'un état qu'on pourrait désigner sous le nom de syncope hystérique, état dans lequel la malade demeurait pendant plusieurs minutes, complétement insensible aux impressions extérieures. La fracture guérit comme dans un cas ordinaire, mais les symptômes nerveux persistèrent pendant plusieurs semaines, et disparurent graduellement. Pour bien montrer que ce genre de symptôme dépend plus de la constitution que de la lésion locale, disons, qu'environ deux ans avant cet accident que je viens de relater, cette malade avait subi un léger traumatisme à la cheville, et qu'une série d'accidents nerveux survinrent à cette époque, présentant une grande ressemblance avec ceux qu'on a constatés chez elle pendant son séjour à l'hôpital. Il faut aussi faire remarquer que, dans ces deux occasions, elle a eu quelques crachements de sang, dus probablement à des éraillures de la muqueuse du pharynx ou de la trachée, attendu qu'on n'a jamais eu de raison pour soupçonner une affection des poumons.

J'ai rencontré plusieurs cas d'une affection singulière de la main et du poignet, et qui rentrent manifestement dans le cadre des maladies dont nous nous occupons. Elle se présente chez les femmes qui ont une prédisposition à l'hystérie, surtout chez celles qui ont éprouvé de grandes anxiétés morales. On lui reconnaît comme cause, la plupart du temps, une foulure ou quelque autre léger accident. La malade se plaint de douleur dans le dos de la main et le poignet; cette douleur est peu marquée au début, mais augmente petit à petit. Souvent, au bout de quelque temps, il survient un gonflement diffus des parties molles, gonflement qui s'étend un peu sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras et descend jusque sur les doigts. Ce gonflement ne s'accompagne pas de rougeur de la peau, et, au bout de quelques semaines, il disparaît, tandis que la douleur présente toujours les mêmes caractères; aggravation au moindre mouvement, ainsi que par le fait de l'observation attentive de la malade. Pour prévenir les mouvements dont elle a si peur, la malade maintient sa main dans la même position. Il en résulte que les articulations deviennent raides, que la peau de la main devient unie et luisante, et semble contracter des adhérences plus intimes avec les tissus sous-jacents. Cet état de choses peut durer pendant trois ou six mois, ou même un an ou deux; les symptômes disparaissent alors graduellement, sans donner lieu à aucune conséquence fâcheuse. Malheureusement, la terminaison n'est pas toujours aussi heureuse. J'ai donné des soins à une dame qui présentait les symptômes dont je viens de parler. Elle quitta Londres pour faire un voyage sur le continent, sans qu'aucune amélioration fût survenue. Je la revis au bout de quatre ou cinq ans. Les muscles de l'avant-bras étaient paralysés et atrophiés; toute la main était rétractée et sans puissance; les doigts, en flexion permanente dans la paume de la main; les ongles amincis et squameux.

Je terminerai cette leçon en rappelant, rapidement, quelques cas qui aideront encore à montrer la grande variété de symptômes locaux qui peuvent être dus à l'hystérie, et qu'on est exposé à rencontrer dans sa pratique journalière.

On vint me consulter pour une jeune fille de dix-huit ans, qui présentait les symptômes suivants: Accès fréquents d'éternuement avec écoulement très abondant d'un liquide aqueux par les narines; toux nerveuse alternant avec cette sensation dans la gorge décrite sous le nom de *boule hystérique*. Elle présentait assez souvent des attaques d'hystérie; la circulation était faible; elle souffrait de froid aux pieds et aux mains; la menstruation était irrégulière et peu abondante; à part cela, elle jouissait d'une bonne santé; il n'y avait aucune trace d'affection nasale.

Une femme mariée, âgée de 37 ans, était également sujette à ces accès d'éternuement avec écoulement aqueux abondant par les narines. Ces symptômes la prenaient une fois par semaine, et, chaque fois, elle avait une centaine d'éternuements; l'écoulement qui tombait des narines suffisait à tremper un mouchoir. Vers la même époque, elle commença à éprouver une sensation désagréable dans la figure et le palais; ce n'était pas une douleur, mais une sensation semblable à celle que produirait un ver de terre sur la peau. Ces symptômes devinrent de plus en plus marqués, pendant que les accès d'éternuement diminuèrent, au contraire. Au moment où elle vint me consulter, environ trois ans après le début de la maladie, les accès d'éternuement ne se montraient plus qu'une fois par mois, mais elle se plaignait d'une douleur aiguë survenant, surtout la nuit, avec sensation de battement dans le palais, les dents et la langue. Il n'y avait trace ni d'inflammation ni d'aucune autre affection.

Une demoiselle, âgée de 32 ans, vint me consulter à propos d'accès très douloureux pendant lesquels elle ne pouvait respirer, et qui s'accompagnaient d'une sensation de constriction de la poitrine et d'une excitation générale. Ces paroxysmes duraient souvent de dix à quinze minutes, et revenaient à des intervalles irréguliers, le plus souvent sans cause connue; d'autres fois, à la suite d'une vive émotion morale. A ce point de vue, le cas ne différait pas de la plupart des cas d'hystérie, mais ce qu'on y remarquait de singulier et qui fit qu'on vint me consulter, était ceci : Il y avait un point spécial, près du cartilage ensiforme, qu'elle croyait présenter une relation quelconque avec sa maladie. L'examen le plus minutieux ne montrait rien de spécial en ce point, mais la pression du doigt ne manquait jamais de faire éclater un des paroxysmes dont je viens de parler. Quand ces paroxysmes étaient très forts, il y avait toujours un écoulement abondant d'urine limpide. Tous ces symptômes existaient, à un degré plus ou moins marqué, depuis dix ou douze ans, et s'étaient montrés à la suite d'une fièvre typhoïde.

Une jeune femme mariée, qui était sujette à des attaques d'hystérie ordinaire, se plaignait d'un point sensible à la partie antérieure de l'abdomen, un peu au-dessous du cartilage ensiforme; la moindre pression du doigt éveillait une douleur très grande, et était suivie d'une agitation violente de tout le corps, qui durait plusieurs minutes et qui ressemblait autant que possible à des mouvements choréiques.

Pathologie de l'hystérie. — Traitement des affections hystériques locales.

Je n'ai rappelé, dans les deux leçons précédentes, que quelques-uns des nombreux exemples d'affections hystériques locales que vous rencontrerez dans la pratique; ils suffiront, néanmoins, à vous prémunir contre l'erreur commune, et vous empêcheront de les confondre avec des affections véritables. C'est là surtout ce que j'avais en vue, en appelant votre attention sur ce point. Mais c'est là une question de grand intérêt, et je ne veux l'abandonner qu'après avoir étudié, avec vous quelques autres points qui s'y rattachent. Aujourd'hui, je me propose de présenter quelques observations sur la pathologie de ces cas et sur leur traitement.

Vous vous êtes probablement demandé déjà, s'il était légitime de rattacher à une seule et même cause des symptômes aussi variés et dissemblables, que ceux dont nous venons de parler ? Est-on bien fondé à admettre qu'une douleur dans le genou, une rétention d'urine de la tympanite, soient des manifestations diverses d'une seule et même maladie, et qu'ils reconnaissent, comme origine, ce même état général qui donne lieu aux attaques ordinaires d'hystérie? La même question se présente à l'esprit quand on lit les « *Études* » de Sydenham sur l'hystérie, par lesquelles il a pris à tâche d'éclairer le médecin, de la même manière que je m'efforce de prémunir le chirurgien. A cela, je répondrai qu'il y a à peine un seul

cas, parmi ceux que j'ai rapportés, dans lequel une étude minutieuse de l'histoire et des progrès de la maladie ne démontre, surabondamment, que la malade a été sujette plus ou moins aux symptômes ordinaires de l'hystérie ; parfois, les deux ordres de symptômes se montrent simultanément. D'autres fois et plus souvent, ils alternent les uns avec les autres. Quand vous aurez acquis une longue expérience, vous trouverez encore d'autres enseignements qu'il est impossible de faire connaître d'une façon complète. Vous verrez alors que, s'il est vrai qu'il n'y a pas de cas absolument semblables, il n'est pas difficile, d'un autre côté, d'établir une série de cas conduisant les uns aux autres par une gradation insensible ; et se rattachant entre eux par des symptômes qui, au premier abord, semblaient absolument différents et hétérogènes.

Il est une autre question qui ne manquera pas de se présenter à votre esprit dans le cours de ces études. Quelle est la véritable nature de la maladie dont dépendent des symptômes si variés? On ne peut hésiter à leur reconnaître comme siége, le système nerveux. Cela est suffisamment démontré par la nature même de ces symptômes. La dissection, qui montre au grand jour la plupart des points obscurs de la pathologie, ne nous est ici que de peu de secours ; tout au plus en retirons-nous des données négatives.

Souvent, j'ai examiné les points qui ont été le siége de douleurs hystériques, et, dans un cas de ce genre très net, j'ai fait une dissection munitieuse de tous les nerfs de la région, mais jamais je n'ai pu y découvrir quoi que ce soit d'anormal.

Mais chaque point du corps a son point correspondant dans le cerveau, et beaucoup de ces points sont représentés dans la moelle épinière. L'examen de ces organes donne-t-il des résultats plus satisfaisants? Disons seulement, en réponse, que s'il est vrai que la plupart des hystériques meurent d'une autre affection et que les occasions de faire des autopsies d'hystériques ne sont pas rares, néanmoins, les ouvrages des meilleurs anatomo-pathologistes ne disent rien sur ce sujet.

J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie, dans trois cas où les accidents hystériques étaient tellement graves, qu'on pouvait les considérer comme la cause plus ou moins directe de la mort.

Voici ce que j'ai trouvé : dans un cas, la malade souffrait d'une douleur hystérique très grande dans le côté, et était sujette, entre autres symptômes variés, à des attaques pendant lesquelles elle perdait conscience de ses actes. C'est probablement pendant une de ces attaques, qu'un nombre considérable d'aiguilles s'introduisirent dans une de ses jambes; il s'ensuivit une grande inflammation, avec effusion de sérosité dans le tissu cellulaire. La malade mourut, et quoique l'autopsie fût faite avec le plus grand soin, on n'y découvrit rien que ce qui appartenait à l'état d'inflammation de la jambe. — Le second cas, dont j'ai déjà parlé ailleurs, était celui d'une malade qui souffrait depuis longtemps d'une rétention d'urine hystérique; la vessie était excessivement distendue, de couleur noirâtre, et la membrane muqueuse, ainsi que la tunique musculaire, étaient très amincies. Il s'agissait d'une demoiselle de 39 ans. Depuis quelque temps déjà, elle se plaignait d'une douleur dans le poignet, et elle croyait s'être fait une foulure en soulevant une lourde marmite. A partir de ce moment, la douleur ne la quitta jamais. Cette douleur siégeait vers l'extrémité inférieure du radius, et s'étendait le long de l'avant-bras et de tout le côté du corps Au mois de novembre 1814, un mois environ après l'accident, elle entra à l'hôpital. A cette époque, l'examen le plus minutieux ne révélait rien d'anormal dans l'aspect du membre, néanmoins, elle se plaignait d'une douleur intense et constante qui, partant du siège primitif du traumatisme, se propageait vers les doigts d'une part, et d'autre part vers l'épaule, la colonne vertébrale et le sternum. Elle accusait une grande oppression, et de là, difficulté à respirer ; on constatait aussi chez elle des contractions subites des muscles de la face, et tout mouvement rapide de la main aggravait tous ces symptômes, et elle tombait dans un état voisin de la syncope. Elle restait étendue, les yeux grands ouverts, presque sans conscience de ce qui se passait autour d'elle, et, enfin, elle revenait à elle au milieu de sanglots hystériques ; le pouls était faible et battait cent vingt fois à la minute ; on retira de la vessie 40 onces d'urine, sans produire le moindre soulagement. La langue devint noire et sèche, le pouls s'affaiblit encore davantage, et il y eut du tympanisme abdominal ; les matières fécales avaient une coloration noire. Puis, survinrent du hoquet et des vomissements ; elle s'affaiblit de plus en plus, et mourut quatorze jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on examina avec beaucoup de soin le cerveau ainsi que les organes thoraciques et abdominaux, mais on ne put découvrir quoi que ce fût de pathologique nulle part, si ce n'est dans la vessie, dont il a été question plus haut, et deux ulcérations de la membrane muqueuse de l'iléon, dont chacune ne mesurait guère plus d'un demi-pouce de hauteur, mais qui s'étendaient à toute la circonférence de l'intestin. — La femme dont il s'agit dans la troisième observation avait souffert d'une paraplégie, qu'on avait cru pouvoir rattacher à l'hystérie. Cependant, un des médecins qu'elle consulta, crut devoir recourir aux saignées répétées et aux autres traitements spoliateurs. Il en résulta une suppuration des grandes lèvres et des parties molles recouvrant les chevilles. On reçut la malade à l'hôpital, dans un état d'épuisement très marqué, et elle y mourut peu de temps après. On examina avec le plus grand soin le cerveau et la moelle, mais on ne pût y découvrir quoi que ce fût d'anormal ; on ne trouva pas non plus de lésion dans les organes thoraciques ou abdominaux.

Si je vous raconte ces faits, ce n'est certainement pas que je croie que le système nerveux d'un individu qui est entaché d'hystérie ne diffère en rien d'un autre. La structure intime du cerveau, de la moelle et des nerfs, est trop délicate pour que nos sens puissent l'étudier, et par conséquent il peut y avoir des différences, dans l'organisation de ces organes, qui échappent à notre investigation. Rien, il est vrai, dans l'histoire de l'hystérie, ne nous justifie à croire à l'existence d'une production morbide, ou d'une modification de structure telle que nous en trouvons dans les affections dites organiques. Mais, il est permis de supposer, sans parler d'affections organiques, que la structure du système nerveux, au moment où la croissance est terminée, peut ne pas être la même chez tout le monde, et que, par son développement imparfait, il puisse survenir toutes les affections hystériques. Il me semble que cette hypothèse donne une explication assez raisonnable des phénomènes que cette étrange maladie nous montre, et qu'il n'est pas facile de les expliquer d'une autre façon. Si on admet cette façon de voir, on comprend facilement la relation entre l'hystérie et l'éducation première, au moment où se fait la croissance. C'est ce qui nous fait comprendre aussi, comment cette disposition est souvent héréditaire jusqu'à un certain point, qu'elle se montre surtout dans certaines familles, et qu'une fois qu'elle a attaqué l'organisme on n'en guérit jamais radicalement.

Le fait que les symptômes hystériques alternent avec des intervalles plus ou moins longs de parfaite santé, n'est pas un argument contre ce que je viens de dire. Il en est de même de beaucoup d'autres affections nerveuses, dont quelques-unes sont beaucoup plus formidables que celle dont il s'agit. Le fou a des moments de raison. Une tumeur qui comprime le cerveau peut donner lieu à l'épilepsie; la cause existe toujours. Mais après la première attaque, le malade peut être des semaines ou des mois avant d'en avoir une autre. De même, une malade peut avoir un système nerveux tel qu'elle est sujette à des attaques d'hystérie. Tant qu'elle sera forte et bien portante, il ne se montrera aucun symptôme d'hystérie, mais qu'elle vienne à s'affaiblir soit par un accès de fièvre, une perte de sang, un travail corporel ou intellectuel exagéré, ou à subir l'effet dépressif de la tristesse, du chagrin et aussitôt l'hystérie se présente sous une forme ou sous une autre, selon qu'une partie ou une autre du système nerveux sera atteinte. (*A suivre.*)

Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques. — Cette Société vient de décerner : 1° Deux médailles de vermeil et un prix de 200 francs à M. le Dr Jacquemart; une médaille de vermeil à M. le Dr Mora ; 2e des médailles d'argent à MM. les Drs Gallois, Revillout, Fache et Mary; 4° un diplôme de membre honoraire à M. Jansen, médecin de l'armée belge.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Rapport de M. E. Besnier sur les maladies régnantes du 2e trimestre (Janvier, Février et Mars 1880).

L'hiver 1879-1880, moins rude dans sa seconde que dans sa première partie, a présenté une température moyenne de 4°,9 au-dessus de 0, supérieure de 0°,5 à celle de la période calculée de 1806 à 1870. La hauteur de pluie, réduite à 55 mm. au lieu de 101, est importante à noter, car « l'abaissement prolongé de la nappe d'eau souterraine est à rapprocher de l'exacerbation anormale de la fièvre typhoïde au commencement de 1880. » La mortalité générale a dépassé de 1613 le chiffre moyen des années antérieures.

Affections des voies respiratoires. Très nombreuses et très graves en janvier et février, elles ont souvent présenté un véritable caractère de malignité.

Des lésions multiples et concomitantes des bronches, du poumon et de la plèvre, se sont montrées fréquemment attribuables à la fièvre catarrhale, à la grippe, avec localisation thoracique.

La pneumonie a fourni, pour les deux premiers mois, une mortalité moyenne supérieure de moitié à celle des neuf dernières années.

Diphthérie. La courbe annuelle régulière de la diphthérie présente normalement son minimum en été, puis se relève au commencement de l'hiver pour décliner au printemps. Une hypogée hors de saison permet, disait M. Besnier, dans son dernier rapport, de prévoir que la courbe multiannuelle descend, c'est-à-dire que la maladie est en décroissance. Ces prévisions se sont réalisées : il y a eu, en 1879, 1,777 cas de diphthérie, au lieu de 2,393 constatés en 1878, et de 1,995 en 1877.

Un nouvel abaissement de la mortalité par cette maladie, constaté pendant le 4e trimestre de 1879, par rapport aux années précédentes, permet d'espérer la continuation de cette décroissance.

Variole. M. Legroux note que, dans son service, tous les malades revaccinés n'ont eu que des varioloïdes ; trois enfants atteints (non vaccinés) sont morts ; enfin, sur 14 malades morts de variole confluente ou hémorrhagique, six n'avaient jamais été vaccinés.

Les revaccinations pratiquées dans le service de M. Labric, sur des enfants de deux à seize ans, ont donné une moyenne de succès évaluée à 1 sur 4. Il y a, notamment, deux revaccinations, l'une à trois ans et demi, l'autre à deux ans et demi, qui ont réussi. Ces faits rapprochés de l'apparition de varioloïdes et non de varioles chez les individus revaccinés ne prouveraient-ils pas, s'il en était encore besoin, la nécessité d'étendre et de répéter le plus possible les revaccinations ?

M. Legroux a constaté un nombre considérable d'érysipèles, soit spontanés, soit consécutifs à l'ouverture d'abcès. Enfin, il s'est passé dans son service un fait qui démontre surabondamment la nécessité des pavillons d'attente. Une femme présentant une éruption douteuse, est admise au pavillon des varioleux ; le lendemain, une rougeole était évidente, elle est transférée à la salle commune des malades ordinaires ; mais, quatorze jours après son passage au milieu des varioleux, elle rentrait à leur pavillon, pour une variole cette fois, variole contractée pendant son séjour dans leur salle. Il est inutile d'ajouter un commentaire quelconque à un fait de ce genre, car il porte avec lui son enseignement ; il suffit d'ouvrir les yeux pour voir le mal et le remède : à la contagion il faut opposer l'isolement coûte que coûte, quelles que puissent être les difficultés matérielles, pécuniaires ou autres.

Scarlatine. La statistique des hôpitaux ne donne, pour cette maladie, qu'une idée très imparfaite de la fréquence et de la gravité qu'elle a présenté dans la pratique de la ville.

Fièvre typhoïde. Ce qui caractérise la courbe de cette maladie pendant le 1er trimestre de 1880, c'est une exacerbation hors de saison, et, par suite, anormale, dont la raison est fournie par la rareté des pluies, et le long séjour à la surface du sol des eaux et des détritus de toute espèce. Au lieu de 240, mortalité moyenne de ce trimestre, nous trouvons 744 décès. M. Hayem note que, parmi les sujets décédés pendant ce trimestre, deux étaient *tuberculeux*.

Le rapport de M. Besnier se termine par les notes envoyées de différentes villes de province, nous en résumons les détails les plus intéressants :

A Marseille, le chiffre des décès a été de plus de 1,000 supérieur à la période correspondante de 1878-1879. Comme à Paris, les décès par pneumonie ont été très nombreux ; la mortalité dans les hôpitaux s'est élevée à 50 0/0, et cet hiver a fourni 400 décès de plus par pneumonie que le précédent.

A Toulouse, les rougeoles et les scarlatines ont été nombreuses ; cette dernière a présenté souvent la forme fruste, caractérisée seulement par l'angine pultacée et les symptômes généraux qui précèdent ou accompagnent l'éruption, quand elle existe.

A Clermont-Ferrand, l'état sanitaire a été très bon, sauf la grippe, qui s'est montrée fréquente ; il ne s'est pas manifesté de maladies contagieuses ou épidémiques.

A Saint-Etienne s'est manifestée une épidémie de scarlatine ; une autre de fièvre typhoïde est apparue à Montbrison parmi la population militaire.

A Moulins, grâce à la promptitude avec laquelle a été isolé un soldat qui avait pris la variole à Troyes, la maladie ne s'est pas propagée dans la garnison.

A Rouen, M. Leudet signale l'augmentation du nombre des admissions dans son service. Un cas de variole, soigné dans une salle contiguë à l'une des siennes, a été le point de départ d'une petite épidémie. Sur 34 cas, 19 se sont développés sur des malades traités à l'hôpital pour d'autres affections ; sur ces 19 cas, il y eut 7 morts. Un enfant non vacciné a présenté une varioloïde bénigne. Les pneumonies se sont présentées avec un caractère nettement catarrhal : sans signes stéthoscopiques de bronchite, elles ont donné lieu à des crachats spumeux, âcres, mêlés de crachats rosés, sans que jamais l'expectoration présentât les caractères de celle de la pneumonie franche.

Au Havre, le chiffre de la mortalité du mois de mars a dépassé de deux celui des naissances. Un cas de variole, *importé* par un voyageur venu de Paris, est resté unique, grâce à un isolement immédiat. R. M. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 *juillet* 1880.— PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

M. LUYS présente un *cerveau* provenant d'une *femme* qui était *sourde* depuis 50 ans. On remarque sur cette pièce une atrophie bien nette de la région cunéiforme de chaque côté, et une atrophie non moins caractéristique des deux nerfs acoustiques. M. Luys ajoute, que c'est là un bel exemple du retentissement que les lésions nerveuses périphériques exercent à la longue sur le cerveau. Pour que les lésions cérébrales d'origine périphérique puissent se produire, il faut d'habitude un temps très-long. Ainsi, l'on ne trouve absolument rien dans le cerveau des individus amputés qui meurent deux ou trois ans après l'amputation. M. Luys a, autrefois, autopsié un jeune sourd-muet qui n'avait pas non plus de lésion cérébrale, probablement à cause de son âge.

M. BROWN-SÉQUARD fait une intéressante communication relative à l'influence qu'exercent les lésions du système nerveux sur la *nutrition*. Plusieurs expériences pratiquées sur des chiens lui ont montré que la section des deux nerfs vagues détermine l'arrêt des échanges entre les tissus et le sang, et par suite rend le sang presque entièrement noir.

M. REGNARD offre en hommage à la Société, de la part de M. MOSSÉ, agrégé à la Faculté de Montpellier, sa thèse de concours sur l'*ictère grave*. Ce travail, à la fois physiologique et clinique, contient des aperçus très intéressants.

M. BLANCHARD montre deux *couleuvres vipérines* d'Espagne, qui portent chacune une tumeur cutanée ou *molluscum* au bout de la queue.

Respiration chez le varan du désert. M. BLANCHARD fait ensuite connaître les résultats de recherches, entreprises en commun avec M. Regnard, pour établir les phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration chez le *varan du désert*. Le varan est un serpent du Sahara, de couleur gris-jaunâtre, qui ressemble assez au lézard, sauf la taille et la couleur : il pèse 1 kilogramme en moyenne ; il est muni de dents très acérées. Le laboratoire de physiologie de la Sorbonne possède en ce moment un certain nombre de ces animaux, qui ont été envoyés d'Afrique par M. le Dr Lataste. Pour éviter les morsures, il a fallu les museler.

MM. Blanchard et Regnard ont constaté que, chez le varan, l'inspiration se fait très brusquement au début ; puis la glotte se ferme. C'est alors que se produit une longue pause inspiratoire, suivie de l'expiration qui a lieu lentement et sans secousses. Au point de vue chimique, un varan pesant un peu plus de 1 kilogramme a absorbé, en 24 heures, 919 centimètres cubes d'oxygène, et exhalé dans le même espace de temps 640 centimètres cubes d'acide carbonique. Ce sont à peu près les chiffres de la respiration des animaux aquatiques. En ramenant à l'unité, on trouve que 1 kilogramme de varan absorbe par heure 42,5 centimètres cubes d'oxygène, et exhale 29,6 centimètres cubes d'acide carbonique.

Ulcérations du col de l'utérus. M. de SINÉTY a examiné au microscope un col utérin, récemment amputé sur une femme atteinte de métrite chronique. On sait que les ulcérations de la métrite chronique disparaissent rapidement après la mort. M. de Sinéty croit avoir trouvé la raison de ce fait. En effet, il a pu s'assurer que, dans la métrite chronique, les lésions ne commencent pas par l'épithélium mais au-dessous de l'épithélium. Elles ne forment point d'ulcérations véritables, mais bien des pseudo-ulcérations. En outre, il se fait sur le col des productions glandulaires qui déversent du mucus en abondance. La nature de ces lésions explique comment les scarifications et les saignées répétées sur le col, donnent de bons résultats dans le traitement de la métrite chronique.

Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *juillet* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. BOUCHERON fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Thérapeutique du strabisme, de sa guérison sans opération par les mydriatiques ou par une nouvelle opération de strabotomie.*

I. *Du traitement du strabisme sans opération par les mydriatiques.* Se basant sur cette donnée physiologique, non encore mise en lumière, que l'accommodation des yeux pour les faibles distances gouverne la convergence des yeux, M. Boucheron propose de combattre la convergence excessive des yeux hypermétropes, et le strabisme convergent qui en est la conséquence, en supprimant momentanément l'accommodation par la paralysie atropinique des muscles accommodateurs. Présentée à l'Académie des sciences le 17 mars 1879, cette méthode de traitement du strabisme convergent intermittent a donné des résultats qui peuvent être résumés ainsi : la condition *sine qua non* du succès est l'intermittence de la déviation du strabisme, ce qui indique que les muscles droits internes n'ont pas encore subi la rétraction et le raccourcissement consécutifs à leur position vicieuse habituelle. Les instillations de sulfate d'atropine (3 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée) doivent être faites dès la première apparition du strabisme, avant tout changement dans les muscles convergents. L'atropinisation doit être faite dans les deux yeux, de manière à obtenir une paralysie complète des muscles accommodateurs. Une ou deux gouttes, matin et soir, de la solution indiquée plus haut, produisent la dilatation pupillaire désirable. L'atropinisation sera prolongée pendant un temps suffisant pour que ces habitudes de convergence excessive aient disparu lorsque l'enfant regarde de près. Cette médication met l'enfant hypermétrope strabique dans la situation des hypermétropes non strabiques. La durée de l'atropinisation est d'autant moins longue que l'enfant est moins âgé lors du début du traitement, et que son strabisme est moins ancien.

Généralement, en deux ou trois semaines, le strabisme disparaît, mais il présente une tendance à reparaître pendant encore plusieurs mois, un an et même deux ans chez les enfants âgés. Dans les cas observés, l'atropinisation n'a produit aucun inconvénient. Si l'atropine était mal supportée, on la remplacerait par d'autres mydriatiques, la duboisine par exemple. Dans certains cas, les myotiques, comme l'ésérine, qui immobilisent l'accommodation en contracturant le muscle ciliaire, purent modifier la relation qui existe entre l'accommodation et la convergence, et faire cesser le strabisme ; mais les mydriatiques ont un effet plus certain. Employée dans neuf cas de strabisme convergent intermittent, chez des enfants, cette méthode a fourni huit succès.

II. *Du traitement du strabisme par la strabotomie.* Quand on a laissé le strabisme convergent passer de l'intermittence à la permanence, ou bien quand le strabisme a été d'emblée permanent, le seul traitement à lui opposer est l'opération de la strabotomie. La strabotomie a tour à tour été vantée et discréditée, et a fourni tour à tour des succès et des revers, par suite de l'insuffisance de précision, dans nos connaissances anatomiques, sur la région de l'opération. Dans un travail présenté à la Société de Chirurgie, le 17 juillet 1878, et honoré d'un rapport favorable par M. le professeur U. Trélat, M. Boucheron s'est proposé de démontrer pourquoi la strabotomie réussit et pourquoi elle échoue.

D'après les recherches de M. Boucheron, la section pure et simple du tendon du muscle rétracté est tout à fait insuffisante pour produire le redressement de l'œil, dans un cas de strabisme moyen. La ténotomie sans débridement aucun ne produit un redressement que de un millimètre et demi à deux millimètres.

Après la ténotomie, le muscle continue à mouvoir l'œil presque aussi bien qu'avant la ténotomie, à cause de l'existence d'insertions supplémentaires de nature aponévrotique. Ces insertions supplémentaires jouent un rôle capital dans l'opération de la strabotomie. C'est en sectionnant ces insertions supplémentaires, en proportions voulues, qu'on peut doser le degré du redressement de l'œil. C'est en négligeant la section des insertions supplémentaires qu'on échoue par insuffisance de correction ; c'est en les sectionnant trop largement qu'on échoue par excès d'action. Ces insertions supplémentaires, ou adhérences du muscle droit, à la capsule de Tenon, sont exclusivement situées sur la face superficielle du muscle ; elles sont prémusculaires et elles s'attachent, d'une part, au bord du muscle, d'autre part, à la capsule sus-jacente

et adjacente au muscle. Les préparations anatomiques ont été vérifiées par M. Trélat, et l'opération basée sur ces notions anatomiques, a été pratiquée plusieurs fois, avec succès, dans son service à l'hôpital de la Charité. Le procédé opératoire de M. Boucheron est le suivant : 1° section verticale de la conjonctive et de la capsule sous-jacente à deux ou trois millimètres de la cornée ; 2° introduction du crochet à strabisme sous le tendon du muscle droit ; 3° la traction du lambeau capsulo-conjonctival d'une part, et la traction, en sens inverse, du tendon musculaire d'autre part, mettent en relief les insertions des adhérences prémusculaires, section de ces adhérences, en proportions voulues, d'après le degré de strabisme ; 4° ténotomie complète du muscle droit ; 5° si la correction est insuffisante, section des adhérences prémusculaires dans une plus geande étendue, ou section des adhérences latérales au muscle ; 6° la suture conjectivale, si l'on veut seulement rapprocher les bords de la plaie ; suture capsulo-conjonctivale, si l'on a besoin de diminuer l'effet obtenu. Cent-vingt opérations pratiquées par ce procédé ont permis de constater l'exactitude des propositions émises plus haut.

M. Colin communique un travail intitulé : *Analyse expérimentale de la pustule maligne et de l'œdème charbonneux ; détermination de leurs formes variées et de leurs degrés de virulence.* L'auteur résume lui-même sa communication : « Les animaux réputés réfractaires au charbon contractent parfaitement la pustule maligne accompagnée ou non d'œdème. Cette pustule ou cette tumeur prend des formes très variées, suivant les points du corps où elle se développe. Elle avorte dans les parties à peine épaissies, à tissu cellulaire dense ; elle évolue, au contraire, avec rapidité et prend d'énormes proportions dans les parties à peau mince, riches en lymphatiques, au voisinage des ganglions, particulièrement à l'aine et sur les mamelles ; elle est le plus souvent achevée de la vingt-quatrième à la quarante-huitième heure. Dans tous les cas, sans aucune exception, la tumeur charbonneuse est virulente, par la sérosité de son pertuis, par son sang, ses liquides extravasés, comme par son œdème ; cette virulence dure quelques jours et s'éteint progressivement, à partir de la cinquante-deuxième ou de la quatre-vingtième heure, même souvent de la quarante-huitième heure. La pustule disparaît soit par la résolution simple, sans s'ouvrir, soit après avoir laissé suinter de la sérosité, en donnant une eschare sèche, en suppurant ou en s'ulcérant dans une grande étendue. Elle guérit spontanément avec l'un quelconque de ses modes de terminaison, dans les 9/10e des cas sur les sujets adultes. Toutes les fois que la tumeur charbonneuse entraîne des lésions graves dans les ganglions lymphatiques, elle tend à produire un état général qui devient souvent mortel, surtout chez les jeunes sujets.

Au point de vue du diagnostic, l'examen microscopique des éléments et des produits de la tumeur est loin de fournir des indices certains, car la tumeur, de nature sûrement charbonneuse, peut ne montrer aucune bactérie ou dans plusieurs de ses produits ou de ses couches, et l'inoculation de ces mêmes produits, ou des divers débris de tissus, peut être absolument stérile. D'ailleurs, la virulence étant éphémère dans ces tumeurs qui ne tuent pas, elle s'affaiblit et s'éteint, sans cause appréciable, avant le moment de la résolution de l'ulcération ou de tout autre mode de terminaison. Sous le rapport du pronostic, les caractères physiques et micrographiques des tumeurs laissent aussi l'observateur dans l'embarras. La tumeur petite, à évolution lente, dont on ne s'inquiète pas, entraîne des accidents généraux et la mort aussi bien que la tumeur la plus volumineuse, développée avec rapidité. » A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 décembre 1879. — Présidence de M. Charcot.

5. **Lymphadénome de la rate, étendu au diaphragme, à la plèvre, aux poumons et aux ganglions lymphatiques, sans leucémie. — Pleurésie cloisonnée. — Cachexie** ; par M. Duguet, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Weil, interne des hôpitaux.

Les pièces que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique ont trait à un cas de lymphadénome de la rate, qui s'est offert à notre observation dans des conditions entièrement insolites, conditions qui le rendent, croyons-nous, intéressant, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Aussi ferons-nous précéder leur description de l'histoire du malade.

Dav..., âgé de 33 ans, maçon, entre une première fois à l'hôpital Saint-Antoine, le 7 août 1879, salle Saint-Augustin, n° 6 (service de M. Duguet).

Comme antécédents, il accuse à l'âge de 22 ans, une affection thoracique siègeant à gauche, vraisemblablement une pneumonie, qui fut traitée par des applications de sangsues et de vésicatoires. Point de maladie antérieure. Ses parents vivent encore et se portent bien. Il a deux enfants en bonne santé.

Depuis deux mois environ, il souffre d'une douleur dans le côté gauche, son haleine est courte ; une respiration profonde est impossible ; les forces ont baissé considérablement ; son appétit, ses couleurs ont à peu près disparu ; mais il entre à l'hôpital surtout pour la douleur intense qu'il ressent à la base du côté gauche du thorax.

On constate, à son arrivée, une pâleur remarquable de la peau et des muqueuses ; il est essoufflé.

L'examen ne fait encore rien découvrir d'appréciable dans aucun organe. Point d'albumine dans les urines. Température normale. On applique un vésicatoire volant sur le point douloureux, et on administre de la macération de quinquina et une pilule d'opium.

La situation reste sensiblement la même jusqu'au 24 août. Application d'un second vésicatoire au point douloureux qui n'a point cédé.

28 *août*. La dyspnée a augmenté ; on constate alors, pour la première fois, l'existence d'un léger épanchement à gauche, en arrière ; la matité remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate ; vibrations thoraciques presque entièrement abolies en arrière et sous l'aisselle ; souffle doux dans l'expiration, avec égophonie et pectoriloquie aphone. La respiration s'entend à peu près pure en haut et en arrière, comme en avant. Point de déplacement du cœur. La douleur de côté est devenue térébrante et s'accompagne d'une véritable *orthopnée*. L'état général devient de plus en plus grave. T. ax. 38° le matin, et 39°,2 le soir, avec frissons erratiques et sueurs abondantes pendant la nuit.

1er *septembre*. Le liquide semble un peu augmenté ; il n'y a pas de voussure thoracique. M. Troisier, suppléant momentanément M. Duguet, se décide à pratiquer une ponction, aussi bien pour soulager le malade par la soustraction d'une petite quantité de liquide, que pour éclairer un diagnostic que l'intensité, la violence de la douleur rend incertain. Le trocart, introduit dans le sixième espace intercostal, sur la ligne du mamelon et sous le bord du grand pectoral, donne issue à 250 grammes environ d'un liquide rougeâtre, dans lequel le microscope permet de distinguer une grande quantité de globules rouges. Le trocart était d'un volume moyen, l'aspiration a été faible. Malgré la petite quantité de liquide évacué, le malade se dit soulagé, et de son oppression et de son point de côté ; mais les phénomènes objectifs restent sensiblement ce qu'ils étaient. Sueurs plus abondantes. T. ax. 38° le matin, 39°,4 le soir.

Jusqu'au 12, situation sans changement apparent. Comme la matité et le souffle paraissent plus prononcés à l'union du bord postérieur de l'aisselle et de la région postérieure du thorax, une seconde ponction est pratiquée en ce point, dans le septième espace intercostal, sur le prolongement de la ligne du mamelon. On ne retire cette fois que 80 grammes d'un liquide exactement semblable au précédent ; cependant, il paraît contenir plus de globules blancs et plus de fibrine, car il se prend en masse plus rapidement.

13 *septembre*. Point de changement, pas d'amélioration sensible. Frottements perçus sous l'aisselle. L'examen attentif du côté gauche fait découvrir que la matité persiste sous l'aisselle et descend même bien au-dessous des fausses côtes ; cette matité semble se rapporter à une augmentation de volume de la rate, et, en effet, à la palpation, on perçoit un *gâteau* ferme, douloureux, arrondi par son bord inférieur, et qui rappelle

absolument certains splénocèles de l'intoxication palustre chronique. La teinte du malade est d'ailleurs terreuse ; mais il est impossible de trouver chez lui des accès intermittents de fièvre ; celle-ci oscille entre 38° et 39°, du matin au soir. Il n'existe d'ailleurs, chez lui, aucun antécédent de fièvre ou d'intoxication palustre. Des raisons majeures l'obligent dans cet état fâcheux de rentrer dans sa famille le 17 septembre.

Au commencement du mois d'*octobre*, Dav... revient à l'hôpital. Son état est loin de s'être amélioré. C'est à peine s'il peut se tenir debout, son teint est plus terreux encore. Il s'est amaigri, l'appétit est absolument perdu ; le dégoût pour la viande est devenu invincible ; l'essoufflement est extrême, et le malade continue à se plaindre d'un *poids énorme* siègeant dans l'hypochondre gauche.

L'examen de la poitrine fait constater l'intégrité parfaite du côté droit et du cœur ; mais, à gauche, existe un soulèvement appréciable des fausses côtes inférieures ; point d'œdème des parois thoraciques ; perte à peu près complète des vibrations, en arrière et sous l'aisselle. La matité thoracique accompagne cette abolition des vibrations, mais, de plus, elle s'étend en bas, sur le côté et en avant, jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessous des fausses côtes, la percussion devenant de plus en plus douloureuse, à mesure qu'on arrive à la limite inférieure de cette matité.

Dans l'hypochondre droit, rien de semblable, le foie ne dépasse pas ses limites normales. Sous la clavicule gauche, bruit de Skoda assez prononcé, accompagné d'une respiration un peu rude avec expiration prolongée. Sous l'aisselle s'entend encore un faible frottement ; mais plus bas, ainsi qu'en arrière, dans les deux tiers inférieurs du poumon, on perçoit une expiration soufflante accompagnée de bronchophonie.

On ne saurait rapporter à aucun autre organe qu'à la rate cette tumeur sous-jacente à l'épanchement pleural, et qui occupe la région splénique ; et, quelle qu'en soit la nature, il est rationnel d'admettre qu'elle tient la pleurésie en question sous sa dépendance. Est-elle de nature palustre ? Cela est peu probable, le malade n'ayant jamais éprouvé d'accident ou d'intoxication paludéenne, et ne s'étant jamais trouvé dans un milieu palustre. Est-ce une rate de leucocythémie splénique ? Nullement encore, car en dehors des autres manifestations hépatiques, ganglionnaires ou intestinales, qui font défaut chez le malade, le sang examiné au microscope, ne révèle qu'un nombre absolument insignifiant de globules blancs. Serait-ce enfin un cancer primitif de la rate, causant la douleur violente et fixe dont le malade se plaint, et ayant amené la pleurésie du voisinage par envahissement progressif ? Le fait est possible sans doute, mais en définitive peu probable, en raison de la rareté extrême du cancer primitif de cet organe.

Quoi qu'il en soit, en présence de l'état cachectique du malade et de la fièvre continue avec exacerbations vespérales qu'il présente, le sulfate de quinine lui est donné chaque jour, avec addition de macération de quinquina.

24 *octobre*. Le cœur semble un peu dévié vers la droite. M. Duguet pratique une *ponction* dans le septième espace intercostal gauche, à la hauteur du mamelon, sous l'aisselle. On extrait un litre d'un liquide séro-citrin, clair, contenant à peine quelques globules rouges et blancs. Le malade se trouve soulagé.

25 *octobre*. On s'assure que les phénomènes perçus en arrière et sous l'aisselle ne se sont point modifiés, tandis qu'en avant la respiration est devenue plus perceptible. Le gâteau splénique n'a subi aucun changement. Potion de Tood.

28 *octobre*. Augmentation de la douleur de côté ; une injection de morphine devient nécessaire matin et soir.

29 *octobre*. Apparition d'un léger œdème aux malléoles ; point d'albumine ni de sucre dans les urines.

Le malade se fatigue au lit ; le siège commence à rougir.

Frappé de ce fait qu'après la dernière ponction, pratiquée en avant, la respiration a reparu dans la région antérieure, tandis qu'elle reste absente sur le côté et en arrière, M. Duguet pense que la pleurésie est cloisonnée, qu'une loge a été vidée en avant, et que l'on pourrait avantageusement pour le malade en vider une autre en arrière. Il pratique donc une nouvelle *ponction*, en arrière cette fois, dans le sixième espace intercostal, immédiatement en dehors de l'angle de l'omoplate. On retire ainsi 900 grames d'une liquide citrin un peu foncé, mais non sanguinolent. La respiration se fait entendre alors en arrière comme en avant, plus faible, bien entendu, qu'à l'état normal.

2 *novembre*. Le souffle a disparu complètement en arrière comme en avant ; la matité a diminué notablement aussi. Le cœur est à sa place. Sous l'aisselle, la respiration reste plus obscure, ce qui ferait penser à une loge pleurale latérale encore remplie de liquide. La rate semble plutôt augmenter de volume insensiblement chaque jour. D'ailleurs, la région splénique reste plate, ce qui éloigne encore l'idée d'un kyste intra-splénique. Cependant, malgré l'amélioration apparente des phénomènes thoraciques, l'état général s'aggrave ; l'oppression s'accroît chaque jour, et le malade est forcé de rester assis nuit et jour sur son lit.

8 *novembre*. La douleur splénique étant des plus vives, M. Duguet fait appliquer un cautère à la pâte de Vienne sur cette région.

18 *novembre*. Dysphagie. Sécheresse de la gorge et de la bouche. Râles sous-crépitants à la base du poumon droit. L'œdème des membres inférieurs gagne les parties supérieures. La faiblesse est extrême ; le malade ne prend plus pour se soutenir qu'une petite quantité de lait. L'aggravation est rapide chaque jour. Dans la nuit du 2 au 3 décembre, il est pris d'une grande agitation ; on le trouve mort au pied de son lit le lendemain matin.

Autopsie, 24 heures après la mort.— En ouvrant l'abdomen, il s'écoule une faible quantité de liquide citrin ; quelques petits noyaux blanchâtres apparaissent çà et là disséminés à la surface du péritoine viscéral. Le foie se montre, débordant les fausses côtes de trois travers de doigt environ. Quant à la *rate*, elle forme dans la cavité abdominale qu'elle a envahie une saillie énorme, immobile, en raison des adhérences très solides qui la relient au diaphragme et aux fausses côtes. La tumeur splénique envahit la cavité thoracique, surmontée et comme coiffée d'une seconde tumeur très volumineuse, que la dissection démontre appartenir au diaphragme du côté gauche, altéré comme la rate qu'il recouvre. Cette seconde tumeur achève de remplir presque complètement la cavité thoracique gauche, et le poumon, retenu au sommet par de faibles adhérences et en arrière par des lamelles fibrineuses, est singulièrement refoulé et ratatiné. La base, intimement accolée à la tumeur diaphragmatique, qui en est à son tour comme coiffée, peut cependant en être séparée facilement et complètement, tandis que la tumeur diaphragmatique et la tumeur splénique communiquent intimement entre elles, par un large pédicule de substance nouvelle, confondue d'une part avec celle de la rate, et d'autre part avec celle du diaphragme dégénéré.

A la coupe, le poumon gauche présente un aspect chiffonné ratatiné, mais normal ; sa couleur est d'un gris bleuâtre. Au bord antérieur du lobe inférieur, cependant, existe une languette de quatre à cinq centimètres carrés, d'un blanc jaunâtre, ferme, compacte et offrant, à la coupe, un aspect lardacé.

Le poids des deux tumeurs diaphragmatique et splénique réunies est de 3,225 grammes. La première, d'une épaisseur de 7 à 8 centimètres, offre une étendue de 15 centimètres sur 20 ; elle occupe ainsi toute la moitié gauche du diaphragme dont les fibres musculaires se perdent peu à peu dans le tissu nouveau, ainsi qu'une coupe le démontre. Cette coupe fait voir un tissu lardacé, marbré de rouge, de rose et de blanc, ferme, donnant peu de suc blanchâtre par le raclage. Ce tissu nouveau ne paraît pas uniforme, mais formé de noyaux intimement réunis et de volumes variables.

La rate, moins altérée dans sa moitié inférieure que dans sa moitié supérieure, présente à la surface un assez grand nombre de noyaux apparents, et, à la coupe, son tissu de couleur vineuse est parsemé de noyaux volumineux et nombreux qui ont transformé complètement sa moitié supérieure, en laissant reconnaissable encore la moitié inférieure. Ces noyaux sont blanchâtres, ou rosés, et reliés entre eux par des tractus

épais de substance analogue et résistants. Au sein de ces masses, qui occupent la partie supérieure de la rate, se voit une masse ou mieux un magma jaunâtre, phymatoïde, mollasse, s'en allant facilement par morceaux, d'apparence fibrineuse et ayant environ le volume du poing. Cette masse ressemble à un gros infarctus fibrineux. Près de la base du poumon gauche, au-dessous et au pourtour des tumeurs diaphragmatique et splénique, se voient, comme satellites, une assez grande quantité de tumeurs ganglionnaires en apparence, mollasses, lardacées, variant depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse noix. Ces tumeurs secondaires sont principalement abondantes dans le mésentère, au-dessous de la rate et du prancréas.

Le poumon gauche étant enlevé, on aperçoit, tapissant la paroi thoracique, saine d'ailleurs, des fausses membranes épaisses, d'aspect fibrineux, formant des cloisons irrégulières encore imprégnées d'une grande quantité de sérosité, et paraissant circonscrire quatre ou cinq grandes loges. Ces fausses membranes, dont quelques-unes semblent très vasculaires, augmentent d'épaisseur à mesure qu'on les examine plus près de la base. Là, elles ont une épaisseur de plus d'un travers de doigt, et leur coupe est absolument lardacée ; elles se déchirent par la traction, à la manière de plaques de fibrine concrète et un peu anciennement épanchée.

Le poumon droit, libre de toute adhérence avec la paroi thoracique, présente un volume un peu exagéré, ce qui tient sans doute à l'altération générale dont il est atteint : il est, en effet, marbré, d'un gris rose, compacte, friable, et ne crépite que sur les bords ; un morceau, détaché du reste, tombe au fond d'un vase rempli d'eau. Il est donc le siège d'une pneumonie grise diffuse, sans avoir toutefois la friabilité habituelle du poumon suppuré. Les ganglions du hile sont noirâtres, mais peu altérés.

Le cœur, appliqué contre le sternum, baigne dans une notable quantité de liquide séro-citrin qui distend le péricarde. Il n'offre aucune lésion importante à relever.

Le pancréas paraît sain ; mais les ganglions qui l'entourent sont tuméfiés et ramollis.

Le foie offre un aspect normal à la surface et à la coupe ; toutefois, à sa face inférieure, au voisinage du lobe de Spigel, se voient deux kystes hydatiques anciens, ratatinés et guéris, car ils sont remplis de membranes hydatiques, chiffonnées et en partie graisseuses, sans liquide ; leur volume représente pour l'un, celui d'une mandarine, pour l'autre, celui d'une noix.

Les ganglions du hile du foie sont altérés comme ceux du pancréas ; ceux du mésentère sont également tuméfiés, blanchâtres à la coupe et ramollis.

Reins bosselés, assez volumineux, mais sains.

On constate également l'intégrité parfaite du tube digestif dans toutes ses portions. Il en est de même pour le cerveau, le corps thyroïde, la peau, le testicule et les os.

L'étude histologique des parties lésées a été faite par M. Cornil, qui nous a montré ses préparations, très claires et très démonstratives, et qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« La plèvre, examinée dans un point où elle était extrêmement épaisse, mesurant 7 à 8 millimètres, était lisse à sa surface. Sur la section, elle était d'un gris blanchâtre, semi-transparente ; la surface de section était lisse et donnait par le raclage un peu de liquide semi-transparent. Son tissu n'avait pas la fermeté d'un tissu fibreux lamellaire, comme on l'observe dans la pleurésie chronique ; il était homogène, uniforme, sans les grains ni les points opaques qu'on trouve dans la tuberculose pleurale Enfin, il n'y avait pas de fausses membranes fibrineuses comparables à celles qu'on trouve dans la pleurésie aiguë purement inflammatoire.

Les parties que j'ai examinées ont été placées les unes dans l'alcool au tiers, puis dans la gomme et l'alcool; les autres dans la liqueur de Müller, la gomme et l'alcool.

La plèvre, examinée sur les coupes après durcissement par la première de ces méthodes, s'est montrée constituée dans toute son épaisseur par du *tissu réticulé de His,* aussi beau que possible. Cette méthode, indiquée par Ranvier, permet en effet de chasser complètement les cellules rondes contenues dans le stroma réticulé. Aussi, après l'action du pinceau, le stroma réticulé se montrait-il partout très manifeste et il n'y avait plus de faisceaux fibreux autres que les fines travées du tissu lymphoïde. Ce tissu était parcouru par des vaisseaux de petit calibre et surtout par des capillaires. De la tunique périphérique des petits vaisseaux partaient des fibres fines qui se continuaient avec celles du réticulum Les vaisseaux étaient vus, tantôt suivant des coupes longitudinales, tantôt sur des coupes transversales. Les fibrilles du réticulum et les mailles qu'elles circonscrivaient présentaient absolument la même disposition que dans les follicules d'un ganglion lymphatique. Les cellules contenues dans le réticulum étaient des cellules rondes ou cellules lymphatiques : quelques-unes, en très petit nombre, possédaient plusieurs noyaux.

J'ai étudié à l'état frais, sans addition d'aucun autre réactif que le picrocarmin, les cellules libres contenues dans la tumeur diaphragmatique. Ces éléments étaient, les uns des cellules sphériques pourvues d'un seul noyau rond qui en occupait la plus grande partie ou de deux ou trois petits noyaux. Il y avait aussi des cellules plus volumineuses ou cellules mères, contenant deux ou un plus grand nombre de noyaux. Ceux-ci étaient tantôt ronds, tantôt allongés et de forme ovalaire.

Les sections minces pratiquées dans la portion du diaphragme, que j'ai étudiée, ne m'ont montré rien autre chose que du tissu réticulé très vascularisé, semblable à celui de la plèvre, pour ce qui concerne la disposition du stroma.

J'ai étudié sur des coupes, après durcissement, des portions du poumon qui étaient fermes, blanches à leur surface, et, sur une surface de section, donnant par la pression et le raclage un suc laiteux assez abondant, et presque complètement privées d'air. Ces lésions du poumon, qui avaient la forme de noyau ou lobules de la grosseur d'une noisette, d'une amande ou davantage, étaient plus blanches que des noyaux de pneumonie fibrineuse ou de broncho-pneumonie, en sorte qu'on aurait pu penser, au premier abord, a des nodules de lymphadénome développés dans le poumon. Cependant, l'examen microscopique nous a montré seulement des altérations inflammatoires semblables à celles de la pneumonie-catarrhale : des cellules endothéliales gonflées, formant encore au contact des parois alvéolaires un revêtement complet, tandis que le centre de l'alvéole contenait des cellules endothéliales très volumineuses et des globules de pus, ou bien un remplissage complet des alvéoles par des cellules endothéliales et lymphatiques disposées sans ordre. Les bronches, dans ces lobules, avaient subi des lésions analogues. La plèvre viscérale elle-même m'a paru épaissie : j'y ai vu sur des coupes plusieurs lymphathiques qui contenaient des cellules lymphatiques ; mais ces vaisseaux n'étaient pas distendus par leur contenu. »

Réflexions. — On peut voir dans l'histoire pathologique de ce malade par quelles incertitudes, par quelles phases a passé notre jugement depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'à la mort du malade.

1° Il s'agissait bien ici d'une pleurésie *cloisonnée* ou multiloculaire, puisque le liquide extrait par les deux premières ponctions différait essentiellement de celui qu'on obtint à l'aide des deux suivantes; nous voyons en effet, d'un côté, un liquide sanguinolent, de l'autre un liquide séro-citrin, translucide, sinon tout à fait transparent. Le liquide devait provenir de deux cavités différentes, à moins d'admettre que la même cavité ait pu donner un liquide sanguinolent, d'abord, et plus tard un liquide offrant un tout autre caractère ; mais ce qui démontre le cloisonnement pleural d'une façon péremptoire, c'est la disparition des phénomènes pleurétiques en avant, et leur persistance sur le côté et en arrière après la troisième ponction, faite à l'union de la région antérieure avec la région latérale; c'est enfin la disparition de ces mêmes phénomènes, en arrière, et leur persistance dans la région axillaire, après la quatrième ponction pratiquée entre l'omoplate et la colonne vertébrale ; et d'ailleurs ce cloisonnement était réel, et l'autopsie nous en a donné la confirmation la plus complète.

2° Il s'agissait bien ensuite d'une pleurésie *symptomatique*, attendu que la région splénique était le siége d'une douleur

intense, et occupée par une tumeur immobile, douloureuse, refoulant un peu le cœur à droite, ne subissant aucune modification objective ni subjective par le fait des ponctions ; attendu que le liquide hémorrhagique se reproduisait ; attendu surtout que la cachexie considérable et progressive du malade était hors de proportion avec le retentissement d'une pleurésie simple.

3° Mais alors commençaient sérieusement les difficultés. Cette tumeur qu'il fallait de toute nécessité, en raison de son siége et de sa forme, rattacher à la rate, quelle en était la nature? La forme arrondie de ses bords, la régularité de sa surface imposaient de suite l'idée d'un gâteau splénique d'origine palustre; mais jamais le malade n'avait souffert de la malaria. Il était impossible de relever chez lui le plus petit antécédent palustre. D'ailleurs, la douleur de côté dont se plaignent les malades qui souffrent de la cachexie palustre, est loin d'être aussi intense que celle dont nous étions témoins, et la pleurésie secondaire que nous combattions eût été un phénomène tout à fait insolite et nouveau dans l'histoire de la *cachexie* paludéenne. Quoi qu'il en soit, nous avons cru bien faire en soumettant le malade à une médication quinique (macération de quinquina et sulfate de quinine).

Avions-nous donc sous les yeux un cas de leucocythémie splénique? Le malade était jeune, et cette idée devait être discutée. Mais l'examen du foie, celui des ganglions lymphatiques extérieurs, des amygdales, de la base de la langue, du corps thyroïde et des fonctions intestinales, ne permettait point d'asseoir un tel diagnostic, et cela d'autant plus que l'étude du sang au microscope ne révélait point la présence d'une quantité, même faiblement exagérée, de globules blancs.

Puis restait cette pleurésie dont l'évolution ne pouvait en aucune façon cadrer avec une leucocythémie splénique.

Un *kyste hydatique* de la rate n'eût point donné lieu à une telle cachexie, n'eût point amené une semblable pleurésie sans se manifester en avant et en bas, par une tumeur arrondie, déjetant les fausses côtes en dehors, et tendant à faire saillie en avant ou bien en haut dans la plèvre, et alors la thoracentèse en eût fixé le diagnostic et amené la guérison.

Restait l'hypothèse d'un *cancer* de la rate, hypothèse difficile encore à soutenir chez un homme jeune et quand nous savions combien sont rares, si tant est qu'ils existent, les cancers primitifs de cet organe. Cependant, la cachexie progressive, l'œdème des membres inférieurs suivi peu à peu d'une anasarque complète, l'absence d'albumine dans les urines, la production de cette pleurésie secondaire, son cloisonnement, la nature hémorrhagique du liquide, son retour après une première ponction, sa transformation ultérieure, tout nous faisait incliner en dernier lieu, et par élimination, vers l'idée d'une *affection cancéreuse primitive de la rate*.

4° L'autopsie est venue nous démontrer que, s'il ne s'agissait point d'un cancer véritable, nous nous étions trouvé aux prises avec une affection des plus rares, aussi fatale que le cancer dans son évolution et également au-dessus de toutes les ressources thérapeutiques dont nous disposons. Dans un premier examen histologique, nous avions trouvé toutes ces masses, principales ou secondaires, composées d'une quantité prodigieuse de globules blancs; la trame réticulaire et conjonctive nous échappait dans plusieurs de nos préparations; mais on peut voir par la description de notre collègue et ami le Dr Cornil qui en a fait une longue étude, avec l'habitude et l'habileté qu'on lui connaît, qu'il ne saurait planer aucun doute sur la nature des lésions trouvées à l'autopsie. Il s'agit bien d'un cas de lymphadénome de la rate, étendu au diaphragme, à la plèvre, au poumon et aux ganglions lymphatiques. Nous pensons, avec M. Cornil, que la maladie a débuté par la rate : c'est autour d'elle, et comme par rayonnement, que les autres organes ont été envahis.

5° Si, maintenant, nous jetons un coup d'œil sur les faits connus de lymphadénie et sur les descriptions qui en sont données, nous voyons que nous sommes en présence d'un cas absolument rare. En ce qui concerne tout particulièrement le poumon, la plèvre et le diaphragme, nous trouvons mentionnées, dans la thèse de notre ami le Dr Demange (1), des lésions analogues, mais très rarement observées et qui sont bien loin d'avoir acquis un aussi grand développement. Ainsi, dans les cas de MM. Rendu et Picot, on relate sur la plèvre diaphragmatique une foule de petits noyaux de nouvelle formation dont la structure est identique à celle de la tumeur intestinale (p. 26). Dans celui de M. Hérard, il est dit qu'on trouve dans le parenchyme pulmonaire, surtout vers son bord inférieur, de petites tumeurs dures, dont la coupe est analogue à celle des ganglions lymphatiques, et que ces produits examinés au microscope, ont été trouvés identiques à ceux constatés dans la rate, les ganglions, l'estomac. Dans le cas de M. Lannelongue (p. 69), nous voyons aussi l'altération s'étendre à la plèvre.

Quoi qu'il en soit, si nous envisageons l'ensemble des faits qui constituent l'histoire de notre malade, nous voyons que, à part les phénomènes de la plèvre qui demeurent absolument insolites, il a présenté dès le début cette cachexie spéciale, cette décoloration complète de la peau et des muqueuses, cet amaigrissement rapide, ces hydropisies progressives, sans albuminurie, cette marche des accidents, que l'on peut relever facilement dans la plupart des cas de lymphadénie, sinon dans tous, marche fatale, aussi fatale que dans la cachexie cancéreuse dont elle peut présenter l'image fidèle, mais trompeuse. Le fait que nous venons de rapporter en est la preuve.

(1) Em. Demange. — *Etude sur la lymphadénie, ses diverses formes et rapports avec les autres diathèses.* Thèse de Paris, 1874.

6. Rapport sur la candidature de M. Savard, au titre de membre adjoint; par M. DE BOYER.

Parmi les nombreuses présentations faites à la Société anatomique, par M. Savard, plusieurs doivent attirer notre attention. Nous en mentionnerons d'abord deux, ayant trait aux fractures doubles verticales du bassin, dont l'une s'est accompagnée de perforation du rectum, l'autre de déchirure de la vessie ; observations suivies de considérations sur le mécanisme de ces sortes de fractures.

Nous signalerons ensuite un cas de cancer primitif du foie, survenu chez une femme ayant été atteinte auparavant de coliques hépatiques ; un cas d'épithélioma cylindrique de la partie supérieure du rectum ; un anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée; une méningite aiguë suppurée, généralisée à toute la surface des méninges cérébrales, et survenue dans le cours d'une pneumonie aiguë simple. Nous ne nous arrêterons qu'à deux observations, à une pleurésie hémorrhagique cancéreuse primitive, et à une hémichorée post-hémiphlégique.

La pleurésie hémorrhagique symptomatique du cancer de la plèvre est survenue chez un homme de 49 ans, qui n'avait jamais été malade auparavant; elle a débuté très brusquement par un violent point de côté, du frisson, de la fièvre, et bientôt les crachats sont devenus sanglants.

Au bout de 15 jours, cet homme entre à l'hôpital ; on le trouve alors sans mouvement fébrile très prononcé, mais souffrant toujours de son point de côté, rejetant par la toux des crachats sanglants d'un rouge vif ; les signes physiques indiquent l'existence d'un épanchement très abondant : matité absolue, même sous la clavicule : de plus, on constate un œdème très marqué de la paroi thoracique correspondante. On fait une première ponction qui donne issue à un litre de liquide fortement coloré par le sang. Après la ponction, on ne trouve aucune modification des signes physiques. Le lendemain, deuxième ponction ; on retire 1,500 grammes de liquide de même nature. Cinq jours après, troisième ponction : 1,200 grammes de liquide formé par du sang presque pur. Après toutes ces ponctions, il n'y a aucune modification dans les signes physiques, la matité est toujours aussi complète. La mort survient 5 semaines après le début des accidents. A l'autopsie, on trouve la plèvre infiltrée, cloisonnée, et atteignant par place une épaisseur de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Le poumon perdu au milieu de ces fausses membranes est réduit au volume du poing ; on y distingue un ou deux noyaux cancéreux. L'examen microscopique, fait par M. Déjerine, montre que nous avons affaire à une variété rare de cancer désignée par Malassez, sous le nom d'épithélioma métatypique. Cette observation est intéressante, parce qu'elle confirme les idées émises par certains auteurs et

notamment par Moutard-Martin, dans sa thèse sur les pleurésies hémorrhagiques. En effet, il indique comme appartenant spécialement au cancer de la plèvre l'abondance de l'épanchement sanguin, sa reproduction rapide après l'évacuation, l'œdème de la paroi thoracique, les crachats sanglants et surtout le peu de modification des signes physiques après la ponction. Nous avons noté tous ces symptômes dans le cas présent; un seul faisait exception à la règle, c'est le début brusque. Ce qui est également particulier, c'est la rareté de cette variété de tumeur; on n'en trouve qu'un ou deux cas décrits par M. Malassez, dans les *Archives de physiologie*, 1876, sous le nom d'épithélioma métatypique. En effet, ce n'est pas un épithélioma cylindrique, puisque l'intérieur des cavités dont est creusée la tumeur contient également des cellules épithéliales pavimentaires.

La seconde observation que nous étudierons, celle qui nous paraît offrir le plus d'intérêt, est un cas d'hémichorée post-hémiplégique. Il s'agit d'un homme de 45 ans, entré le 1er février 1879, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Guyot, pour une gangrène sèche de la jambe gauche. Cet homme ressentait depuis longtemps des battements de cœur, et un an avant son entrée à l'hôpital, avait été pris brusquement d'une perte de connaissance, à la suite de laquelle il était resté paralysé du côté gauche. Cette paralysie avait disparu assez rapidement; car, au bout de six semaines, il reprenait son travail. Le bras cependant restait un peu faible et commençait à être agité de petits mouvements choréiformes. Cet état persista sans changements notables pendant 10 à 11 mois; mais, à la fin de novembre 1878, il éprouva, dans la jambe gauche, une violente douleur, causée par une embolie de l'artère fémorale, et suivie bientôt après de l'apparition de la gangrène, à laquelle il succomba deux mois après.

Indépendamment des troubles occasionnés par la gangrène, et dont nous n'avons pas à nous occuper ici, on trouve le malade ayant toujours de la faiblesse dans le bras gauche; la main de ce côté serre avec moins de force que celle du côté opposé, et est agitée presqu'incessamment de mouvements irréguliers qui se produisent malgré la volonté du malade, et consistent soit dans la flexion et l'extension saccadée d'un ou de plusieurs doigts, soit dans des secousses brusques qui agitent toute la main, et par moment tout le membre. Ces mouvements, déjà très marqués au repos, s'exagèrent beaucoup à propos des mouvements intentionnels, mais ils restent limités au bras gauche; la jambe de ce côté n'a rien. Pendant le sommeil, toute agitation disparaît. La sensibilité est intacte dans le membre atteint de chorée, mais des douleurs spontanées s'y font sentir; quelque temps après son entrée, le malade succombe aux progrès de la gangrène.

Autopsie. — Nous laisserons de côté les lésions du cœur et des autres organes, pour étudier celles du cerveau. En examinant l'hémisphère droit, on trouve un vieux foyer de ramollissement qui occupe presque toute la circonvolution pariétale ascendante, et se prolonge en bas, jusque sur le lobule de l'insula; ainsi qu'on peut le voir sur un dessin fait par M. Savard, et inséré dans l'*Album de la Société*. La coupe du cerveau, faite au niveau de la circonvolution pariétale, ne fait constater aucune lésion; mais lorsqu'on pratique une coupe en avant de la scissure de Rolando, au niveau de la frontale ascendante, on voit un autre foyer de ramollissement, distinct du premier, et formé par une plaque ocreuse déprimée, qui occupe toute la capsule externe. L'hémisphère gauche ne présente pas de lésions.

Evidemment, il s'agit bien, dans cette observation, de chorée post-hémiplégique; les symptômes observés par M. Savard se rapportent parfaitement à la description donnée sur ce sujet, par M. Charcot, dans ses leçons; et plus tard, par M. Raymond, dans sa thèse, puisque l'on doit comprendre d'après ce dernier auteur, sous le nom d'hémichorée posthémiplégique, des mouvements se montrant dans les membres du côté qui est déjà depuis quelque temps le siège de l'hémiplégie; mouvements analogues à ceux de la chorée ordinaire, en ce sens qu'ils sont comme ceux-ci involontaires, qu'ils s'exagèrent pendant les mouvements intentionnels et qu'ils sont continus, excepté pendant le sommeil. Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, il y avait instabilité très nette du membre affecté, alors que le malade ne voulait faire aucun mouvement; les mouvements cessaient complètement pendant le sommeil; un autre caractère indiqué dans les mouvements choréiques, c'est de se montrer quelque temps après l'attaque apoplectique, au moment où l'hémiplégie disparaît; c'est bien ce qui a eu lieu dans le cas présent. Mais ce qu'il y a de particulier ici, c'est l'absence d'anesthésie, la localisation de la chorée à un seul membre. L'anesthésie, en effet, est habituelle; l'hémichorée se lie presque toujours à l'hémianesthésie; si l'hémiplégie de la motilité est incomplète, l'hémiplégie de la sensibilité est absolue. Quant à la localisation de la chorée à un seul membre, le fait est assez rare.

En tout cas, ce qu'il y a de plus intéressant dans l'observation que nous rapportons, c'est l'absence de lésions vers le pied de la couronne rayonnante. Les observations avec autopsie d'hémichorée post-hémorrhagique ne sont pas fréquentes; car M. Raymond, dans sa thèse, n'a pu en réunir que 5; mais, dans tous ces cas, il y a eu des lésions à la partie postérieure de la capsule interne ou dans le domaine de l'artère optique postérieure. Il est logique de rapporter à la lésion de la circonvolution pariétale ascendante la localisation de la parésie dans le bras; mais les mouvements choréiques dépendent-ils de cette lésion; les fibres du faisceau hémichoréique iraient-elles gagner la substance corticale au voisinage de la pariétale? De nouvelles observations seraient nécessaires pour savoir s'il s'agirait, dans le cas de M. Savard, d'un fait d'exception, ou s'il faudrait espérer trouver, par un plus grand nombre de faits comparables, une des origines corticales des tractus sensitifs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 *juin* 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Heurteloup lit une lettre de M. Poinsot (de Bordeaux) sur la valeur relative de la *section de l'utérus inversé*, par l'écraseur ou la ligature élastique. Cette lettre rapporte l'observation d'une malade atteinte d'inversion de l'utérus, avec hémorrhagies et pertes blanches, état général grave. La tumeur avait le volume d'une poire moyenne. L'opération fut résolue et faite par la ligature élastique appliquée un peu au-dessous des lèvres du col; il n'y eut point d'hémorrhagies; dix jours après, on ne retrouvait plus la tumeur par le toucher, l'utérus avait sans doute disparu dans les selles; le douxième jour la ligature tombait. La malade a guéri complétement, le col est revenu sur lui-même, les pertes ont disparu.

M. Desprès remarque que M. Poinsot a eu affaire à une inversion incomplète de l'utérus, et non complète comme l'indique à tort le titre de l'observation. C'est pour cela que la malade a guéri.

M. Guéniot rappelle qu'un bon moyen de diagnostiquer les polypes, de l'inversion de l'utérus, est d'avoir recours à l'acuponcture, qui renseigne sur la dureté et la sensibilité de la tumeur.

M. Lucas-Championnière, à propos de l'observation de M. Ledentu (*Consolidation vicieuse redressée par l'appareil Collin*), rapporte qu'il a vu, en 1868, dans le service de M. Lister, un redressement de fracture de jambe, vicieusement consolidée, par une section cunéiforme des os. Le redressement fut absolu, plus complet que dans le cas de M. Ledentu. C'est pourquoi M. Lucas-Championnière fait ses réserves et se demande s'il faut abandonner l'ostéotomie, qui n'offre aucun danger en employant la méthode Lister.

M. Verneuil, dans un procès entre l'ostéotomie et l'ostéoclasie, préfère, avec la grande majorité des chirurgiens français, l'ostéoclasie. A l'appui de son opinion, il rapporte l'observation d'un jeune matelot qui se fit, en sortant du port pour un voyage de long cours, une fracture de l'extrémité supérieure du tibia. Soigné par son capitaine, qui n'avait que d'assez vagues notions de chirurgie, ce matelot rentra au Havre, un an après, avec un genu valgum très prononcé, par consolidation vicieuse. Il vint à Paris et entra dans le service de M. Verneuil, qui redressa la jambe en cassant le cal avec

l'admirable machine de M. Collin. Trois mois après, la jambe sortait de l'appareil plâtré droite, parfaitement droite ; et le matelot rembarquait. M. Verneuil a revu son malade deux ans après. le redressement s'était maintenu ; c'est pourquoi il conclut qu'il est inutile, et quelquefois dangereux, de recourir à la chirurgie sanglante dans ces cas où le succès, complet et permanent, peut être obtenu avec l'appareil.

M. Nicaise pense qu'il serait préférable d'appliquer l'appareil Scultet aussitôt après le redressement, au lieu de l'appareil plâtré que l'on emploie ordinairement. Il dit avoir redressé nombre de déplacements angulaires, avec l'appareil Scultet, en modifiant la position, l'épaisseur, le degré de constriction d'un coussin agissant sur le fragment saillant.

M. Terrillon rappelle qu'il a signalé l'emploi possible de l'appareil de M. Collin, légèrement modifié, pour le redressement des fractures consolidées avec déformation.

M. Ledentu répond que les modifications qu'il a apportées à l'appareil, consistent essentiellement à mouler la plaque inférieure sur la partie du membre où elle doit être appliquée, et à la monter sur pivot, de telle sorte qu'elle ne cesse pas un seul instant d'accompagner le membre pendant le redressement, et par toute sa surface. Il croit également sans bien les spécifier, qu'il y a des cas dans lesquels on sera encore obligé d'avoir recours à l'ostéotomie. M. Ledentu ne pense pas que le Scultet puisse remplacer avec avantage l'appareil plâtré. Après le redressement, le membre tend à reprendre la position vicieuse, à la façon d'un ressort violenté, et l'appareil plâtré peut seul s'opposer efficacement à cette action, à condition qu'on ait le soin de le maintenir droit, avec une attelle, jusqu'à parfaite dessiccation.

M. Labbé voit surtout l'inconvénient de l'appareil de Scultet en ce qu'il nécessite un pansement presque quotidien. Il fait remarquer qu'il est des fractures qu'aucun appareil ne peut redresser, alors même qu'elles sont récentes, et il cite une observation à l'appui.

M. Farabeuf qui a regardé attentivement les deux moulages présentés par M. Ledentu dans la précédente séance, se demande si on a bien brisé les deux os dans le redressement ; il incline à croire que M. Ledentu a seulement brisé le péroné, ce qui a permis de redresser le membre, mais en partie seulement.

M. Ledentu répond qu'il croit pouvoir affirmer que les deux os ont bien été brisés, car l'angle saillant en dedans que faisaient les fragments fut remplacé, au cours de l'opération, par un angle rentrant ; il engage M. Farabeuf à revoir les moulages, l'angle que forme le pied avec la jambe est de 45° dans le premier ; il n'est plus que 8° dans le second.

M. Lefort pense que l'appareil de Scultet n'a jamais maintenu une fracture difficile à réduire : il est utile seulement, dans certains cas où le membre fracturé est œdématié, ecchymosé, ou encore quand une plaie ou toute autre complication nécessitent des pansements fréquents et humides. M. Lefort explique la légère déviation que l'on a quelquefois, avec l'appareil plâtré, en montrant que si le moule de plâtre forme une carapace solide autour du membre, il n'empêche pas cependant la déviation dans l'épaisseur des parties molles, mais dans ces limites seulement.

MM. Sée, Desprès croient qu'il est quelques fractures qu'aucun appareil ne peut réduire.

M. Lannelongue présente un enfant de deux ans, porteur d'une *tumeur* occupant la loge gauche du *scrotum* : la tumeur profonde, mobile, indépendante des bourses, adhère au testicule sans faire corps avec lui ; elle n'est ni transparente, ni douloureuse ; elle donne au doigt la sensation d'un paquet de cordons durs, avec quelques nodosités çà et là. M. Lannelongue se demande et demande à ses collègues s'il n'aurait point affaire à une tumeur développée aux dépens des débris du corps de Wolff, de l'organe de Giraldès ; les noyaux durs seraient des kystes; les cordons seraient les tubes épaissis indurés. Il a bien encore pensé à une inclusion fœtale, mais cette seconde hypothèse est moins probable que la première. La tumeur existait déjà à la naissance, mais elle augmente, et M. Lannelongue pense qu'il sera bientôt nécessaire d'intervenir.

M. Desprès partage l'avis de M. Lannelongue sur l'origine probable de la tumeur aux dépens de l'organe de Giraldès, d'autant qu'il retrouve quelque chose d'analogue sur le testicule droit. Il croit que l'intervention doit être retardée en raison de la possibilité d'une communication de la tunique vaginale avec le péritoine.

M. Lannelongue ne partage point à cet égard les appréhensions de M. Desprès. A deux ans, le canal vagino-péritonéal est oblitéré, et, s'il ne l'était pas, on aurait une hernie.

P. Poirier.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation. Chirurgie.

I. **Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales** ; par Paul Reclus. Vol. in-8°. Paris, 1880. A. Delahaye et Lecrosnier lib.-éditeur.

II. **Des gelures** ; par M. Tédenat.

I Après avoir bien limité son sujet en disant qu'il ne parlera que des mesures à prendre avant et pendant l'acte opératoire, c'est-à-dire des mesures préventives, et qu'il laissera de côté l'hémostase proprement dite, M. Reclus entre en matière en nous montrant comment s'est, peu à peu, introduite dans la chirurgie contemporaine la notion de l'épargne du sang. Cette notion était totalement inconnue aux anciens chirurgiens qui, en cherchant les moyens d'arrêter le sang pendant les opérations, n'avaient d'autre but que d'empêcher les hémorrhagies foudroyantes, dues à l'ouverture d'un gros vaisseau ; telle fut du moins la raison d'être de la plupart des moyens d'hémostase qui furent imaginés depuis Ambroise Paré jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, ligature d'artères, tourniquet, etc.

Au commencement du XIXe siècle, on est suffisamment armé contre ce danger, et les chirurgiens ne redoutent plus autant l'hémorrhagie ; bien plus, sous l'influence de Broussais, apparaît avec Bégin, Boyer, Lisfranc, la doctrine de « l'hémorrhagie bienfaisante ». Plus tard, lorsqu'on se met à inventer les différentes méthodes d'exérèse non sanglante, galvano-cautère, écraseur, serre-nœud, caustiques, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure, on n'a nullement pour but d'épargner le sang, on ne songe qu'à oblitérer les vaisseaux, pour éviter par là d'ouvrir une voie à l'infection purulente.

C'est de nos jours, seulement, que la notion de l'épargne du sang a pris sa véritable importance. Déjà, après 1830, Malgaigne, Velpeau, Philippe Boyer avaient protesté contre la diète et la saignée des opérés, mais la doctrine de l'épargne du sang ne commença à s'établir que plus tard, lorsque, grâce aux travaux de Prévost et Dumas, Denis (de Commercy), Andral et Gavarret, Cl. Bernard, l'hématologie fut créée. Une forme morbide nouvelle, l'anémie, est alors introduite dans la nosologie ; on reconnaît qu'elle entraîne avec elle non point une diminution de la masse totale du sang, mais une altération profonde désignée sous le nom d'hydrémie, que cette hydrémie amène une dissolution des globules rouges, et, par suite, une altération de la paroi des vaisseaux, enfin, que la plus grande fluidité du sang ainsi altéré constitue une prédisposition très marquée aux hémorrhagies secondaires. On remarque, en outre, que les hémorrhagies abondantes augmentent le pouvoir absorbant des plaies, et que la résorption des matières septiques est ainsi facilitée ; de plus, les hémorrhagies graves peuvent encore donner lieu à divers symptômes nerveux, délire des opérés, éclampsie, folie puerpérale, et, en tous cas, rendent la convalescence plus longue. C'est ainsi que, peu à peu, grâce aux observations cliniques et à quelques données physiologiques, la doctrine de l'épargne du sang acquiert une base scientifique.

Cette influence des hémorrhagies abondantes est bien plus funeste, si, au lieu de sujets sains, nous considérons des individus cachectiques et affaiblis ; nous dirons la même chose des femmes enceintes, des hémophiles, des individus atteints de diabète, de purpura, de scorbut. L'âge peut donner lieu aux mêmes remarques ; on connaît le danger de la saignée chez les vieillards, et c'est la crainte de l'hémorrhagie qui, chez le nouveau-né, domine l'importante question de l'épo-

que de l'opération du bec-de-lièvre. La blessure de certains tissus peut également donner lieu à des hémorrhagies dangereuses; parmi ces tissus, les uns sont normaux comme la verge, la vulve, la langue, le corps thyroïde, le col utérin; d'autres sont accidentellement hémorrhagipares, comme le tissu cellulaire du phlegmon diffus, la prostate et les amygdales enflammées; d'autres, enfin, sont pathologiques, le cancer, le sarcôme, etc.

Toute cette première partie de la thèse de M. Reclus forme une sorte d'introduction, fort intéressante, qui nous amène tout naturellement à l'étude des divers moyens destinés à ménager le sang. Ces moyens sont forts nombreux. Nous devons citer, en premier lieu, les procédés d'exérèse non sanglante. Ces méthodes, qui ont été imaginées comme nous le disions plus haut, pour mettre les blessés à l'abri de l'infection purulente, ont pour but de diviser les tissus en oblitérant les vaisseaux; elle ne sont pas sans inconvénients, elles agissent lentement et d'une manière aveugle, elles sont douloureuses et elles empêchent toute tentative de réunion immédiate. L'écraseur de Chassaignac donne une hémostase parfaite; c'est à la langue, au rectum, au col de l'utérus qu'il trouve ses applications principales; la ligature extemporanée de Maisonneuve s'emploie dans des cas analogues, mais elle est moins hémostatique.

La ligature en masse avec ses dérivés: ligature élastique, entérotome, divers clamps, a des indications particulières; signalons l'application de la ligature élastique aux tumeurs de la langue, de l'utérus et du rectum, aux fistules à l'anus, et surtout à l'extirpation de l'utérus inversé. — Les cautères, dont les deux types modernes sont le thermo-cautère et l'anse galvanique, sont également fort employés; parmi les applications récentes, nous avons entre autres la trachéotomie avec le thermocautère, l'ablation du col de l'utérus et l'extirpation de la langue, à sa base, avec l'anse galvanique. — Les caustiques chimiques, après avoir traversé une période brillante, semblaient presque abandonnés, mais, depuis peu, ils reparaissent dans la chirurgie non plus sous forme de flèches, mais en solutions destinées à des injections interstitielles; citons, à cet égard, le chlorure de zinc et l'acide chromique.

Lorsque, au lieu de ces méthodes on emploie une méthode d'exérèse sanglante, le chirurgien possède encore toute une série de moyens pour épargner le sang: la compression circulaire cernant le champ opératoire avec des serres plates (Richet), ou avec des pinces hémostatiques (Péan), la compression de l'artère à distance à l'aide du garrot, du tourniquet ou de tout autre instrument destiné à les remplacer, la compression digitale, l'extension forcée. Aujourd'hui, nous avons un moyen bien supérieur aux précédents, du moins pour les membres, c'est la bande d'Esmarch; toutefois, cette méthode présente plusieurs inconvénients, dont le principal est de donner lieu consécutivement à une hémorrhagie abondante, si bien que quelques chirurgiens ont prétendu que cette méthode prodiguait le sang au lieu de le ménager. On a proposé alors des modifications: remplacement du lien constricteur par une bande, mise en place du pansement définitif avant l'enlèvement du lien constricteur, légère compression sur le pansement, position verticale du moignon, maintenue un certain temps après l'opération. L'avenir nous dira si la méthode ainsi perfectionnée épargne le sang plus que les autres; de toute manière, la bande élastique restera employée dans certains cas, par exemple, lorsqu'il est utile d'opérer complétement à sec.

La médecine opératoire nous fournit également des moyens propres à ménager le sang pendant l'opération. Nous avons tout d'abord les ligatures préalables faites hors du foyer opératoire; la ligature de la carotide externe et celle de la linguale, pratiquées dans ces conditions, sont deux excellentes opérations, celle de la carotide primitive est généralement condamnée. La ligature peut être également faite dans la plaie; M. Marcellin-Duval et M. Verneuil ont imaginé une série de procédés d'amputation et de désarticulation dans lesquels on va, en premier lieu, découvrir et lier l'artère principale du membre; ces procédés, moins utiles depuis l'emploi de la forcipressure et de la bande d'Esmarch, sont encore fort précieux pour la hanche et l'épaule, la fémorale est alors liée en amont de la fémorale profonde, et l'axillaire en amont des circonflexes. Les modifications dans les procédés opératoires, destinées à épargner le sang, ne se bornent pas là: la manière de tailler les lambeaux de dehors en dedans et non plus par transfixion, le choix d'un endroit peu vasculaire pour faire l'incision, la section des vaisseaux entre deux ligatures concourent au même résultat.

Enfin, quand on n'a pu obtenir l'hémostase préventive, il existe une série de moyens pour arrêter l'écoulement du sang jusqu'au moment de l'hémostase définitive, parmi ces moyens, il en est un qui domine tous les autres et qui les remplace aujourd'hui dans presque tous les cas, c'est la forcipressure.

G. M.

II. L'étude des gelures est faite d'une façon très incomplète dans tous nos livres classiques de chirurgie. Aucun d'eux n'expose l'état actuel de la science qui, depuis quelques années, s'est enrichie de précieuses découvertes. Il y avait une lacune à remplir; nous croyons que l'auteur a réussi à le faire, en disposant selon un ordre clair et méthodique l'ensemble des faits connus, auxquels il a ajouté quelques faits expérimentaux et cliniques nouveaux.

Sous le nom de gelures, M. Tédenat désigne l'ensemble des effets locaux du froid; il ne décrit que ceux qui s'accompagnent de lésions assez apparentes pour appartenir au domaine de la chirurgie.

Le chapitre I est consacré à l'historique. Nous y voyons que Fabrice de Hilden, A. Paré, Larrey étaient partisans de l'amputation immédiate dans le cas de gelures sphacéliques, tandis que, à partir de la guerre de Crimée, la plupart des chirurgiens se prononcent pour l'amputation secondaire tardive. Nous y voyons aussi que l'assimilation des gelures aux brûlures est surtout défendue par Jacques Berrut (1795), dont le travail inspire à Callisen une classification calquée sur celle de Fabrice de Hilden pour les brûlures.

Dans le chapitre II (étude expérimentale des effets locaux du froid) sont exposées de nombreuses expériences relatives à l'action des températures basses sur les vaisseaux, les nerfs, les muscles, la chaleur locale. La connaissance de ces faits jette un grand jour sur la pathogénie des gelures. Dans le même chapitre, nous trouvons quelques renseignements utiles sur l'anesthésie locale et sur la résistance des éléments anatomiques et des tissus au froid.

Le chapitre III est consacré à l'anatomie pathologique. Chez l'homme, quand on pratique une nécropsie, les lésions des divers tissus sont profondément modifiées par les phénomènes de réaction inflammatoire qui suivent toute gelure. Si l'on veut connaître les lésions directes produites par le froid, il faut, à tout prix, recourir à l'expérimentation sur les animaux. C'est ce qu'a fait M. Tédenat, qui a pu ainsi nous faire connaître quelques faits nouveaux d'un grand intérêt.

Nous signalerons en particulier les altérations de la fibre musculaire qui, sous l'influence d'un froid intense, tend à se diviser ou se divise en disques de Bowmann. Jusqu'à ce jour, on ne les avait constatées que sur des muscles séparés de l'organisme; les résultats qu'on avait obtenus s'appliquent aux muscles attenant à l'animal vivant.

Dans les nerfs, l'auteur a observé, comme Tillaux et Laveran, la segmentation de la myéline, des hémorrhagies interstitielles et, comme lésions ultérieures, la névrite parenchymateuse ou interstitielle, source fréquente d'accidents sensitifs et trophiques tardifs.

Les lésions vasculaires sont étudiées longuement. Dans les capillaires, se font des thromboses, des ruptures; les coagulations dans les vaisseaux de calibre sont rares, à moins que le froid ne soit intense et prolongé. Deux fois, sur des lapins, M. Tédenat a trouvé des embolies pulmonaires. Cet accident est peut-être fréquent dans les gelures sphacéliques totales; Michel (de Nancy) en a observé un cas chez une femme atteinte de gelure au troisième degré, des deux pieds.

Dans le chapitre IV, l'étiologie est étudiée avec détails. Nous signalerons un paragraphe intéressant, bien qu'un peu écourté, sur les gelures chez les blessés. La doctrine générale des *loci minoris résistentiæ* s'applique aux gelures comme aux autres traumas.

Le chapitre V contient une étude détaillée des diverses formes de gelures et surtout des gelures du troisième degré. Les troubles fonctionnels et généraux y sont étudiés avec soin. Le paragraphe relatif aux complications, bien que complet, aurait gagné à être traité avec plus de développements.

Le chapitre VI (accidents tardifs des gelures) est un des plus intéressants de ce travail. Jusqu'à ces dernières années, on avait méconnu les accidents variés qui accompagnent les anciennes gelures. Depuis les travaux de MM. Duplay, Terrier, Germain, l'attention des chirurgiens est attirée sur cette question importante à bien des points de vue. M. Tédenat en a fait une étude très complète; citons divers troubles de la sensibilité et du mouvement, au nombre desquels des douleurs persistantes, des anesthésies, l'ataxie locomotrice, des paralysies; signalons des lésions trophiques de la peau (maux perforants, hypertrophie et déformations des ongles, etc.), des os (ostéoporose adipeuse, ostéite médullisante, etc.), des articulations (arthrites déformantes, subluxations des doigts, des orteils), etc.

Nous signalerons, dans ce chapitre, le paragraphe relatif à la pathogénie des accidents tardifs des gelures. Avec MM. Duplay et Terrier, l'auteur incrimine les lésions nerveuses qui, produites directement par le froid et aggravées par les phénomènes réactionnels consécutifs, peuvent devenir incurables et déterminer diverses lésions secondaires dans l'axe cérébro-spinal. M. Tédenat étudie le mode selon lequel les lésions des nerfs périphériques peuvent s'étendre à la moelle; il croit que, dans le plus grand nombre des cas, il faut admettre une névrite ascendante.

Dans le chapitre VII, le traitement est discuté longuement. L'auteur insiste sur les inconvénients des amputations primitives, toujours très graves à cause des complications qui les accompagnent fréquemment, même dans les cas où l'amputation a été pratiquée beaucoup au-dessus de la partie mortifiée. Nous regrettons de ne pas trouver de renseignements relatifs aux avantages du pansement de Lister en pareils cas; il pourrait peut-être diminuer la gravité des opérations primitives. Quoi qu'il en soit, nous nous rallions, avec M. Tédenat, à la doctrine de l'intervention secondaire.

Une vingtaine d'observations d'accidents tardifs de toute sorte accompagne ce travail, que nous ne saurions trop conseiller aux chirurgiens qu'intéresse l'étude des gelures, persuadé qu'il leur sera d'un très grand profit. P. Bitot.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Remarques sur les peptones de viande de différentes origines; par P. Chapoteaut, pharmacien de 1re classe.

Depuis quelques années, la presse médicale française et les journaux étrangers s'occupent de la question des peptones de viande; aujourd'hui, tout le monde connaît ces produits.

Mais, avant qu'ils prennent définitivement la place importante qu'ils doivent occuper dans la thérapeutique, il nous paraît utile d'examiner la valeur des procédés qui sont employés pour les obtenir. Le médecin pourra ainsi se rendre un compte exact de la qualité et de la puissance nutritive du produit dont il fait usage.

Jusqu'à présent, trois substances peuvent être employées pour obtenir la digestion de la viande et la transformer en peptone, ce sont : la *pancréatine*, le suc de *carica papaya* et la *pepsine*.

Conséquemment, il en résulte trois produits différents : les *peptones pancréatiques*, les peptones au suc de *carica papaya* et les *peptones pepsiques*. Les deux premières se trouvent dans le commerce; seules, les peptones pepsiques n'ont été étudiées qu'au point de vue scientifique.

1° *Peptones pancréatiques*. Ces peptones sont fabriquées, non pas avec la pancréatine, mais en faisant agir le pancréas de porc sur la viande mélangée à des liqueurs aqueuses, acidulées par les acides chlorhydrique ou lactique, et entretenues à la température de 30 ou 40 degrés.

Cette méthode exige des quantités considérables de pancréas et, encore, pour n'arriver qu'à une digestion partielle.

De plus, l'opération ne peut se prolonger dans l'étuve sans qu'on s'expose à une décomposition, qui se traduit par un dégagement abondant de gaz sulfhydrique.

En admettant que la digestion de la viande soit complète, — ce qui n'arrive pas, — les peptones ainsi obtenues se trouvent toujours augmentées du produit digéré des membranes du pancréas, et, comme la marche d'une digestion de cet organe est capricieuse, il s'ensuit que les produits étrangers forment toujours une partie considérable de la peptone obtenue.

Ajoutons que les pancréas de porc sont très difficiles à conserver, qu'ils prennent, en s'altérant, une odeur nauséabonde qui se retrouve dans les peptones pancréatiques et qu'enfin, comme l'a très bien fait remarquer M. le Dr Joseph Michel, le goût de ces préparations est désagréable, et elles s'altèrent rapidement. D'un autre côté, M. le Dr Daremberg ne se sert pas de peptones de pancréatine, parce que ces peptones « se putréfient rapidement et peuvent devenir ainsi une cause de dégoût pour le malade. »

2° *Peptones au suc de carica papaya*. On obtient ces produits avec le suc extrait du tronc, des feuilles ou des fruits du carica papaya, arbre cultivé dans différentes contrées du Nouveau-Monde.

Ce suc contient essentiellement comme matière active :

Un principe, nommé papaïne par M. Wurtz, et dont les propriétés se rapprochent beaucoup de celles de la pancréatine animale.

Une substance huileuse, d'une odeur et d'une saveur désagréables, très-tenaces qui, à la dose de 2 à 4 centigrammes est un excellent vermifuge. Ce liquide possède une action extrêmement irritante, et ses effets sur la muqueuse gastrique sont à redouter.

Le pouvoir dissolvant du suc de carica est très faible; il faut de 25 centigrammes à 1 gramme de suc pour peptoniser 10 centigrammes de viande.

Au point de vue pratique, ces peptones nous paraissent donc offrir peu d'intérêt. Quoi qu'il en soit, dans les essais que nous avons faits sur la viande avec le suc de carica papaya, nous n'avons jamais obtenu d'autre résultat que le suivant. Après l'opération, les liqueurs peptonisées précipitent indéfiniment par l'acide nitrique, ce qui indique que la viande est plus ou moins transformée, mais non pas complétement dirigée.

3° *Peptones pepsiques*. Ces préparations ne se trouvent pas encore dans le commerce. Deux raisons s'y opposaient : d'abord le prix élevé de la pepsine, ensuite son faible pouvoir digestif.

S'il est établi scientifiquement que 1 gramme de *pepsine commerciale* digère 50 grammes de fibrine séchée au papier ou dans un linge, il n'en est pas de même quand il s'agit de la viande; 1 partie de cette même pepsine ne transforme plus en peptone que 3 parties de viande.

Lorsqu'on opère dans ces proportions, la transformation est complète; mais il se trouve dans les produits obtenus beaucoup de matières étrangères, introduites par le suc digestif impur.

Cependant, ces *peptones pepsiques* se conservent facilement; elles possèdent une odeur aromatique et une saveur agréable. A ces points de vue, si on les compare aux peptones pancréatiques, il n'y a a pas à hésiter à leur donner la préférence.

Le problème à résoudre était donc celui-ci : Préparer, à bas prix, une pepsine pure, possédant un pouvoir digestif énorme, capable de digérer 700 à 800 fois son poids de viande, et ne devant introduire dans les peptones qu'une très-faible quantité de matières étrangères.

Cela étant donné, puisqu'on peut, comme l'a démontré M. le Dr Henninger, éliminer l'acide qui sert à faciliter la digestion, il est clair qu'on devrait arriver à produire des peptones pepsiques, sinon chimiquement pures, au moins se rapprochant beaucoup de l'état de pureté.

Depuis que nous dirigeons les laboratoires de la maison Rigaud et Dusart, nous fabriquons, pour l'usage pharmaceutique, de la pepsine dans des conditions exceptionnelles de bas prix et de hautes digestions (15 à 1,800 fois son poids de fibrine). Aussi, quand nous résolûmes de nous occuper de la question des peptones, la question se trouva tout à fait simplifiée.

Maintenant, nous préparons en grand, avec cette pepsine, des peptones neutres, se conservant bien, possédant une saveur agréable et marquant 18° au pèse-sirop ; ces peptones se prennent en gelée à une température de 15° et se liquéfient à 35°. Elles peuvent être filtrées, *ne précipitent pas par l'acide nitrique*, mais sont entièrement précipitées par l'alcool concentré, le bi-chlorure de mercure et le tannin, réactions qui caractérisent les peptones extraites directement du tube digestif.

Pour la commodité du médecin, nous avons établi, sous le nom de *conserve de peptone de Chapoteaut*, une peptone pepsique contenant, par cuillerée à café, 20 grammes d'excellente viande de bœuf, parfaitement digérée, et complétement assimilable.

En prenant 4 grammes de cette conserve de peptone, qui représentent 10 grammes de viande de bœuf, et la faisant dissoudre dans un vin de Frontignan ou de Lunel, j'obtiens un excellent vin alimentaire qui sera accepté avec plaisir par les malades.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE

Adoption d'un vœu de M. Benjamin Raspail pour le remplacement, dans les hôpitaux et hospices, des noms de Saints et Saintes par des noms de Chirurgiens et de Médecins.

Séance du 25 juin 1880.

M. Roche, au nom de la 7e Commission, présente un rapport verbal sur un projet de vœu de M. Raspail, pour le remplacement dans les salles et réfectoires des hospices des noms de saints ou saintes inscrits au-dessus des portes, par des noms de chirurgiens ou de médecins. La Commission est d'avis d'adopter le projet de vœu de M. Benjamin Raspail, elle estime, de plus, que les nouvelles inscriptions ne devraient pas être limitées aux noms des médecins, mais comprendre, en général, tous les bienfaiteurs de l'humanité.

M. Bourneville fait observer que, dans sa séance du 1er mars 1877, le Conseil municipal de Paris a, sur son rapport, pris une délibération invitant l'Administration à remplacer les noms des saints et saintes dans les hospices et hôpitaux, par le nom des médecins et chirurgiens et des bienfaiteurs de l'humanité. Ce vœu a été renouvelé tous les ans par le Conseil municipal, au moment du vote du budget de l'Assistance publique. On le voit, la question n'est pas nouvelle, elle a déjà été tranchée par le Conseil municipal.

M. Bourneville ajoute que rien n'est plus facile que de mettre cette mesure à exécution. Dans certains établissements hospitaliers, il y a déjà des noms laïques : ainsi, à la Salpêtrière, il existe une section Rambuteau. Il est facile de trouver dans les archives de chaque établissement, des noms de médecins ou de bienfaiteurs qui ont consacré leur existence ou leur fortune au soulagement des pauvres. Ce n'est pas qu'il faille effectuer ces changements de noms du jour au lendemain ; mais pour les faire, on peut profiter des travaux, des réparations, des changements dans le personnel médical : il est certain, en effet, que quand un nouveau médecin prend possession d'un service, on n'a pas de raison à hésiter à changer le nom des salles dont il va être chargé.

M. le Directeur de l'Assistance publique déclare qu'en principe, le vœu du Conseil est admis par l'Administration ; en pratique, il sera bientôt appliqué. Déjà, les salles de l'hôpital Tenon porte les noms de médecins et chirurgiens célèbres ; ces changements de noms demandés seront effectués sans retard, en tenant compte toutefois de l'avis de chaque chef de service ; l'Administration laïcisera les portes et elle fera mieux encore que laïciser les portes.

M. Delattre rappelle qu'en 1877, après que le Conseil municipal eût émis le vœu dont vient de parler M. Bourneville, l'Administration, pour n'y pas donner suite, prétexta que de nouvelles inscriptions pourraient enlever aux salles de malades leur caractère grave et religieux. Le changement de l'Administration permet d'espérer aujourd'hui une réforme complète, et on ne peut que remercier M. le Directeur de l'Assistance publique de la laïcisation qu'il promet.

M. Henricy dit que le numérotage des salles serait plus simple et plus pratique. Les noms propres changeraient fatalement avec les doctrines médicales, tandis que l'on constituerait quelque chose de durable, en mettant des numéros d'ordre.

M. Benjamin Raspail répond qu'en présentant le vœu en discussion, il a voulu faire disparaître les noms de saints et de saintes, et y substituer des noms historiques, pouvant instruire et intéresser les malades, par les souvenirs glorieux ou bienfaisants qu'ils éveillent.

Si l'on suivait le système de M. Henricy, on devrait nommer les rues par des numéros. Quand un homme a été utile à ses semblables, c'est un devoir que de faire connaître son nom. Le nom de Dupuytren sera aussi facile à retenir que celui de Saint-Cucuphin ou Sainte-Cucuphine. Les hôpitaux et hospices fournissent un excellent moyen de répandre l'instruction populaire, et le Conseil doit profiter des bonnes dispositions de M. le Directeur de l'Assistance publique.

Les conclusions de la Commission sont mises aux voix et adoptées.

Nous croyons utile, pour édifier nos lecteurs sur la question, de reproduire ici le rapport auquel il est fait allusion plus haut, rapport que nous avons lu au *Conseil municipal*, dans la séance du 1er *mars* 1877.

Dans la séance du Conseil municipal du 8 juillet 1876, notre collègue M. Brisson, a déposé le projet de vœu suivant : « Considérant que les hôpitaux sont du domaine absolument civil ; que tous les citoyens sans distinction de religion en trouvent les portes ouvertes, alors que leur santé réclame les secours de la science ; qu'aucune influence religieuse ne doit être exercée dans ces établissements ; le Conseil demande que les noms de saints et de saintes inscrits aux frontons des salles, ce qui est un patronage absolument catholique, disparaissent pour être remplacés par des noms de savants, docteurs, chimistes et autres, noms chers à tous ceux qui aiment l'humanité. » *Signé :* Brisson.

Aux raisons d'ordre général sur lesquelles s'est appuyé l'auteur de ce vœu, raisons dont votre 4e commission reconnaît la justesse, il est des arguments tirés des faits que nous croyons devoir vous exposer, car ils viennent plaider sérieusement en faveur de l'adoption du vœu. Ces arguments nous sont fournis par ce qui existe actuellement dans les hôpitaux.

Dans les hôpitaux militaires, les salles des malades ne sont indiquées que par des numéros d'ordre, 1, 2, 3, etc., il en est de même dans quelques hôpitaux civils en province.

La désignation des salles dans les hôpitaux de Paris est loin d'être uniforme et déjà un certain nombre de salles portent des noms qui ne sont pas empruntés à la liste des saints. A l'hôpital des Enfants-Malades, nous trouvons le pavillon Bilgrain ; — à Lariboisière la salle Helmotz ; à Beaujon les salles Beaujon et Trabuchi ; — à l'hôpital Cochin la salle Cochin ; — à la Salpêtrière plusieurs divisions de vieillards sont désignées par les noms de bâtiment Mazarin, bâtiment Lassay, pavillon Bellièvre, pavillon Fouquet et cela probablement depuis leur fondation ; les trois sections d'aliénées s'appellent Pinel, Esquirol et Rambuteau ; à l'hôpital Saint-Louis, il y avait autrefois une salle Napoléon, qui, depuis la chute de l'Empire a reçu la dénomination de salle Saint-Léon, dans le même établissement, il y a la salle Henri IV et le pavillon Gabrielle. Or, ni Henri IV, ni sa maîtresse, pas plus que Napoléon ne figurent pas, que nous sachions, ni sur la liste des saints ni sur la liste des vierges. »

A l'hôpital des cliniques, les salles de chirurgie n'ont pas d'autres dénominations que celle de salle des hommes, salle des femmes. A la Maison municipale de santé, de même que dans les hôpitaux militaires, les salles sont simplement désignées par des numéros d'ordre... Or, nous ne voyons pas pour quels motifs, l'administration ne respecterait pas aussi bien les légitimes susceptibilités des malades pauvres, qu'elle respecte — ce dont nous la félicitons, — les susceptibilités des malades payants.

En résumé, nous voyons, d'une part, que plusieurs de nos établissements hospitaliers portent des noms qui n'ont aucun caractère religieux, d'autre part, nous voyons par les exemples que nous avons cités, que dès aujourd'hui, un certain nombre de salles sont désignées, soit par des numéros, soit par des noms essentiellement laïques ; nous ne saurions donc qu'approuver le vœu qui précède et inviter l'administration de l'assistance publique à remplacer dans les hôpitaux et les hospices de Paris, les noms des saints et des saintes, empruntés à un autre âge, par les noms des médecins, des savants qui ont rendu d'éminents services à la science et à l'humanité, et aussi, ajouterons-nous volontiers, par les noms des véritables bienfaiteurs de l'assistance publique. L'ouverture prochaine du nouvel Hôtel-Dieu et de l'hôpital de Ménilmontant, fournira à l'administration une occasion favorable de tenir compte du vœu de M. Brisson, que votre 4e commission vous propose d'adopter.

M. F. Duval était préfet lorsque nous avons lu ce rapport et quand l'Hôtel-Dieu a été ouvert ; aussi, a-t-on reproduit le nom des saints qui existaient à l'ancien Hôtel-Dieu. En ce qui concerne l'hôpital Ménilmontant devenu l'hôpital Tenon, l'Administration a tenu compte, quoique incomplètement, du vœu du Conseil.

VARIA

Service de santé militaire.

Rapport du ministre de la guerre. — M. le ministre de la guerre a envoyé le rapport suivant, en date du 15 juin, au président de la République française :

Monsieur le Président,

Le recrutement du Corps de santé militaire s'est accompli, depuis 1873, dans les conditions déterminées par la décision présidentielle du 5 octobre 1872, et les résultats obtenus par les concours annuels ont fourni les éléments plus que suffisants pour combler tous les vides qui se sont produits dans ses cadres. Mais les dispositions qui régissent le mode actuel d'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire n'étant plus en harmonie avec les nouvelles prescriptions universitaires, telles qu'elles résultent des décrets

des 20 juin, 12 juillet et 31 août 1878, portant règlements d'administration publique pour les études et les examens des aspirants au grade de docteur en médecine et au titre de pharmacien de 1re classe, il est devenu indispensable d'y apporter des modifications qui, d'après les propositions du médecin inspecteur, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, et après avis du Conseil de santé des armées, paraissent devoir porter sur les conditions à remplir par les candidats pour être admis au concours, et sur le régime scolaire à imposer aux élèves militaires commissionnés.

La décision du 5 octobre 1872 n'admettait à concourir que des étudiants sans inscriptions, et ceux à 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat en médecine, ou à 4 et 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe.

J'ai pensé qu'il serait avantageux que le concours fût ouvert à l'avenir: 1° Aux docteurs et aux étudiants en médecine à 16, à 12 et à 8 inscriptions qui auront satisfait aux examens correspondant au nombre de leurs inscriptions; 2° aux pharmaciens de 1re classe et aux candidats en pharmacie à 12, à 8 et à 4 inscriptions, et à ceux sans inscriptions qui auront satisfait à l'examen de validation d'un stage officinal de deux années.

Les candidats reconnus admissibles et commissionnés élèves du service de santé militaire, dans la proportion déterminée par les besoins du service, formeraient deux catégories: la première composée des élèves en cours d'études, et la seconde des docteurs en médecine et des pharmaciens de 1re classe.

Les élèves de la première catégorie seraient soumis à la même filiation dans leurs études, et aux mêmes épreuves que celles exigées des étudiants civils pour obtenir le diplôme de docteur en médecine ou celui de pharmacien de 1re classe, mais les élèves-pharmaciens ne seraient astreints qu'à deux années de stage officinal au lieu de trois.

Répartis suivant leur convenance et à leur choix, entre onze villes principales, y compris Paris, et attachés à l'hôpital militaire ou aux salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils pourraient concourir à l'exécution du service médical et pharmaceutique, en même temps qu'ils seraient tenus de suivre les cours et travaux pratiques de la Faculté ou de l'Ecole près de laquelle ils seraient inscrits.

Ces élèves ne porteraient pas d'uniforme et recevraient, à titre de subvention: les élèves-médecins à partir de la 13e inscription, et les élèves-pharmaciens à partir de la 9e, une somme fixée à 1,200 fr. par an, pour leur entretien et l'achat de leurs livres et instruments.

Les élèves de la seconde catégorie, comprenant les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe, passeraient à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires avec le titre de stagiaires, sous la condition expresse d'avoir satisfait aux épreuves d'un examen d'aptitude, conformément au programme publié chaque année pour les Concours d'admission et devant le même jury chargé du recrutement.

Pendant leur séjour à l'Ecole d'application, ils seraient initiés à l'exercice spécial de l'art dans l'armée, compléteraient leur instruction pratique et recevraient des notions d'administration et de législation militaires. La durée du stage serait rétablie à huit mois au moins. Après avoir satisfait aux examens de sortie, les stagiaires seraient nommés au grade d'aide-major de 2e classe.

L'administration de la guerre prendrait à sa charge tous les frais d'exercices pratiques, d'examens et de diplômes, et, en cas de démission et de licenciement pour inconduite ou insuffisance dans leurs examens, les élèves ou les stagiaires seraient tenus au remboursement intégral du montant des frais de scolarité, d'indemnité et de subvention. Ces dispositions assureraient, je l'espère, un recrutement régulier au corps de santé militaire, et c'est dans cette confiance que j'ai l'honneur de les soumettre à votre approbation.

Décret. — Le Président de la République française,

Vu le décret du 3 mars 1852, portant organisation du Corps de santé de l'armée de terre; vu le décret du 12 juin 1856, relatif aux Ecoles préparatoires et complémentaires du Corps de santé militaire; vu les décisions présidentielles des 5 octobre 1872 et 12 juin 1879, sur le recrutement du Corps de santé militaire; sur le rapport du ministre de la guerre, décrète:

Art. 1er. — Il y aura, chaque année, au mois de septembre, un Concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, d'après un programme arrêté par le ministre de la guerre et qui sera rendu public avant le 1er mai.

Art. 2. — Sont admis à concourir.

Pour les emplois d'élèves en médecine: 1° les étudiants ayant 8, 12 et 16 inscriptions pour le doctorat, et ayant subi avec succès les examens correspondant à la période de leur scolarité; 2° les docteurs en médecine.

Pour les emplois d'élèves en pharmacie: 1° les étudiants ayant subi avec succès l'examen de validation d'un stage officinal de deux années; ceux ayant 4 et 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant satisfait aux examens de fin d'année; 2° les étudiants ayant 12 inscriptions et qui ont subi avec succès le premier examen de fin d'études; 3° les pharmaciens de 1re classe.

Les autres conditions sont les suivantes: 1° être né ou naturalisé Français; 2° avoir eu au 1er janvier de l'année du Concours: moins de 22 ans pour les élèves en pharmacie sans inscriptions; moins de 23 ans (élèves en médecine à 8, et élèves en pharmacie à 4 inscriptions); moins de 24 ans (élèves en médecine à 12, et élèves en pharmacie à 8 inscriptions); moins de 25 ans (élèves en médecine à 16, et élèves en pharmacie à 12 inscriptions); moins de 26 ans (docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe); 3° avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée; cette aptitude, qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, pourra être vérifiée au besoin par le jury d'examen; 4° souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant 10 ans au moins, à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe. Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit. Les épreuves du Concours auront lieu devant un jury unique composé d'un médecin-inspecteur du service de santé militaire, président, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires désignés par le ministre de la guerre.

Art. 3. — Les candidats reconnus admissibles et classés par ordre de mérite reçoivent, dans la proportion déterminée par les besoins du service, une commission d'élève du service de santé militaire et sont divisés en deux catégories: la première comprenant les élèves en cours d'études ou en préparation des derniers examens pour l'obtention du diplôme universitaire, la seconde comprenant ceux qui ont subi avec succès les épreuves pour le grade de docteur en médecine ou le titre de pharmacien de 1re classe.

Art. 4. — Les élèves de la première catégorie sont répartis à leur choix et suivant leur convenance, entre les villes principales suivantes: Alger, Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Rennes et Toulouse, qui possèdent à la fois une Faculté de médecine et une Ecole supérieure de pharmacie, ou une Faculté mixte, ou une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, et un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil. Attachés à l'hôpital militaire ou aux salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils peuvent concourir à l'exécution du service médical et pharmaceutique, autant que le comportent les cours et travaux pratiques de la Faculté ou de l'école, qu'ils sont tenus de suivre.

Art. 5. — Ces élèves ne portent pas d'uniforme; ils sont soumis à certaines règles disciplinaires ayant pour but d'exercer un contrôle fructueux sur leurs études et sur leur conduite, conformément aux dispositions d'un règlement arrêté par le ministre de la guerre.

Art. 6. — Il est accordé aux élèves-médecins, à partir de la 13e inscription, et aux élèves-pharmaciens, à partir de la 9e inscription, pendant deux années au maximum, une indemnité de 1,200 francs par an pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achat de livres et d'instruments.

Art. 7. — A dater de l'admission à l'emploi d'élèves du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont versés par l'administration de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève, et sa radiation immédiate des contrôles. L'autorisation de doubler une année d'études ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement avoir été empêché par la maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année. En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement du montant des frais de scolarité et d'indemnité.

Art. 8. — Les élèves reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe composant la seconde catégorie passent, avec le titre de médecin ou de pharmacien stagiaire, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude au stage.

Art. 9. — L'enseignement qu'ils reçoivent à l'Ecole du Val-de-Grâce est essentiellement pratique, et a surtout pour but de les initier à l'exercice de l'art dans l'armée par des études complémentaires, des applications et notions d'administration et de législation militaires.

Art. 10. — Les stagiaires doivent être réunis à Paris du 1er au 10 novembre au plus tard. Ils sont rétribués à l'école sur le pied de 2,800 fr. par an, à titre de subvention; ils portent l'uniforme, et une indemnité de première mise d'équipement leur est accordée.

Art. 11. — Les stagiaires sortent de l'Ecole après huit mois de stage au moins, avec le grade d'aide-major de 2e classe, s'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Art. 12. — Les élèves qui n'auront pas satisfait à l'examen d'entrée, et les stagiaires qui n'auront pas satisfait à l'épreuve de sortie seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité et de subvention qui leur auront été alloués. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire, avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

Art. 13. — Toutes dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 14. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des Lois*, au *Journal militaire officiel*, et au *Journal officiel*.

Service des pharmaciens de seconde classe dans la réserve et l'armée territoriale.

En réponse à la pétition par laquelle M. le président de l'Association générale des pharmaciens de France demandait à M. le ministre de la

guerre que les pharmaciens de seconde classe fussent traités sur le pied d'égalité avec les pharmaciens de 1re classe, au point de vue du service dans la réserve et dans l'armée territoriale, M. Emile Genevoix a reçu de M. le ministre de l'agriculture et du commerce la lettre suivante, en date du 27 juin 1880 :

« Monsieur,

» M. le ministre de la guerre a examiné la demande que vous lui avez adressée pour obtenir que les pharmaciens de 2e classe soient, ainsi que ceux de 1re classe, dispensés des exercices et des manœuvres de la réserve et de l'armée territoriale.

» Mon collègue fait remarquer tout d'abord que, contrairement à l'assertion contenue dans votre pétition, tous les pharmaciens de 1re classe ne sont pas dispensés des exercices, mais seulement ceux qui, proposés pour des emplois de leur spécialité dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale, n'auraient pas encore été nommés. (Instruction du 15 juillet 1878 sur les appels.)

Il est vrai que, peuvent seuls être proposés pour des emplois dans les cadres dont il s'agit, les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe.

» Mais les instructions relatives aux appels disposent que « MM. les commandants de corps d'armée pourront ajourner et même dispenser exceptionnellement certains officiers de santé et pharmaciens de 2e classe qui ne peuvent, d'après la loi, obtenir un grade dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale, et dont le maintien serait reconnu absolument indispensable au point de vue des intérêts locaux. »

» M. le général Farre estime qu'il n'est pas possible d'aller plus loin, en convertissant en dispense générale une mesure exceptionnelle, uniquement motivée par la situation de quelques communes isolées ou éloignées d'un grand centre.

Hôpitaux de Paris.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices. Année 1880. — La composition écrite du Concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le mercredi 3 novembre 1880, *à midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Ce Concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'Administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux. Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consignée au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le *Bureau central qu'après trois années de doctorat.*

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au réglement, avant le 15 août, dernier délai.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 12. — 1er *de doctorat.* 1re *série:* MM. Béclard, Houel, Farabeuf; 2e *série* : MM. Fournier, Nicaise, Cadiat. — 1er *de doctorat* (Nouveau mode) : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — 3e *de doctorat* : MM. Lutz, Gariel, Henninger. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron.

MARDI 13. — 1er *de doctorat.* MM. Perrier, M. Sée, Richelot. — 2e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Peter, Houel, Hallopeau ; — 2e *série* : MM. Charcot, Delens, Lancereaux. — 1er *de doctorat* (Nouveau mode): MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 3e *de doctorat.*: MM. Laboulbène, Gariel, Bourgoin. — 4e *de doctorat* : MM. G. Sée, Jaccoud, Grancher. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité): MM. Gosselin, Bouchard, Polaillon ; — 2e *série* (Charité) ; MM Lasègue, Pinard, Berger ; — (1re *partie.* Nouveau mode. Charité): MM. Panas, Lannelongue, Charpentier. — 2e *de fin d'année.* MM. B. Anger, Ch. Richet, Cadiat.

MERCREDI 14. — Pas d'actes.

JEUDI 15. — 1er *de doctorat.* 1re *série* : MM. Farabeuf, M. Sée, Perrier ; — 2e *série* : MM. Panas, B Anger, Richelot ; — 3e *série* : MM. Gosselin, Delens, Berger. — 3e *de doctorat* : MM. Lutz, Gariel, Henninger. — 4e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Ball, Brouardel, Grancher ; — 2e *série* : MM. Lasègue, Bouchard, Duguet ; — 3e *série* : MM. Jaccoud, Hardy, Rigal — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Necker): MM. Potain, Guyon, Chantreuil. — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Pinard, Monod. — 2e *fin d'année:* MM. Lannelongue, Ch. Richet, Polaillon.

VENDREDI 16. — 1er *de doctorat* (Nouveau mode) : MM. Regnault, G. Bouchardat, de Lannessan. — 3e *de doctorat* : MM. Lutz, Gariel, Bourgoin. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Fournier, Guéniot, Pozzi ; — 2e *série* (Charité) : MM. Guyon, Potain, Chantreuil ; — 3e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Ball, Polaillon ; — 4e *série* (Pitié) : MM. Peter, Pinard, Terrillon ; — 5e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Panas, Charpentier. — 2e *fin d'année.* 1re *série* : MM. Houel, Marchand, Cadiat ; — 2e *série* : MM. Béclard, Monod, Farabeuf.

SAMEDI 17. — 1er *de doctorat* : MM. Perrier, B. Anger, Richelot. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, M. Sée, Farabeuf. — 1er *de doctorat* (Nouveau mode) : MM. Lutz, Gariel, Henninger. — 3e *de doctorat* : MM. Laboulbène, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Peter, Brouardel, Grancher ; — 2e *série* : MM. Jaccoud, Ball, Hallopeau ; — 3e *série* : MM. Charcot, Bouchard, Rigal. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Panas, Charpentier ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Lasègue, Pinard, Berger ; — 3e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Hardy, Polaillon. — 4e *série* (Necker) : MM. Potain, Guyon, Chantreuil.

THÈSES. — *Lundi* 12 : 296. M. Toussaint : Influence du pneumothorax sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. — 297. M. Boisson : Contribution à l'étude des complications laryngées de la phthisie pulmonaire. — 298. M. Trémoureux : Pathogénie des abcès du sinus maxillaire. — *Mardi* 13 : 299. M. Regis : La folie à deux. — 300. M. Gendre : Du xanthelasma. — 301. M. Delecluse : Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice. — 302. M. Rousseau : Des accès de dyspnée dans les maladies du cœur et de l'aorte. — *Jeudi* 15 : 303. M. Lambin : Essai sur le rhumatisme aigu des voies digestives. — 304. M. Pellot : De la ladrerie chez l'homme.

Deux cas de mort par le bromure d'éthyle.

On lit dans le *Philadelphia Medical Times* (5 juin 1880) : « La mort d'un malade, due à l'anesthésie par le bromure d'éthyle, au Jefferson médical college Hospital, fera, nous l'espérons, reconnaître les dangers de cet agent ; il s'agit d'un homme qui, au moment de subir l'opération de la taille, expira tandis qu'on commençait à inciser la peau. L'anesthésie était surveillée par le Dr Leuri lui-même ; il est donc probable qu'on ne pourra donner de cet accident aucune excuse valable. Nous apprenons d'autre part, du professeur Paucoast, qu'il vient également d'observer un cas de mort par le bromure d'éthyle. Il semble donc que, tout en rendant hommage à l'initiative et au courage des chirurgiens qui ont préconisé cet anesthésique, on ne devra l'employer désormais qu'avec la plus grande circonspection. »

Congrès otologique international de Milan.

PROGRAMME. — Les séances auront lieu : Vicolo Santo Spirito, n° 49.

Dimanche 5 septembre : A 7 heures 1/2 du soir : Réunion chez Biffi, Galleria Vittoria Emmanuele.

Lundi 6 : Séance à 9 heures du matin. Ouverture du Congrès par M. Voltolini, président provisoire et par un membre du Comité local. Election du président définitif et des deux secrétaires qui, avec deux autres membres à élire, formeront le Comité de rédaction. Ce Comité sera chargé de rédiger et de faire imprimer le compte-rendu des séances qui sera envoyé à chaque membre du congrès. — En s'inscrivant sur la liste de présence, chaque membre payera la somme de 20 francs, destinée à couvrir les frais d'impression et autres. A l'effet d'obtenir une publication prompte et exacte du compte-rendu des séances, chaque orateur est prié, après avoir terminé sa communication, d'en remettre une copie au Comité de rédaction. L'élection terminée, les communications commenceront. De midi à 2 heures, suspension de la séance. De 2 à 4 heures, reprise de la séance. A 6 heures 1/2 du soir, banquet chez Biffi.

Mardi 7 : Séance à 9 heures du matin. Désignation de l'époque et de l'endroit où se tiendra le prochain Congrès otologique international. Election du Comité préparatoire. Communications. Dans l'après-midi, excursion à Pavie.

Mercredi 8 : Séance à 9 heures du matin. Communications. Suspension de la séance de midi à 2 heures. De 2 à 4 heures, reprise de la séance. A 6 heures 1/2 du soir, banquet chez Biffi.

Jeudi 9 : Séance de clôture à 9 heures du matin. Dans l'après-midi, excursion dans une direction encore à déterminer.

Articles spéciaux. — Les commucications pourront être faites dans la langue que l'orateur choisira. Les discussions pourront avoir lieu en français, en allemand ou en anglais ; si l'orateur ne possède aucune de ces trois langues, il parlera dans la sienne, et un autre membre sera chargé de traduire ses paroles.

Ordre des communications annoncées jusqu'au 1er juin.

1. M. Voltolini (Breslau) : De l'examen anatomo-pathologique de l'organe de l'ouïe et en particulier du labyrinthe, avec démonstrations. — 2. M. Politzer (Vienne) : *a)* Résultats de l'examen anatomo-pathologique du labyrinthe. *b)* Expériences sur la Paracusis Willisii. — 3. M. Lœwenberg (Paris) : « Pourquoi certains sourds tiennent-ils la bouche entr'ouverte ? » — 4. M. Moos (Heidelberg) : *a)* Des maladies articulaires des mécaniciens et des chauffeurs des chemins de fer entraînant des dangers pour la société. *b)* Cas rare de blessure du côté gauche du crâne par un instrument aigu ; irritation passagère des nerfs moteur oculaire et pneumo-gastrique gauches ; paralysie permanente des nerfs facial et acoustique gauches. — 5. MM. Moos et Steinbrügge (Heidelberg) : Démonstration d'une préparation d'atrophie nerveuse du premier tour du limaçon ; sa valeur physiologique et pathologique. — 6. M. E. Ménière (Paris) : *a)* Du traitement de l'otorrhée chronique. *b)* Des moyens employés pour la dilatation de la trompe d'Eustache. *c)* Quelques considérations sur la maladie de Ménière. — 7. M. Hartmann (Berlin) : *a)* De la surdi-mutité. *b)* De la fonction du

voile du palais.— 8. M. Grazzi (Florence): Démonstration d'un nouveau tympanotome.— 9. M. E. Fournié (Paris) : Etude sur la propagation des ondes sonores vers le nerf de l'ouïe ; — rôle de la trompe d'Eustache.

Les communications pourront encore être annoncées jusqu'au 15 août à M. Moos (Heidelberg), et, à partir de cette époque jusqu'à l'ouverture du Congrès, à M. le Dr Sapolini (Milan, Palazzo Reale).

Société française de tempérance.

Programme des prix et récompenses à décerner en 1881. — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 2 juin 1880, a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

Mais la Société a mis particulièrement au Concours, pour l'année 1881, la question suivante : *Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications ?* Le prix sera de 2,000 fr. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1881. — Pour le Concours spécial, les mémoires écrits en français seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse. (Prix.)

Cette Société propose pour sujet de prix à décerner en 1881, la question suivante : *Des maladies de croissance.* Prix de la valeur de 300 francs.

Elle décernera aussi, en 1881, le grand prix Jules Naudin (valeur 1,000 fr. plus une prime de 200 fr. pour contribuer aux frais d'impression). Question proposée : *Des doctrines panspermistes étudiées au point de vue de la pathologie générale et de la clinique.*

Elle propose pour le concours de 1882 (prix 300 fr.) la question suivante : *Etude comparative de l'uréthrotomie interne et externe. En démontrer les avantages et les inconvénients.*

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être adressés francs de port, et dans les formes académiques, au secrétaire général de la Société avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur.

FORMULES

50. Dyspepsie des enfants. Steiner.

Nous reproduisons, d'après le *Compendium* des maladies des enfants du Dr Steiner, quelques formules employées souvent par le savant médecin de Prague, et qui peuvent être utiles dans le traitement de la dyspepsie des enfants. La dyspepsie issue d'une surcharge de l'estomac par des aliments difficiles à digérer et mal appropriés, condition qui se réalise plus particulièrement dans l'élevage artificiel des enfants, exige tout d'abord la délimitation et la régularisation du régime, dans un but déterminé A l'excès d'acide dans l'estomac, les moyens qui conviennent sont la magnésie et le bicarbonate de soude ainsi employés :

Bicarbonate de soude...............	0,20 à 0,50 centigr.
Eau distillée..........................	80 grammes.
Sirop simple	10 —

Toutes les deux heures, une cuillerée à entremets. Quand, au contraire, il y a prédominance d'alcalescence, c'est aux acides que l'on s'adresse, notamment à l'acide chlorhydrique très étendu :

Acide chlorhydrique dilué...........	10 gouttes.
Eau distillée...........................	70 grammes.
Sirop simple...........................	10 —

Toutes les deux heures, une cuillerée à café. On peut, de même, faire prendre à des jeunes enfants, une dose de un centigramme de pepsine avant chaque tétée.

La dyspepsie des enfants plus âgés, due à des défectuosités dans le régime, disparaît parfois au plus vite par l'administration opportune d'un vomitif et l'établissement d'un régime sévère. Les coliques de nature dyspeptique retirent du soulagement de l'emploi du moyen suivant :

Bicarbonate de soude...............	0,50 à 0,80 centigr.
Eau de fenouil.........................	80 grammes.
Sirop diacode..........................	10 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures. S'il existe en même temps de la constipation, il y a indication à prescrire :

Hydromel des enfants...............	40 grammes.
Eau de fenouil.........................	40 —
Eau de laurier-cerise................	15 gouttes.

Toutes les demi-heures, une cuillerée à café jusqu'à ce que l'on ait obtenu l'effet. (*J. de méd. et de chir. pratiques.*)

51. Acide tartrique dans le traitement local de la diphthérie. Vidal.

M. Vidal admet l'importance du traitement local de la diphthérie, traitement qui peut, dans une certaine mesure, prévenir la propagation des fausses membranes par auto-inoculation, comme il arrive dans certaines dermatoses communes, qui envahissent de proche en proche les surfaces saines de la peau, par suite d'une véritable inoculation des produits de sécrétion. Pour empêcher une semblable inoculation des produits de la diphthérie, M. Vidal emploie, depuis longtemps, le liquide suivant auquel il doit d'excellents résultats :

Acide tartrique...............	10 grammes
Eau distillée de menthe........	25 —
Glycérine....................	15 —

L'acide tartrique est l'agent actif, il réduit la fausse membrane à l'état gélatineux ; après quelques heures d'immersion dans le topique indiqué ci-dessus, les fausses membranes diphthéritiques forment une simple masse pulpeuse. M. Vidal n'hésite pas à se servir de l'acide tartrique dans tous les cas de diphthérie pharyngienne, sans négliger pourtant le traitement général, auquel il accorde une importance prépondérante.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du vendredi 25 juin au jeudi 1er juillet 1880, les naissances ont été au nombre de 1,302, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 426 ; illégitimes, 159. Total, 585. — *Sexe féminin* : légitimes, 568 ; illégitimes, 149. Total, 717.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab.—Du vendredi 25 juin au jeudi 1er juillet les décès ont été au nombre de 981, savoir : 513 hommes et 468 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde: M. 17. F. 9. T. 26. — Variole: M. 22. F. 26. T. 48. — Rougeole : M. 24. F. 15. T. 39 —Scarlatine : M. 8. F. 3. T. 11.—Coqueluche : M. 10. F. 8. T. 18.—Diphthérie. Group : M. 22. F. 18. T. 40.—Dysentérie : M. ». F. ». T. ». — Erysipèle: M. 6. F. 3. T. 9.— Affections puerpérales : F. 5. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 79. F. 62. T. 141. — — Autres tuberculoses : M. 31. F. 33. T. 64. — Autres affections générales : M. 46. F. 60. T. 106. — Bronchite aiguë : M. 26. F. 16. T. 28. — Pneumonie : M. 33. F. 27. T. 60. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 46. F. 48. T. 94. — Autres maladies locales : aiguës : M. 26. F. 35. T. 61; — chroniques : M. 33. F. 29. T. 62 ; — à formes douteuses : M. 1. F. ». T. ». — Après traumatisme : M. I. — Morts violentes : M. 24. F. 9. T. 33. — Causes non classées : M. 6. F. 3. T. 9.

Morts-nés et prétendus tels : 80, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* Légitimes, 31 ; Illégitimes : 17. Total, 48. — *Sexe féminin* : Légitimes, 20 ; Illégitimes, 12. Total 32.

Hospice de la Reconnaissance (Fondation Brezin). *Concours pour une place de médecin.* — Quatre candidats se sont fait inscrire pour subir ce concours. Ce sont MM. les Drs Berguin, Eloy et Veyreneuf et M. Gilles, interne de quatrième année des hôpitaux de Paris.

Hopitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecins au Bureau Central.* — Ont été admis à prendre part à la troisième épreuve : MM. Cadiat, Cuffer, Danlos, Dreyfus-Brissac, Homolle, Jean, Letulle, Lorey, Moutard-Martin, Oulmont, Renault, Roques, Tapret. — Les questions orales de la deuxième épreuve ont été les suivantes : *Complications du diabète ; — Du rhumatisme cérébral ; — Des hémiplégies de la face ; — Des complications pulmonaires de la rougeole ; — Les parotides.*

Muséum d'histoire naturelle. — M. Oustalet, docteur ès sciences, aide-naturaliste du cours de Zoologie (mammifères et oiseaux), a commencé des conférences d'ornithologie dans la galerie de Zoologie du Muséum, le vendredi 9 juillet 1880, à 2 heures et demie, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Ces conférences auront pour objet l'étude des oiseaux de proie diurnes et particulièrement ceux appartenant à la forme européenne.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le professeur Benoit est nommé doyen en remplacement de M. Moitessier, dont la démission est acceptée.

Faculté de médecine de Lille.— M. Leroy (Charles), docteur en médecine, est nommé préparateur du cours d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le Dr Gallois est institué suppléant des chaires de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements, pour une période de neuf ans.

Médecins de la marine. *Concours.* — En exécution des règlements et des décrets concernant le Corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les Ecoles de médecine navale de Toulon, de Brest et de Rochefort, à partir du 1er septembre 1880, et dans le but de pourvoir à 22 emplois d'aide médecin et à un emploi d'aide pharmacien.

Missions scientifiques. — M. le Dr Périer, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux et M. le Dr Fischer, aide naturaliste au Muséum, sont nommés membres de la commission chargée de l'exploration scientifique du golfe de Gascogne.

Société de médecine légale. — Cette société tiendra sa prochaine séance le 12 juillet 1880, au lieu ordinaire des séances. — Ordre du jour : 1° Sur le développement des alcaloïdes cadavériques (Ptomaines), par MM.

Brouardel et Boutmy. — 2° De l'empoisonnement accidentel par le sulfate neutre d'atropine employé en collyre, par M. de Beauvais. — 3° Rapport de M. Napias, sur une brochure de M. Dally.

SOCIÉTÉ NATIONALE D'AGRICULTURE DE FRANCE. — Cette Société, dans sa séance publique annuelle du 13 juin 1880, a décerné : 1° le prix Béhague à M. le Dr Davaine, pour ses travaux sur la maladie charbonneuse; 2° des médailles d'or à l'effigie d'Olivier de Serres, à M. Laffitte, vétérinaire à Puimirol (Lot-et-Garonne), pour son mémoire sur les frictions et le massage appliqués comme méthode curative à la médecine vétérinaire, et à M. Zundel, vétérinaire supérieur du gouvernement d'Alsace-Lorraine, pour son mémoire sur l'étiologie des distomatoses ou cachexie aqueuse des moutons; à M. Mansuy, vétérinaire à Remiremont (Vosges), pour son mémoire sur la castration des vaches; 3° une médaille d'argent à M. Sylvain Pichon, vétérinaire à Château-Gontier (Mayenne), pour son étude agricole, économique, statistique et zootechnique de Château-Gontier.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera dimanche prochain, 11 juillet, une excursion géologique à la Côte Saint Martin, Pierrefitte, Morigny et Jeurre. — Réunion à la gare d'Orléans, où l'on prendra à 6 heures 50 le train pour Étampes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Sur le rapport de M. Boddaert, l'Académie vient de décerner : 1° un prix de 300 fr. à M. du Moulin (de Gand), pour son mémoire sur l'*action locale des acides dilués*; — 2° un second prix de 300 fr. à partager entre M. Thiriar (de Bruxelles), pour son mémoire traitant de la *pleurésie purulente chez les enfants, considérée surtout au point de vue de son traitement par l'aspiration et les injections iodées, après anesthésie par le chloral*, et M. Casse (de Bruxelles), pour son travail intitulé : *De l'absorption de certains gaz dans l'économie et leur élimination*.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de Lourcine. — Service de M. Martineau. Clinique syphiligraphique du samedi, 9 h. Salle Saint-Louis. — 3, métrite chlorotique ; adéno-lymphite, syphilis, syphilides vulvaires, folliculite syph. ; 12, métrite chlorotique, adéno-lymphite gauche, leucorrhée abondante ; 16, pédérastie, métrite, adéno-lymphite, herpès de la vulve, chancre infectant de l'anus ; 21, syphilis, chancre infectant de la fourchette ; 27, métrite chronique, adéno-lymphite double, latéro-version droite, rétro-flexion ; 34, chancre anal, pédérastie.

Clinique gynécologique du mercredi, 9 h. Salle Saint-Alexis. — 10, syphilis, syphiloïdes vulvaires, végétations, métrite, adéno-lymphite ; 13, syphilis, métrite chronique, adéno-lymphite droite, ulcérations folliculaires ; 32, métrite chronique adéno-lymphite, manuélisation, saphisme ; 33, masturbation manuelle et par croisement des cuisses, métrite, rétroflexion, adéno-lymphite gauche, chlorose ; 35, métrite, adéno-lymphite, saphisme.

CERF ET FILS, IMP., 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

8e ANNÉE. — N° 29. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 17 JUILLET 1880.

Le Progrès Médical

THERAPEUTIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. J. SIMON.

Du Mercure (1).

Messieurs,

Les plaques muqueuses, si fréquentes à la période secondaire, exigent non-seulement un traitement général dont je viens de vous poser les bases, mais encore un traitement local. Le nitrate acide de mercure est, de beaucoup, le meilleur caustique que vous puissiez apposer aux plaques muqueuses, quel que soit leur siége. Vous en prendrez, comme je vous l'ai indiqué, une goutte, au moyen d'un petit morceau de bois dont vous essuyerez soigneusement l'extrémité, de manière à ce que le bout seul en soit humecté, et vous toucherez chaque plaque muqueuse en deux ou trois points. L'action du caustique est lente à se produire, mais sûre. Vous la répéterez tous les deux ou trois jours.

Après le traitement spécifique, une bonne hygiène, des conditions morales satisfaisantes, une médication tonique générale sont indispensables. Vous enverrez, si vous le pouvez, vos malades à la campagne, vous leur prescrirez un genre de vie régulier et sain, autant que possible exempt de préoccupations trop vives. Ils devront éviter tout excès, rester au lit douze à 13 heures, s'abstenir de tout aliment excitant, pris au moins en trop grande quantité : vin pur, thé, café, alcools, condiments trop épicés, etc.; enfin, vous combattrez chez eux toute cause d'affaiblissement, de dépression, la diarrhée, la dyspepsie.

Un moment viendra où le malade sera virtuellement exposé à des accidents tertiaires. C'est alors qu'au traitement mercuriel vous joindrez l'iodure de potassium, et que vous administrerez le traitement mixte sous sa meilleure forme, le sirop de Gibert, à la dose de une cuillerée à bouche chaque jour; mais vous attendrez, pour en arriver là, que deux années au moins se soient écoulées depuis le début de la syphilis, car rien n'est plus défavorable que l'iodure de potassium donné prématurément à la période secondaire : il provoque les accidents qu'on voulait prévenir, et leur donne un caractère de gravité tout particulier.

Il en serait autrement, cependant, si les accidents tertiaires se montraient de bonne heure. Le sirop de Gibert est encore indiqué dans les cas de syphilis tardives chez l'enfant, l'adulte ou le viellard, mais alors vous devrez recommencer à nouveau tout le traitement, et, avant de donner le traitement mixte, soumettre le malade à un traitement préparatoire par les frictions mercurielles.

L'action du sirop de Gibert est surtout remarquable dans les ulcérations profondes de la gorge : vous pourrez en obtenir des effets merveilleux et, si vous intervenez à temps, éviter à vos malades des infirmités que la chirurgie plastique et la prothèse seraient peut-être impuissantes à atténuer plus tard. Vous vous rappelez cette petite fille qui nous fut amenée, il y a peu de temps, pour une perforation de la voûte palatine, et vous avez vu avec quelle rapidité nous en avons obtenu la disparition presque complète. Vous avez pu constater également, dans les hôpitaux consacrés aux adultes, avec quelle efficacité le traitement mixte agissait contre les exostoses claviculaires ou tibiales, et contre ces gommes qui peuvent, en peu de temps, perforer le voile du palais ou disséquer toute une région, comme la région sterno-mastoïdienne où on les rencontre assez souvent.

D'autres fois, néanmoins, les accidents de la syphilis seront plus graves : vous verrez la période secondaire se signaler par des éruptions polymorphes tenaces et répétées, et ceux de la période tertiaire ne pas attendre le long intervalle qui les sépare généralement de ces derniers. Enfin, la syphilis présente quelquefois un caractère de malignité terrible. Il faut agir avec la plus grande énergie.

Alors, Messieurs, vous devrez laisser de côté le traitement par le protoiodure de mercure, qui est trop peu actif, et recourir aux frictions mercurielles, comme dans la syphilis infantile ; vous devrez donner de bonne heure le sirop de Gibert à haute dose et vous entourer de tous les moyens prompts à relever le moral du malade et fortifier son état général. C'est alors que la campagne, une vie large et facile, le quinquina, l'arsenic, le fer et surtout l'iodure de fer prendront dans le traitement une place importante.

On a reproché aux frictions mercurielles de produire trop facilement la salivation et d'exposer à une stomatite toujours grave et douloureuse. A cela, Messieurs, je répondrai que je recherche la stomatite, c'est pour moi une pierre de touche de l'efficacité du traitement, je ne crains pas une stomatite légère, car j'ai le moyen de la guérir et surtout de la prévenir; quant aux stomatites graves, assez communes autrefois, alors qu'on donnait exclusivement le mercure en frictions et d'après la méthode d'élimination, elles sont infiniment rares, aujourd'hui qu'on l'administre avec plus de circonspection.

Il est cependant des prédispositions individuelles à la stomatite. Les documents ne manquent pas sur ce sujet. Ces cas sont rares, d'ailleurs, je n'en ai vu jusqu'ici que deux ou trois.

Vous préviendrez, presque à coup sûr, le développement d'une stomatite sérieuse en recommandant à vos malades de se rincer les dents et de se gargariser soir et matin et après chaque repas, avec de l'eau chaude chargée de la mixture suivante que je vous recommande comme un excellent dentifrice :

Eau de Botot artificielle........	200	grammes.
Alcoolature de cochléaria........	10	—
Teinture de quinquina........	8	—
Teinture de cachou............	4	—
Teinture de benjoin............	2	—

Si, malgré ces soins, un peu de stomatite se déclarait, vous trouveriez dans le chlorate de potasse un remède certain ; vous prescririez alors, à l'intérieur, une potion contenant 4 grammes de chlorate de potasse et une collutoire avec 10 grammes de chlorate pour 30 grammes de glycérine.

Il est difficile de préciser le moment où le malade peut jouir de quelque sécurité, reprendre une vie très active et se relâcher un peu de la rigueur du traitement. Vous avez dans l'action des eaux minérales, un moyen d'épreuve en même temps qu'un agent thérapeutique. Envoyez votre syphilitique à Aix, Luchon, par exemple, si la maladie n'est pas encore épuisée, vous ne tarderez pas à apprendre que quelques manifestations cutanées ont reparu, sous l'influence de l'excitation produite par les eaux sulfureuses.

Vous serez bien souvent consultés sur des questions auxquelles je vous engage à ne pas répondre d'une façon précise ; les malades vous demanderont si, après un long traitement, ils peuvent se considérer comme guéris, et s'il leur est permis de se marier. Si les eaux sulfureuses n'ont réveillé aucune manifestation syphilitique, répondez-leur : « Oui, j'espère que vous êtes guéri ou du moins à » l'abri d'accidents futurs, mais surveillez-vous de près » et souvenez-vous que tout ce qui pourra vous arriver par

(1) Voir les nos 20, 22, 23, 25 et 27.

» la suite peut être mis sur le compte de votre syphi-» lis. Ne manquez donc jamais, quoi qu'il arrive, de pré-» venir votre médecin de cet accident de votre vie. » Cette recommandation, Messieurs, est d'autant plus importante que bien souvent les malades perdent, en quelque sorte, le souvenir de leur maladie passée, surtout si elle a été légère.

Affections parasitaires. — Le mercure s'emploie dans un grand nombre d'*affections parasitaires*, notamment les *teignes*, les vers intestinaux et les pédiculi.

Vous connaissez le traitement classique des teignes tondantes et faveuses. Sur la tête de l'enfant, nous appliquons des cataplasmes pendant 12, 24 à 48 heures pour faire tomber les croûtes ; nous faisons ensuite des lavages à l'eau chaude et au savon noir, deux fois par jour, matin et soir, puis nous l'imbibons d'une solution de sublimé à 4 pour mille, et nous la couvrons de pommade au turbith minéral. Tous les quinze jours, pendant les premiers mois, on pratique une série d'épilations comprenant la région atteinte et la zone qui l'environne, plus tard, on éloigne les épilations et on arrache seulement les cheveux malades. Enfin, on institue un traitement général tonique et anti-scrofuleux dont les principaux éléments sont : le vin de quinquina, le sirop antiscorbutique, l'iodure de fer, l'huile de foie de morue. De temps en temps, les lotions mercurielles peuvent être suspendues et remplacées par des badigeonnages de glycérine iodée : cette mixture desséchée forme une sorte de vernis qui, arraché par lambeaux, entraîne un bon nombre de cheveux et constitue un procédé d'épilation rapide bien moins douloureux que celui de la calotte.

La tête des teigneux devra toujours être couverte d'un bonnet de toile, renouvelé chaque jour ; faute de cette précaution, les champignons se fixeraient dans la coiffure et éterniseraient la maladie.

Le *pityriasis versicolor* caractérisé également par un champignon, est traité par les lotions de sublimé unies à l'usage de la pommade soufrée (4 gr. pour 30 gr.)

Même traitement pour le *pityriasis capitis* de nature parasitaire. (Lotions de sublimé et pommade au précipité blanc.)

Parmi les *vers intestinaux*, les oxyures sont les parasites les plus rebelles au traitement. Ils résistent pendant plusieurs années, causent des démangeaisons insupportables et une foule de phénomènes sympathiques, tels que des troubles gastriques et un état nerveux particulier.

Contre les oxyures, je vous engage à prescrire de temps en temps un biscuit à la santonine de 0 gr. 10, suivi immédiatement d'une prise de 0 gr. 50 de calomel. Tous les soirs, un lavement composé d'infusion de plantes aromatiques : absinthe, pyrèthre ou fenouil, ou un lavement d'eau chargée de phénol (1 cuill. à café par verre).

Il est également utile d'enduire la muqueuse rectale, une à deux fois par semaine, de la pommade ci-contre :

Onguent napolitain......	10	grammes.
Camphre.............	2	—
Axonge.............	30	—

Le même traitement convient aux ascarides lombricoïdes (biscuit à la santonine et calomel). Contre le tœnia, vous aurez successivement recours, tous les mois, jusqu'à complète expulsion de la tête, au kousso, à l'écorce de grenadier, à l'extrait éthéré de fougère mâle, aux pépins de courges, dont l'administration sera suivie d'une dose de 0,50 de calomel.

Contre les poux, les onctions à l'onguent napolitain suffisent pour tuer l'animal et sa lente.

Maladies de la peau. — Dans une conférence précédente sur l'arsenic, je vous ai déjà entretenu des affections cutanées d'origines dartreuses, arthritiques. Les manifestations scrofuleuses seront traitées à leur heure. Laissez-moi vous dire un mot du traitement topique de quelques dermatoses démangeantes.

Les préparations hydrargyriques ont une action merveilleuse dans les affections prurigineuses, de quelque nature qu'elles soient, et principalement dans celle qui en est le type au point de vue de la démangeaison. Vous prescrirez dans ces cas, des lotions fréquentes avec une solution de sublimé à 4 pour 1000, sans oublier le traitement général qui sera, par exemple, alcalin, si l'affection prurigineuse est, comme cela arrive souvent, sous la dépendance de l'arthritis, ou arsénical, si l'affection est d'origine dartreuse.

L'eczéma chronique, de nature herpétique, se traite localement avec avantage par les mercuriaux. Tout en prescrivant l'usage interne de l'arsenic, conseillez des lavages à l'eau chaude légèrement savonneuse, et couvrez la région malade d'un enduit de pommade à l'oxyde rouge (0,50 centigrammes pour 30 grammes). Pour peu que l'affection soit étendue, je vous engage à mettre en œuvre le traitement par l'emmaillottement à l'aide de la toile caoutchouquée, et à ne faire usage de la pommade précédente qu'au déclin nettement accusé de l'inflammation cutanée.

Contre la plupart des affections squameuses, vous serez toujours autorisé à chercher un modificateur puissant dans la pommade à l'oxyde rouge ou dans des préparations biiodurées hydrargyriques.

Je vous en dirai autant du lupus scrofuleux, contre lequel j'ai essayé bien des topiques, entre autres ces mêmes pommades au biiodure de mercure, et que j'ai fini par traiter simplement par des applications locales de toile caoutchouquée. Il faut employer simultanément, bien entendu, les toniques, quinquina, fer, café et surtout l'huile de foie de morue prise à haute dose.

Contre le lupus syphilitique, le nitrate acide de mercure, la pommade biiodurée, ont une efficacité non douteuse et qui aide manifestement l'influence interne des agents mercuriaux.

Certaines dermatoses syphilitiques, invétérées, indurées ou ulcéreuses nécessitent l'usage des fumigations au cinabre.

Les ulcérations serpigineuses, phagédéniques, connues sous le nom de chancre phagénique, ne sont pas de nature syphilitique ; c'est un accident grave sans doute, mais nullement dû à l'empoisonnement syphilitique affectant une marche envahissante, tenace à l'extrême; gardez-vous de le combattre par l'usage interne du mercure. Au contraire, le mercure débiliterait le malade qu'il faut tonifier. C'est bien là une nouvelle preuve de la spécificité du mercure. Notez qu'il s'agit d'une affection très sérieuse qui, partie des organes génitaux, peut s'étendre jusqu'à l'abdomen et la partie supérieure de la cuisse. Il est donc important d'être bien fixé sur son traitement. Vous aurez donc à instituer un traitement général essentiellement tonique, fer, quinquina, huile de foie de morue, viandes noires, séjour au grand air, à la campagne.

Ayez grand soin de veiller sur l'état du sommeil, des fonctions digestives de votre malade. Localement, vous mettrez des poudres de calomel, d'iodoforme ; vous laverez avec une solution de sublimé ou d'eau phagédénique, dont je vous ai donné la formule ; vous cautériserez les bords rongeants avec le nitrate acide de mercure. Mais, retenez-le bien, bannissez le mercure de l'usage interne.

Affections congestives et inflammatoires. — La méningite et surtout la méningite tuberculeuse des enfants constituent une maladie absolument incurable, lorsque les caractères fondamentaux (l'irrégularité du pouls et de la respiration), sont dûment constatés. Arrivée à certaine période que vous connaissez, elle ne laisse plus d'espoir. Mais, au début, avant l'évolution complète des signes pathognomiques, vous devez les combattre énergiquement, d'autant plus que la congestion et la pseudo-inflammation des méninges les simulent à s'y méprendre.

En voulez-vous un exemple.

Nous avons en ce moment sous les yeux une petite fillette de quatre ans, qui a été prise en août 1878, il y a plus d'un an, de symptômes si nettement accusés, que les trois médecins qui lui donnaient des soins ont cru devoir prévenir

la famille de leur impuissance. Ils ont néanmoins mis en œuvre des moyens très énergiques (sangsues, vésicatoires sur la nuque et le crâne, et mercuriaux à l'intérieur). Au bout d'un mois, l'enfant était sauvée, — la voici, — elle reste atteinte d'attaques éclamptiques et d'hémiplégie gauche, sans altération ni de la parole ni de l'intelligence. Elle ne présente aucun signe de la paralysie infantile (atrophies partielles). D'un embonpoint remarquable, gaie, jouissant de tous les attributs d'une belle santé, elle reste aujourd'hui frappée d'une lésion plastique siégeant dans l'écorce du cerveau, vers le sillon de Rolando.

Il s'agissait bien ici d'un des cas rares de méningite localisée, parvenue à une guérison incomplète. Mais vous n'ignorez pas qu'il existe des congestions intenses des méninges et du cerveau qui en imposent pour des méningites au début. Conséquemment, ce n'est pas une affaire de convenance, ce n'est pas un leurre que le traitement à cette période. Ponr être exceptionnels, ces cas n'en sont pas moins authentiques. En pareille occurrence, au début de la méningite et des congestions, instituez le traitement suivant chez les enfants, — deux sangsues aux apophyses mastoïdes, vésicatoires coup sur coup à la nuque, sur la tête, calomel à dose fractionnée; — continuez cette médication sans prononcer le mot de méningite. Parlez de fièvre cérébrale jusqu'à la seconde période, jusqu'au moment où le pouls inégal, irrégulier, ralenti, ne laissera plus de place au doute.

Dans la *péritonite,* surtout lorsqu'elle est localisée au petit bassin, et provient de lésions des organes génitaux internes chez la femme, le mercure doit être administré à l'intérieur sous forme de calomel, et à l'extérieur en frictions d'onguent napolitaiu auquel on ajoute une quantité égale d'onguent belladoné, pour agir contre les douleurs qui accompagnent la phlegmasie péritonéale. Cette médication marche de pair avec l'application de sangsues. Chez l'enfant où on ne voit que la péritonite par perforation et la péritonite tuberculeuse, vous aurez moins souvent l'occasion de l'appliquer.

Dans la *pleurésie,* le mercure se donne à titre de purgatif et d'antiphlogistique, sous forme de calomel. à dose de 0,50 dans le premier cas, et à doses fractionnéesde 0 gr. 01 dans le second.

La pommade au bi-iodure de mercure s'emploie dans les *blépharites.* Contre les affections congestives du globe oculaire, je donne le mercure à titre de dérivatif, et de purgatif, sans aller jusqu'à la salivation. Je suis loin de rejeter une médication aussi prônée, mais je ne vous conseille pas d'atteindre ce degré d'inflammation, vous avez dans le sulfate de quinine un décongestif qui n'a pas les mêmes inconvénients.

Le calomel est un modificateur excellent des taies de la cornée. On le mélange avec de la poudre de sucre et on l'insuffle, une ou deux fois par jour, sur la région malade.

Affections générales. — Le mercure a été donné dans les affections typhoïdes et dans les fièvres éruptives, notamment la variole. Beaucoup de médecins l'ont préconisé dans la diphthérie.

Quant à moi, Messieurs, je le rejette complètement de la thérapeutique de l'angine diphthéritique à laquelle j'oppose vous le savez, des cautérisations au jus de citron, des lavages au moyen d'un irrigateur avec de l'eau chargée de vinaigre aromatique, et les toniques, principalement sous forme de vin et d'alcool.

Ozène. — Permettez-moi de vous dire, en terminant, quelques mots d'une affection extrêmement tenace et très pénible, qui relève le plus souvent de la scrofule et de la syphilis : je veux parler de l'ozène.

Outre le traitement général, les bains sulfureux et les bains de mer, sans lesquels vous n'obtiendrez jamais, dans tous les cas de ce genre, de succès durable, vous dirigerez contre l'ozène scrofuleux la médication suivante :

Plusieurs fois par jour, vous ferez faire des injections avec de l'eau phéniquée à 4 pour 1000, et des insufflations de poudres de calomel et de sucre mélangées en proportions égales.

Au bout de quelque temps, vous substituerez au traitement précédent des injections de solution de sublimé à 8 pour 1000, et des insufflations de poudre d'iodoforme. Vous pourrez aussi essayer, avec chance de succès, les badigeonnages de teinture d'iode.

Dans l'ozène, dû à des ulcérations syphilitiques, le sirop de Gibert qui est si remarquablement actif contre les affections ulcéreuses des fosses nasales et de la gorge, vous rendra les plus grands services.

Je suis loin, Messieurs, d'avoir passé en revue toutes les applications thérapeutiques du mercure ; il eût fallu pour cela entrer, à propos de chaque affection et principalement à propos des affections cutanées, dans des développements que ne comporte pas le cadre restreint de ces conférences, et qui seront mieux à leur place lorsque je vous parlerai de ces maladies en particulier. J'ai voulu seulement vous donner des indications pratiques, qui vous permettront de vous servir du mercure dans les principaux cas où il est indiqué, et vous montrer les indications de ce médicament précieux, laissant à votre jugement, à votre initiative, le soin de suppléer aux détails que j'ai dû passer sous silence.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Leçons sur les affections nerveuses locales (1);

Par **B. BRODIE**; traduites de l'anglais par le Dr Douglas Aigre.

Cette manière d'envisager l'origine et la nature des affections hystériques se trouve confirmée par un fait, que j'ai souvent occasion de constater, et qui n'a pas, je crois, été signalé jusqu'ici par les auteurs. Chez les sujets prédisposés à cette maladie, il y a une faiblesse ou un relâchement évident des tissus, indépendamment de l'état présumé des tissus nerveux. Ainsi, il y a un certain relâchement des articulations, tellement marqué parfois, qu'elles sont le siége de véritables subluxations sans lacération de la synoviale ou des ligaments. Je me rappelle quelques malades qui, en faisant un effort, éprouvaient une sensation comme si des fibres musculaires ou des ligaments se déchiraient; il s'ensuivait parfois une très forte douleur siégeant dans les environs de l'articulation, et persistant pendant un certain temps. Il n'est pas rare que les petits vaisseaux sanguins se rompent de façon à produire une petite hémorrhagie, quoiqu'il n'y ait rien de malade dans la région intéressée. C'est surtout dans les vaisseaux des muqueuses que l'on constate ce phénomène. Ce n'est pas, néanmoins, que ce tissu soit le siége exclusif d'hémorrhagie. Dans un cas j'ai constaté des hémorrhagies par l'oreille.

Tous ces phénomènes sont, à proprement parler, l'expression d'un défaut de puissance physique, c'est là, en effet, le caractère prédominant de la maladie hystérique. Un grand nombre d'hystériques souffrent du froid aux pieds et aux mains, ont un pouls faible, très peu d'appétit et sont fatiguées au moindre effort; elles présentent une prédisposition particulière aux incurvations de la colonne vertébrale. Quelquefois, dans les parties du corps qui sont le plus exposées à la température ambiante, ou qui sont situées le plus loin du centre circulatoire, le bout du nez par exemple et les chevilles, la circulation est si faible que les parties prennent une teinte violacée, et parfois suivie de vésication, et même d'un peu de suppuration. Ces derniers symptômes suffisent à démontrer un manque d'innervation ; ils présentent une grande ressemblance avec ceux qu'on observe à la suite de violents traumatismes de la moelle ou d'un nerf périphérique. Un jeune homme éprouva un accident, à la suite duquel le nerf cubital fut coupé, juste en arrière du condyle interne du bras. La plaie guérit rapidement ; mais, quand il vint me consulter environ trois mois après, le petit doigt était froid, insensible, couvert de points bleus semblables à ceux qui précèdent la formation d'eschares. Une jeune fille entra il y a quelques années à l'hôpital, à la suite d'un accident semblable. Le petit doigt

(1) Voir les nos 26, 27 et 28.

était engourdi et froid, et, de temps en temps, toute la peau de cette région prenait une teinte bleue foncée. Il s'ensuivait toujours une large surface vésiculeuse, puis une ulcération superficielle qui guérissait, néanmoins, par la formation d'un nouvel épiderme; cette succession de phénomènes se répéta plusieurs fois pendant son séjour à l'hôpital.

Parfois, la prédisposition hystérique est manifestement sous la dépendance d'un vice de conformation du système nerveux, probablement congénital, et transmis de la mère à l'enfant; d'autres fois, il est évidemment le résultat d'une éducation mal comprise pendant les premières années de la vie. Dans ce dernier cas, cette prédisposition fâcheuse peut être combattue par l'application d'un meilleur régime. Dans le premier cas, on peut aussi agir d'une manière efficace pendant les années qui s'écoulent entre l'enfance et la puberté, dans le but d'améliorer la constitution et d'atténuer autant que faire se peut les effets de la maladie.

On ne peut rendre un plus grand service aux classes aisées de la société, qu'en expliquant aux parents combien le système ordinaire d'éducation tend à engendrer la prédisposition à ces maladies, chez leurs filles.

Pour mieux vous faire comprendre et pour mieux leur montrer ce qu'ils doivent faire et ce qu'ils doivent éviter, il vous suffira de faire ressortir la grande différence qui existe dans l'éducation des deux sexes. Les garçons vont en pension de bonne heure, prennent beaucoup d'énergie au grand air; leurs sœurs, au contraire, sont tenues à la maison renfermées dans des appartements, et ne se donnent que peu de mouvement. De plus, elles passent beaucoup plus de temps à l'étude que les garçons. Le cerveau est surmené aux dépens des forces physiques, et avec peu de bénéfice, en somme; car il est évident que ce travail intellectuel a bien moins pour but de remplir le cerveau de connaissances, que de le soumettre à un entraînement et d'y développer toutes les facultés, et que, toutes choses égales, on atteindra plus facilement ce but chez les enfants dont les fonctions animales sont en parfait état.

Ce que je vous dis là ne sert qu'à la prophylaxie de la maladie. Dans la pratique, vous avez affaire à des cas où l'état maladif du système nerveux est bien confirmé.

Je n'ai pas à m'occuper ici du traitement médical de l'hystérie, aussi n'en dirai-je que quelques mots.

Ainsi que je vous l'ai dit déjà, on ne trouve pas toujours de symptômes avérés chez la malade entachée d'hystérie, et on peut, par une sage intervention, rendre les accidents moins fréquents et moins sévères. Ces symptômes éclatent le plus souvent quand les forces physiques tombent au-dessous de la normale; il est donc raisonnable d'admettre, qu'en relevant les forces et en rétablissant la santé générale, on les fera disparaître. Aussi emploiera-t-on avec succès dans ces cas tous les médicaments toniques : fer, quinquina, sulfate de zinc, ammoniaque. La malade sera soumise à un régime fortifiant, prendra beaucoup d'exercice et habitera plutôt la campagne que la ville; son cerveau sera soumis à un travail agréable, mais ne sera pas surmené. Rien n'a d'effet plus fâcheux sur la disposition hystérique que l'ennui ou une vie oisive; l'esprit, obligé de se replier pour ainsi dire sur lui-même, se crée des sujets de chagrin et s'excite à la tristesse.

L'emploi des médicaments appelés anti-spasmodiques, tels que la valériane et l'assa fœtida, trouve son indication là où il y a plus qu'une simple prédisposition hystérique; mais où éclatent les symptômes de la maladie avérée. Les toniques qui sont utiles pour prévenir ces symptômes, sont efficaces aussi pour les faire disparaître, surtout quand la maladie prend une forme chronique, ainsi que cela se montre dans la plupart des cas que le chirurgien est appelé à soigner. C'est dans ces cas que j'ai employé, avec beaucoup de succès, le sulfate de cuivre sous forme de pilules, à petites doses, pendant longtemps. Il est un autre point qu'il ne faut pas négliger : il existe souvent un état particulier de l'organisme qui joue le rôle de cause occasionnelle dans le développement des symptômes hystériques, et qui est quelquefois justiciable de la médecine. Tantôt, ce sera une langue chargée avec accompagnement de constipation marquée, ou bien une menstruation vicieuse; dans ces cas, on tirera grand avantage des médicaments appropriés. Ou bien il n'est pas rare, dans les cas d'hystérie plus graves, de trouver dans les urines un grand dépôt d'acide urique sous forme de sable, ou encore les urines peuvent être très colorées et donner un dépôt amorphe, de couleur rosée, formé d'urate d'ammoniaque.

Dans ces deux cas, l'emploi d'alcalins combinés au mercure, aux purgatifs et à un régime sévère contribueront à amener la guérison, car, ici, l'état particulier de l'urine est plutôt la cause que l'effet de l'hystérie. Pour l'étude de ces questions, je vous renvoie à vos auteurs, mais je crois de mon devoir d'insister, d'une façon toute spéciale, sur quelques points concernant le traitement chirurgical des affections hystériques. Je commence par vous dire que j'aurai surtout à vous montrer ce que vous ne devrez pas faire, plutôt que ce que vous aurez à faire. Vous pourrez soulager parfois des douleurs hystériques, au moyen de frictions faites avec un liniment stimulant tel que le camphre que l'on peut aussi combiner à la teinture d'opium. Les applications d'emplâtres de belladone seront souvent utiles, mais on n'en obtiendra pas les effets remarquables que l'on constate dans les autres névralgies.

Vous calmerez encore des douleurs hystériques au moyen de lotions composées de camphre et de romarin.

D'autres fois, la vapeur d'eau donnera de bons résultats. Cette médication est souvent utile dans les cas de cette affection bizarre de la main et du poignet que j'ai discutée dans ma dernière leçon. Dans les cas où le membre malade est le siége de sensations alternatives de chaud et de froid, j'ai obtenu d'excellents résultats par le traitement suivant. Pendant ce qu'on appelle l'accès chaud, je fais appliquer sur le membre une compresse trempée dans un mélange alcoolique froid, et, quand la douleur a disparu et que survient l'accès froid, je fais recouvrir le membre d'un bas de laine épais et de taffetas gommé, pour s'opposer à l'évaporation. On enlève la toile imperméable quand l'accès froid est fini. A ce traitement local, on devra adjoindre l'emploi du sulfate de quinine, surtout là où ces symptômes présentent un caractère intermittent. Dans quelques cas de névralgie hystérique, on croit soulager la malade par la soustraction d'une certaine quantité de sang : sangsues, ventouses scarifiées, ou même saignées. Je ne doute pas que cette perte de sang soit parfois suivie de soulagements. Mais ce n'est jamais là qu'un résultat temporaire, et toutes les fois que j'ai vu employer ce genre de traitement, le résultat final a toujours été déplorable pour la malade. De fait, nous pouvons poser comme règle générale, que tout ce qui diminue les forces physiques tend à prolonger la durée des affections hystériques, quelle que soit leur nature, et rien n'agit dans ce sens avec plus d'efficacité que de fréquentes saignées. Si j'en crois mon expérience, les malades qu'on a soumises à ce traitement deviennent presque toujours absolument incurables, et je n'hésite pas à croire que souvent leur vie en a été écourtée.

Les vésicatoires, les ventouses et toute la classe des contre-stimulants ne font, la plupart du temps, qu'augmenter les souffrances, et il est une objection à toute espèce de médication locale qui trouve, ici surtout, sa place, c'est qu'elle détourne l'attention du médecin de la maladie générale. Je veux profiter de cette occasion pour ajouter qu'un des points les plus importants dans le traitement, c'est que l'esprit de la malade soit détourné, autant que possible, de ses souffrances. Le traitement institué devra être tel qu'il change le plus possible les habitudes ordinaires de la malade. Ainsi, dans le cas de névralgie hystérique du genou ou de la hanche, il est rare qu'une amélioration se rencontre tant que la malade reste étendue sur le sofa. La douleur pourra disparaître, mais il s'ensuit une sensation de faiblesse qui, bien plus que la douleur elle-même, rend la marche impossible, et qui, tout naturellement, ne fait que croître à mesure que le traitement se prolonge. Le premier pas vers la guérison est obtenu, quand la malade a assez de force de caractère pour se servir de son membre, malgré la douleur.

Il me reste à considérer un autre point, relativement au traitement chirurgical. Dans les affections hystériques des

extrémités, peut-on espérer tirer avantage de la section des nerfs qui se rendent à la partie malade, de façon à détruire toute communication avec le sensorium, ou de la disparition de la partie malade, par excision ou amputation. Si ma manière de voir — qui consiste à considérer ces affections comme dépendant du système nerveux en général, et non pas des régions où les symptômes s'accusent — si cette manière de voir, dis-je, est la vraie, on ne peut s'attendre à obtenir aucun résultat au moyen de ces opérations, et les insuccès, si nombreux dans les cas des tics douloureux ou de tétanos, viennent à l'appui de l'opinion que j'émets. La science pathologique n'est pas encore assez faite pour que nous ne tenions pas compte des leçons de l'expérience, et c'est là qu'il est bon de puiser des enseignements avant de porter un jugement définitif.

Dans un cas que j'ai déjà cité, et où il s'agissait d'une jeune fille qui fut prise de toute la série d'accidents hystériques graves, à la suite d'une piqûre au doigt, je crus devoir sectionner les nerfs des doigts, il y a longtemps de cela. Je fis une incision circulaire comprenant tous les nerfs, les vaisseaux, la peau et le tissu cellulaire jusqu'à l'os, sur les côtés et jusqu'aux aponévroses tendineuses en avant et en arrière. J'obtins comme résultat une légère aggravation dans la maladie.

En 1818, on me pria d'aller voir une dame qui souffrait d'une affection du genou. D'après ce qu'on me raconta, je crus avoir affaire à une inflammation de la synoviale de date ancienne, qui avait disparu après avoir produit des lésions ulcéreuses dans les autres tissus, le cartilage par exemple, et je prescrivis le traitement approprié. Je n'oserais affirmer que maintenant j'envisagerais le cas de la même manière, mais il en résulta dans les premiers temps une amélioration marquée ; plus tard, il est vrai, les symptômes s'aggravèrent d'une façon manifeste. La malade souffrait plus que jamais, à un tel point, qu'elle demanda qu'on lui fît l'amputation du membre. On me consulta de nouveau, mais d'après les renseignements qu'on me donna, je fus d'avis que les symptômes ne révélaient pas des lésions assez sérieuses et que l'amputation n'était nullement justifiée. Néanmoins, elle persista dans son intention, et deux chirurgiens éminents, cédant à sa prière firent l'amputation. Après l'opération, ils furent très surpris en disséquant le membre de ne rien trouver dans l'articulation malade, que le cartilage était seulement usé sur un point de très petite étendue, et qu'il n'y avait aucune autre altération. Le moignon guérit facilement, mais la malade ne fut pas soulagée. J'eus l'occasion de la voir plusieurs mois après l'opération : elle souffrait plus que jamais de douleurs intenses dans le moignon, avec des mouvements convulsifs dans les muscles qui font mouvoir le fémur sur le bassin.

Je dois à M. Soden la relation d'un cas qu'il a observé, dans lequel le membre fut également amputé au-dessus du genou, sans que le résultat, d'ailleurs, fût meilleur. Les douleurs se reproduisirent dans le moignon, et la malade souffrit autant après l'opération qu'auparavant.

J'ai trouvé la relation d'un troisième cas du même genre, dans l'ouvrage de M. Mayo. On fit l'amputation du genou et le moignon guérit. Peu de temps après, le moignon reçut un coup par hasard, et ce léger traumatisme fut suivi de douleurs absolument semblables à celles qui siégeaient autrefois dans le genou ; on fit une nouvelle amputation, mais le moignon ne fut pas plutôt guéri que la douleur revint. M. Mayo fit alors la section du nerf sciatique au niveau du bord inférieur du grand fessier. Dans les premiers temps, on crut à une guérison, comme cela avait eu lieu pour les opérations antérieures, mais la douleur revint aussitôt que la plaie fut guérie. C'est à ce moment que j'eus l'occasion de voir la malade ; la douleur était aussi forte que jamais. En somme, elle avait subi ces diverses opérations sans en tirer le moindre bénéfice.

On ne peut se refuser à l'évidence et beaucoup de cas semblables, que je pourrais vous énumérer, montreraient combien sont vaines toutes les tentatives de soulager ces affections, de nature hystérique, par une amputation. Néanmoins, on a donné des arguments dans le sens contraire. Une jeune femme fut saignée au bras dans le mois de juillet 1820 ; la petite plaie se guérit comme d'ordinaire, mais le 7 août, on la reçut à l'hôpital Saint-Georges pour une douleur de nature hystérique, siégeant surtout dans la cicatrice, mais s'étendant jusque dans la main, et en haut jusque dans l'aisselle, et dans tout ce côté du corps jusqu'au pied. De ce côté, d'ailleurs, la malade éprouvait un engourdissement très marqué. Le bras tout entier était froid, violacé, et la peau présentait une sensibilité exagérée. Le 25 août, j'excisai la cicatrice, on la crut complétement guérie, et aussitôt que la plaie se fut refermée, elle quitta l'hôpital. Jusqu'ici ; il semble que l'opération ait pleinement réussi, mais écoutez la fin. Au bout de deux mois, elle rentra à l'hôpital, non plus pour la douleur dans le bras, mais pour d'autres symptômes sous la dépendance d'un même état général. Le bout du nez était froid, violacé, et ce même phénomène se montrait au niveau des malléoles. En ce dernier point, il y a une vésicule étendue et la gangrène semblait imminente ; il n'en fut rien pourtant, et je perdis la malade de vue quelque temps après.

Dans le cas de M. Mayo, dont je vous entretenais il y a un instant, nous avons vu qu'il fit une seconde amputation et enleva la tête du fémur ; j'ai reçu une lettre de lui où il me dit que, depuis cette dernière opération, la douleur n'a pas reparu jusqu'à présent. Nous lisons, aussi, que sir Astley Cooper fit l'amputation d'un bras, au niveau de l'épaule, pour une affection névralgique d'un moignon, et que la malade guérit d'une façon définitive. Quoi qu'il en soit, jusqu'à ce que la science nous ait fourni un plus grand nombre de cas semblables, il nous est impossible d'affirmer que ces malades dont il a été question étaient ou n'étaient pas entachées d'hystérie. Nous restons toujours en face de cette question : combien de temps ces chirurgiens purent-ils suivre leurs malades, et était-ce une véritable guérison, où simplement une transformation d'une impression hystérique en une autre ?

Pour apprécier à leur juste valeur de semblables opérations, ainsi que d'autres modes de traitement qu'on a prônés contre l'hystérie, nous ne devons jamais perdre de vue ces deux axiômes :

1° *Les symptômes hystériques disparaissent souvent d'une manière subite, sans qu'on puisse expliquer leur disparition d'une façon satisfaisante ;*

2° *Il arrive encore plus souvent que des symptômes hystériques guérissent immédiatement à la suite d'une forte impression quelconque sur le système nerveux.*

Vous n'avez qu'à vous reporter à ce que je vous ai dit dans le cours de ces leçons, pour trouver des exemples frappants de ce que j'avance.

Dans le VIIIe volume des *transactions* de la Société Royale de Médecine et de Chirurgie, M. Pearson raconte le cas d'une dame atteinte d'une affection nerveuse de la main et de l'avant-bras, consistant en une douleur aiguë et des spasmes musculaires : elle guérit immédiatement par l'application d'un liniment excitant, qui contenait de la térébenthine et qui provoqua une éruption vésiculaire sur toute la surface cutanée.

On m'a raconté le cas d'une jeune fille, qui avait souffert longtemps d'une affection hystérique avec contraction spasmodique des muscles des membres inférieurs ; tous ces symptômes disparurent à l'occasion de l'extraction d'une molaire.

Il y a plusieurs années, je donnais des soins à une jeune fille souffrant d'une affection douloureuse du coup-de-pied, à laquelle je ne comprenais rien à l'époque, mais que mon expérience me permet aujourd'hui d'affirmer de nature hystérique. Elle fut soignée par d'autres chirurgiens, plus tard ; ils furent, je crois, aussi indécis que moi, et en tous cas ne la soulagèrent aucunement. Enfin, comme elle souffrait toujours et qu'elle avait entendu raconter des histoires de guérisons remarquables au moyen de bains de vapeurs, elle se mit à ce traitement, et après le second bain fut complétement guérie. Plus tard, elle revint me consulter pour une affection nerveuse du bras et de l'avant-bras.

Dans le « *Christian observer* » de novembre 1830, nous trou-

vons la relation du cas de miss Jancourt. Depuis de longues années, elle était condamnée à l'immobilité par suite d'une affection de la hanche, de nature hystérique. Son confesseur ayant récité des prières à son intention, elle se leva subitement et descendit souper au grand étonnement de toute la famille.

Je ne veux pas insister plus longuement sur ce côté de la question. Ce que je vous en ai dit suffira pour vous mettre en garde, dans le cours de votre pratique, contre les formes capricieuses de cette étrange maladie.

Quant au gros public, qui n'est pas habitué aux recherches scientifiques, et qui ne se doute pas de la difficulté qu'il y a à contrôler les effets des remèdes, je comprends que ce serait perdre mon temps que d'essayer de l'éclairer. On sera toujours tout prêt à donner crédit aux histoires de cures merveilleuses, et toutes les formes du charlatanisme obtiendront, auprès du public, plus d'estime que les hommes sérieux qui ont fait de la science une étude approfondie.

Je veux vous donner un dernier conseil. Je vous ai dit qu'il était de la première importance de ne pas confondre des cas d'affections nerveuses avec des lésions locales véritables. Il est tout aussi important de ne pas se tromper dans le sens contraire. Dans le doute, ayez soin de ne mettre en usage qu'un traitement qui serait inoffensif s'il existait véritablement une lésion locale. Au bout de très peu de temps, vous pourrez reconnaître, d'une façon certaine la nature de la maladie, et vous n'hésiterez plus sur le traitement à instituer.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Spina bifida. — Paraplégie complète. — Hydrocéphalie. — Traitement de la tumeur par les injections d'alcool ;

Par **BÉRINGIER,** interne des hôpitaux.

Le 9 août 1879, entre à la salle Sainte-Eugénie (Hôpital Necker, service de M. le Dr Blachez.) Augustine P., âgée de 10 jours. La mère l'amène parce qu'elle porte depuis sa naissance une tumeur dans le dos.

Cette femme a deux enfants plus âgés, l'un de 7 ans, l'autre de 9 ; tous deux sont bien portants, mais présentent un développement anormal du crâne. Pendant sa dernière grossesse, elle a été soignée pour un ulcère du col de l'utérus ; le traitement fut interrompu dans la crainte d'un avortement. Le père est épileptique.

L'enfant est petite, ne paraît pas venue à terme. On remarque qu'elle porte un double pied-bot varus équin ; en outre, il existe entre les os du crâne un écartement anormal ; cet écartement s'étend depuis la partie moyenne du frontal, dont les deux moitiés ne sont pas soudées, jusqu'au sommet de l'occipital. La mère attire l'attention sur l'impotence des membres inférieurs. Ces derniers sont en effet complétement paralysés, lorsqu'on pince l'enfant il se plaint, mais ne fait aucun mouvement.

A la région dorso-lombaire, existe une tumeur oblongue, située sur la partie médiane, et ne ressemblant pas, de prime-abord, à ce que l'on rencontre en général dans les cas de spina bifida. Son grand diamètre vertical mesure 6 centimètres, le transversal 5 centimètres. Cette tumeur possède des limites très-nettes ; elle fait une saillie considérable au-dessus des téguments voisins. Elle est formée par un bourrelet périphérique épais, d'un rouge violacé, mais constitué très-évidemment par de la peau légèrement enflammée. Entre le bord externe de ce bourrelet et la peau saine existe un sillon assez profond, dû à la différence du niveau des parties. Le bord interne et légèrement festonné semble marquer la limite de la peau ; il est séparé de la membrane dont je viens de parler par une ligne ou plutôt par un sillon très-superficiel. Le centre de la tumeur offre un aspect tout différent : il paraît constitué par une membrane mince, presque transparente, légèrement excoriée et donnant lieu à un peu de suppuration ; cette membrane est de coloration rougeâtre ; on pourrait croire, de prime-abord, à une brûlure ou à une gangrène superficielle des téguments. Lorsqu'on déprime cette partie centrale de la tumeur on perçoit de la fluctuation. La compression ne paraît d'ailleurs pas douloureuse ; elle diminue momentanément le volume de la poche.

En suivant de haut en bas la crête des apophyses épineuses de la colonne vertébrale, on voit qu'elle cesse au niveau de la partie inférieure de la région dorsale, pour se bifurquer. Sur les parties latérales de la tumeur on sent deux crêtes moins saillantes, formées par une suite de petits tubercules : les lames vertébrales se sont écartées et ont laissé entre elles un espace libre, au niveau duquel le canal vertébral communique avec la poche. Ces renseignements ont été confirmés par l'autopsie, mais il était facile de se rendre compte de la malformation par l'inspection attentive de la région.

20 *août*. Depuis quelques jours, la tumeur paraît enflammée ; elle a augmenté de volume, est devenue plus chaude et plus tendue. La partie amincie est recouverte de bourgeons charnus blafards, fournissant une suppuration plus abondante. Vers la partie droite existe un point légèrement déprimé ; il semble, qu'à ce niveau, le liquide de la poche ne soit maintenu que par une pellicule très-faible, paraplégie complète. L'enfant tète bien ; depuis son entrée, il a pris de l'embonpoint ; légère réaction fébrile.

Le 1er *septembre*. La tumeur avait notablement diminué de volume, la surface excoriée tendait à se cicatriser, elle l'était même presque complétement, sauf, en un point grand comme une pièce de 20 centimes environ ; sur le pourtour, la cicatrice se confondait avec le bourrelet. Cet affaissement de la poche permettait de constater encore plus nettement la division des lames vertébrales.

Au moment où l'enfant sortit, le 25 *septembre*, la cicatrisation était à peu près complète.

Il rentre dans le courant du mois d'octobre, il est bien portant ; la mère s'est aperçue, depuis quelques jours, que la tumeur est devenue chaude, tendue et plus douloureuse. L'enfant pousse des cris dès qu'on y touche, la forme de cette dernière est un peu différente de ce qu'elle était il y a 2 mois. Elle est beaucoup plus développée à la partie supérieure qui bombe et recouvre en partie le bourrelet, à ce niveau. La membrane qui forme la poche est tellement mince et distendue qu'elle semble une vessie remplie de liquide transparent : il n'existe plus de trace d'érosion superficielle.

13 *novembre*. M. Monod fait une première ponction à l'aide de la seringue de Pravaz, il retire deux grammes d'un liquide transparent, incolore, qui n'était autre que du liquide céphalo-rachidien ; il le remplace par une quantité moitié moindre d'alcool à 36°. Dans la journée l'enfant vomit un peu, mais il n'eut aucun autre accident.

Les ponctions furent répétées quatre fois dans les mêmes conditions ; les deux dernières à un intervalle de deux jours seulement. Sous l'influence de ce traitement toute la partie inférieure de la poche diminua sensiblement, mais la partie supérieure restait volumineuse ; les ponctions avaient toutes été faites dans les 2/3 inférieurs.

28 *novembre*. A la suite de la dernière piqûre, l'enfant eut un peu de fièvre.

4 *décembre*. L'enfant succombe sans avoir présenté ni convulsions, ni contracture.

Autopsie. — L'examen anatomique montre d'abord que l'ossification des os du crâne est très incomplète. Sur les pariétaux, on trouvait des points très-amincis, non ossifiés, lésions qui sont généralement attribuées à la syphilis, mais il n'existait ni chez le père, ni chez la mère, aucun antécédent de cette nature ; les ventricules cérébraux étaient distendus par un liquide très-abondant, et leur cavité augmentée de dimension.

Après avoir enlevé les téguments voisins et fendu la tumeur, on trouva à la partie postérieure de la colonne vertébrale une large ouverture, s'étendant depuis les dernières vertèbres dorsales jusqu'à la partie terminale de la colonne ; le canal vertébral était complétement ouvert dans toute la région lombaire ; de chaque côté de cette fente, on remarquait de petits tubercules formés par les lames vertébrales écartées et atrophiées. En somme, toute cette région lombo-sacrée repré-

sentait non plus un canal, mais une gouttière ouverte en arrière.

La moelle, arrivée à ce niveau, s'épanouissait sur les parois de la poche ; les nerfs de la queue de cheval se voyaient fort bien, disséminés qu'ils étaient à la face interne de cette dernière.

La cavité de la poche semblait divisée en deux loges secondaires, ne communiquant pas entre elles, ce qui expliquait la persistance d'une partie de la tumeur après les injections d'alcool.

Restait à connaître la nature de cette membrane qui formait la plus grande partie de la tumeur. M. Chambard a bien voulu l'examiner. Voici les résultats des coupes microscopiques : Ces coupes portent 1° sur des parties périphériques de la tumeur, 2° sur le bourrelet qui l'entoure, et, 3° sur la membrane qui en occupe le centre. Les téguments avoisinant la tumeur ne présentent aucune altération notable, le derme repose sur le fascia superficialis de la région, dont il est séparé par une couche de tissu cellulo-adipeux. On y remarque un nombre assez considérable de follicules pileux.

Le bourrelet ne présente qu'un épaississement déjà notable du derme, qui renferme un nombre assez considérable de gros acini sudoripares dont les ampoules et les canaux excréteurs n'offrent d'ailleurs aucune altération. Cet épaississement du derme devient considérable dans la troisième portion qui constituait les parois de la tumeur rachidienne ; celles-ci sont, en effet, formées d'une membrane conjonctive épaisse, recouverte d'une couche épidermique complète ; à ce niveau, le tissu cellulo-adipeux a complètement disparu. L'épaisseur de cette lame conjonctive est au moins sept à huit fois plus considérable que celle du derme de la peau environnante.

En résumé, les altérations de la peau au niveau de cette tumeur consistent en une hypertrophie du tissu conjonctif dermique (dermatite fibreuse hypertrophique), avec disparition du tissu cellulo-adipeux sous-cutané et atrophie des follicules pileux et des glandes sudoripares. On retrouve, cependant, encore quelques vestiges de ces dernières.

Réflexions. — L'examen microscopique nous fournit des renseignements intéressants sur la nature des parois de la tumeur. Dans un cas absolument analogue, qui est rapporté dans la thèse de M. Morillon (1865), l'auteur pense qu'il y avait atrophie de la peau et du squelette et que les méninges, seules intactes formaient, en grande partie les parois de la poche. Malheureusement il base son opinion sur des cas dans lesquels l'examen microscopique des parois de la tumeur n'a pas été fait. Or, sans contester la possibilité de cet arrêt de développement, je crois pouvoir avancer, en me fondant sur l'observation présente, que, dans certaines circonstances, ce que l'on pourrait prendre de prime-abord pour les méninges, n'est autre chose qu'un amincissement des téguments ; et que l'aspect de la paroi ne suffit pas pour pouvoir affirmer que cette membrane n'est pas une dépendance de la peau.

Je signalerai également en terminant l'existence de la paraplégie qui fut complète chez Augustine P. Cette paraplégie manque souvent, mais, dans d'autres cas, elle existe dès la naissance. Je crois qu'il n'est pas toujours possible de se rendre un compte exact de ce symptôme, et d'expliquer pourquoi les mouvements des membres inférieurs sont tantôt intacts, tantôt complètement abolis, je renverrai, d'ailleurs, le lecteur à la thèse que j'ai indiquée plus haut, et dans laquelle il trouvera une observation de spina bifida avec paraplégie.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du Dr Caizergues, chef de clinique médicale de la Faculté de Montpellier. — M. le Dr Van Cauwenberghe est décédé il y a quelques jours à Sottegem, à l'âge de 32 ans. Le *Bordeaux médical* annonce la mort du Dr Sarraméa, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, décédé le 2 juillet. On lui doit divers travaux sur les maladies de l'enfance et un travail important : *Sur la maison centrale de détention correctionnelle de Bordeaux et sur les systèmes pénitentiaires appliqués en France aux jeunes détenus.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Paul Broca.

Le deuil qui nous frappe est bien imprévu : jamais la santé de M. Broca n'avait semblé meilleure, et c'est tout vivant que la mort nous l'enlève.

On sait déjà les détails de cette triste journée : le mercredi, il éprouva quelques malaises ; on l'aurait vu à l'Ecole de médecine s'appuyer au mur et lutter contre une douleur qui paraissait violente. Le lendemain, les souffrances furent vives ; il hésitait à se rendre à l'hôpital, mais il devait s'y rencontrer avec son collègue, M. Guyon, pour une opération urgente et ne voulut pas y manquer. Il rentra déjeuner, le mal s'apaisa et lorsque M. Broca partit pour le Sénat, il comptait dîner, le soir, chez Victor Hugo.

Au milieu de la séance, une crise subite se déclara : c'étaient des douleurs intenses dans la région du cœur avec irradiation le long du bras gauche, vives surtout au niveau du coude et telles que la syncope semblait imminente. On le transporta chez lui, mais « cette névralgie intercostale » comme il l'appelait, ne le quitta guère de toute la soirée ; à plusieurs reprises, cependant, il plaisanta avec les siens et quelques amis. Il se croyait souffrant et non malade.

Vers 11 heures, il se retira dans sa chambre : sa femme l'y suivit et s'endormit, vers minuit, dans la plus parfaite quiétude, car les douleurs avaient cédé à quelques gouttes de laudanum. Mais trois quarts d'heure ne s'étaient pas écoulés qu'une sorte de râle la réveille : elle appelle son mari, lui parle, lui prend la main ; mais tout effort fut inutile : il était mort.

Nous écrivons dans un journal scientifique : peut-être pense-t-on trouver ici quelques détails sur les travaux de M. Broca ; mais notre cœur n'est pas à une pareille étude. Que dirions-nous d'ailleurs que tout le monde ne sache ! Pendant sa prodigieuse carrière, il a touché à toutes les grandes questions chirurgicales et dans toutes il a laissé sa trace. Comme le disait M. Trélat : « il n'a jamais écrit rien de médiocre. »

Parmi les premiers de notre siècle, je ne sais pas quel rang la postérité lui réserve, mais ne peut-on pas dire déjà que, des chirurgiens de tous les temps, il n'en est peut-être pas un qui avait, à 40 ans, produit tant et de plus solides travaux. Vers cet âge, il partage son activité ; il ne nous appartient plus tout entier, mais il fonde une science qui sera peut-être son titre le plus grand a la gloire.

Son intelligence puissante et vive s'adaptait à toutes les recherches ; il sortait du collège qu'il avait avec mon frère aîné, cette conversation qui date de près de 37 ans. Mon frère, plus jeune de quelques années, demandait à ce « grand » déjà bachelier, s'il se sentait une vocation : « Aucune, répondit M. Broca, je me présentais à l'École polytechnique ; mon père me prie d'abandonner ce projet, en plein examen, j'ai brûlé mes épures et, sur ses instances, je vais faire de la médecine. Je ne crois pas aux vocations ; on peut choisir une carrière presqu'au hasard, et l'on s'y fait une place à sa taille. »

Sans doute, il avait tort de généraliser cette formule, mais, appliquée à M. Broca, elle est strictement vraie. On ne peut s'imaginer certains hommes hors de leur profession. Nélaton, par exemple, fut un chirurgien, et nous ne

saurions le concevoir autrement. Que M. Broca eût été mathématicien, naturaliste, chimiste, historien, littérateur, homme politique même, n'est-on pas en droit d'affirmer que partout il eût creusé profondément son sillon?

Aucune science n'eût pu rester voilée à une telle intelligence et à un tel travail. Sont-ils vingt, à notre époque, dont le travail ait été plus longtemps soutenu? A l'Ecole de médecine, à l'Ecole et à la Société d'anthropologie, à la Faculté, à l'Association française pour l'avancement des sciences, à l'Académie, à l'hôpital, il était de tout et travaillait partout et jamais il n'a paru las! Que de fois, la nuit, vers une heure, après un dîner, une soirée perdue chez un ami, lorsque nous passions rue des Saint-Pères, avons-nous vu la lampe briller à la fenêtre de sa bibliothèque. On se sentait confus et comme découragé que son âge mûr travaillât plus que notre jeunesse. Faut-il donc, se disait-on, marcher sans trêve; n'y a-t-il pas quelque halte et ne pouvons-nous pas mettre un intervalle de repos et de souvenir entre le bruit de notre vie et le silence de notre mort?

Ceux qui ont connu M. Broca regrettent moins encore sa grande intelligence que son cœur. Il faut l'avoir vu au milieu des siens pour savoir ce que son écorce, rude parfois, cachait de bonté, j'oserai dire de tendresse. Beaucoup s'imaginent que, toujours occupé de ses recherches et de ses travaux, poursuivi par une idée nouvelle, il courait vers son but, sans donner un temps à ce qu'il y a de seul bon dans la vie, l'amitié. Dimanche, parmi ceux qui suivaient son cercueil, plusieurs se disaient tristement: Nul ne fut plus dévoué, plus fidèle et plus sûr et nous venons de perdre le meilleur des amis. P. R.

Concours d'agrégation : Chirurgie et accouchements.

Nos lecteurs trouveront plus loin (1) la fin du compte-rendu des épreuves du Concours d'agrégation, section de chirurgie et d'accouchements.

Au nombre des élus, ils verront, comme nous, avec la plus vive satisfaction, les noms de nos excellents amis MM. P. Budin et P. Reclus, qu'ils connaissent de longue date et dont ils ont pu apprécier la valeur scientifique, car ces derniers ont constamment été les collaborateurs dévoués et fidèles du *Progrès médical*, depuis sa fondation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. H. Roger annonce en termes très émus la perte immense que l'Académie a faite en la personne de M. Broca.

Election d'un membre dans la section d'anatomie et de physiologie. Sont présentés: en première ligne: M. Mathias Duval; en deuxième ligne: M. P. Polaillon; en troisième ligne: M. Laborde; en quatrième ligne: M. Dareste; en cinquième ligne: M. Farabeuf; en sixième ligne: M. Ch. Richet. Votants: 76; majorité: 39. — Au premier tour de scrutin, M. Polaillon obtient 59 voix; M. Mathias Duval, 11; M. Dareste, 4; M. Laborde, 2.

En conséquence, M. Polaillon ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine, dans la section d'anatomie et de physiologie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Trélat lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Broca.

A quatre heures, la séance est levée en signe de deuil.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 12 décembre 1879. — Présidence de M. Charcot.

8. Rapport sur la candidature de M. Doléris au titre de membre adjoint; par M. Quinquaud, médecin des hôpitaux.

Depuis 1875, M. Doléris a fait devant votre Société un certain nombre de présentations dont je n'envisagerai que deux des plus importantes.

La première se rapporte à un cas d'*anévrysme* des gros troncs artériels du bassin avec complication de *végétations* athéromateuses de la *veine* fémorale; elle remonte au 30 juillet 1875. Il s'agit d'un homme de 89 ans qui succomba rapidement à la rupture d'un anévrysme de l'*hypogastrique* survenu à la suite d'une chute violente sur la hanche gauche. Le membre inférieur correspondant était dans une impuissance absolue et en rotation externe; la pression sur le grand trochanter déterminait une forte douleur. Tout, en un mot, s'accordait pour faire croire à une *fracture du col fémoral*. — Quelques jours avant la mort, la jambe, puis la cuisse gauches devinrent *turgides*, *infiltrées*, *bleuâtres;* les troncs veineux étaient durs et oblitérés mais *non douloureux*.

A l'autopsie, on put constater une poche *anévrysmale* rompue sur le trajet de l'hypogastrique gauche, avec épanchement sanguin dans le tissu cellulaire du bassin. Sur l'iliaque primitive et à la bifurcation aortique existaient des dilatations ampullaires remplies de bouillie athéromateuse, et limitées par la tunique externe devenue calcaire. Du côté de la cavité vasculaire, la tunique interne, également dégénérée, était rompue, comme craquelée par place et faisait communiquer le diverticule anévrysmal avec l'intérieur du vaisseau. Sur tout le système artériel, on trouvait les signes d'une dégénérescence extrême.

Mais je veux surtout appeler votre attention sur es altérations observées du côté des veines du membre inférieur gauche. — « La circulation est complètement interrompue dans ces canaux. Un caillot noirâtre, continu, adhérant solidement à la paroi interne, s'étend des plus petits rameaux veineux jusqu'à la bifurcation de la veine cave où il se termine.

» En décollant le caillot avec précaution, on aperçoit sur la paroi interne de la veine fémorale de larges plaques athéromateuses, saillantes, irrégulières pour la plupart.

» Sur la paroi interne d'une valvule apparaît une sorte de grappe, saillante, dure, calcaire, de coloration jaunâtre. Des grappes semblables sont disséminées sur la surface intérieure du vaisseau d'où elles se détachent. Tantôt elles revêtent l'apparence d'un semis de grains de millet, tantôt elles sont agglomérées et constituent un tas assez volumineux. Çà et là de larges plaques confondues avec la tunique interne. — Il est facile de s'assurer, par l'examen attentif, que cette dégénération appartient en propre à la paroi veineuse et ne procède point des lésions de l'artère. »

On est d'accord que c'est presque uniquement dans les parois artérielles que se développe l'athérome. L'étude de cette altération considérée comme appartenant exclusivement à l'*artérite chronique* est bien connue.

En dehors des varices, c'est exceptionnellement qu'on la rencontre sur les veines; Béclard signale un cas d'ossification de la veine cave inférieure, et il serait difficile de rassembler beaucoup de cas analogues à celui que vous a présenté M. Doléris. C'est un rare et bel exemple de *larges végétations calcaires* procédant manifestement d'une *endophlébite* chronique. Il se trouve exposé au musée Dupuytren sous le n° 322.

Ce cas tendrait à donner à l'ancienne théorie de Lebert, qui considérait les phlébolithes comme naissant directement de la membrane interne, une certaine valeur contre l'opinion de Rokitanski, aujourd'hui généralement admise, qui en fait des coagula sanguins calcifiés. — A ce titre et à cause de sa rareté, l'observation de M. Doléris présente un grand intérêt.

La deuxième présentation date du mois de janvier 1876.

(1) Voir page 599.

Elle porte sur un cas de *tuberculose laryngée* qui a été l'objet et le point de départ de recherches histologiques entreprises par M Doléris, un peu plus tard. Ces recherches, réunies dans un mémoire, ont été publiées dans le nº d'Avril 1878 *des Archives générales de physiologie.*

Il s'agissait, dans la communication qui fut faite à cette Société, d'un homme qui présenta à l'âge de 63 ans les premiers signes de tuberculisation pulmonaire. Les lésions laryngées ne débutèrent que six mois environ avant la mort.

A l'autopsie, les *poumons* présentaient des tubercules à tous les degrés d'évolution et des zones considérables de *sclérose* infiltrées de granulations récentes.

Le *larynx* présente une hypertrophie totale de la muqueuse, qui a pour le moins quatre fois son épaisseur normale. Les reliefs et les dépressions ont disparu au point que la cavité laryngienne est réduite au quart de ce qu'elle est à l'ordinaire. Les cordes vocales sont effacées et confondues avec les surfaces voisines. L'épiglotte représentée par une languette charnue, énormément épaissie, est rigide et tend à affecter une forme quasi-cylindrique. Les replis aryténo-épiglottiques sont constitués par des membranes indurées de cinq à six millimètres d'épaisseur. L'hyperplasie conjonctive occupe également la portion sous-glottique, et s'étend par conséquent du sommet de l'épiglotte à l'origine de la trachée. La couleur de la muqueuse est pâle; la surface est mamelonnée et parsemée de saillies papilliformes. Il existe une ulcération au niveau du ventricule droit. A la coupe, le derme est blanc, criant sous le scalpel, dur et comme lardacé.

C'est là un cas type de *tuberculose laryngée* avec prédominance de la *lésion scléreuse* sur les destructions d'origine *caséeuse.* — De l'examen anatomique de larynx nombreux et pris dans des conditions analogues, M. Doléris a tiré des conclusions intéressantes.

En dehors des lésions *destructives* (ulcérations, arthrite, péri-arthrite, chondrite, périchondrite, etc., etc.,) le tubercule produit habituellement dans le larynx, non l'*œdème séreux* auquel on rapporte généralement les accès de suffocation, mais un épaississement avec induration qui augmentent notablement le *volume* et la *consistance* des replis aryténo-épiglottiques, des cordes vocales et parfois de toute la muqueuse laryngée. — D'où le nom de *sclérème tuberculeux* qui lui a été attribué par l'auteur.

Cette dénomination est justifiée par l'analyse histologique des lésions : les tissus muqueux et sous-muqueux, les parois des glandes et des vaisseaux, le névrilème des branches nerveuses sont le siège d'une hyperplasie conjonctive à marche lente mais continue et progressive. Cette hyperplasie entraîne la déformation et le rétrécissement de la cavité laryngienne. Elle s'accompagne d'une notable raréfaction vasculaire qui explique la coloration habituellement pâle des tissus et de la muqueuse en particulier.

En outre, cette apparence *lardacée* est bien celle des néoplasies développées au voisinage des foyers tuberculeux et telle qu'on en rencontre autour des articulations atteintes de *tumeur blanche*, et dans les poumons de certains phtisiques. C'est qu'effectivement dans le larynx on trouve aussi et d'une manière constante, au sein de ces zones scléreuses, des éléments tuberculeux anciens qui sont la cause des néoformations conjonctives et des granulations jeunes développées plus tardivement.

Au point de vue des déductions cliniques, laissant de côté les cas, rares d'ailleurs, de dyspnée subite attribuable à une infiltration purulente sous-muqueuse due à la fonte rapide de tubercules enflammées, l'auteur insiste pour montrer que, dans la majorité des cas, la marche chronique des lésions ne s'accorde guère avec l'apparition brusque des accès de suffocation. Cet accident ne manque guère de se produire dans la phtisie laryngée; il faut donc lui chercher une autre cause. C'est dans la paralysie des muscles du larynx que réside cette cause.

Soit que les muscles aient subi une dégénérescence profonde, et soient peu à peu devenus inaptes à fonctionner, soit que des poussées intermittentes de tubercules aient amené cette dégénérescence par secousses, ou que l'altération se soit produite rapidement, soit enfin que les lésions aient porté primitivement sur les nerfs moteurs du larynx, la *paralysie musculaire* n'en est pas moins la conséquence inévitable.

Ainsi s'interprète mieux la production des accidents dyspnéiques à forme paroxystique. — L'épaississement croissant de la muqueuse explique la *dyspnée persistante ;* les paralysies subites des muscles intrinsèques rendent mieux compte des accès de suffocation, que l'on rapporte d'habitude à l'*œdème séreux de la glotte.*

Le *sclérème tuberculeux*, dès lors, n'agit plus comme cause *immédiate* en produisant l'occlusion mécanique du conduit laryngé, mais il est l'occasion des altérations musculaires et nerveuses qui deviennent elles-mêmes l'origine de la crise dyspnéique.

Je signalerai encore diverses autres présentations de M. Doléris, entr'autres : un cas d'hémorrhagie *cérébelleuse*, un cas de *compression du récurrent*, et, cette année même, deux cas de vices de conformation du *cœur* et des *gros vaisseaux chez le nouveau-né,* un cas de *rupture utérine* remarquable par les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, enfin un cas de *phlébite utérine* post-puerpérale, accompagné d'observations *pathogéniques* et *cliniques* du plus grand intérêt.

9. Rupture de la tunique moyenne de l'aorte près de son origine. — Anévrysme mixte externe en voie de formation. — Signes physiques d'insuffisance aortique ; par M. GAUTIER, interne des hôpitaux.

Le nommé A., 38 ans, tourneur sur bois, entre le 28 novembre 1879 dans le service de M. le professeur HAYEM, à l'hôpital Saint Antoine, salle Saint-Louis, nº 18.

Antécédents héréditaires : son père est mort à l'âge de 52 ans d'un anévrysme de l'aorte ; sa mère est morte d'une affection inconnue. *Antécédents personnels* : santé antérieure, bonne. Dès son enfance, le malade a eu des varices pour lesquelles on lui a fait, il y a cinq ans, dans un service de chirurgie de l'hôpital, des injections de perchlorure de fer.

Il nie tout excès habituel de boisson. Logement sain. Bonne nourriture. Jamais de rhumatisme. Ne tousse pas habituellement. N'a jamais eu d'œdème des pieds. Depuis longtemps déjà, sans que le malade puisse préciser de date, il souffre de palpitations survenant parfois au repos, mais surtout sous l'influence de l'exercice; depuis longtemps aussi il s'essouffle très facilement en courant et en montant les escaliers Il a remarqué aussi que, soit spontanément, soit à la suite d'un mouvement brusque ou d'un effort, il sentait les artères de son cou battre violemment. Sensation assez fréquente mais très passagère d'étourdissement. De temps en temps, bouffées de chaleur à la face. Refroidissement habituel des extrémités. L'appétit a toujours été conservé. Jamais de douleurs gastralgiques ni aucun autre signe de dyspepsie. N'a jamais éprouvé de douleurs rétro-sternales. Jamais de syncope.

Il y a quatre jours, le malade a été pris de douleurs violentes au creux épigastrique. Ces douleurs s'irradiaient en ceinture et étaient plus violentes à gauche, au point d'empêcher le malade de se coucher sur ce côté. Ces douleurs sont moins vives depuis hier; cependant, c'est uniquement à cause d'elles que le malade entre à l'hôpital.

État à l'entrée.— Malade très pâle, assez maigre. On est frappé, à première vue, des battements énergiques de ses carotides. Langue couverte d'un léger enduit blanchâtre. Appétit diminué. Selles normales. Le malade se plaint d'une douleur assez vive au creux épigastrique et dans l'hypochondre gauche ; cette douleur n'est pas exagérée par la palpation. Pas de dyspnée. Pas de toux. La sonorité pulmonaire est normale partout. On ne trouve, à l'auscultation, comme phénomène anormal, que quelques râles sous-crépitants assez fins, à la base gauche en arrière.

Cœur.— Pas de voussure de la région précordiale. La matité absolue de la région du cœur est à peine plus étendue qu'à l'état normal, mais la zone de matité relative est considérablement accrue ; elle occupe au moins huit centimètres dans le sens transversal, au niveau du quatrième espace intercostal. Les battements du cœur se font sentir sur une grande surface. Dans toute cette étendue, la main perçoit un

frémissement cataire, très net, coïncidant avec le second bruit cardiaque. A l'auscultation, on trouve à la base un souffle intense du second temps, qui présente très nettement son maximum au foyer aortique. Ce souffle n'est pas doux, aspiratif, il a une certaine rudesse. On entend comme un ronflement qui couvre le second bruit du cœur et le commencement du grand silence. Ce souffle se prolonge le long du sternum, jusqu'à la pointe, où il présente un second maximum moins fort que celui de la base. Le pouls est régulier, ample, bondissant très nettement, dépressible à l'auscultation des artères, on entend dans la carotide comme dans la fémorale un double bruit non soufflé ; même en appuyant fortement le stéthoscope on ne perçoit pas de double souffle.

Le foie est de volume normal. L'urine ne renferme ni albumine, ni sucre.

M. Hayem porta le diagnostic, insuffisance aortique. Il mit le malade en observation pour quelques jours, sans prescrire aucun traitement. Le malade reste dans le même état pendant trois jours. Le 1er décembre, à la visite du soir, on trouve le malade en proie à une dyspnée extrême, qui l'a pris subitement depuis une heure. La face est pâle ; les extrémités froides ; quarante-huit inspirations par minute. Râles fins, très nombreux des deux côtés de la poitrine, en arrière ; trente ventouses sèches sur la poitrine ; potion cordiale. La dyspnée continue à s'accroître et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie, le 3 décembre. — *Encéphale.* — Rien à noter du côté des méninges ; substance cérébrale, ferme, anémique ; pas de lésions des centres ; artères de la base, saines.

Cavité thoracique. — Les *poumons* se rétractent très peu à l'ouverture de la poitrine. A peine quelques cuillerées de sérosité citrine dans les plèvres. Pas trace d'adhérences pleurales. Emphysème très marqué du sommet et du bord antérieur des deux poumons. Coloration violacée des deux bases et des bords postérieurs. A la coupe, aspect carnifié du tissu pulmonaire qui crépite très-peu en ces points.

A la pression, il s'en écoule une quantité considérable de sérosité sanguinolente spumeuse. Des fragments, même peu volumineux des points les moins crépitants, surnagent dans l'eau.

Cœur. — Pas de liquide dans le péricarde. Pas de plaques laiteuses ni d'adhérences péricardiques.

Le cœur est très volumineux, de forme allongée, ferme. L'hypertrophie porte presque uniquement sur le ventricule gauche, dont la paroi a au moins quatre centimètres d'épaisseur ; caillots assez volumineux dont la partie cruorique l'emporte sur la partie fibrineuse, dans les cavités droites et gauches. Par l'épreuve de l'eau, on constate une insuffisance très marquée des valvules aortiques, le liquide s'écoulant très rapidement par la pointe du cœur.

Aspect normal de la fibre cardiaque. Les valvules du cœur droit sont saines. Très-léger épaississement du bord libre de la mitrale qui ne présente pas d'autres lésions ; ses piliers et ses tendons papillaires sont normaux.

L'orifice aortique est notablement dilaté, il admet quatre doigts. Les valvules sigmoïdes sont normalement développées, ne présentent pas d'adhérences, ni entre elles, ni avec la paroi.

Epaississement assez notable du bord libre des trois valvules sous la forme d'un bourrelet régulier, très dur, d'aspect cartilagineux. L'origine de l'aorte et toute la portion ascendante de la crosse présentent une dilatation générale notable. L'artère a au moins une fois et demie son diamètre normal. Immédiatement au-dessus de la valve sigmoïde postérieure droite et de l'origine de l'artère coronaire postérieure, on voit une cavité diverticuleuse du volume d'un gros marron. Cette cavité est bordée par une sorte de diaphragme valvulaire, formant à la partie supérieure une véritable valvule, et se confondant insensiblement par ses bords adhérents avec la paroi aortique.

Ce diaphragme présente à peu près la moitié de l'épaisseur des parois normales de l'aorte, et est évidemment constitué par sa tunique interne, et les lames profondes de sa tunique moyenne.

Le paroi de la cavité elle-même est mince, surtout au point culminant du diverticulum ou elle est un peu translucide. Le paroi interne de la cavité est à peu près libre mais ne présente pas le poli de la membrane interne des artères. Le diverticulum est du reste absolument vide de sang et de caillots. Le reste de l'aorte est absolument sain ainsi que les troncs qui en partent.

Cavité abdominale. — Rien à noter du côté du tube gastro-intestinal. — *Foie* de volume normal, un peu congestionné. — *Reins* sains.

Réflexions. — Cette observation nous paraît présenter un premier intérêt au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique. Dans ces dernières années on a cru pouvoir admettre que tous ou presque tous les anévrysmes aortiques étaient formés par la totalité des parois de l'artère altérées. Or, si la complication pulmonaire n'était pas survenue, il est évident que notre malade n'aurait pas tardé à porter un véritable anévrysme mixte externe de l'aorte, en admettant qu'on doit donner ce nom, non pas aux tumeurs dont la paroi est formée par la tunique externe seule, comme le croyaient les anciens, mais par la tunique interne doublée des lames superficielles de la tunique moyenne.

L'orifice valvulaire que nous avons trouvé se serait peu à peu usé au contact du sang, de façon à former un véritable collet. La poche se serait dilatée ; la paroi interne serait devenue de plus en plus lisse ; des caillots auraient pu s'y déposer.

Au point de vue clinique, il est remarquable que la rupture des tuniques aortiques, qui a dû se produire brusquement, n'ait donné lieu à aucun symptôme au moment où elle s'est faite. L'aspect lisse de la paroi interne de la poche doit nous faire admettre en effet, qu'elle subissait depuis longtemps déjà le contact du sang. Or, le malade n'a commencé à éprouver une vive douleur épigastrique, que quatre jours avant son entrée à l'hôpital, huit jours avant sa mort.

Le seul diagnostic que l'on pût porter à l'aide des signes physiques était celui d'insuffisance aortique. Tous les symptômes de cette affection existaient en effet, et les seuls caractères spéciaux qu'ils présentaient était le timbre un peu rude du souffle diastolique, et le second maximum observé à la pointe.

Enfin, notons encore que la mort par congestion œdémateuse rapide des poumons est une terminaison relativement peu fréquente des affections de l'aorte.

10. Néoplasme primitif des ganglions de l'aine. — Paraplégie par compression de la moelle altérée consécutivement ; par M. Barthélemy, interne des hôpitaux.

Le nommé X... est depuis 3 ans porteur d'une tumeur de l'aine qui n'était alors que du volume d'un œuf de poule, et que M. Benjamin Anger n'a pas jugé alors à propos d'enlever. Ce malade a continué à travailler jusque il y a un mois, sans s'occuper de sa tumeur, d'ailleurs indolore. A la fin du mois d'octobre, se sentant plus mal, le malade s'est alité; une paraplégie s'est alors montrée brusquement, c'est-à-dire il y a trois semaines environ; elle est complète quand on l'apporte dans le service: paralysie de la sensibilité et de la motilité; paralysie des sphincters; urine par regorgement. On sonde facilement, sans franchir de rétrécissement, sans causer d'écoulement de sang; urine non altérée; ni sucre ni albumine; eschare très étendue du sacrum, des deux talons et de quelques points des gros orteils et des dos de pieds. Le toucher rectal, la palpation abdominale ne font découvrir aucune induration, aucune tumeur. L'intelligence est conservée; pas de délire ; fièvre modérée; le malade se plaint de souffrir beaucoup dans la poitrine; la dyspnée est assez intense ; la respiration est bruyante; l'état général est celui d'un mourant, et ne permet qu'un examen incomplet des organes thoraciques. La tumeur de l'aine est toujours indolente, sans battement ni fluctuation, immobile, du volume d'une grosse orange, dure, irrégulière, mamelonnée, et fait penser à une dégénérescence sarcomateuse des ganglions de l'aine, dont elle occupe toute l'étendue du triangle de Scarpa.

Autopsie. — Le *poumon droit* est congestionné, crépitant,

il surnage et laisse à la coupe écouler une grande quantité de liquide spumeux et sanglant. A la base, congestion intense, et, à la surface, quelques plaques de pleurésie fibrineuse; de ce même côté, traces de pleurésie ancienne, ayant amené la symphyse des plèvres pariétale et viscérale, de la plèvre médiastine et du péricarde.

Le *poumon gauche* présente dans son lobe inférieur une induration considérable; il se laisse pénétrer par le doigt et offre çà et là des points d'hépatisation grise, du volume d'un haricot et d'une noix, apparaissant au milieu de granulations d'hépatisation rouge très nettes.

Cœur de volume normal; les valvules sont saines, à part les sigmoïdes qui sont un peu rigides et épaisses; l'aorte est dilatée et porte des plaques athéromateuses.

Le *foie* dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes; à la coupe, on le trouve notablement graisseux. La *vésicule* est dilatée, remplie de bile, sans gravelle hépatique.

La *vessie* remonte jusqu'à l'ombilic; elle est tellement distendue et dilatée, qu'elle est intéressée par l'incision de l'abdomen; elle est remplie d'urine, occupe toute l'excavation, et aplatit le rectum; les parois en sont minces et vasculaires, et rappellent l'aspect de celles des kystes ovariques.

Les *uretères* sont dilatés; les bassinets remplis d'urine trouble.

Les *reins* sont assez volumineux; ils se décortiquent facilement, sont notablement congestionnés et présentent de la dégénérescence granulo-graisseuse, portant principalement sur la substance corticale.

L'*estomac* est dilaté; sa muqueuse est saine, un peu congestionnée; les intestins, le péritoine, les ganglions mésentériques sont sains.

Dissection de la tumeur de l'aine. — A l'incision de la peau, on tombe sur la tumeur qui est sillonnée à sa base par des veines volumineuses. Le muscle couturier est aminci, soulevé, tendu par la tumeur qui repose sur le psoas, et fait saillie dans le triangle de Scarpa, entre les adducteurs et le couturier. La consistance de la tumeur est moindre que pendant la vie où elle était bridée par la tension des muscles, et surtout des aponévroses; c'est d'ailleurs la dureté des lipofibromes et non celle des enchondromes. La tumeur est développée nettement, et d'une façon indubitable, aux dépens des ganglions de l'aine, elle constitue un néoplasme *ganglionnaire primitif*, n'englobant absolument qu'eux et ne se rattachant ni profondément au périoste du fémur, ni latéralement aux aponévroses ou aux portions fibreuses des muscles de la région. Le paquet vasculaire crural est d'ailleurs de toutes parts englobé par lui, et eut dû absolument être coupé et lié en cas d'ablation, du moins dans ces derniers temps.

Je n'ai pu d'ailleurs découvrir aucun noyau sarcomateux, ni dans le foie, ni dans les os de la colonne lombaire, ni dans aucun autre organe. En ouvrant le canal rachidien, je découvre au niveau du tiers inférieur de la colonne dorsale une tumeur aplatie, en partie solide, en partie colloïde ou gélatineuse, de coloration rouge-foncé, du volume d'une noix. Elle est développée aux dépens de la dure-mère, et n'intéresse pas autrement les méninges sous-jacentes, qu'en les comprimant ainsi que la moelle qui est à ce niveau visiblement aplatie en ruban; d'où la paraplégie et les autres troubles symptomatiques de la compression de la moelle, par une tumeur qui, selon toute apparence, est le fait d'une généralisation au *bout de trois ans*, d'une dégénérescence primitive des ganglions. Je rendrai compte, plus tard, du résultat de l'examen histologique, fait par M. le Dr Cornil, dans son laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine.

II. Néphrite scarlatineuse. — Broncho-pneumonie. — Rétrécissement latéral de la trachée, consécutive à une trachéotomie ancienne; par M. A. CHAUFFARD, interne des hôpitaux.

Ch. Leleux, âgé de 8 ans, entre le 11 novembre 1879, au nº 12 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. le Dr ARCHAMBAULT.

On nous apprend qu'il a eu, trois semaines auparavant, une scarlatine assez bénigne. Il s'était levé au bout de 10 jours, mais sans quitter la chambre. Enfin, quatre jours avant son entrée, sans refroidissement appréciable, il avait été pris subitement d'une forte céphalalgie, de vomissements, de diarrhée et d'anasarque. Pas de douleurs lombaires.

Etat actuel. — L'enfant est très pâle et présente une bouffissure notable de la face, et surtout des paupières, ainsi qu'un léger œdème des membres inférieurs et du scrotum; un peu d'ascite; la diarrhée est abondante, séreuse; les urines rares (400 gr.) hématuriques, chargées d'albumine; la fièvre est vive (40°-40°,5), le pouls ralenti, à 66; pendant le jour, état d'assoupissement et d'hébétude, délire tranquille pendant la nuit; traitement: régime lacté; ventouses scarifiées dans la région lombaire; purgatifs drastiques.

Pendant les quinze jours qui suivent, légère amélioration; les urines, toujours très albumineuses, sont plus abondantes, et contiennent en moyenne 10 à 12 grammes d'urée par jour. L'anasarque diminue.

Le 20 *novembre* et les jours suivants, nouvelles poussées fébriles; les urines deviennent rares et sanglantes; vomissements répétés.

Le 3 *décembre*, oppression notable; râles de bronchite généralisée, avec rudesse de la respiration. La fièvre tend à devenir continue.

Les jours suivants, l'oppression va en augmentant; souffle dur dans tout le poumon droit; en arrière, mélangé de râles sous crépitants fins; du côté gauche, diminution du murmure vésiculaire, et respiration soufflante. Mort le 11 décembre.

AUTOPSIE. — Les reins sont volumineux et pèsent chacun 145 grammes; ils sont lisses, se décortiquent facilement, présentent une coloration d'un blanc sale, parsemée de petites étoiles veineuses violacées. A la coupe, on voit les pyramides de Malpighi, fortement colorées en rouge brun, se détacher nettement sur un fond pâle et jaunâtre. La substance corticale est très tuméfiée, décolorée; elle résiste sous le doigt, et ne présente ni la friabilité, ni l'aspect gras de la néphrite parenchymateuse proprement dite.

Le poumon droit est farci, surtout dans sa moitié inférieure, de gros noyaux broncho-pneumoniques d'un gris sale; du côté gauche, la plèvre contient environ un litre de liquide séro-fibrineux; le poumon est affaissé, tapissé de fausses membranes; son parenchyme est sain, comme si l'épanchement pleural avait empêché la bronchopneumonie de se développer de ce côté comme du côté droit.

Restait à examiner la trachée, et c'est là-dessus que nous voulons principalement insister; nous savions, en effet, que notre malade avait été soigné l'année précédente pour le croup, dans le service de M. le Dr Labric; le 7 juillet 1878, il avait subi la trachéotomie; le 18, on lui avait retiré définitivement la canule; le 4 août, la plaie était cicatrisée, et il sortait parfaitement guéri. Il était donc intéressant de voir quel était l'état de la trachée, un an et demi après l'opération; sur le vivant, au niveau de la cicatrice cutanée, on sentait très nettement une petite rainure verticale et médiane, sur la face antérieure de la trachée.

Voici ce que nous a montré la dissection de la pièce: En procédant couche par couche, de dehors en dedans, on voit, qu'au niveau de la cicatrice, la peau adhère à l'aponévrose cervicale superficielle, par des tractus fibreux assez serrés. Au-dessous de cette aponévrose, dans toute l'étendue de l'incision, c'est-à-dire sur une longueur de un centimètre et demi environ, à partir du bord inférieur du cricoïde, la trachée adhère aux tissus voisins et semble incrustée dans un tissu fibreux, résistant et serré; au-dessous, au contraire, elle est entourée, comme à l'état normal, d'un tissu conjonctif lâche et celluleux. Sur sa face médiane, elle porte une incision verticale, longue de un centimètre et demi, comblée par une membrane fibreuse, large de 2 millimètres environ, qui réunit entre elles les extrémités des cartilages sectionnés. Ceux-ci jouent librement les uns sur les autres, présentant à leur partie moyenne comme une véritable pseudarthrose.

Enfin, sur toute la hauteur de l'incision, la trachée est considérablement rétrécie; son diamètre antéro-postérieur est

à peu près normal, mais son diamètre transversal est diminué de moitié. Le conduit est aplati, comprimé latéralement, en forme de prisme triangulaire à sommet antérieur, à base postérieure.

Au-dessous de l'incision, au contraire, la trachée a conservé sa forme et ses dimensions normales; quant aux parois propres de l'organe, elles semblent être inaltérées, souples, et facilement dilatables au niveau du rétrécissement. Pas de végétations de la tunique muqueuse.

Ce n'est donc pas dans les lésions de la trachée elle-même, qu'il faut chercher la cause de ce rétrécissement latéral. Il faut plutôt admettre que deux facteurs principaux ont contribué à le produire. D'une part, l'inflammation causée par le séjour de la canule dans la plaie, a amené la prolifération du tissu conjonctif péri-trachéal, qui, à la longue, est devenu cicatriciel et rétractile. D'autre part, par le fait de leur pseudarthrose fibreuse, les anneaux incisés de la trachée ont perdu leur force de résistance physiologique. Au lieu de résister comme des demi-cerceaux dont on cherche à rapprocher les extrémités, ils ont cédé à l'étreinte lente et prolongée de l'anneau fibreux qui les entourait; péritrachéite scléreuse et perte de résistance des cartilages sectionnés, telles sont les deux causes qu'il faut invoquer. Ainsi s'explique ce double fait, que le rétrécissement était limité à la hauteur de l'incision, et qu'il prédominait de beaucoup dans le sens transversal, qu'il était latéral. Pendant la vie, ce rétrécissement de la trachée ne s'était traduit par aucun signe fonctionnel, ni physique.

Une dernière question resterait à étudier : le rétrécissement latéral de la trachée est-il une conséquence fréquente de la trachéotomie? Se montre-t-il surtout dans les cas où le malade a conservé longtemps sa canule? Peut-il devenir assez serré pour entraver le jeu de la respiration? Autant de points, dont seules de nombreuses autopsies pourraient donner la solution.

M. HOUEL a examiné un retrécissement de la trachée, de nature syphilitique, provenant du service de Demarquay, la trachée avait peu diminué de volume et, néanmoins, le malade mourut avec des phénomènes asphyxiques; ici, au contraire, le diamètre de la trachée est très diminé et l'enfant n'a pas présenté d'accidents dyspnéiques.

M. CH. PETIT. Cette trachée présente un rétrécissement véritablement annulaire, portant sur les 3 premiers anneaux sectionnés pendant l'opération, la diminution de calibre porte aussi bien sur le diamètre transverse. Les anneaux paraissent absolument sains et n'ont subi aucune perte de substance appréciable, La réaction cicatricielle du tissu cellulaire péri trachéal, serait d'après ce que nous dit le présentateur, l'agent de cette dépression. Il est assez remarquable que cette action se soit ainsi limitée au niveau des anneaux intéressés par le bistouri. Je désirerais savoir si la partie postérieure de la *trachée* est également intacte, ou bien si elle n'aurait pas subi un certain retrait, qui contribuerait au rétrécissement, en maintenant rapprochées les extrémités postérieures des anneaux divisés. M. Carié, dans une thèse récente, a insisté sur un mécanisme particulier par lequel se forment certains rétrécissements trachéaux, consécutifs à la trachéotomie: la présence de la canule entre les lèvres la plaie trachéale produit, par un mouvement de bascule facile à comprendre, le rapprochement des extrémités postérieures des anneaux sectionnés, et ce rapprochement, à son tour, peut avoir pour conséquence la formation d'une saillie de la muqueuse de la paroi membraneuse de la trachée, qui rétrécit le calibre du canal aérien, et qui peut, quand elle persiste, devenir un obstacle à l'ablation définitive de la canule. Autant que je puis le voir sur cette pièce encore intacte, il n'y a ici aucune trace d'une semblable lésion, mais, à défaut d'une saillie de la paroi postérieure, il serait intéressant d'examiner avec soin si cette paroi n'a pas subi, sous l'influence du rapprochement des extrémités postérieures des trois anneaux divisés d'abord, et ensuite par le fait de sa participation possible à l'inflammation péri-trachéale, un certain degré de rétraction qui aurait concouru, avec celle du tissu cellulaire péri-trachéal, à produire et à maintenir le rétrécissement annulaire que nous constatons sur cette trachée.

12. Pneumonie double. — Absence congénitale du rein et de l'uretère du côté droit; par M. JOSIAS, interne des hôpitaux.

Le nommé Carpentier Etienne, âgé de 13 mois, est entré le 28 Juillet 1879, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle St-Jean, lit nº 47, dans le service de M. LABRIC.

Cet enfant était souffrant depuis cinq ou six jours. La toux était fréquente et la fièvre continuelle. Le jour de son entrée à l'hôpital, l'enfant avait les pommettes rouges, et présentait une dyspnée intense avec un état fébrile très accusé, langue légèrement saburrale, inappétence, soif vive, constipation. Au niveau du tiers moyen de la face postérieure du poumon gauche et principalement du côté de l'aisselle correspondante, existent une matité absolue, du souffle tubaire et des râles crépitants. Le diagnostic fut : *pneumonie gauche*. Malgré un traitement tonique et l'application répétée de ventouses scarifiées et sèches en arrière de la poitrine, l'état du malade ne change pas; les râles crépitants et le souffle tubaire, très prononcés à gauche, persistent avec une matité absolue des deux tiers inférieurs et postérieurs du poumon gauche. — Les mêmes phénomènes s'observent quelques jours plus tard dans le poumon droit, et le petit malade succombe le 25 août.

AUTOPSIE, pratiquée 28 heures après la mort. — *Poitrine*. — Pas d'épanchement dans les plèvres, les lobes inférieur et moyen du poumon droit, ainsi que le lobe inférieur du poumon gauche, offrent tous les caractères de l'hépatisation rouge.

Le cœur a des dimensions normales. Les valvules sigmoïdes de l'aorte ont une coloration d'un rouge carmin; cette coloration s'étend sur l'endocarde qui tapisse la face interne du ventricule gauche, dans une étendue de trois à quatre centimètres. Le péricarde est sain.

Abdomen. — Le péritoine, les intestins sont sains, le foie et la rate sont congestionnés : le *rein droit manque*, le *rein gauche*, très hypertrophié, occupe sa place ordinaire et est contenu dans sa loge cellulo-fibreuse et adipeuse. Il mesure longitudinalement dix centimètres, tranversalement six centimètres. Il pèse 85 grammes. En sectionnant verticalement ce rein, du bord convexe vers le hile, on a une surface d'un jaune fauve : les pyramides de Malpighi, au nombre de six, contrastent par leur forme en éventail et leur coloration rouge avec la substance corticale, qui est brune et irrégulièrement distribuée. La *vessie*, incisée sur la partie médiane de sa face antérieure, met à nu la face interne, grisâtre, de ce réservoir. Cette surface étalée montre deux ouvertures : l'une allongée en forme de boutonnière, est à peine visible et répond à l'uretère gauche; l'autre, plus manifeste, correspond au canal de l'urèthre. Au-dessous de l'ouverture de l'uretère gauche, existe un piqueté hémorrhagique (dix points environ); à droite et au-dessous de l'ouverture du canal de l'urèthre, la muqueuse présente un piqueté également hémorrhagique (16 à 8 points environ), mais moins étendu. L'uretère dont nous n'avons qu'une portion est très-dilatée, non épaissie. — Cette observation nous a paru intéressante à communiquer, malgré l'isolement des pièces anatomiques. L'absence congénitale d'un rein n'est pas aussi rare que le prétendent certains anatomistes; néanmoins les cas semblables à celui que nous présentons ne sont peut-être pas encore assez fréquents pour être négligés. Nous eussions préféré une pièce complète, sur laquelle il eût été intéressant d'examiner et de contrôler les particularités et les anomalies artérielles ou autres; malheureusement, ainsi que cela arrive le plus souvent, nous avons été surpris et nous avons remarqué cette agénésie unilatérale, alors que le rein gauche était déjà séparé de son uretère.

Séance du 14 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Sarcôme du coude; — Sarcôme secondaire du poumon; par M. ANDRÉ PETIT, interne des hôpitaux.

Le nommé Pinchon, âgé de 28 ans, mégissier, entre, le 3 octobre 1879, dans le service de M. DESPRÈS. Le père du malade est mort de phthisie pulmonaire; sa mère est asthmatique et vit encore. Il n'existe aucun autre antécédent héréditaire de quelque valeur, personne dans sa famille n'a été atteint de

tumeur, de quelque nature que ce soit, ni d'affections nerveuses convulsives. Lui-même ne semble avoir eu d'autres affections que des nouures rachitiques jusqu'à l'âge de 7 ans, toute trace d'ailleurs en aurait disparu. Il n'a jamais présenté aucun trouble du côté des organes respiratoires ou du système nerveux.

Il y a 3 mois, sans cause traumatique et sans symptômes prémonitoires, il s'aperçut d'une certaine roideur de l'articulation du coude gauche avec léger gonflement marqué surtout à la région épitroch éenne, dont la peau présentait une coloration rosée, peu intense. Ces symptômes d'ailleurs ne s'accompagnaient d'aucune douleur marquée, si bien que le malade continua à travailler, presque jusqu'à son entrée à l'hôpital. Le gonflement du coude augmenta dès lors progressivement, sans déterminer de douleurs vives ni d'impotence fonctionnelle; il se montra pourtant, par moments, quelques douleurs lancinantes, spontanées, au niveau même de l'articulation, et une douleur sourde s'exagérant dans les moments de flexion. Il y a deux mois et demi, quinze jours après le début de l'affection, il se heurta la région olécranienne, et c'est à dater de ce moment que la tumeur est devenue légèrement douloureuse et que la peau, au niveau du point contus, d'abord violacée sembla s'amincir et menacer de s'ulcérer.

Pendant les 3 mois qui précédèrent l'entrée du malade à l'hôpital, son état général resta bon, il n'eut point de fièvre, ne fut en aucun moment obligé de s'aliter. L'appétit et le sommeil furent conservés.

La tumeur du coude augmentant toujours de volume, la difficulté des mouvements et les douleurs elle-mêmes s'accentuant chaque jour, le malade se décida à entrer à l'hôpital Cochin, le 3 octobre 1879.

A l'examen du malade, on constate que le coude gauche présente un gonflement fusiforme considérable, s'étendant au dessus et au-dessous de l'articulation, d'environ 17 centimètres et présentant 46 centimètres de circonférence au niveau de l'interligne articulaire.

La peau est tendue, amincie, violacée, sillonnée de veines bleuâtres, dilatées. Au niveau de l'olécrâne, elle est d'un rouge violacé, intense, et l'on constate en ce point une fluctuation qui semble manifeste. Dans les autres points, on ne constate qu'une sensation de mollesse et de fausse fluctuation.

Au palper, la tumeur est peu douloureuse excepté au niveau du trajet du radial.

Les mouvements de flexion et d'extension spontanés sont impossibles. On peut les provoquer dans une faible étendue, et produire facilement les mouvements de pronation et de supination. On peut également obtenir des mouvements de latéralité très-marqués dans l'articulation du coude: ces divers modes d'explorations ne sont que peu douloureux. Les mouvements spontanés des doigts sont conservés, excepté pour l'annulaire et l'auriculaire.

La sensibilité cutanée a disparu dans le territoire de distribution du filet cubital, on la trouve normale dans tous les autres points. Les pulsations de la radiale sont normales, on ne remarque ni troubles circulatoires, ni œdème, ni modifications de la température, dans l'avant-bras, ni dans la main.

Pas d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle appréciable, l'état général est satisfaisant.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, apparut un léger œdème de la main; la tumeur augmenta encore de volume sans amener de modifications notables dans les symptômes.

Le diagnotic de sarcôme du coude fut établi dès l'entrée du malade, et l'amputation du bras fut décidée en principe.

Le 13 *octobre,* au matin, on constate une légère ulcération de la peau au niveau de la région olécranienne, et l'amputation est pratiquée immédiatement.

Elle est faite par la méthode circulaire et ne présente aucune particularité notable. L'os et les parties molles, au niveau de la section, semblent sains. Pansement occlusif avec des bandelettes de diachylon. Charpie mouillée d'eau et d'alcool camphré.

Examen de la tumeur. — A la dissection de la pièce, on trouve une tumeur volumineuse, présentant une surface mamelonnée; elle offre une coloration d'un blanc jaunâtre, légèrement rosé par place, plus grise en d'autres points; sa consistance est assez molle, surtout à la partie postérieure et interne. Elle enveloppe toute l'articulation du coude, et les muscles amincis sont assez intimement appliqués à la surface.

Les nerfs médian et radial sont soulevés et accolés dans une certaine étendue à la tumeur, ainsi que l'artère humérale. Le nerf cubital est compris dans l'épaisseur de la tumeur sur un trajet d'environ 5 centimètres, ce qui explique l'anesthésie constatée à ses terminaisons cutanées.

A la coupe, on trouve un tissu blanc grisâtre parsemé de taches jaunes pâles, lisses. Vers la région olécranienne on trouve un épanchement sanguin peu abondant, avec ramollissement du tissu pathologique à ce niveau.

L'article ouvert laisse voir les cartilages détachés des extrémités osseuses érodées et friables, mobiles dans la cavité articulaire envahie, l'extrémité supérieure du cubitus, qui semble avoir été le point de départ de la production morbide, semble avoir disparu dans la masse elle-même. L'humérus se termine au-dessus des surfaces articulaires, à peine reconnaissables. L'extrémité supérieure du radius est mieux conservée.

A l'examen histologique, pratiqué par M. le Dr Rémy, au laboratoire de la Charité, on constate que la tumeur est constituée par une accumulation de petites cellules rondes, mélangées de quelques cellules fusiformes, et parcourue par des vaisseaux assez nombreux. Ce sont ces vaisseaux qui ont donné lieu au foyer hémorrhagique de la région olécranienne, dont on reconnait facilement les traces. Les cellules rondes sont très-analogues aux médullocelles, on ne trouve en aucun point de myéloplaxes. Les plaques sont constituées par une sorte de dégénérescence granulo graisseuse, en foyers assez volumineux.

C'est le sarcôme à petites cellules ou sarcôme embryoplastique de Ch. Robin, tumeur dont la gravité excessive est proportionnelle à la rapidité de développement de ses éléments constituants.

Le soir de l'opération, la température est montée de 36°,8 à 38°,8.

13 *octobre.* Léger abattement, peu d'appétit. Douleur assez vive dans l'abdomen.

14 *octobre.* Douleur vive dans la fosse iliaque droite. Le malade semble affaibli. Pas de douleur dans le moignon, peu de soubresauts.

T. Matin, 39°,8. Soir 40° 2. *Traitement* : même pansement, Lavement de glycérine.

15 *octobre.* Selle assez abondante qui a soulagé le malade. Le facies est meilleur.

T. Matin, 39°. Soir 39°, 8, *Traitement* : même pansement.

21 *octobre.* Diarrhée assez abondante. Etat général bon, la suppuration qui s'écoule à chaque pansement offre les caractères du pus louable, moignon peu douloureux.

T. Matin 38°, 6. Soir 39°. *Traitement* : diascordium, 4 gr.

24 *octobre.* On enlève le pansement par occlusion, chutes de trois ligatures, nouveau pansement semblable, le malade va bien, la diarrhée est presque arrêtée, appétit, sommeil bon.

T. Matin, 38°,4. Soir 39°, 2. *Traitement* : régime tonique.

27 *octobre.* Le malade se plaint d'une douleur au niveau de l'articulation métacarpo phalangienne de l'index droit. Il y a en ce point de la rougeur et une légère tuméfaction, l'état général ne semble pas troublé.

T. Matin, 37°, 6. Soir 39° 8. *Traitement* : cataplasme à la main droite, sulfate de quinine 50 centigrammes.

29 *octobre.* Les phénomènes inflammatoires à la main droite semblent se localiser à la face dorsale et superficiellement. L'articulation elle-même parait indemne, un peu de diarrhée.

T. Matin, 37°, 2. Soir 38°. *Traitement* : le même traitement, lavements laudanisés.

31 *octobre.* L'abcès au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit s'ouvre spontanénent, l'article est sain, encore 4 selles, bon appétit, sommeil. T. Matin, 37°. Soir, 38°.

3 *novembre.* Diarrhée arrêtée, bon état général. On enlève le pansement exclusif, chute de la ligature de l'humérale, belle plaie bourgeonnante, pus louable, pas de douleurs.

T. Matin, 37°, 2. Soir, 38° 2. *Traitement*: pansement simple.

4-5-6 *novembre*. Rien de nouveau, état excellent du moignon. L'état général du malade semble bon, mais la température s'élève un peu. Elle oscille entre 38° et 39°, 2. *Traitement* : sulfate de quinine, 75 centigrammes.

7 *novembre*. Température élevée hier soir : 40°,2. Le malade aurait eu dans la nuit, à trois reprises différentes, des espèces de convulsions sur lesquelles on ne peut obtenir que des renseignements vagues. Aujourd'hui, il se trouve bien. Il ne sent aucune douleur. La plaie est d'un bel aspect. Appétit.

T. Matin, 37°,6. Soir, 38°.

8 *novembre*. Hier, à la visite du soir, le malade a été pris d'un accès de convulsions épileptiformes très nettes avec aura, partant du moignon, convulsions toniques, puis cloniques; morsure de la langue ; stertor, convulsions des globes oculaires ; anesthésie conjonctivale marquée surtout à gauche.— Bon état général avant et après l'attaque. Il dit n'avoir jamais eu de crise nerveuse analogue avant son opération.

Traitement. Sulfate de quinine, 40 centigrammes.

9 *novembre*. Rien de nouveau. Bon état général. Pas d'accès.

10 *novembre*. Dans la nuit et ce matin, aura douloureuse partant du moignon, mais crises épileptiformes avortées. Sueurs profuses. Ce matin pas de douleurs, bon état général.

T. Matin, 37°. Soir, 37°,4.

Cautérisation de la plaie d'amputation au nitrate d'argent.

11 *novembre*. Hier à 6 heures du soir. nouvelle crise épileptiforme précédée de l'aura. *Traitement*. Bromure de potassium, 2 gr.

12 *novembre*. Pas d'accès hier, le malade se lève un peu. Rien de nouveau. T. Matin, 37°,2. Soir, 39°.

14 *novembre*. Toujours pas de nouvel accès. Le malade se plaint de dyspnée légère. On trouve à l'examen du thorax, en avant à droite, un peu d'exagération de la sonorité à la percussion, en arrière, de la matité à la base avec zone de submatité remontant jusque vers l'angle de l'omoplate. Diminution des vibrations thoraciques ; souffle assez rude, surtout à l'expiration ; diminution très marquée du murmure respiratoire vers la base et bouffées de râles sous-crépitants fins, surtout à l'inspiration, vers la partie moyenne du poumon. A gauche, râles sibilants disséminés et quelques râles sous-crépitants, Légère adénite axillaire du côté du moignon. T. Matin, 37°,8. Soir 39°.

Traitement. 40 pointes de feu en arrière du thorax à droite.

15 *novembre*. Mêmes signes. On constate l'existence de la pectoriloquie aphone en arrière, à droite. L'épanchement semble avoir un peu augmenté. Hier soir, a six heures et demie, un accès épileptiforme. T. Matin, 37°,4. Soir, 38°,2. *Traitement*. 40 pointes de feu.

19 *novembre*. Même état. La dyspnée est plus accentuée. T. Matin, 37°. Soir, 39°.

20 *novembre*. L'adénite axillaire gauche augmente de volume, mais est presque indolente. La plaie opératoire se cicatrise rapidement. La matité thoracique à droite remonte en arrière jusque vers l'épine de l'omoplate ; on entend de nombreux râles sous-crépitants fins. Les vibrations thoraciques diminuées persistent en partie. T. Matin, 37°. Soir, 40°.

Traitement. Vésicatoire sur le thorax à droite. Teinture d'iode sur l'adénite axillaire.

22 *novembre*. Le malade semble un peu mieux. Dyspnée moindre depuis hier. La matité remonte moins haut. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes. T. Matin, 37°,4. Soir, 39°.

23 *novembre*. Le mieux disparaît. Accès de suffocation hier soir vers quatre heures. Ce matin dyspnée intense, respiration sifflante. Facies pâle, terreux. Sueurs abondantes. La matité a baissé de niveau, mais des deux côtés on entend des râles sibilants et ronflants très nombreux et des râles sous-crépitants fins disséminés. A droite, frottement pleural gros et saccadé. Râles de bronchite en avant, des deux côtés. La peau semble froide au toucher. P. 112. T. Matin, 36°,2. Soir, 36°,6.

Traitement. — 12 ventouses sèches, 2 scarifiées à droite. Le soir, 12 ventouses sèches. Sulfate de quinine, 60 centigr.

24 *novembre*. Mêmes symptômes, mais la dyspnée semble avoir diminué. Sueurs. T. Matin, 38°,2. Soir, 38°.

25 *novembre*. La dyspnée augmente de nouveau : les signes d'auscultation et de percussion se modifient peu.

La plaie du moignon est presque entièrement cicatrisée, on ne la panse plus qu'avec un peu de charpie sèche. L'adénite axillaire est assez volumineuse.

Le facies est toujours pâle, jaunâtre ; le malade ne se plaint que de la difficulté de la respiration. Sueurs abondantes. P. 120. T. Matin, 39°,6. Soir, 38°,6. *Traitement*. Ventouses sèches.

27 *novembre*. Le malade semble plus calme, mais s'affaiblit. Facies terreux ; sueurs ; yeux égarés : anhélation. Mêmes signes stéthoscopiques. T. Matin, 38°. Soir, 38°,2. *Traitement*. Ventouses ; sulfate de quinine.

28 *novembre*. Dyspnée intense. Affaiblissement très grand. T. Matin, 37°,4. Soir, 38°,8.

29 *novembre*. Râle trachéal. Pouls filiforme. Refroidissement, cyanose, agonie.

Le malade meurt à onze heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, le poumon droit est adhérent aux parois thoraciques par des fausses membranes épaisses. Dans la cavité pleurale de ce côté, environ 350 grammes de liquide purulent épais, jaune, verdâtre, non fétide. A la surface du poumon, on trouve des noyaux blanchâtres du volume d'un pois ou d'une noisette, situés sous la plèvre viscérale, au nombre de cinq à six. Du côté gauche, pas de lésions pleurales appréciables. A la coupe, le poumon droit présente une coloration gris jaunâtre, surtout dans ses lobes inférieurs ; le gauche, une coloration rouge vineux intense. Le parenchyme pulmonaire crépite encore sous la pression du doigt, moins cependant qu'à l'état normal, surtout vers la base du poumon droit, et surnage très nettement.

Des deux côtés et dans toute l'étendue des poumons, on remarque à la coupe une innombrable quantité de granulations miliaires faisant une saillie appréciable à la surface de section, et absolument analogues, macroscopiquement, aux tubercules miliaires de la granulie.

En différents points des deux poumons, surtout vers la base du poumon droit, on trouve des noyaux blanchâtres, dont le plus volumineux atteint la grosseur d'un œuf de pigeon, en tout analogues à ceux que l'on a constatés sous la plèvre et à la tumeur primitive du coude. Ces noyaux sont nettement circonscrits, et, pour les plus volumineux, facilement énucléables du parenchyme pulmonaire ; quelques-uns sont ramollis au centre, d'autres présentent des plaques jaunâtres, semblables à celles que nous avons signalées dans la tumeur primitive du coude.

Les ganglions bronchiques et du médiastin, peut-être un peu volumineux, ne sont nullement dégénérés.

Le cœur volumineux ne présente aucune lésion d'orifices.

Dans l'abdomen, rien de particulier : le foie légèrement gras, n'offre aucun noyau analogue à ceux des poumons, aucun non plus dans la rate. Les reins sont légèrement congestionnés. Les ganglions mésentériques ne présentent rien d'anormal.

Le moignon d'amputation est presque entièrement cicatrisé, cependant, on y trouve un petit abcès intermusculaire. Les muscles sont parfaitement adhérents à l'extrémité sectionnée de l'humérus. Les tissus du moignon sont sains. Dans l'aisselle de ce côté, on trouve une tumeur formée par trois ou quatre ganglions axillaires, volumineux, et présentant la consistance et la coloration des noyaux pulmonaires.

A l'examen histologique pratiqué par M. le Dr Rémy, il a reconnu que : 1° Les gros noyaux pulmonaires et pleuraux, ainsi que les ganglions axillaires sont absolument de même nature que la tumeur primitive du coude. Ce sont les mêmes petites cellules rondes, les mêmes foyers de dégénérescence graisseuse. C'est du sarcome embryoplastique ; 2° Les petits noyaux qui sont comparables d'aspect aux tubercules miliaires sont constitués par deux choses : d'abord, une exsudation fibrineuse de fines fibrilles, tenant en suspension des cellules épithéliales pulmonaires et des globules rouges et blancs du sang, qui remplit quelques alvéoles.

Puis des amas de petites cellules rondes, analogues aux éléments de la tumeur primitive, et des noyaux secondaires. On trouve encore une autre lésion : c'est, au milieu de ces foyers d'exsudation fibrineuse, des vaisseaux remplis par les éléments cellulaires de la tumeur et en tout identiques avec eux.

D'où viennent ces éléments, sont-ils nés sur place dans les vaisseaux ? Ou sont-ils le résultat d'une embolie dans la circulation sanguine ou lymphatique ?

On est porté, vu le nombre des noyaux, à admettre une origine embolique. En effet, les ganglions lymphatiques axillaires étaient dégénérés; et les vaisseaux efférents ont bien pu déverser dans la circulation veineuse des éléments charriés par la lymphe. Ces embolies cellulaires agissent comme les embolies graisseuses déterminant une gêne circulatoire d'où hémorrhagies, exsudations fibrineuses, et, d'autre part, elles se greffent à leur point d'arrivée dans les alvéoles et deviennent l'origine de petits noyaux secondaires.

On est parfois étonné, en voyant certains poumons atteints de tumeurs fibro-plastiques criblés de milliers de tumeurs secondaires. Dans le cas actuel, on aurait pris sur le fait l'instant de la transition, car tous ces petits noyaux miliaires, qui pourraient faire nommer *carcinie* cette généralisation, seraient devenus des tumeurs secondaires.

15. Vaste pneumonie. — Hépatisation grise de tout le poumon droit. — Hypertrophie considérable du ventricule gauche. — Aortite chronique généralisée. — Néphrite mixte; par M. Barthélemy, interne des hôpitaux.

X., ébéniste, 34 ans, d'un tempérament sec et nerveux, entre dans le service du Dr Rigal à l'hôpital Saint-Antoine, le 28 octobre. Il a de la fièvre, beaucoup d'oppression ; pas de point de côté. Toux fréquente, avec respiration sifflante ; pas d'expectoration. Il est pâle et maigre, bien qu'il ne soit malade que depuis une huitaine de jours. Il n'est ni rhumatisant ni alcoolique. Pas de délire, pas d'œdème.

A cause de cette dypsnée et de cette pâleur, M. Rigal soupçonne une lésion cardiaque ; mais les bruits respiratoires et les sifflements laryngo-bronchiques sont tellement intenses, qu'il est absolument impossible de rien percevoir par l'auscultation du cœur. Pas d'œdème des membres inférieurs. Le pouls est petit, fréquent, mais régulier, sans faux pas, sans impulsion. L'examen de la poitrine démontre de la matité et de l'*obscurité* des bruits respiratoires dans toute la hauteur du poumon droit, et des râles sibilants et ronflants du côté gauche. A droite, pas de *souffle*, pas de râles crépitants. Nous croyons à une congestion pulmonaire généralisée et nous donnons un vomitif.

30 *octobre*. Le malade est toujours très souffrant. Oppression et dyspnée. Pâleur et toux. Fièvre intense. A gauche, toujours des râles sibilants mêlés à quelques râles muqueux, à droite, matité, altération du timbre respiratoire, souffle rude au niveau de la bronche droite. Pas de râles crépitants secs, mais râles sous-crépitants assez nombreux, l'expectoration est toujours muco-purulente.

Ce n'est que le 2 *novembre* qu'elle devint sanglante. Les crachats étaient alors rosés et n'avaient pas la couleur abricot classique ; ils sont en partie mousseux, en partie visqueux.

Le souffle persiste à droite. Cependant, l'absence de râles crépitants et de la broncho-phonie font encore croire, à cause de l'obscurité respiratoire, de la dyspnée, des râles sibilants, à une congestion pulmonaire intense et généralisée avec prédominance à droite. M. Rigal ordonne du tartre stibié à dose rasorienne; 0 g. 30 centigrammes.

4 *novembre*. Le malade n'a eu aucune amélioration. Hier ses crachats étaient ceux de la pneumonie, à laquelle la fièvre et le souffle font penser aussi. Le malade, ayant toujours été asphyxique, meurt dans la nuit sans délire.

Autopsie. — Poumon gauche très congestionné, crépitant, sans emphysème. Poumon droit hépatisé dans toute sa hauteur ; c'est un vrai bloc massif, plein, sans crépitation, sans dépressibilité au doigt qui le déchire, sans élasticité. A la coupe, on trouve une hépatisation grise généralisée, plus avancée dans le lobe supérieur que dans l'inférieur, qui présente aussi les granulations et la teinte gris sale du troisième degré de pneumonie. Un peu d'hydropéricardite séreuse. La plèvre droite est épaissie aussi, et présente, par places, une épaisseur de 4 à 6 millimètres; nulle trace de granulation tuberculeuse ; dans le sommet gauche, une masse tuberculeuse du volume d'un gros pois, ayant complétement subi la transformation crétacée.

Le cœur est volumineux. Le ventricule gauche est considérablement hypertrophié, surtout en face du ventricule droit qui est resté normal. Les valvules sont partout saines, lisses, suffisantes. Le myocarde est d'un beau rouge ; il mesure dix-huit millimètres d'épaisseur, à gauche.

Les valvules sigmoïdes sont absolument saines comme les précédentes. Mais, immédiatement au-dessus, commence pour l'aorte une lésion qui s'étend de là dans toute sa longueur. Ce sont des plaques irrégulières soit fibreuses, soit calcaires, d'aortite chronique ; quelques-unes de ces dernières se laissent assez facilement enlever par le grattage, ce qui fait penser à une poussée récente d'aortite. Cette altération s'étend jusqu'aux artères iliaques, qui ne sont fort probablement pas complétement saines non plus.

Enfin, les reins sont petits, durs, granuleux ; ils se décortiquent facilement et sans lambeaux de la substance corticale. Celle-ci n'est cependant pas saine ; elle est atrophiée considérablement et présente une coloration grisâtre spéciale ; de même, entre les faisceaux de la substance pyramidale, on voit un certain nombre de fibres d'un blanc-jaunâtre qui ont certainement subi la transformation graisseuse. Mon collègue Bar, dans une coupe extemporanée, observe des cylindres dilatés remplis de cellules plus volumineuses qu'à l'état normal; de plus, les cylindres et les glomérules sont séparés les uns des autres par de larges travées conjonctives, qui affectent ici l'aspect étoilé à quatre branches. Ces lésions font conclure à l'existence d'une néphrite épithéliale et d'une néphrite interstitielle concomitante, c'est-à-dire d'une néphrite mixte.

Etant données des altérations si multiples, n'y a-t-il pas lieu de rechercher s'il n'y a pas, entre elles, de lien qui puisse les ramener à une cause commune, ou bien doit-on penser qu'elles sont complétement indépendantes les unes des autres ?

Sans rechercher si la maladie des parois aortiques a été causée par une diathèse quelconque, par un vice constitutionnel ou par une alimentation insuffisante et une hygiène mal entendue, constatons l'aortite chronique étendue et considérons l'appareil circulatoire périphérique artériel privé d'élasticité. Le cœur n'aura-t-il pas une suractivité compensatrice? D'où son hypertrophie partielle gauche, comme l'ont pensé avec raison Lancereaux et Peter. Les auteurs admettent également que l'artérite généralisée a causé l'altération du parenchyme rénal, contrairement à Traube qui en faisait la maladie primitive, et qui la croyait seule cause de l'hypertrophie cardiaque.

On ne peut pas soutenir davantage que la lésion cardiaque, l'aortite généralisée et la sclérose rénale sont indépendantes les unes des autres, mais produites par une même cause déterminant dans nos divers organes des qualifications conjonctives. Or, il n'y a pas d'hypertrophie conjonctive dans la myocardite. La théorie de Peter rend donc bien mieux compte du processus pathologique, de sorte que, en résumé, la pneumonie seule serait une maladie intercurrente. Et encore sa marche bizarre, ses signes incertains du début, son étendue et sa suppuration rapide chez un homme jeune et non débilité, ne permettent-ils pas plutôt de la considérer comme l'expression des tendances phlegmasiques et suppuratives que les cliniciens, et particulièrement le Dr Lasègue, ont signalées chez les sujets atteints de maladie de Bright ?

17. Sarcôme mélanique du foie; par M. Leduc, interne des hôpitaux.

Le malade, sculpteur, âgé de 46 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires. Pendant toute son enfance, ce malade dit avoir été sujet à des troubles intestinaux, consistant surtout en constipation, et nécessitant de fréquents purgatifs. A 18 ans, il eut des pertes séminales qui durèrent un

an, furent très abondantes, et le réduisirent à un état de faiblesse extrême : trois mois de traitement à Beaujon le remirent sur pied, mais, depuis lors, il conserva une irritabilité nerveuse particulière.

Sa vie entière fut une lutte contre la misère et dénote, dans certains cas, un manque d'équilibre dans ses facultés mentales : se croyant en butte aux persécutions de sa famille et de ses camarades, il tenta de se suicider après s'être intoxiqué avec de l'absinthe. Transporté à Bicêtre au milieu d'une attaque de delirium tremens, il y resta 7 mois, en proie à une véritable monomanie du suicide ; pendant huit ans, il fut poursuivi par les mêmes idées, et s'il ne se tua pas, c'est qu'il espérait arriver à la célébrité. Comme antécédents morbides on trouve encore deux attaques de rhumatismes, l'une à 29 ans, l'autre à 35 ans ; de tout temps il a été sujet aux palpitations.

Pas d'alcoolisme habituel, pas de syphilis ; seulement plusieurs blennorrhagies.

Il y a trois ans, sa vue s'étant mise à baisser très rapidement, il alla consulter le Dr Desmarres, qui voulut lui enlever l'œil gauche pour une tumeur cancéreuse ; il refusa : — mais trois mois après il alla voir, le Dr de Wecker qui pratiqua l'extirpation de cet œil (il croit se rappeler que M. de Wecker prononça le mot de sarcôme).— A l'œil droit, il aurait un décollement de la rétine, et la vue serait peu nette.

Vers la fin du printemps de 1879, il commença à éprouver un peu de diminution de l'appétit, et de la difficulté de la digestion.— Il y a trois mois, les digestions devinrent plus difficiles, la diarrhée devint habituelle, et son ventre, qui normalement était un peu fort, devint lourd et tendu et apporta une gêne notable à tous ses mouvements. — Le ventre augmentant peu à peu de volume, et les digestions devenant de plus en plus pénibles, le malade entre à l'hôpital le 6 novembre.

A son entrée voici quel était son état :

Homme pâle, amaigri, paraissant avoir plus que son âge ; organes génitaux remarquablement petits, pas de teinte ictérique ; le malade dit d'ailleurs n'avoir jamais été jaune. — L'abdomen est très volumineux : cette augmentation de volume est due à l'hypertrophie du foie ; cet organe descend presque jusqu'à la crête iliaque droite, il remonte assez brusquement, passe au niveau de l'ombilic et gagne l'hypochondre gauche, son bord libre décrit ainsi une diagonale à travers tout l'abdomen, il est tranchant et a conservé sa forme normale, à deux centimètres environ de la ligne médiane, au-dessus et à gauche de l'ombilic, on sent une encoche qui correspond au sillon de partage des deux lobes, la surface du foie dans toute la portion accessible au toucher est parfaitement lisse, de consistance dure, non douloureuse. Au cœur, les battements sont réguliers, le premier bruit à la pointe est mal frappé et un peu soufflant, pas de fièvre.

Rien à noter dans les poumons.

L'appétit est presque aboli, langue saburrale un peu jaune ; vomissements alimentaires assez fréquents, diarrhée persistante, épistaxis assez fréquentes, peu abondantes, ayant lieu indifféremment par les deux narines. On met le malade au régime lacté.

20 *novembre*. Il n'y a pas de changement notable dans l'état du malade depuis son entrée, mais le foie a encore augmenté de volume, il atteint la crête iliaque et dépasse l'ombilic de 2 centimètres au moins.

Le malade offre une légère teinte subictérique, appréciable surtout aux conjonctives et son urine contient du pigment biliaire (réactions par l'acide azotique). — Les jambes, surtout au niveau des malléoles, présentent un léger degré d'œdème, surtout quand il a marché un peu ; le malade se plaint de ne plus pouvoir supporter son lait, et on en remplace une partie par 2 litres de bouillon.

La numération des globules donne 1 blanc pour 270 rouges.

29 *novembre*. L'état général a gravement empiré ces jours derniers. Le malade ne se lève plus ; l'appétit a complétement disparu et le lait n'est plus supporté par l'estomac qui le vomit au bout de quelques instants, la diarrhée persiste. L'œdème des jambes est considérable, le scrotum et la verge sont infiltrés de sérosité. Il se plaint de quelques douleurs dans l'abdomen et dans les reins.

L'ictère est très marqué, aussi bien sur la peau que sur les muqueuses. Le malade mouche continuellement un peu de sang par les deux narines. Il a un léger degré de fièvre, 37°,8 le soir. Pouls assez fréquent. Langue sèche et sale.

30 *novembre*. Soir T. axil, 37°8.

1er *décembre*. T. Matin, 38°. Soir, 38° ; Même état, vives douleurs dans les reins. Insomnie depuis quelques jours. Il dit que sa vue semble baisser encore ; les objets lui apparaissent comme à travers un brouillard, avec un double contour et avec un point noir à leur centre ; la pupille est légèrement dilatée.

2 *décembre*. La température reste à 37°,8 matin et soir. La cachexie fait de rapides progrès, les traits s'altèrent. Depuis deux jours, le malade est pris le soir d'accès de dyspnée extrêmement intenses ; la face se cyanose et des injections hypodermiques de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine parviennent seules à calmer cette dyspnée et à lui procurer un peu de repos : on n'entend dans la poitrine que des râles nombreux et volumineux de congestion pulmonaire.

3 *décembre*. Matin, T. axil, 38°,9 ; soir, 37°,4. Crise de dyspnée hier soir, calmée par une injection hypodermique. L'œdème est considérable aux membres inférieurs dont la peau est très tendue, et surtout aux bourses ; quelques piqûres faites sur le scrotum, avec une épingle, donnent très-rapidement issue à plus d'un litre de sérosité qui traverse le lit du malade.

4 *décembre*. Matin, T. 37°,9, soir 37°,8. Pouls 92 ; assez fort et vibrant.

Le malade se trouve un peu soulagé par le dégonflement des bourses ; il ne dort plus, surtout à cause des douleurs de reins. Soif ardente, bouche mauvaise et amère.

La mensuration du foie, qui maintenant descend jusqu'au pli de l'aine, donne 35 *centimètres* sur la verticale passant par le mamelon droit ; 29 *centimètres* sur la ligne médiane ; 23 sur la ligne mamelonnaire gauche ; il ne paraît y avoir que peu d'ascite.

5 *décembre*. Hier soir nouvelle crise de dyspnée.

Température du matin 37°,6. Le malade va s'affaiblissant, voix un peu cassée. A 5 heures du soir le malade a un nouvel accès de dyspnée pendant lequel l'asphyxie est imminente ; une injection de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine le calme encore. — Il meurt le 6, à 4 heures du matin, dans un accès de dyspnée.

AUTOPSIE, le 7 décembre, 30 heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ un litre d'une sérosité, ayant une coloration brune très foncée ; cette coloration est due à la présence d'une quantité notable de sang dans le liquide.

Le *foie* se présente avec sa forme normale ; il remplit presque complétement la cavité de l'abdomen, sauf du côté gauche, il remonte jusqu'à la quatrième côte des deux côtés ; son diamètre vertical est de 37 centimètres dans sa plus grande étendue, il pèse 9 kilos 535 grammes ; sa surface est absolument lisse, en aucun point il n'y a de fluctuation : il présente une coloration très variable suivant ses points : noir brillant dans certaines parties, blanc jaunâtre ou un peu rosé en d'autres, jaune cuir dans d'autres où le parenchyme, à la coupe, paraît seulement stéatosé ; ces colorations diverses sont disposées en forme d'îlots arrondis d'une façon générale, mais de dimensions extrêmement variables (depuis celles d'un pois jusqu'à celles d'un œuf de poule). Quand on promène le doigt à la surface de l'organe, on constate une dureté considérable correspondant aux îlots, de coloration jaunâtre ou rosé ; le reste de l'organe présente une consistance ferme, mais beaucoup moins considérable : l'aspect d'îlots, de coloration diverse, qu'on trouve à la surface, existe aussi dans toute l'épaisseur de l'organe avec les mêmes caractères de consistance ; dans certains points envahis par la matière mélanique, il n'y a plus trace de parenchyme hépatique, mais autour de chaque îlot il reste quelques parcelles de la glande, paraissant stéatosées. Les vaisseaux sanguins ne sont pas dilatés, ni les canaux biliaires ; la vésicule biliaire contient de la bile verdâtre, qui la distend faiblement. Les ganglions du hile hépatique sont un peu augmentés de volume et infiltrés de matière mélanique. Rien à l'estomac, ni aux intestins.

Rate de volume normal, dure. — *Reins* congestionnés, présentant de plus une coloration ictérique assez prononcée.

Poumons. — Adhérences pleurales résistantes, unissant les deux feuillets de la plèvre, et les trois lobes à droite. A gauche, une bride ancienne de 3 centimètres de large unit les deux lobes. Congestion intense des deux organes.

Cœur.— Adhérence des deux feuillets du péricarde sur une surface de 2 à 3 centimètres carrés, à la face antérieure du ventricule gauche, à 2 centimètres au-dessus de la pointe.

Insuffisance de la valvule mitrale ; épaississement des deux valves qui présentent un aspect fibreux ainsi que les cordages tendineux qui sont rétractés. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées, elles présentent une épaisseur de 2 centimètres 1/2. Rien au cerveau, ni aux méninges.

L'*examen histologique* a montré qu'on avait affaire à un sarcôme mélanique.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est un nouveau cas de sarcôme mélanique du foie, ayant succédé à l'ablation d'un œil pour une tumeur de même nature. Le diagnostic de cancer mélanique a été fait chez le vivant. — Rappelons encore la marche rapide de la maladie : laquelle, après quelques troubles digestifs, auxquels le malade ne prêtait pas d'attention, a évolué en un mois à partir du jour où il s'est alité.

18. Rapport sur la candidature de M. Jalaguier, au titre de membre-adjoint; par GILBERT BALLET, interne des hôpitaux.

Messieurs, parmi les présentations de M. Jalaguier, il en est une sur laquelle je désire attirer votre attention.

Permettez-moi de vous rappeler les principaux traits de cette observation : Il s'agissait d'un malade atteint d'une cirrhose avec ascite, et qui portait, en outre, une hernie ombilicale.

A la suite d'une ponction faite dans le but d'évacuer le liquide abdominal, la hernie devint irréductible; on put cependant la faire rentrer; mais, quelques jours plus tard, une nouvelle ponction fut pratiquée et, cette fois, la hernie s'étrangla réellement.

Le malade, qui était soigné dans une salle de médecine, fut apporté dans le service de M. Verneuil. Celui-ci, en présence du mauvais état constitutionnel, refusa de pratiquer la kélotomie. Il se décida à chercher l'établissement d'un anus artificiel au moyen du caustique de Vienne appliqué sur la hernie.

L'opération sembla réussir, et le malade reprenait rapidement ses forces quand, trois semaines après l'opération, survinrent des vomissements ; quatre jours plus tard, il succombait après avoir présenté un très notable abaissement de la température.

L'autopsie montra que les adhérences qui unissaient l'intestin à l'orifice abdominal étaient parfaitement solides. L'anus contre nature siégeait sur l'intestin grêle, à un mètre au-dessus du cœcum. Il n'y avait pas trace de péritonite, mais on trouva des altérations profondes du foie et du cœur, ainsi qu'une pleurésie hémorrhagique à gauche.

Il est permis de supposer que ces lésions ont contribué, pour la plus large part à la mort du malade.

Cette observation est des plus instructives. Deux points surtout me paraissent dignes de fixer votre attention : 1° Les conditions dans lesquelles l'étranglement s'est produit ; 2° La méthode thérapeutique.

Le malade vivait depuis longtemps avec sa hernie ombilicale sans en être autrement incommodé. Les accidents d'étranglement sont survenus dans des circonstances assez particulières, et par un mécanisme que nous croyons devoir rechercher. On sait que, lorsqu'il y a une ascite un peu considérable, l'intestin soulevé flotte dans les régions supérieures de la cavité péritonéale, tandis que le liquide s'accumule dans les parties déclives. Que le liquide vienne à disparaître, l'intestin reprendra aussitôt sa situation normale, il glissera des régions ombilicale et épigastrique vers l'hypogastre et le bassin.

N'est-il pas naturel de supposer que c'est dans ce déplacement de l'intestin, par rapport à la paroi abdominale, que doit être cherchée, dans le cas qui nous occupe, la cause de l'étranglement ?

Une anse était sortie par l'anneau ombilical, et elle ne subissait aucun tiraillement, grâce à l'ascite qui soulevait le paquet intestinal.

On a fait une ponction ; une grande quantité de liquide a été évacuée. Qu'est-il arrivé? Les conditions de pression intra-abdominale, et les rapports de l'intestin avec la paroi, ont dû changer tout à coup. L'intestin a glissé rapidement et en masse, pour prendre la place qu'occupait le liquide enlevé. L'anse herniée a été attirée brusquement dans l'abdomen par le poids du reste de l'intestin. — De cette traction, agissant simultanément sur les deux bouts de l'anse, est résulté un aplatissement du pédicule, un engouement de cette anse, et un étranglement consécutif. Telle est au moins l'hypothèse que nous croyons pouvoir formuler.

Cette manière de voir nous paraît appuyée par ce fait, qu'une première ponction avait déjà amené l'irréductibilité de la hernie.

Il semble donc, qu'en pareille circonstance, on devra évacuer lentement le liquide, ou tout au moins réduire la hernie et la maintenir, avant de pratiquer la ponction.

Pour ce qui est de la méthode opératoire employée par M. Verneuil, il ne nous appartient pas de la juger. Nous ferons remarquer, toutefois, qu'elle a paré aux accidents d'étranglement, et qu'elle a assuré, durant trois semaines, l'issue des matières fécales. — N'est-on pas en droit de supposer que, placé dans d'autres conditions de santé, le malade aurait pu vivre longtemps avec son anus contre-nature qui siégeait, nous l'avons vu, sur la dernière portion de l'intestin grêle.

Ce fait doit être pris en sérieuse considération, en présence de la gravité bien connue de la kélotomie appliquée à la hernie ombilicale. Nous voyons dans Malgaigne que, de 1860 à 1863, cinq opérations faites dans les hôpitaux de Paris ont été suivies de mort. Quelques succès ont été obtenus depuis, mais les résultats sont si peu encourageants, que plusieurs chirurgiens, parmi lesquels M. Verneuil, ont renoncé presque complètement à opérer les hernies ombilicales étranglées.

Séance du 26 décembre 1879. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

21. Phlébite variqueuse du mollet. — Thrombose de la veine fémorale gauche. — Embolie pulmonaire obstruant l'artère pulmonaire droite; par M. GAUTIER, interne des hôpitaux.

Le nommé D. Louis, âgé de 37 ans, bijoutier, entre le 17 octobre 1879 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 33, dans le service de M. le professeur HAYEM.

Ce malade ne présente, comme antécédents pathologiques, que quelques signes d'intoxication alcoolique chronique : son sommeil est agité souvent par des rêves effrayants; il est sujet à des crampes et des soubresauts dans les jambes la nuit; le matin, il a fréquemment des pituites. Il y a un an, il fut pris brusquement d'une douleur vive dans le mollet gauche, cette douleur persiste les jours suivants, et s'accompagne d'un peu d'œdème; au bout de huit jours, le malade peut reprendre son travail, mais depuis cette époque l'œdème ou plutôt l'empâtement du mollet gauche n'a jamais complètement disparu, et, de temps en temps, surtout quand il se fatiguait, le malade était repris de vives douleurs lancinantes.

Depuis une dizaine de jours, ces douleurs sont revenues si fortes que le malade a dû renoncer à ses occupations, et que ce n'est qu'à grand'peine qu'il a pu monter dans la salle.

Etat à l'entrée : Malade d'aspect vigoureux, embonpoint très notable ; pas de fièvre. Le malade se plaint uniquement de la douleur très vive qu'il éprouve dans le mollet gauche ; cette douleur, exaspérée par les mouvements, existe aussi au repos au point d'empêcher le sommeil. La jambe gauche est légèrement œdematiée sans rougeur ni chaleur, le mollet est dur, empâté ; la palpation, même légère, en est extrêmement douloureuse.

On ne voit aucune varice superficielle, pas de développement exagéré de la circulation veineuse sous-cutanée à la cuisse, on ne sent aucun cordon dur sur le trajet de la saphène ni de la veine fémorale, la palpation de ces troncs veineux n'est pas douloureuse. Rien d'anormal du côté du

membre inférieur droit, aucun signe pathologique à l'examen des poumons et du cœur, l'urine ne renferme ni sucre ni albumine. M. Hayem porte le diagnostic : Varices profondes enflammées.

Traitement. Onctions d'huile de jusquiame chloroformée, enveloppement ouaté, repos au lit.

19 *octobre.* Le malade se plaint de douleurs vives dans le mollet droit; les douleurs sont beaucoup moins vives du côté gauche.

20 *octobre.* Sensation d'empâtement du mollet droit parfaitement analogue à celle qui existe à gauche, œdème assez marqué du membre inférieur droit remontant jusqu'au genou.

23 *octobre.* Le malade ne souffre presque plus que dans sa jambe droite. L'œdème sous-cutané a presque complètement disparu à gauche, mais l'empâtement du mollet persiste toujours; pas de cordon dur ni de douleur sur le trajet des veines de la cuisse.

24 *octobre.* Le malade qui, malgré la défense qui lui en a été faite, s'est levé hier soir pour aller au cabinet y a été pris tout à coup d'un étourdissement avec sensation de mort imminente, on l'a ramené presque aussitôt cyanosé ; à cette cyanose ont succédé, dès que le malade a été reporté dans son lit, une pâleur générale et une sueur froide profuse. Toute la nuit sensation de gêne extrême de la respiration. Pas de toux, pas d'hémoptysie, vomissements aqueux répétés mais peu abondants, le matin aucun signe anormal du côté des poumons ni du cœur.

26 *octobre.* Le malade n'a pas eu de nouvel étourdissement, mais la sensation de gêne respiratoire persiste, douleurs toujours très vives dans le mollet droit, l'œdème et l'empâtement paraissent avoir diminué des deux côtés.

31 *octobre.* A 7 heures du soir le malade se réveille en sursaut en proie à un accès semblable au premier, avec cyanose extrême pendant quelques instants. Appelé aussitôt, nous le trouvons extrêmement pâle, les lèvres seules sont encore bleuâtres ; il est couvert d'une sueur froide très abondante, son angoisse est extrême et il se plaint de ne pouvoir respirer, il n'a pourtant que 36 inspirations par minute. L'auscultation ne révèle aucune altération du fonctionnement des poumons ni du cœur, le pouls est petit, très rapide.

1er *novembre.* Le matin : P. 132 ; R. 40 ; T. ax. 37°, 2.

3 *novembre.* Pas de nouvel accès, mais la dyspnée est devenue constante, le malade croit toujours que l'air va lui manquer, toujours pas de toux, ni d'hémoptysie, on ne note à l'auscultation qu'un léger affaiblissement du premier bruit du cœur, large vésicatoire sur le devant de la poitrine.

4 *novembre.* Dyspnée extrême : Saignée de 200 grammes, qui ne soulage pas le malade; le soir à 6 heures, 72 inspirations ; à l'auscultation, murmure vésiculaire saccadé, mais sans mélange de signes anormaux. Le malade meurt à 7 heures du soir.

AUTOPSIE, 38 heures après la mort. — Cadavre extrêmement gras. Le tissu adipeux sous cutané de la paroi abdominale a au moins 3 centimètres d'épaisseur.

Cavité crânienne Pas d'épaississement des méninges ; on a assez de peine à décortiquer la pie-mère ; substance cérébrale, plutôt pâle ; pas d'autres lésions.

Cœur. Surcharge graisseuse du feuillet externe du péricarde, 400 grammes au moins de liquide citrin dans la cavité péricardique. Le *thymus* persiste et recouvre le péricarde dans le tiers supérieur de sa face antérieure. L'organe est congestionné, présentant peut être par places de petits foyers hémorrhagiques. Légers dépôts fibrineux sur le feuillet viscéral du péricarde, qui est assez fortement vascularisé dans les quelques points où il n'est pas chargé de graisse. Le *cœur* est volumineux, mou, en besace.

Les cavités gauches renferment du sang gelée de groseille, presque entièrement cruorique. Imbibition très-marquée de l'endocarde. La fibre cardiaque présente une coloration foncée, terne, et une consistance molle. Les vavules mitrales et aortiques sont saines ainsi que la crosse aortique. L'oreillette droite, très-distendue, renferme des caillots gelée de groseille, analogues à ceux du cœur gauche. L'auricule est remplie de caillots déjà un peu anciens. La paroi du ventricule droit présente une coloration rouge foncé. Elle est notablement épaissie, surtout au niveau de l'infundibulum où elle atteint un cent. et demi. Rien à noter du côté de la valvule tricuspide, ni des sigmoïdes pulmonaires.

Artère pulmonaire. En ouvrant l'artère pulmonaire on voit, au niveau de sa bifurcation, deux têtes de caillots contigus mais distincts, se prolongeant dans les deux branches. Le caillot qui se prolonge dans la branche droite occupe presque tout le calibre de celle-ci. Il se prolonge jusque dans ses divisions du deuxième et du troisième ordre. Au niveau du tronc pulmonaire droit, ce caillot adhère fortement à la paroi antérieure de l'artère. Ce n'est que dans les branches du deuxième ordre qu'il devient libre et présente les caractères d'un caillot prolongé. La surface de ce coagulum présente un aspect réticulé ; elle est blanchâtre du côté qui regarde le cœur, d'un rouge assez foncé, dans les parties plus rapprochées du poumon. En faisant une coupe qui comprend toute l'épaisseur du caillot, on voit qu'il présente l'aspect des caillots stratifiés. Il est, en effet, constitué par une coque relativement dure, enveloppant un centre ramolli. Les couches centrales sont les plus blanches.

Au niveau du point d'adhérence de l'embolus, l'examen microscopique montre que la paroi de l'artère est absolument saine. Le caillot qui occupe la branche gauche de l'artère pulmonaire est, au contraire, libre dans sa cavité. Il est mou, rougeâtre et se prolonge dans la branche inférieure de cette artère. Au point d'origine de cette branche, il se continue avec un caillot blanchâtre adhérent aux parois, absolument analogue à celui qui occupe le tronc pulmonaire droit et qui obture complétement les branches destinées au lobe supérieur.

Poumons.— Le poumon droit, dans presque toute son étendue, est transformé en un foyer d'apoplexie pulmonaire. Il n'y a que la moitié postérieure du lobe inférieur et un fragment, gros à peu près comme une noix, au sommet même du poumon, qui ne soient pas infiltrés de sang. Dans ces points, il y a un peu d'emphysème et à la coupe il s'écoule une quantité assez abondante de sérosité rougeâtre. Un peu d'épaississement de la trame pulmonaire au sommet. Le reste du poumon présente une coloration presque noire. A la coupe et à la pression, il en sort un liquide de même coloration, à peine spumeux. Des fragments appartenant à plusieurs points du foyer surnagent dans l'eau. Le lobe supérieur du poumon gauche est également transformé en un foyer apoplectique; mais la coloration y est beaucoup moins foncée, le liquide qui s'en écoule à la pression renferme beaucoup plus d'air. L'hémorrhagie est évidemment de date plus récente de ce côté.

Nombreuses adhérences celluleuses à la surface des deux poumons ; celles de la plèvre droite sont plus anciennes, fortement organisées.

Cavité abdominale.—L'*estomac*, légèrement dilaté, ne présente pas d'autre lésion qu'un ramollissement assez marqué avec aspect gélatineux de la muqueuse ; quelques ecchymoses ponctuées le long de la petite courbure. Rien à noter du côté de l'*intestin*. Le *foie*, un peu gras au toucher, est jaunâtre, de petit volume. A la coupe, il présente un aspect muscade, assez marqué, dû à la congestion veineuse du centre des lobules et à une dégénérescence graisseuse notable à leur périphérie. La *rate* est dure, scléreuse : épaississement notable de la capsule et des corpuscules de Malpighi.

Les *reins* sont volumineux, congestionnés. Ils se décortiquent facilement. La surface de coupe est lisse.

Veines des membres inférieurs.—Les veines intra-musculaires des deux mollets sont dilatées, remplies des deux côtés de caillots durs, adhérents aux parois, et obturant complétement le calibre du vaisseau. Du côté droit, les saphènes, la poplitée, la fémorale et le tronc iliaque sont vides. Du côté gauche, les saphènes sont également libres, mais la veine poplitée, la fémorale et l'iliaque externe et primitive sont obturées dans toute leur longueur par un caillot dur, ancien, présentant en quelques points des espaces vides dus probablement à sa rétraction, le caillot adhère assez aux parois de la veine; cependant sur des coupes minces après durcissement, on

peut l'arracher assez facilement sans produire de déchirure de la paroi veineuse.

La seule altération que présente celle-ci, à l'examen microscopique, est un léger épaississement de la tunique interne par places. On voit nettement, par cet examen, que le caillot est formé de couches concentriques peu adhérentes les unes aux autres.

Le coagulum se termine au point où la veine iliaque se jette dans la veine cave inférieure, par une extrémité aplatie, en forme de tête de serpent, qui laisse absolument perméable l'orifice de la veine iliaque primitive droite.

Ce caillot prolongé est rougeâtre, mou, s'éclatant facilement sous le doigt.

Remarques. — Cette observation nous paraît présenter un grand intérêt, surtout au point de vue clinique. Elle nous montre un malade, survivant douze jours à l'obturation presque complète de l'artère pulmonaire droite. En effet, les lésions évidemment plus anciennes du poumon droit, ne permettent pas de douter que c'est le caillot que nous avons trouvé de ce côté qui a été la cause du premier accès de suffocation. D'autre part, le mode de constitution du caillot, intégrité de la paroi artérielle au niveau de son adhérence, doit nous faire admettre qu'il n'a pas augmenté de volume dans l'artère pulmonaire, et qu'il l'a obturé dès qu'il s'y est fixé. Le diagnostic était rendu extrêmement obscur par l'absence absolue de signes physiques anormaux du côté du poumon, et par le fait que le malade n'a jamais craché de sang. M. Hayem a, du reste, déjà vu l'hémoptysie si constante dans le cas de petits infarctus, faire défaut après des embolies volumineuses.

Enfin, l'embonpoint extrême du malade nous a empêché de sentir une induration sur la veine fémorale. Cette veine était si bien entourée de graisse que, même sur le cadavre, après l'incision de la peau et de l'aponévrose, on ne constatait rien d'anormal, et que ce n'est qu'après avoir ouvert la gaine et mis pour ainsi dire la veine à nu que nous avons eu la sensation d'un cordon dur.

22. Sur le mécanisme des fractures du sternum, par M. Ch.-H. Petit.

Je désirerais rapprocher d'une observation de fracture de la colonne vertébrale avec fracture du sternum, présentée ici par M. Féré, un cas analogue que j'ai observé en 1875, dans le service de mon excellent maître M. Duplay, à l'hôpital Saint-Antoine, et dont j'ai présenté ici les pièces (1). Il s'agissait d'une fracture, ou plutôt d'une disjonction de la colonne cervicale, avec fracture du crâne et fracture incomplète du sternum. La solution de continuité de la colonne vertébrale s'était produite aussi par flexion exagérée en avant : le malade avait reçu sur la tête un sac du poids de 100 kilogrammes.

La fracture du sternum, qui est le seul point sur lequel je veuille rappeler votre attention, était complète du côté de la table interne seulement, tandis que la table externe semblait avoir subi simplement une flexion en avant; cette fracture portait sur la partie inférieure de la première pièce sternale. Dans le cas de M. Féré, le sternum s'est brisé au niveau de l'union de ses deux premières pièces, et le manubrium est déplacé en arrière du corps de l'os, avec lequel il forme un angle ouvert en avant. Il y a donc une grande analogie entre ces deux faits, et ils représentent, en somme, les deux termes extrêmes d'une même lésion, laquelle a coïncidé, dans l'un comme dans l'autre, avec une flexion exagérée de la colonne cervicale en avant.

Le mécanisme de ces fractures du sternum est assez difficile à expliquer. En ce qui concerne notre malade de 1875, trois hypothèses avaient été examinées par M. Duplay. Dans les deux premières, on supposait une relation entre la flexion exagérée du cou et la production de la fracture du sternum, qui aurait alors été le résultat de la pression du menton : 1° ou bien le menton était venu presser d'avant en arrière sur la partie antérieure et supérieure du sternum, tendant ainsi à plier cet os en arrière ; mais cette interprétation ne pouvait être admise, car elle ne concordait pas avec l'aspect de la fracture, qui accusait une flexion en avant; 2° ou bien la pression exercée par le menton avait agi suivant l'axe du sternum, et avait brisé cet os par un mécanisme se rapprochant de celui de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. La troisième hypothèse, que M. Duplay considérait comme réunissant le plus de probabilités en sa faveur, et à laquelle il croyait que l'on devait se rattacher de préférence, consistait à admettre que la fracture du sternum était indépendante de la flexion exagérée du cou, et qu'elle s'était produite par choc direct, au moment de la chute du malade.

(1) *Bull. de la Soc. Anat.* 1875. p. 62.

23. Sur la pathogénie du bruit de galop; par M. Barié, chef de clinique de la Faculté.

Le fait présenté par M. Déjerine est très intéressant; cependant, il soulève certaines questions sur lesquelles je demande la permission d'insister. On sait que ce rhythme cardiaque spécial, auquel M. Bouillaud a donné le nom de galop, se rencontre dans certains cas de *dilatations cardiaques non liées à des lésions orificielles.* Il est produit par une distension brusque du ventricule qui est accusée par un soulèvement constaté par le cardiographe et par un bruit de choc perçu par l'oreille, lorsque le ventricule, incomplètement rempli pendant la diastole, vient à être brusquement surpris par l'ondée sanguine lancée par l'oreillette, d'où résulte un changement subit de pression dans la cavité ventriculaire.

De toutes les circonstances capables d'engendrer ce bruit de galop, la mieux connue est la *néphrite interstitielle*; dans ce cas, le phénomène qui consiste bien plutôt dans un choc quelquefois perceptible à la main, que dans un bruit véritable, se passe dans le ventricule gauche; il a son maximum dans un espace limité par la pointe du cœur, le deuxième espace interscostal gauche, et le bord gauche du sternum. Enfin, il s'accompagne encore d'une accentuation très nette du second bruit aortique, indice d'une exagération de la tension dans tout le système artériel aortique. Ce bruit ne doit jamais être considéré, comme on le dit souvent à tort, comme un dédoublement du premier bruit, car il peut occuper une place variable dans la diastole, tantôt très rapproché du premier bruit, auquel cas il est présystolique; tantôt, au contraire, plus éloigné, et dans la première partie de la diastole. C'est là, ainsi que le déclare notre maître, M. le professeur Potain, un *bruit surajouté*, et non un dédoublement de bruit.

En dehors de la néphrite interstitielle, certaines causes peuvent encore engendrer des dilatations cardiaques simples, et donner lieu aussi au bruit de galop : je citerai d'abord certaines *affections gastro-hépatiques*, qui allant retentir sur le poumon, par l'intermédiaire du pneumo-gastrique, ou plus vraisemblablement, du grand sympathique, produisent, sur les vaisseaux sanguins du parenchyme pulmonaire, une action constrictive qui a pour conséquence une élévation de la tension dans le système de l'artère pulmonaire, à la suite de laquelle le ventricule droit se dilate. Dans ces cas, on trouve fréquemment, à l'auscultation du cœur, outre les signes de la dilatation cardiaque, un bruit de galop manifeste; mais ici, c'est un galop se passant dans le cœur droit, et le siége maximum est au niveau du bord droit du cœur, près du creux épigastrique. De plus, et ce phénomène a son importance, on trouve une accentuation très nette du deuxième bruit, non plus à droite, comme tout à l'heure, au niveau du foyer des bruits aortiques, mais dans le deuxième espace intercostal gauche, au niveau du foyer des bruits de l'artère pulmonaire, signe certain de l'exagération de la tension dans cette artère.

En troisième lieu, on peut encore trouver un bruit de galop à la suite de *certaines péricardites.* M. Potain en a observé quelques faits; dans ce cas, la pathogénie est la même : notre maître pense qu'il se produit à la longue, et comme conséquence de l'inflammation du péricarde, une dilatation cardiaque, non, comme on le dit, sous l'influence des fausses membranes qui attireraient à elles les parois du cœur par une sorte de rétraction excentrique, mais plutôt par une altération du muscle cardiaque qui, perdant son tonus normal, arriverait peu à peu à se laisser distendre.

A côté de ces faits cliniques aujourd'hui bien connus, il

convient d'ajouter quelques cas de hythme de galop trouvés chez certains malades atteints d'*anémie vraie*, celle, par exemple, qui succède aux grandes hémorrhagies, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause. L'explication du galop cardiaque, dans de pareilles circonstances, ne laisse pas que de soulever quelques difficultés; néanmoins, on peut supposer que, par suite de la diminution notable de la masse du sang, les cavités cardiaques se trouvent momentanément trop spacieuses pour la quantité de sang qu'elles ont à faire circuler; elles rentreraient, par ce caractère, dans le groupe des dilatations cardiaques non liées à des lésions orificielles.

Ces derniers faits sont encore fort restreints, et la théorie que nous proposons ici mérite nouvelle confirmation.

Reste une dernière circonstance, dans laquelle on trouve souvent une dilatation cardiaque non liée à une altération des orifices cardiaques, je veux parler de la *bronchite chronique avec emphysème*. Dans ce cas, contrairément a ce qu'on pourrait supposer, le bruit de galop peut être considéré comme exceptionnel, et c'est en vain que nous l'avons cherché jusqu'ici dans les cas nombreux, cependant, de dilatation du cœur droit, conséquence de l'emphysème. C'est pour ces raisons que le fait de M. Déjerine est si intéressant; malheureusement, je ne le crois pas absolument démonstratif, d'une part, parce qu'on n'a pas noté l'accentuation du bruit diastolique du côté de l'artère pulmonaire, condition nécessaire pour affirmer que le bruit de galop existe bien dans le cœur droit, et, d'un autre côté, le malade ayant présenté les lésions de la néphrite interstitielle, il est possible que le bruit de galop lui soit imputable et ait eu son siége dans le cœur gauche.

M. Déjerine. Les lésions trouvées du côté de l'appareil rénal sont des altérations à peine marquées, et tout à fait du début de la néphrite scléreuse; il me semble difficile, vu leur peu d'importance, de leur faire jouer un rôle dans la production du bruit de galop; d'ailleurs, on rencontre fréquemment, dans les autopsies, des lésions rénales beaucoup plus marquées, sans qu'elles donnent lieu au rythme du galop.

M. Barié. Le peu d'altération des reins n'est pas une raison suffisante pour pouvoir leur refuser un rôle dans la production du bruit de galop, en effet, sur un malade atteint de scarlatine hémorrhagique au troisième jour, j'ai trouvé ce rythme cardiaque des plus intenses, et cependant l'altération des reins était peu avérée.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégations: Accouchements.

I. Des fibrômes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement; par le Dr R. Lefour, vol. in-8° de 336 p. avec 2 planches et 9 gravures sur bois, Paris 1880. O. Doin, éditeur.

I. Le sujet qui était imposé à M. Lefour était des plus intéressants. Il avait été, en 1749, l'objet d'un mémoire remarquable de Levret. En 1868 et 1869, il fut l'objet d'une discussion approfondie à la Société de chirurgie. « A cette discussion, » dit M. Lefour, prirent part les cliniciens les plus éminents, » MM. Depaul, Tarnier, Guéniot, Blot, Trélat, et depuis on » n'a guere fait que de la paraphraser. » On peut citer comme travaux publiés depuis cette époque ceux de Horwitz, Magdelaine, Tatarzinow, Lambert, Pusserott Nauss, Sébileau, Demarquay et Saint-Vel, Mangaigalli et Gusserow. Il existait donc un assez grand nombre de documents qui pouvaient permettre d'écrire un ouvrage didactique. M. Lefour a fait mieux; il a compulsé les livres, les recueils, les journaux, et est arrivé à rassembler 307 observations de tumeurs fibreuses ayant coïncidé avec la grossesse. Il a résumé ces observations dans des tableaux fort précieux par les détails qu'ils contiennent, et par les indications bibliographiques qu'ils donnent avec exactitude. L'étude attentive de tous ces faits lui a permis de faire un exposé complet des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Après avoir fait une étude, un peu longue peut-être, des tumeurs fibreuses en dehors de la grossesse, de leurs variétés anatomiques et des particularités qu'elles peuvent présenter, M. Lefour a recherché successivement quelle pouvait être l'influence des fibrômes utérins sur la fécondation, sur la grossesse, sur l'accouchement, et sur les suites des couches.

De l'ensemble des faits et des statistiques qui ont été réunis par M. Lefour, il résulte que la fécondité est diminuée lorsqu'il existe des fibrômes. Le nombre des grossesses est, en effet, notablement moindre dans les familles où la femme présente des tumeurs fibreuses. Cette stérilité relative s'explique par les déviations utérines, conséquences des fibrômes, et par l'irritation que causent les fibrômes sous muqueux. Lorsque néanmoins, la grossesse survient, elle arrive moins souvent à terme; l'avortement et l'accouchement prématuré sont en effet plus fréquents que dans les conditions normales. Sous l'influence de la gestation, ces tumeurs fibreuses subissent elles mêmes des modifications considérables, et par suite de leur développement exagéré, elles déterminent une augmentation des présentations anormales.

On ne trouve la présentation du sommet que 50,98 fois p. 100, tandis que la présentation du siège a été observée 32,35 fois p. 100, et celle du tronc 16,66 fois p. 100. — Sous l'influence de causes non encore bien déterminées, le fœtus meurt assez souvent dans la cavité utérine: 23 fois sur 307 cas, il avait succombé pendant la grossesse. — De la présence des tumeurs résultent des obstacles au moment de l'accouchement. Ces obstacles varient suivant le développement, suivant le siège, suivant la mobilité ou l'immobilité du fibrome. Il faut bien savoir que les tumeurs les plus volumineuses qui remplissent l'excavation pelvienne peuvent, sous l'influence des contractions utérines, s'élever au-dessus du détroit supérieur. Dans des cas de ce genre, on avait cru qu'on serait obligé de recourir à l'opération césarienne, mais l'accouchement a eu lieu spontanément. — M. Lefour a signalé des complications sur lesquelles les auteurs n'avaient pas insisté jusqu'ici, ce sont la fréquence de l'insertion vicieuse du placenta, celle de la procidence du cordon ombilical et la nécessité de pratiquer assez souvent la délivrance artificielle. Du relevé de ces 307 observations, il résulte que l'insertion vicieuse du placenta a été notée 1 fois sur 23,61 accouchements, la procidence du cordon a été relevée dans la même proportion, 1 fois sur 23,6 accouchements Quant à la délivrance, 18 fois on a dû introduire la main dans la cavité utérine pour la pratiquer artificiellement.

Le chapitre diagnostic, un des plus difficiles, car il comprend une série de problèmes plus ou moins faciles à résoudre, a été étudié avec grand soin. Pour mettre un peu de clarté dans son exposé, M. Lefour l'a divisé en 3 paragraphes: 1° Diagnostic de la grossesse simple avec les tumeurs fibreuses de l'utérus non gravide; 2° diagnostic différentiel de la tumeur fibreuse simple et des diverses affections qui peuvent la simuler chez la femme enceinte ou en travail; 3° diagnostic de la tumeur en elle-même, c'est-à-dire de ses caractères, de son siège, etc.

L'auteur termine par l'exposé du pronostic et par une étude assez longue sur la conduite à tenir pendant la grossesse, pendant l'accouchement, et lorsque les complications surviennent pendant les suites de couches.

Nous n'avons pu qu'indiquer brièvement les principales parties de cette thèse volumineuse et consciencieusement faite. Elle est remarquable, non seulement par la richesse des documents et des indications bibliographiques, mais aussi par un certain nombre de planches et de dessins inédits dus au crayon de M. le Dr Ribemont. Ils reproduisent des pièces intéressantes conservées par MM. Depaul et Tarnier dans leurs collections. Le travail de M. Lefour fera époque sur cette question. Il sera consulté avec fruit aussi bien par les praticiens que par les médecins qui se livrent plus particulièrement aux recherches scientifiques. P. Budin.

Assistance publique a domicile. — La Commission chargée de la réorganisation de l'Assistance à domicile, à Paris, a dans sa première séance du 28 juin dernier, nommé une sous-commission composée de MM. Hérisson, président, Brelay, Martin Millard, Passant, pour élaborer un projet qui sera soumis à la Commission générale.

REVUE D'HYGIÈNE

I. Du danger de l'emploi des pompes à pression pour la bière.

II. Rapport sur l'emploi de la margarine dans les asiles d'aliénés ; par M. Riche. In Bulletin de l'Académie de médecine.

I. Les Conseils d'hygiène et les Comités de salubrité des divers pays où la bière entre pour une très forte proportion dans la consommation, viennent d'attirer l'attention sur une cause d'insalubrité qui n'avait pas été signalée jusqu'à présent. L'usage de pompes à pression pour la bière offrirait d'assez grands dangers. En France, à part quelques départements du Nord et de l'Est, la bière ne doit pas être considérée comme une boisson alimentaire, mais bien plutôt comme une boisson de luxe ; cependant, presque toutes nos grandes villes, en font une consommation assez considérable ; il nous a donc paru utile de signaler ces dangers, car les pompes à bière sont d'un usage presque général en notre pays.

D'après le rapport présenté par MM. Musculus, Rose et Krieger, au Conseil d'hygiène de Strasbourg, les inconvénients que l'on attribue aux appareils à pression peuvent se résumer aux points suivants : Dégagement de l'acide carbonique de la bière et absorption de l'air de la cave par le liquide (cet air serait dangereux parce qu'il peut contenir des germes de maladie provenant des émanations du sol) ; introduction dans la bière de substances nuisibles provenant de tuyaux de conduite de mauvaise qualité, de matières visqueuses, de substances décomposées résultant de la levûre, des principes résineux du houblon, qui s'accumulent dans ces mêmes tuyaux qu'ils obstruent et où ils entrent rapidement en putréfaction.

De ces inconvénients signalés, les derniers seuls doivent, à notre avis, attirer l'attention. Aucun fait de maladies infectieuses, résultant de l'air des pressions, n'a, en effet, été enregistré jusqu'à présent, et cette infection hypothétique devrait se produire dans toutes les circonstances car, quel que soit le procédé de soutirage employé, il entre toujours dans la bière une certaine quantité d'air du local où est déposé le baril. Il n'en est plus ainsi pour les autres inconvénients, et l'on s'explique facilement que la bière, s'aigrissant à la suite de son séjour dans des tuyaux, devienne nuisible ; sa nocuité sera encore plus grande si les tuyaux sont en plomb, ce qui arrive très souvent.

Les magistrats de Wurtzbourg, à la suite d'une enquête approfondie, ont pris, en juillet 1878, un arrêté interdissant l'usage des pompes à pression. Cette mesure nous paraît trop sévère. Les pompes à pression, en France surtout, offrent certains avantages aux débitants, et, à part quelques grandes brasseries où la consommation est considérable, on ne pourrait sans inconvénients pour la conservation de la bière, mettre les fûts en perce dans les salles de débit, comme cela a lieu en Bavière. Nous croyons que des nettoyages réguliers des tuyaux, au moyen d'eau, ou ce qui serait préférable, au moyen de vapeur soumise à une forte pression, seraient suffisants pour prévenir les inconvénients qui ont été signalés. Plusieurs villes, parmi lesquelles Manheim, viennent de prendre des ordonnances prescrivant ces nettoyages réguliers ; en Suisse, à la suite d'un rapport du Comité d'hygiène, le gouvernement a rendu exécutoires, depuis le 1er août 1879, les dispositions suivantes, qui nous semblent répondre à tous les besoins :

1° L'air nécessaire aux pompes à pression doit être pris dans des endroits aérés, s'il n'est pas possible de le prendre à l'air libre ; 2° les appareils à air doivent être construits de façon qu'on puisse les nettoyer à volonté par une ouverture pratiquée dans la partie inférieure de l'appareil ; 3° le conduit qui amène l'air dans le fût doit être muni d'une soupape empêchant la buée des fûts de pénétrer dans l'appareil à air ; 4° tous les tuyaux et serpentins qui amènent la buée du fût dans le débit doivent être en *étain pur ;* 5° tous les tuyaux doivent être tenus avec la plus grande propreté et établis de façon qu'on puisse les *nettoyer* complétement et *d'une façon régulière* au moyen de la *vapeur*.

Nous appelons vivement l'attention de nos Conseils d'hygiène sur cette question, qui intéresse à juste titre la santé publique.

II. Depuis quelques années déjà, dans un but d'économie, l'Administration des asiles publics d'aliénés de la Seine avait substitué l'emploi de la margarine à l'emploi du beurre ou du saindoux dans la préparation des aliments des malades. Avant d'adopter définitivement l'usage de la margarine, M. le Ministre de l'Intérieur avait demandé à l'Académie de médecine un rapport sur les inconvénients que peut présenter l'usage de cette substance. Nous donnerons une analyse sommaire de ce rapport, présenté le 11 mai, par M. Riche. Le rapporteur a divisé son travail en trois parties. La première est consacrée à l'histoire, au mode de préparation et à l'analyse de la margarine. Après une description sommaire du mode de préparation employé par M. Mège Mouriès l'inventeur de ce produit, M. Riche montre les changements apportés à cette préparation par les nouveaux fabricants, et démontre que par suite d'introduction de substances nuisibles, telles que l'huile d'arachides, la margarine du commerce peut, en certains cas, offrir des dangers sérieux.

Dans la seconde partie sont relatés les résultats sommaires de l'enquête à laquelle la Commission s'est livrée. C'est une des parties les plus intéressantes du rapport, et l'on y voit que, dans tous les asiles d'aliénés de la Seine, les réclamations sont unanimes pour demander la suppression de la margarine.

Dans son rapport présenté au Conseil général, au nom de la 3e Commission, en 1879, M. Bourneville avait déjà appelé l'attention de l'Administration sur l'emploi de la margarine, et les extraits suivants de ce rapport, reproduits par M. Riche, édifieront complétement le lecteur sur la question :

La margarine, employée depuis 1878, est vivement incriminée. Nous n'avons pas constaté d'effets nuisibles résultant de son emploi, dit M. de Lamaestre, mais il y a eu des plaintes émises relativement à la saveur désagréable que donne cette substance dans la préparation de quelques aliments.

Les malades ne se plaignent pas, écrit M. Billod, les sous-employés et les serviteurs ne se sont pas plaints. Mais j'ai lieu de penser qu'un sentiment de timidité et de crainte a seul empêché les réclamations. La table administrative a éprouvé une telle répugnance qu'il a fallu la dispenser de l'usage de la margarine. On en restreint l'usage aux ragoûts et aux grands plats de légumes. L'économie est à peu près de 30 0/0 sur le prix du beurre. L'influence m'a paru nulle sur la santé.

Si, dit M. Corby, directeur de Sainte-Anne, la margarine peut être utilisée sans inconvénients pour l'assaisonnement de certains légumes, tel que choux, haricots, pommes de terre, pois cassés et lentilles, elle laisse à désirer pour l'assaisonnement des viandes et de certains légumes, tels qu'épinards, chicorée, petits pois, haricots verts, pour accommoder les œufs et aussi pour la préparation des soupes maigres et sauces blanches.

L'ensemble de ces renseignements concorde à montrer qu'il est nécessaire de remplacer la margarine soit par le beurre, soit par la graisse.

Dans la troisième partie, M. Riche établit, par l'analyse chimique, les différences qui existent entre la margarine et le beurre, différences qui, appuyées sur des travaux antérieurs de divers auteurs, sur les faits admis touchant l'absorption de corps gras dans l'organisme, permettent de porter un jugement sur le mode d'action comparé du beurre et de la margarine dans l'économie. M. Riche termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Il résulte des essais poursuivis pendant trois ans à Sainte-Anne, Vaucluse et à Ville-Evrard, que les gens de service et divers malades ne tolèrent pas cette substitution pour la majeure partie des mets.

2° Certains malades très impressionnables, d'autres très délicats, seraient placés dans des conditions particulièrement défavorables à leur alimentation, et par suite à l'entretien de leur santé. Pour les autres, c'est un changement dans le régime, car à Paris la cuisine au beurre est générale ; or un changement de régime est toujours fâcheux, surtout chez des personnes dont l'état de santé est déjà ébranlé.

3° La margarine de M. Mège Mousès n'existe plus dans le commerce, elle est trop chère. La margarine actuelle est un produit industriel, qui se prête à diverses fraudes ; on y introduit notamment des huiles végétales, de l'huile d'arachides, et, s'il est facile de déterminer, par l'analyse chimique, si un produit donné est du beurre ou de la margarine, il est fort difficile d'affirmer que cette margarine est pure ou mélangée d'huile. Or, d'une part, la pratique journalière prouve qu'il faut un certain temps pour qu'un estomac, habitué à la cuisine à la graisse, s'accoutume à la cuisine à l'huile, et, d'autre part, des essais physiologiques ont permis à M. Berthé de conclure que les huiles végétales sont d'une digestibilité plus difficile que les graisses animales.

4° Les corps gras ne sont absorbés dans l'organisme que s'ils sont à l'état d'émulsion. Les essais chimiques de M. Lailler et la pratique culinaire ayant démontré que la margarine s'émulsionne moins bien que le beurre, et que l'émulsion est plus stable, on est en droit de conclure que l'absorption de la margarine se fera dans de moins bonnes conditions que celle du beurre.

Ces conclusions ont été adoptées par l'Académie. Il est à espérer que, après ce document officiel, l'Administration renoncera à la substitution de la margarine au beurre, et que l'on reviendra rapidement à l'ancien état de choses.

A. BLONDEAU.

CORRESPONDANCE

Du diagnostic des affections cérébrales au moyen de l'ophthalmoscope. (Jackson, Gowers, Annuske, etc., etc. Névrite optique, opinion de Jakson, ophthalmoscopie dans les hôpitaux de Londres.)

Nous recevons de M. A. Darier (de Genève) une lettre où il nous expose le résultat de ses observations dans les hôpitaux de Londres. Nos lecteurs y trouveront des renseignements intéressants sur les recherches ophthalmoscopiques appliquées au diagnostic des affections cérébrales, recherches qui sont pratiquées en Angleterre sur une large échelle, et qui, jusqu'à présent, ont été peu ou pas pratiquées dans nos hôpitaux français.

Monsieur le rédacteur,

Il ne m'appartient pas de déterminer les rapports qui existent entre les altérations du fond de l'œil et les affections intra-crâniennes; pas plus que de critiquer les diverses théories émises à ce sujet.

Il suffit de savoir que les hommes les plus autorisés sont tous d'accord pour admettre une liaison intime, de cause à effet, entre les lésions encéphaliques et les altérations de la papille du nerf optique. L'attention du clinicien a été bien souvent appelée sur l'importance de ce fait, au point de vue du diagnostic des affections cérébrales. Mais l'ophthalmoscope n'en est pas moins resté un instrument presque exclusivement réservé aux spécialistes. On pourrait facilement compter le nombre des médecins qui ont étudié le fond de l'œil sur le vivant. J'avoue, pour ma part, n'avoir jamais appris à me servir de l'ophthalmoscope pendant tout le cours de mes études. Donc tout ce que je pourrai dire sur ce sujet ne reposant que sur une expérience de quelques mois, n'aura pas la moindre prétention à l'originalité. Mon seul désir est de faire partager à ceux que cela peut, ou plutôt doit intéresser les enseignements précieux de maîtres tels que Hughlings Jackson, Hutchinson, Gowers, etc..., certes, mieux eût valu traduire simplement leurs écrits; mais la tâche eût été un peu lourde. Si ma prose pouvait attirer l'attention sur les ouvrages de ces auteurs, je serais plus que satisfait. Et ce ne sera pas peine perdue que de lire le remarquable « *Manual of medical ophthalmoscopy* » de Gowers, et les admirables articles de H. Jackson dans les divers journaux anglais. Le génie étincelle à chaque page dans les écrits de cet auteur. Lisez entre autres : « *on ophthalmology* » dans le *British medical journal* de 1877, « *On optic neuritis* » *Medical Times* 1871, « *Routine use of the ophthalmoscope*, » *Medical Press and Circular* 1879. C'est à ces différents ouvrages, ainsi qu'à divers articles de journaux ophthalmologiques français et allemands, que reviennent la plupart des idées émises dans cet article.

Quoi de plus difficile que le diagnostic des tumeurs cérébrales ? Les symptômes principaux : céphalalgie, vomissements, convulsions, etc., sont communs à beaucoup d'autres affections. La paralysie des différents nerfs crâniens est certainement un élément de diagnostic des plus importants. Mais avant d'anéantir la fonction, la lésion pathologique peut exister, pendant une certaine période, à l'état latent. Or, l'expansion du nerf optique, vue à travers les milieux réfringents de l'œil, nous permet d'observer, dès son début, au moyen de notre sens le plus fidèle, la vue, l'altération d'un nerf crânien des plus importants. Je ne parlerai pas de la possibilité de contrôler la pression intra-crânienne par la pression intra-oculaire. Les anastomoses faciales rendent cette dernière complètement indépendante ainsi que Hutchinson l'a prouvé. Ce n'est que par une altération du nerf optique ou de sa gaine que la circulation rétinienne peut être affectée.

Cette altération du nerf optique, qu'on l'appelle *névrite optique, papille étranglée, œdème de la papille, stanungs papille*, etc., qu'on l'attribue à une *propagation de l'inflammation*, à un *œdème cérébral* ou à un *réflexe vaso-moteur*, peu importe. Car s'il est possible de reconnaître différentes causes, la résultante est toujours la même névrite optique sous ses différents aspects.

Donc l'ophthalmoscope, mettant sous nos yeux un phénomène pathologique aussi important, ne doit-il pas être d'un immense secours dans le diagnostic des affections encéphaliques. Tout le monde en convient, mais rares sont ceux qui s'en servent; parce qu'ils attendent que son usage soit devenu superflu, que la fonction soit anéantie par la lésion. L'amaurose vient confirmer le diagnostic, c'est vrai, mais il est souvent trop tard pour sauver la vie du patient. Or, ainsi que l'attestent les nombreuses observations de von Graefe, Liebreickh, Leber, de Wecker, Hutchinson, Jackson, etc.. *La névrite optique peut se produire sans porter la moindre atteinte à la visison.* Et dans la plupart des cas, la vue n'est altérée que quand la névrite arrive au stade d'atrophie, de dégénérescence de la papille. Que de fois n'ai-je pas été frappé de ce phénomène curieux : une lésion pathologique profonde de l'organe ne produisant aucune altération de la fonction. un patient atteint de névrite optique double bien caractérisée, pouvant lire les caractères les plus fins : Donc les divers autres symptômes aidant, l'examen du fond de l'œil donne le premier indice certain du diagnostic, un *signe physique* ne permettant plus le doute, à une époque où la vie du malade peut souvent encore être sauvée, et la vue conservée.

Dans une statistique des plus complètes et des plus scrupuleuses, Annuske (Archiv für Ophtalmologie, v. III, p. 214. 1873) a réuni *99 cas de tumeurs cérébrales* avec autopsies; l'examen du fond de l'œil avait dévoilé une *névrite optique ou une atrophie consécutive de la papille chez 80 d'entre eux.* Il fait aussi remarquer que, dans un grand nombre de cas, la vision n'avait pas été altérée, et que souvent l'ophtalmoscope avait été le *premier élément diagnostique évident.*

Doit-on conclure de ces statistiques que la névrite optique implique nécessairement une tumeur cérébrale ? Non, certes. Dans une série d'observations, qui feront le sujet d'un prochain article, on pourra voir que la névrite peut être causée par toute espèce de lésion encéphalique.

La seule conclusion logique est celle de H. Jackson qui dit que : *une céphalalgie opiniâtre accompagnée de vomissements et de névrite optique double, est l'indice presque certain d'une affection intra-crânienne d'une nature quelconque.* Et c'est par devoir, et non par simple curiosité, que le médecin doit se servir de l'ophthalmoscope toutes les fois qu'il est en présence de symptômes qui, de près ou de loin, pourraient tenir à une affection céphalique *que la vue soit ou non affectée.* Un seul examen ne suffit pas toujours; et l'on est n en droit d'affirmer l'absence de la névrite que si l'on a répété fréquemment l'examen. Il arrive quelquefois que l'altération de la papille ne se produit que quelques jours avant la mort. Il ne faut pas oublier non plus que l'on ne peut nier la présence de la névrite qu'après un examen *par le procédé de l'image droite.* Pour M. Jackson, la présence de la névrite optique est un indice diagnostique plus précieux que le symptôme hémiplégie, qui, par lui-même, n'indique rien, tandis que la névrite, dans neuf cas sur dix, devra être rapportée à une tumeur cérébrale. L'hémorrhagie et l'embolie produisent très rarement des altérations du nerf optique.

N'est-ce pas chose piteuse que de voir des auteurs chercher la cause d'une amaurose dans une *dyspepsie*, dans une « *fièvre bilieuse!* » Les symptômes, vomissements et céphalalgie étant les phénomènes les plus frappants, l'estomac et la bile ne manquent pas d'être incriminés. Que de prétendues « *attaques bilieuses, migraines,* » etc... qui, à l'autopsie, ont montré des tumeurs encéphaliques ou d'autres lésions cérébrales ! Témoins les nombreux cas cités par M. Jackson.

Pour ma part, il y a quelques jours, au « *Royal ophthalmic Hospital,* » j'examinais un enfant aveugle depuis 8 mois. L'ophthalmoscope dévoilait une atrophie du nerf optique avec restes évidents de névrite. L'enfant avait perdu la vue après avoir été traité pour une « *constipation opiniâtre* » accompagnée de céphalalgie et de vomissements. Evidemment l'enfant avait été atteint de *méningite*.

Dans le même hôpital, j'eus l'occasion d'examiner un autre enfant amaurotique. La papille complétement blanche, avec des vaisseaux atrophiés, laissait voir, sur les bords du disque sclérotical un amas de pigment d'un aspect un peu trouble; la lamina cribrosa était converte d'un voile grisâtre, je pensai à une névrite optique antérieure. Au dire de la mère, l'enfant avait eu la « *coqueluche,* » (toux, maux de tête et quelques vomissements). Le patient était depuis trois ans aux soins de M. Hutchinson et le diagnostic était . amaurose consécutive à une névrite optique, suite de *méningite.* Or en 1866, cet auteur avait déjà publié 12 cas semblables. (*Ophthal. hosp. Reports*). Le pronostic de la méningite serait donc beaucoup moins grave si le diagnostic était plus exact.

Bouchut est le premier qui ait fait remarquer l'importance de l'examen ophthalmoscopique dans ces cas. Et son enthousiasme pour la *cérébroscopie* lui a fait voir des altérations du fond de l'œil dans 90 cas sur 100 environ. Parinaud a rencontré 14 névrites optiques sur une trentaine de méningites tuberculeuses.

Clifford Allbut, sur 38 cas de méningites tuberculeuses, a vu 29 fois des altérations du nerf optique, mais dans 1/4 des cas seulement, il y avait névrite optique évidente. Garlick (cité par Gowers) dans une série d'observations des plus attentives, sur 26 cas de méningite tuberculeuse avec autopsies, a constaté 20 fois des *altérations ophthalmoscopiques*. 6 fois l'ophthalmoscope avait donné le *premier indice diagnostique*.

Par ces quelques statistiques, on peut voir que l'ophthalmoscopie peut être d'une grande utilité dans toute espèce d'affection encéphalique où le diagnostic si souvent impossible, deviendrait indubitable, quand on en aurait la preuve matérielle sous les yeux. Mais il faut bien y prendre garde, la plus grande partie des altérations trouvées dans la méningite, sont très-légères. Elles demandent une grande expérience de la part de celui qui veut en faire la base de son diagnostic; surtout chez les enfants, chez lesquels l'examen présente tant de difficultés. Rien n'est facile au contraire comme le diagnostic de la *névrite optique* due à une tumeur cérébrale.

M. H. Jackson admet quatre phases différentes dans le cours de la névrite optique :

1° La papille devient proéminente, ses bords sont mal limités ; les veines sont turgescentes et tortueuses; les artères petites. C'est l'*œdème*, la *papille étranglee.* La vue est rarement affectée.

2° La papille méconnaissable n'est plus qu'une proéminence d'un aspect pulpeux, trouble dans laquelle les vaisseaux sont quelquefois cachés ; souvent quelques hémorrhagies. La vue n'est pas toujours affectée et le retour à l'état normal peut se produire sans qu'on puisse retrouver les traces de la névrite.

3° Commencement d'atrophie, stade assez semblable au premier. La vue est toujours affectée, et c'est alors que l'oculiste consulté prend quelque fois cette phase pour une simple papille étranglée.

4° *Atrophie.* Les bords du disque papillaire reprennent une netteté relative. Il est souvent difficile après un certain temps de la distinguer de l'atrophie blanche d'origine médullaire.

Ce n'est que dans les hôpitaux de Londres que j'ai vu pratiquer l'ophthalmoscopie d'une manière si générale et si méthodique, par les professeurs et par les étudiants. Et ce sont les heureux résultats que j'en ai vu tirer qui m'ont engagé à étudier cette branche de la médecine trop négligée aujourd'hui.

A M. Hughlings Jackson, à M. Gowers, et à MM. les médecins du Royal Ophthalmic Hospital, à eux tous mes sincères remerciements pour les excellentes directions qu'ils m'ont données. Mais je ne puis faire mieux pour les remercier que d'associer ma voix à celle de ces maîtres, pour engager médecins et étudiants à prendre l'ophthalmoscope en main, et à le mettre sérieusement à l'épreuve. Au début, on croit trouver des altérations partout ; mais est-ce là un motif pour renoncer à un élément de diagnostic si précieux ? Non certes. Pas plus que l'on ne doit renoncer à l'usage du stéthoscope ou du thermomètre, parce que de mauvais observateurs en ont tiré des conclusions stupides. Or l'ophthalmoscope, parlant au sens le plus élevé, la vue, apporte à celui qui sait en faire un usage judicieux, la conviction la plus profonde.

A. Darier.

P. S. M. Gowers fait très judicieusement remarquer que le coût d'un ophthalmoscope empêche bien des étudiants de s'en procurer, dès le commencement de leurs études. Et il donne un moyen bien simple de s'en faire un à peu de frais. On n'a qu'à prendre un morceau de miroir de 8 centimètres sur 4 ; on couvre de papier la face postérieure et la moitié de la face antérieure, on rabat le papier sur les bords pour parer au tranchant du verre. Un petit trou doit être pratiqué à travers le papier et le tain du miroir, au centre de la partie réfléchissante. La partie inférieure couverte de papier, servira à tenir l'instrument devant son œil, et en réfléchissant la lumière d'une simple lampe dans l'œil d'un camarade, on verra bientôt à travers le petit trou central, le reflet rouge du fond de l'œil. En s'approchant à 4 ou 5 centimètres de l'œil observé, on arrivera, après quelques essais infructueux, à voir les vaisseaux et la papille du nerf optique ; et au bout de quelques jours, l'*image droite* du fond de l'œil n'aura plus de mystères pour l'observateur attentif. Il ne restera plus avant d'étudier les différentes altérations pathologiques, qu'à s'exercer à examiner les yeux de tous ses camarades (qui n'y mettront pas obstacle si l'on s'abstient de l'usage de l'atropine), pour se familiariser avec les mille particularités individuelles prises si souvent pour des altérations pathologiques. Il est bon aussi de s'amuser souvent à dessiner ce que l'on observe. Les premières tentatives sont souvent bien ingrates, mais il ne faut pas se rebuter, la patience rapportera bientôt ses fruits.

Rien n'est plus beau que l'*image droite* du fond de l'œil, trois ou quatre fois plus grande que l'*image renversée.* Pour moi, ce fut une révélation que ce tableau vivant se déroulant sous mes yeux sans aucune altération produite par l'expérience. En observant pendant quelques minutes un tronc veineux a un endroit où il présente dans le milieu de son axe une couleur moins foncée que sur les bords, on voit cette ligne claire disparaître et reparaître à des intervalles plus ou moins irréguliers. Sont-ce là des *contractions péristaltiques* semblables à celles que M. Schiff m'a fait observer si souvent dans l'aile de la chauve-souris ? Les *pouls artériels* et *veineux* peuvent souvent être observés sur la rétine, dans les *maladies du cœur.* Dans un cas d'hémiplégie, M. Gowers me fit observer dernièrement de l'*athérôme artériel* et un petit *anévrysme de l'artère centrale* de la rétine, semblable à ceux trouvés après la mort, par Liouville. Quelquefois l'épaississement des parois du vaisseau cache antièrement le courant sanguin ; est-ce du tissu fibreux ou une accumulation de corpuscules blancs dans la gaine périvasculaire, ainsi que l'a vu Liebreich. Que d'observations intéressantes peuvent être faites sur le fond de l'œil! On peut y étudier les diverses phases de l'*embolie artérielle,* des *tubercules*, *de la choroïde*, des *lésions syphilitiques*, *brightiques leucocythémiques*, etc. L'ophthalmoscopie n'offrirait-elle que cet intéressant champ d'études, que ce serait suffisant pour lui mériter une attention plus profonde.

VARIA

Règlement relatif aux élèves du service de santé militaire.

I. — *Répartition.* — *Subordination.* — *Dispositions générales.* — Art. 1er. Les élèves du service de santé militaire sont placés sous les ordres directs et sous la surveillance des médecins en chef des hôpitaux militaires ou des salles militaires des hospices civils; dans l'intérieur de ces établissements, ils sont, en outre, soumis aux règles de la discipline générale des hôpitaux. Le médecin en chef dispose des aides-majors attachés aux hôpitaux militaires ou aux corps de troupe, et en dehors de leur service normal, selon le cas, pour le seconder dans la surveillance des travaux des élèves.

Art. 2. — Les élèves doivent toujours être rendus dans la ville qu'ils ont choisie pour y faire leurs études, avant la séance de rentrée de la faculté ou de l'école. Dès leur arrivée, les élèves se présentent au médecin en chef, munis de la commission qui leur a été délivrée à la suite du concours d'admission.

Art. 3. — Les élèves sont inscrits sur un registre matricule coté et paraphé par le sous-intendant militaire chargé de la surveillance administrative de l'établissement.

II. — *Logement. — Tenue. — Conduite.* — Art. 4. — Les élèves doivent se loger dans des conditions de convenance morale et sociale. Ils sont tenus de donner leur adresse en ville et celle de leurs parents ou de leur tuteur. Ils préviennent sans retard le médecin militaire chef de service à l'hôpital auquel ils sont attachés de tout changement qui pourrait survenir dans les adresses.

Art. 5. — Les élèves ne portent pas d'uniforme. Leur tenue doit toujours être convenable et correcte. Leur conduite doit être en tout régulière et dictée par les règles de bienséance et de respect qu'ils doivent observer, tant à l'égard de leurs supérieurs et du personnel de l'hôpital qu'envers leurs professeurs à la faculté ou à l'école, et, en général, envers toutes les personnes avec lesquelles ils sont appelés à être en rapport. Les absences non motivées aux appels et aux divers exercices auxquels ils sont convoqués et aux cours qu'ils sont tenus de suivre entraînent une punition.

III. — *Punitions.* — Art. 6. — Les punitions qui peuvent être infligées aux élèves sont toujours graduées d'après la gravité de leurs fautes; la récidive entraîne une punition plus sévère. Les punitions à infliger sont les suivantes :

1° La réprimande en particulier prononcée par le médecin en chef; 2° l'admonition en présence de leurs condisciples; 3° le blâme motivé du ministre; 4° le licenciement, prononcé par le ministre sur le rapport du médecin en chef, transmis par la voie hiérarchique.

Les élèves sont, en outre, passibles des punitions indiquées par le règlement sur le service de santé de l'armée, pour les fautes commises dans l'intérieur de l'hôpital contre la discipline générale.

IV. — *Permissions.* — Art. 7. — Les élèves ne doivent jamais s'absenter sans l'autorisation du médecin en chef. A moins de circonstances imprévues et légitimes, il n'est accordé de permission d'absence qu'aux époques de l'année pendant lesquelles leurs cours sont suspendus. Toutes les permissions des élèves sont soumises au visa du sous-intendant militaire et du commandant de place.

V. — *Maladies.* — Art. 8. — Tout élève malade doit prévenir ou faire prévenir le médecin en chef, qui le fera visiter à domicile et soigner sur sa demande, s'il ne demeure pas dans sa famille. Les élèves recevant un subside peuvent être admis, à charge de remboursement, dans les salles de l'hôpital; ils y sont traités dans les mêmes conditions que les officiers malades.

VI. — *Régime scolaire. — Instruction.* — Art. 9. — Les élèves médecins de 3e année répondent tous les matins à l'appel, à l'hôpital ou ils suivent les visites, font les pansements et sont exercés à l'application des bandages et appareils et aux opérations de petite chirurgie, par un médecin aide-major.

Art. 10. — Les élèves de 4e et de 5e année répondent à l'appel dans les services des hôpitaux civils qu'ils suivent comme élèves stagiaires.

Art. 11. — Les élèves pharmaciens concourent à l'exécution du service pharmaceutique de l'hôpital militaire, autant que le permettent les exigences de l'enseignement qui leur est donné au dehors.

Art. 12. — Le médecin en chef se concerte avec le doyen de la faculté ou le directeur de l'école pour assurer la bonne exécution des obligations universitaires des élèves.

Art. 13. — Les élèves suivent les cours, conférences et exercices pratiques en rapport avec le degré de leur scolarité, conformément au programme affiché à la faculté ou à l'école, au commencement de chaque période scolaire, semestrielle ou annuelle. Leur présence pourra être constatée par leur inscription sur des listes nominatives. Ils prennent part également aux conférences qui pourront être instituées à l'hôpital militaire sur les différentes matières du cours.

Art. 14. — Les élèves sont tenus de prendre des notes à tous les cours, et de donner à ces notes, pour certains cours, tout le développement nécessaire sous forme de rédaction.

Art. 15. — Les rédactions sont divisées par leçons et portent chacune la date de celles-ci; elles doivent être lisibles et correctes. Elles sont examinées toutes les semaines, le dimanche matin, soit par un aide-major, soit par le médecin en chef lui-même ou par le pharmacien en chef.

Art. 16. — Les élèves-médecins de 3e année sont, en outre, tenus de prendre, dans le cours de l'année, au moins six observations cliniques; trois relatives à des maladies internes, et trois ayant pour objet des maladies chirurgicales.

Art. 17. — En dehors des dissections dans les amphithéâtres des facultés pour les élèves-médecins, et des exercices pratiques de laboratoire pour les élèves-pharmaciens, les élèves font, en outre, à l'hôpital militaire, quand les ressources le permettent, des travaux d'anatomie et des exercices de médecine opératoire, des démonstrations sur les pièces d'ostéologie, sur les instruments de physique, des manipulations chimiques et pharmaceutiques, des déterminations de plantes, etc., sous la direction d'un aide-major.

Art. 18. — Chaque élève est interrogé par le médecin en chef, au moins une fois par mois, sur les matières qui font le sujet des cours qu'il est tenu de suivre, et sur les observations écrites qui sont recueillies jour par jour au lit des malades.

VII. — *Examens universitaires.* — Art. 19. — Toutes les dispositions de la législation universitaire sont applicables aux élèves du service de santé militaire.

Art. 20. — Les élèves qui désirent passer leurs examens en font la déclaration au médecin en chef pour que leur mise en série puisse être faite en temps utile, et lui rendent compte, sans délai, du résultat de ces examens. Le médecin en chef donne avis au sous-intendant militaire de la mise en série de chaque élève et du résultat de chacun de ces examens.

Art. 21. — Les élèves licenciés ou démissionnaires qui se trouvent, au moment de leur licenciement ou de leur démission, en position de congé, comme militaires en activité, sont mis immédiatement à la disposition de l'autorité militaire de la place, pour être renvoyés à leur corps.

Art. 22. — Le médecin en chef adresse tous les six mois au ministre de la guerre, par la voie hiérarchique, un rapport général sur la marche des études, accompagné d'un état : 1° des notes relatives au travail et aux progrès de chaque élève et de celles obtenues aux examens universitaires; 2° des notes relatives à sa conduite et à sa tenue; 3° des punitions encourues. Un relevé de ces notes est adressé aux parents des élèves par les soins du sous-intendant militaire chargé de la surveillance administrative de l'établissement auquel ces élèves sont attachés.

Art. 23. — A l'époque de l'inspection générale, les inspecteurs du service de santé contrôle la régularité de l'instruction et le fonctionnement du service relatif aux élèves de santé militaire dans les établissements auxquels ils sont attachés. Ces inspecteurs consignent leurs observations dans des rapports particuliers qu'ils adressent au ministre dans les conditions règlementaires.

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).

Les épreuves du Concours d'agrégation, section de chirurgie et d'accouchements, ont pris fin le mardi 13 juillet. Elles se sont terminées par les nominations suivantes :

PARIS : *Chirurgie* : MM. Reclus, Bouilly, Peyrot. — *Accouchements* : M. Budin.

LYON : *Chirurgie* : M. Levrat. — *Accouchements* : M. Duchamp.

BORDEAUX : *Chirurgie* : M. Boursier. — *Accouchements* : M. Lefour.

LILLE : *Accouchements* : M. Gaulard.

MONTPELLIER : *Chirurgie* : M. Tédenat.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 19. — 1er *de doctorat.* (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Houel, Farabeuf ; — (Nouveau mode) : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan. — 3e *de doctorat* : MM. Lutz, Gariel, Henninger. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, G. Bergeron. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Potain, Guéniot, Monod ; — 2e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Ball, Chantreuil ; — 3e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Pinard, Debove ; — 4e *série* (Pitié) : MM. Peter, Perrier, Polaillon. — 3e *de fin d'année.* 1re *série* : MM. Nicaise, Dieulafoy, Rendu ; — 2e *série* : MM. Fournier, Strauss, Pozzi.

MARDI 20. — 1er *de doctorat.* MM. Gosselin, M. Sée, Farabeuf ; — (Nouveau mode) : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay. — 2e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Laboulbène, Perrier, G. Bergeron ; — 2e *série* : MM. Ball, Houel, Rendu ; — 3e *série* : MM. Peter, Hardy, Berger ; — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Necker) : MM. Potain, Guyon, Chantreuil ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Pinard, Debove ; — 3e *série* (Pitié) : MM. Lasègue, Nicaise, Polaillon. — 1er *de fin d'année.* MM. Gariel, de Lanessan, Bourgoin. — 2e *de fin d'année* : MM. B. Anger, Cadiat, Ch. Richet. — 3e *de fin d'année.* 1re *série* : MM. Delens, Rigal, Hallopeau ; — 2e *série* : MM. Lannelongue, Lancereaux, Legroux ; — 3e *série* : MM. Bouchard, Duguet, Richelot.

MERCREDI 21. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Houel, Terrillon ; — (Nouveau mode) : MM. Regnault, Gariel, de Lannessan. — 3e *de doctorat* : 1re *série* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay ; — 2e *série* : MM. Gariel, G. Bouchardat, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Hayem, Ollivier. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM. Gosselin, Hardy, Chantreuil ; — 2e *série* (Pitié) : MM. Brouardel, B. Anger, Polaillon. — 2e *de fin d'année* : MM. Guyon, Marchand, Pozzi ; — 3e *de fin d'année* : MM. Nicaise, G. Bergeron, Strauss.

JEUDI 22. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Perrier, M. Sée, Farabeuf, — 3e *de doctorat* : MM. Laboulbène, Gariel, Henninger. — 4e *de doctorat* : MM. Lasègue, Jaccoud, Rigal. — 5e *de doctorat.* 1re *série* : (Charité) : MM. Gosselin, Pinard, Ollivier ; — 2e *série* (Necker) : MM. Potain, Guyon, Chantreuil ; — 3e *série* (Pitié) : MM. Verneuil, Peter, Polaillon. — 3e *de fin d'année.* 1re *série* : MM. Bouchard, Berger, Lancereaux ; — 2e *série* : MM. Legroux, B. Anger, Debove ; — 3e *série* : MM. Ball, Hallopeau, Richelot.

VENDREDI 23. — 1er *de doctorat.* 1re *série* : MM. Béclard, Houel, Mo-

nod. — 2e *série* : MM. Guyon, Nicaise, Farabeuf ; — (Nouveau mode) : MM. Lutz, Gariel, Henninger. — 3e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Regnauld, G. Bouchardat, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Lutz, Gariel, Bourgoin. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Laboulbène, Pinard, Terrillon. — — 2e *série* : (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Delens, Marchand ; — 3e *série* (Charité) : MM. Gosselin, Hardy, Chantreuil ; — 4e *série* (Pitié) : MM. Lasègue, Verneuil, Polaillon. — 3e *de fin d'année*. 1re *série* : MM. Fournier, Terrillon, Dieulafoy ; — 2e *série* : MM Potain, Marchand, Rendu.

SAMEDI 24. — 1er *de doctorat* : MM. Gosselin, Panas, Ch. Richet ; — (Nouveau mode) : MM. Laboulbène, Lutz, Gay. — 2e *de doctorat* : MM. Ball, Hardy, Richelot. — 4e *de doctorat*. MM. Jaccoud, Peter, Grancher. — 5e *de doctorat* 1re *série* (Pitié) : MM. Lasègue, Pinard, Berger ; — 2e *série* (Necker) : MM. Potain, Guyon, Chantreuil. — 3e *de fin d'année*. 1re *série* : MM. Delens, Duguet, Debove ; — 2e *série* : MM. Perrier, Rigal, Legroux ; — 3e *série* : MM. B. Anger, Lancereaux, Hallopeau.

THÈSES. — *Mercredi* 21 : 305. M. Fallot. — 306. M. La Garrigue. — *Jeudi* 22 : 307. M. Tisserand : De la fracture par arrachement de la tête du péroné. — 308. M. Joulin.

Concours d'agrégation. (Sciences accessoires.)

Les thèses d'agrégation seront soutenues dans l'ordre suivant : *Samedi*, 17 : M. Chapuis, argumenté par MM. Prunier et Lacôte ; — M. Testut, argumenté par MM. Rémy et Viault. — *Lundi*, 19 : M. Arloing, argumenté par MM. Reynier et Planteau ; — M. Garnier, argumenté par MM. Pouchet et Hanriot. — *Mardi*, 20 : M. Carles, argumenté par MM. Chapuis et Garnier ; — M. Reynier, argumenté par MM. Viault et Rémy. — *Mercredi*, 21 : M. Planteau, argumenté par MM. Testut et Arloing ; — M. Lacôte, argumenté par MM. Carles et Prunier. — *Jeudi*, 22 : M. Pouchet, argumenté par MM. Garnier et Chapuis ; — M. Rémy, argumenté par MM. Planteau et Reynier. — *Vendredi*, 23 : M. Viault, argumenté par MM. Arloing et Testut ; — M. Hanriot, argumenté par MM. Carles et Lacôte. — *Samedi*, 24 : M. Prunier, argumenté par MM. Hanriot et Pouchet.

Association française pour l'avancement des sciences au Congrès de Reims.

Parmi les communications annoncées, nous relaterons les communications suivantes qui intéressent directement la médecine :

M. Borius : *L'hiver de 1879-80 dans l'île d'Indret* (Loire-Inférieure) ; — *Sur le climat de Tonkin*, d'après les observations météorologiques faites au poste de Hanoi par M. Hamon, médecin de la marine. — M. Bouvet : *Climatologie de la Bretagne*. — M. Brouardel : *Sur le développement spontané des alcaloïdes cadavériques, considérés au point de vue de la médecine légale*. — M. Carret (de Chambéry) : *Accroissement de la taille dans le département de la Savoie ; — Procédé pour enregistrer les mesures crâniennes, — Etudes sur les Savoyards*. — M. Chauveau (de Lyon) : *De l'infection bactéridienne ; — Nouvel enregistreur universel*. — M. Coudereau : *Evolution des glandes gastriques chez les mammifères*. — M. Duguet : *Sur les kystes hydatiques du bassin*. — M. Dujardin-Beaumetz : *Recherches expérimentales sur l'action toxique des alcools* (Alcoolisme aigu, alcoolisme lent). — M. Gallard : *Etude sur l'action de l'électricité dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus*. — M. Galliet (de Reims) : *Extraction de la cataracte ; — Iridotomie ; — Calculs urinaires ; extraction par la taille périnéale*. — M. Gayat-Wecker : *Structure et mouvements des moignons qui résultent de l'énucléation du globe oculaire ; — Des pigments de l'œil chez quelques céphalopodes de la baie de Saint-Raphaël* (Méditerranée). — M. Henrot (de Reims) : *Des lésions trophiques viscérales et osseuses consécutives à l'hypertrophie du grand sympathique ; — De la réduction de l'étranglement interne par le taxis abdominal*. — M. Javal : *La lecture et l'hygiène de la vue*. — M. Jousset de Bellesme : *Recherches expérimentales sur les fonctions des stigmates*. — M. Lantier : *Parallèle entre la méthode antiseptique du professeur Lister et la méthode conservatrice du Dr Lantier, envisagée au point de vue de la doctrine et de la pratique du traitement antiseptique balsamo-pneumatique*. — M. Le Bon : *Sur l'existence dans la fumée du tabac de notables proportions d'acide prussique et sur l'existence d'un nouvel alcaloïde aussi toxique que la nicotine* (description des méthodes employées pour isoler et doser ces substances). — MM. Le Bon et Noël : *Les variations fonctionnelles du système nerveux ; recherches expérimentales sur une nouvelle méthode d'étude de ces variations et de son application à l'anthropologie et à la médecine*. — M. Leudet (de Rouen) : *De l'hydropéritonite et de l'ascite aux diverses époques de la tuberculisation*. — M. Luton : *Les injections sous-cutanées à effet local, depuis 1875 ; — L'alcoolisme au point de vue des formes larvées et de la médication strychnique*. — M. Merget : *Mécanisme des échanges gazeux dans la respiration des animaux et des végétaux aquatiques*. — M. Mougin : *Etudes sur les maladies épidémiques de l'arrondissement de Vitry-le-Français*. — M. Onimus : *Considérations physiologiques et orthopédiques sur le rôle de l'avant pied*. — M. Constantin Paul : *Du traitement du tremblement et d'une manière générale de l'incoordination du mouvement par les bains galvaniques*. — M. Pouchet : *Sur la moelle des os et la dégénérescence hémoglobique des cellules médullaires ; — Sur un embryon d'éléphant*. — M. Quinquaud : *Nouveau procédé de dosage des matières albuminoïdes ; — Etudes sur l'hémoglobine inerte et l'hémoglobine active ; — La thérapeutique et l'arthritisme nerveux*. — M. Topinard : *Des différents diamètres transverses de la face*. — M. Vautrin de Giffaumont : *Etude sur la topographie et l'hygiène du canton de Saint-Remy-en-Rougemont*.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le lundi 26 juillet, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi, et le continuera tous les jours de 4 à 6 heures. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses micrographiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. On s'inscrit, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 4 à 6 heures.

FORMULES

52. Traitement du spina-bifida.

Dans une leçon sur le spina-bifida faite à propos d'un malade traité par les injections d'alcool pur dans la tumeur, M. Blachez a indiqué un mode de traitement employé par un médecin de Chicago; et méritant d'être connu, l'auteur annonçant avoir obtenu de nombreux succès par ce procédé. Les indications et les contre-indications sont d'ailleurs les mêmes que dans les autres procédés où l'on emploie les injections. Le chirurgien commence par extraire de la poche 100 à 200 grammes du liquide qu'il conserve à part, en le maintenant à la température du corps ; puis il injecte dans la tumeur un mélange ainsi composé :

Eau distillée.............	30 grammes
Teinture d'iode...........	0,25 centig.
Iodure de potassium.......	0,75 —

Il laisse ce liquide en quelque temps dans la poche qu'il malaxe pendant ce temps, puis en laisse couler la même quantité à l'extérieur et injecte de nouveau dans la tumeur le liquide qu'il avait préalablement retiré et qui avait été maintenu à la température du corps (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*).

53. Traitement de la coqueluche par le benzoate de soude.

TORDEUS.

M. Tordeus, considérant la coqueluche non plus comme un catarrhe des bronches ou une névrose, mais comme une maladie spécifique d'infection, a eu l'idée d'utiliser les propriétés antiseptiques du benzoate de soude dans la coqueluche. Selon lui, ce médicament agirait à la fois comme antiseptique et comme modificateur de la muqueuse des voies respiratoires. M. Tordeus emploie la formule suivante :

Benzoate de soude............	5 grammes
Eau de menthe poivrée.......	40 —
Eau distillée..............	40 —
Sirop d'écorce d'oranges.......	10 —

A prendre par cuillerées à café d'heure en heure. — L'auteur aurait obtenu de nombreux succès avec ce médicament, qui aurait eu également une

action favorable dans des cas de bronchite simple et de dyspepsie chez les enfants.

54. Traitement des sueurs nocturnes des phthisiques.
KOHNHORN.

M. Kohnhorn a eu l'idée d'employer contre les sueurs nocturnes des phthisiques une poudre dont l'usage est réglementaire dans l'armée prussienne contre la sueur des pieds. Voici la formule de cette préparation.

Acide salycilique	3	grammes
Amidon	10	—
Talc	87	—

Saupoudrer le corps et surtout la poitrine avec cette poudre (*Gazette hebdomadaire*).

NATALITÉ A PARIS.—Du vendredi 2 juillet au jeudi 8 juillet 1880, les naissances ont été au nombre de 1,021, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 402 ; illégitimes, 133. Total, 535. — *Sexe féminin* : légitimes, 358 ; illégitimes, 128. Total, 486.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 13,380 militaires. Population probable de 1880 : 2,020,000 hab.—Du vendredi 2 juillet au jeudi 8 juillet les décès ont été au nombre de 969, savoir : 508 hommes et 461 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 10. F. 14. T. 24.— Variole : M. 28. F. 30. T. 58. — Rougeole : M. 26. F.12. T. 38.—Scarlatine : M. 11. F. 6. T. 17.—Coqueluche : M. 1. F. 5. T. 6. — Diphthérie. Croup : M. 16. F. 21. T. 37.—Dysenterie : M. 1. F. ». T. ». — Erysipèle : M. 4. F. 5. T. 9.— Affections puerpérales : F. 6. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 85. F. 58. T. 143. — — Autres tuberculoses : M. 31. F. 26. T. 57. — Autres affections générales : M. 25. F. 23. T. 48. — Bronchite aiguë : M. 7. F. 9. T. 16. — Pneumonie : M. 26. F. 17. T. 43. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 51. F. 58. T. 109.— Autres maladies locales : aiguës : M. 52. F. 39. T. 91. — chroniques : M. 85. F. 80. T. 165 ; — à formes douteuses : M. 17. F. 38. T. 55. — Après traumatisme : M. 1. F. 1. T. 2 — Morts violentes : M. 30. F. 10. T. 40. — Causes non classées : M. 1. F. 3. T. 4.

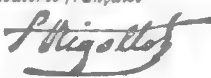
Morts-nés et prétendus tels : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : Légitimes, 23 ; Illégitimes : 16. Total, 39. — *Sexe féminin* : Légitimes, 26 ; Illégitimes, 8. Total 34.

CRÉATION D'UNE PLACE DE MÉDECIN SUPPLÉANT A BICÊTRE ET A LA SALPÊTRIÈRE.— Par arrêté en date du 9 juillet, M. le Préfet de la Seine vient de créer, conformément au vœu exprimé par le Conseil général, sur la proposition de M. Bourneville, une place de médecin suppléant à Bicêtre, et une autre place à la Salpêtrière. Le concours pour ces deux places aura lieu probablement au mois d'octobre prochain. Nous publierons l'arrêté dans notre prochain numéro.

PRIX MONTYON (*Décerné par l'Institut de France*). — PHÉNOL BOBŒUF. Antiseptique par excellence. Très recommandé pour désinfecter les appartements dans les cas de maladies contagieuses (variole, etc.)

CERF ET FILS, IMP., 59, RUE DUPLESSIS, VERSAILLES

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.



8e ANNÉE. — N° 30. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 24 JUILLET 1880.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

—

Du myxœdème;

Par M. HADDEN, D. M., membre de la Société pathologique de Londres et ancien « medical Registrar » de St Thomas's Hospital.

Dans les *Transactions de la Société Clinique de Londres*, pour 1874, M. Gull a appelé l'attention sur une affection curieuse, qu'il décrit comme un état voisin du crétinisme et pouvant survenir chez la femme à l'âge adulte. Les cinq malades dont il rapporte les observations présentaient des symptômes du même ordre. Il y avait un œdème généralisé et consistant, occupant toute l'étendue de la peau et du tissu connectif, mais cet œdème différait des gonflements hydropiques ordinaires, en ce qu'il ne s'affaissait pas et ne gardait pas l'empreinte du doigt à la pression. On remarquait, en outre, quelques traits caractéristiques de cette affection et sur lesquels nous reviendrons plus loin. On ne put trouver aucune complication viscérale chez aucune des malades. M. Ord, de Saint-Thomas's Hospital, a donné dans les *Medico-chirurgical Transactions* de 1878, l'anatomie pathologique du myxœdème, tant à l'œil nu qu'au point de vue histologique. C'est aux travaux de ce médecin que l'on doit presque tout ce que l'on sait de cette maladie singulière, aussi avons-nous dû largement emprunter aux publications de M. Ord pour la rédaction de cette note.

Les altérations les plus importantes sont celles du tissu conjonctif, aussi M. Ord a-t-il donné le nom de myxœdème (*mucus-œdème*) à la maladie nouvelle. C'est sous cette dénomination que cette affection est actuellement connue en Angleterre. En France, M. Charcot avait découvert de son côté le myxœdème et allait publier un travail à ce sujet, sous le nom de *Cachexie pachydermique*, lorsqu'il prit connaissance des recherches de M. Ord.

On ne connaît encore que peu de choses sur les causes du myxœdème, et il serait inutile de discuter sur des données aussi incertaines. Toutes les malades observées jusqu'à ce jour étaient d'âge adulte, entre 35 et 60 ans. Il est cependant certain que, dans deux cas, la maladie a débuté avant la trentaine, et il semble très probable que la limite de l'âge des malades sera reculée beaucoup plus loin. Pendant quelque temps, on a supposé que le myxœdème était propre à la femme, mais MM. Fernn et Savage, tous deux médecins Anglais, en ont observé des cas chez l'homme. Grâce à l'obligeance de M. Charcot, nous avons pu récemment en observer un cas chez un homme adulte.

On peut cependant remarquer que la maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et considérer par conséquent le sexe féminin comme particulièrement prédisposé au myxœdème. Ce qui est moins nettement établi, c'est l'influence des affections antérieures sur la production du myxœdème. Dans un cas, nous trouvons que les symptômes étaient survenus après une attaque de rhumatisme articulaire aigu; dans trois observations, on trouve l'influence de la grossesse; dans deux faits il y eut, avant l'apparition du myxœdème, une période de désordres physiques. Remarquons que la syphilis, que les excès de nourriture ou de boissons, que le climat même, ne semblent pas avoir d'influence étiologique sur l'affection qui nous occupe.

Tous les malades présentaient des symptômes presque identiques. A première vue, l'aspect des malades rappelle celui des Brightiques dans la période d'anasarque. La figure est bouffie, paraît œdématiée, tout en ne conservant pas l'impression du doigt. Elle parait demi-transparente et comme cireuse. La physionomie singulièrement placide a perdu toute expression ; on dirait que la face est couverte d'un masque. Sur les joues, autour des narines, on remarque une teinte rosée qui s'accroit facilement sous l'influence de l'émotion, et est d'ordinaire très nettement circonscrite.

Sous les paupières inférieures, qui sont épaissies, ridées, il y a une zone pâle rappelant l'aspect de la porcelaine; le nez est gonflé, élargi, aplati à la base, les narines sont largement dilatées. De ces modifications du nez dépendent une certaine grossièreté des traits et un écartement disproportionné des yeux. Les lèvres, et surtout la lèvre inférieure, paraissent épaissies et pendantes; elles sont pourpres : la bouche prend la forme d'une fente transversale dont les dimensions sont exagérées dans ce sens, elle ne s'ouvre que peu de haut en bas. — Les mains ont un aspect très caractéristique : elles sont épaisses, larges, déformées, et, pour employer l'expression de M. Gull, elles ont une forme de *bêche* (spade-like). Elles ont de la peine à se fléchir et à s'étendre, elles sont donc maladroites : les malades ont, par exemple, très grande peine à enfiler leur aiguille et, parfois même, sont incapables de le faire. Les pieds des malades sont déformés de la même façon : ils sont trop larges pour leur longueur et leur aspect est œdémateux. La peau qui recouvre le corps est sèche, quelquefois écailleuse, elle est âpre et rugueuse au toucher, gonflée et transparente. Il y a peu de transpiration et l'excrétion de la matière sébacée est complètement suspendue. Cette apparence œdémateuse de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané est donc analogue à celle de l'anasarque, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un faux œdème, d'un infiltrat solide et qui n'obéit pas aux lois de la pesanteur. Sauf à la période terminale, — où parfois peut survenir une variété de néphrite interstitielle, — on n'observe ni véritable hydropisie, ni albuminurie. Le système pileux est notablement intéressé. Les poils deviennent plus rares et plus fragiles. M. Charcot a remarqué que les poils du pubis et ceux de l'aisselle viennent parfois à tomber. Les ongles sont rabougris, cassants; ils peuvent aussi se détacher. L'état du corps thyroïde est très intéressant, et, comme on le verra plus loin, est important à étudier pour connaître la nature du myxœdème. Le corps thyroïde est ordinairement dur et diminue de volume; quelquefois, il n'a pas le quart de sa dimension ordinaire; dans quelques cas, on n'a même pas pu le trouver à la palpation. Nous devons dire, cependant, que le gonflement des tissus du cou rend cette recherche difficile. On trouve ordinairement des pelotons adipeux volumineux dans le creux sus-claviculaire, et, dans un cas, nous avons remarqué une tumeur, probablement graisseuse, aplatie au-dessus du muscle temporal.

La langue est large et épaisse, les amygdales et l'isthme du pharynx sont gonflés, mais non congestionnés. On manque de renseignements sur l'état des dents, mais il nous a semblé remarquer qu'elles devenaient fragiles, se gâtaient et tombaient.

Des troubles du langage, caractéristiques sont aussi survenus chez tous les malades observés. La parole est lente, nasonnée et monotone. M. Ord l'a comparée à la voix pharyngée du début de l'amygdalite. On observe, qu'au moment de parler, le malade commence par fermer la bouche, abaisse ensuite la lèvre inférieure, fait un mouvement de déglutition et exécute une inspiration en ouvrant largement la bouche, en même temps qu'il chasse avec bruit l'air par les narines. Comme M. Ord l'a remarqué, ce mouvement de déglutition paraît avoir pour but de déplacer le voile du palais.

Dans tous les cas, on a remarqué de la langueur corporelle et de la torpeur intellectuelle. Tous les mouvements sont lents. Les actes les plus simples, tels que celui de s'habiller, sont effectués avec une lenteur considérable. La démarche est assez décidée et souvent précipitée, mais il n'y a pas de tremblement comme dans quelques affections spinales. Souvent les malades tombent, ce qui tient à l'action irrégulière des groupes musculaires antagonistes.

Dans un des cas de M. Ord, une dame s'était rompu les deux tendons rotuliens, par action musculaire, en contractant violemment les muscles extenseurs de la jambe pour éviter de tomber. Quoique les muscles manquent de tonicité, on n'a remarqué ni paralysie ni atrophie musculaires. La marche est bientôt pénible et s'accompagne d'une sensation de pesanteur dans la région lombaire. Et, de fait, la lassitude est un des symptômes les plus pénibles du myxœdème. Il y a une faiblesse musculaire bien remarquable et le malade est incapable de tout effort physique prononcé. Les malades sont placides et indifférents, l'esprit est fatigué, les opérations intellectuelles sont lentes. Bref, les malades sont peu disposés à exercer leur corps ou leur esprit. La somnolence est un phénomène constant et les malades se plaignent d'être endormis toute la journée. La céphalalgie est parfois très prononcée. La mémoire paraît conservée, au moins au début de l'affection. Cependant, dans quatre des cinq observations que nous avons publiées dans les *Reports de Saint-Thomas's Hospital* pour 1880, nous avons remarqué des défauts de mémoire. Chez nos malades, il y eut parfois du délire d'actions ou de paroles. M. Ord nous a, du reste, dit que les malades tombent quelquefois dans un état d'aliénation incurable. L'ouïe et la vue restent généralement indemnes au début, mais, dans les dernières périodes de la maladie, on peut observer des troubles des sens spéciaux. Les malades atteints de myxœdème se plaignent d'avoir froid, même quand il fait très chaud. Cette sensation n'est pas d'ailleurs purement subjective, car la cyanose des lèvres et des extrémités est généralement très marquée. La température est presque toujours au-dessous de la moyenne normale, souvent d'un degré ou plus. La température la plus basse s'observe dans la matinée, mais, même le soir, elle ne s'élève pas au-dessus de la normale. Nous avons cherché dans cinq cas la moyenne thermique, et n'avons vu qu'une seule fois la température dépasser un peu la normale. Cette fois elle était de 37°,3 (99°, 2 F.) Les températures les plus basses que nous avons notées étaient comprises entre 35°,5 et 25° (1). Cette dernière température a été prise quelques minutes avant la mort. Dans cette même observation nous avons trouvé le soir, plusieurs heures avant la mort, une température de 30°,9. Il est probable que cette diminution de chaleur animale peut être expliquée par la diminution des échanges organiques ; les malades mangeaient du reste fort peu. Comme les vertébrés à sang froid, les malades atteints de myxœdème usent peu leurs tissus. Cette hypothèse nous paraît confirmée par l'analyse des urines de nos malades du Saint-Thomas's Hospital. La plus grande quantité d'urée rendue dans les 24 heures était de 196 grains (12 grammes, 70), et la moins considérable était de 66 grains (4 grammes, 28). En prenant comme moyenne de l'adulte bien portant 450 ou 500 grains (29, 16 ou 32, 40 grammes) on voit qu'il y avait une diminution notable dans la quantité d'urée excrétée. Il faudrait des observations plus nombreuses pour résoudre cette importante question, mais nous devions néanmoins attirer l'attention sur des faits aussi importants que l'abaissement de la température et la diminution de l'urée excrétée. La quantité d'urine est ordinairement diminuée, mais elle augmente quand les reins deviennent malades. Si le myxœdème n'est pas compliqué, il n'y a pas d'albuminurie. M. Ord a montré que l'urine de certains malades contient de l'indigo. Dans les périodes avancées du myxœdème, on trouve une altération rénale semblable à la néphrite interstitielle vulgaire. On remarque alors de l'albuminurie, de l'anasarque, ainsi que l'hypertrophie du ventricule gauche et l'accroissement de la tension artérielle.

(1) Nous avons fait vérifier ce chiffre par un physicien, qui a déterminé exactement à quelle température était descendu l'index du thermomètre dont nous nous étions servi.

Le plus souvent, le cœur n'est pas atteint, mais, dans quelques cas, le second bruit de la base, au foyer aortique, est accentué sans qu'il y ait encore d'affection rénale nette. Nous sommes, cependant, porté à considérer cette modification du timbre du second bruit comme un signe clinique qui caractérise la néphrite interstitielle dès le début. Il est, aussi, singulier de voir que les symptômes généraux du myxœdème soient améliorés au moment où apparaît l'anasarque.

Les règles sont souvent absentes ou peu abondantes, le pouls petit, mais régulier. La respiration est généralement difficile ; parfois, il y a une sensation de dyspnée. Parmi les symptômes inconstants on remarque le vertige, le larmoiement, la salivation, les fourmillements dans la peau, la dyspepsie et la dysphagie. Ce dernier symptôme peut être rattaché à la chute du menton sur le sternum, par suite de la faiblesse musculaire. Les sensations sont émoussées mais ne sont pas perverties. Il y a de la constipation et on peut sans doute la rattacher au gonflement de la muqueuse intestinale. On a remarqué le gonflement de la vulve et du museau de tanche, mais ce fait n'est pas la règle. Une des malades de M. Ord, dont on a suivi l'observation pendant sept ans, est devenue grosse deux fois et a accouché sans complications chaque fois. Ajoutons, enfin, que la marche du myxœdème est progressive et que la mort survient par quelque complication viscérale, surtout rénale, comme nous l'avons inqué plus haut. (*A suivre.*)

Concours d'agrégation (Chirurgie et Accouchements).

Par suite d'une erreur de composition la fin du résultat du concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) a été omise dans le dernier numéro. En conséquence, nous donnons de nouveau le résultat de ce concours :

Paris. — *Chirurgie :* MM. Reclus, Bouilly, Peyrot. — *Accouchements :* M. Budin.
Lyon. — *Chirurgie :* M. Levrat. — *Accouchements :* M. Duchamp.
Bordeaux. — *Chirurgie :* M. Boursier. — *Accouchements :* M. Lefour.
Lille. — *Accouchements :* M. Gaulard.
Montpellier. — *Chirurgie :* M. Tédenat. — *Accouchements :* M. Dumas.
Nancy. — *Chirurgie :* M. Weiss.

REVUE CLINIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Cachexie pachydermique (*Myxœdème*, des auteurs anglais) ;

Par **G. BALLET**, interne des hôpitaux.

L'observation que nous publions est un exemple typique d'une affection jusqu'à ce jour à peu près complètement inconnue chez nous. On chercherait vainement en effet, dans notre littérature médicale, même dissimulée sous une dénomination quelconque, la description du tableau symptomatique présenté par notre malade.

Le cas, dont il s'agit, est la reproduction à peu près trait pour trait de cas analogues observés depuis une dizaine d'années par M. Charcot, qui a désigné la maladie sous le nom de *Cachexie pachydermique* et dont il n'a fait, d'ailleurs, jusqu'ici, l'objet d'aucune publication.

La cachexie pachydermique a été, dans ces derniers temps, étudiée en Angleterre (1), et les auteurs qui ont eu l'occasion de la rencontrer et de la décrire, se fondant sur les résultats de quelques examens nécroscopiques récents, ont attribué à l'affection, la dénomination de *myxœdème*.

Nous n'avons pas l'intention de tracer la description didactique de la maladie. M. Thaon (de Nice) doit réunir dans une étude d'ensemble, qui sera prochainement publiée, divers cas de cachexie pachydermique sur lesquels M. Charcot a appelé son attention; et M. Hadden (de Londres), fait paraître ici même une revue générale sur les faits de myxœdème étudiés en Angleterre, et dont il a pu observer personnellement plusieurs.

Nous voulons rapporter simplement l'histoire d'un malade, qui s'est présenté ces jours-ci à la consultation nouvellement instituée à la Salpêtrière. Les détails de l'histoire clinique permettront de saisir la physionomie générale et les caractères distinctifs de la cachexie pachydermique.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, de très haute stature: affecté depuis sept ans déjà de la maladie, à propos de laquelle, il y a deux ans, il allait consulter M. Charcot.

Des revers de fortune, et les chagrins qui en ont été la conséquence, ne seraient pas étrangers, au dire du malade, au développement de l'affection qu'il présente. C'est vers 1873 que se seraient manifestés les premiers symptômes. La face, les extrémités auraient commencé à se tuméfier, sans qu'il existât ni rougeur ni douleur à la peau. En même temps, l'état général est devenu mauvais, l'appétit a disparu, et les choses sont allées en s'aggravant depuis ce moment.

Au mois de janvier 1878, époque à laquelle F... fut examiné pour la première fois, on constatait les symptômes suivants, que nous rapportons d'après les notes recueillies par M. Gombault.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est le facies singulier du malade, la bouffissure des téguments et le teint cachectique, l'aspect, comme cireux, du visage. En examinant les choses de près, on constate qu'il existe sur tout le corps, mais principalement à la face et aux extrémités, une sorte d'œdème dur; la peau et les couches immédiatement sous-jacentes sont tuméfiées; quand on les comprime avec la pulpe du doigt, l'empreinte de ce dernier ne persiste pas, à moins que la compression ne soit très prolongée et très forte, et encore, dans ce dernier cas, ne persiste-t-elle que peu profonde et peu marquée. L'œdème revêt des caractères un peu différents, suivant qu'on envisage la face ou les membres.

Il communique au facies une expression toute spéciale et vraiment caractéristique. Les paupières, légèrement bouffies, recouvrent les yeux à moitié; elles sont tombantes et épaissies. Le regard a perdu sa vivacité. Les lèvres sont fortement renversées en dehors, volumineuses, violacées. Le masque facial est immobile. La langue est épaissie, elle se meut difficilement. Il semble, quand le malade parle, qu'il ait de la bouillie dans la bouche. La parole est empâtée, elle est lente, comme avinée. La voix, d'ailleurs, a une certaine raucité.

Ajoutons que les paupières sont parfois, le matin surtout, accollées l'une à l'autre ; il se fait par le nez un écoulement abondant de sérosité ; enfin, la salive est sécrétée en grande quantité et s'écoule par l'orifice buccal. Pour compléter le tableau des symptômes si caractéristiques qui existent du côté de la face, nous devons dire que, depuis quelque temps, la vue s'affaiblit progressivement, bien qu'il n'existe pas de lésion du fond de l'œil (examen fait par M. Sichel). L'ouïe a aussi baissé. Les dents, devenues d'abord vacillantes, ont fini par tomber et le malade n'en a plus.

Au niveau des mains et des jambes, l'altération cutanée revêt des caractères un peu différents de ceux que nous venons de signaler. La peau paraît tuméfiée, mais elle est surtout épaissie et dure au toucher, et il y a là, suivant l'expression de M. Charcot, une véritable pachydermie. Cet état pathologique des téguments existe aussi au niveau du cuir chevelu, du thorax, de l'abdomen, mais moins marqué qu'aux extrémités. Celles-ci sont froides, légèrement violacées, comme si la circulation s'y faisait insuffisamment.

L'épiderme est rugueux, écailleux, il est le siège d'une desquamation lamelleuse abondante, qui existe à la face et au cuir chevelu, comme aux membres. Les cheveux sont raréfiés par larges plaques irrégulièrement disséminées. Les ongles sont cassants.

L'état général du malade n'est pas moins intéressant que ne le sont les désordres cutanés. Ce qui domine chez F..., c'est un état de profonde langueur, un sentiment de diminution progressive des forces. Le malade se lève habituellement dans la journée, mais il est paresseux, apathique, ne fait que dormir. Il éprouve une répulsion invincible pour toute espèce de mouvement. S'il s'agit de soulever le plus petit objet, une assiette, par exemple, il semble à F... qu'il n'aura pas la force de la soutenir et qu'il va la laisser tomber. Le simple mouvement qui consiste à porter les aliments à la bouche est lui-même pénible. La marche est difficile et le malade n'a pas fait vingt pas qu'il est obligé de s'arrêter, avec un sentiment de pesanteur dans les reins et de fatigue excessive. Cependant, la force musculaire est assez bien conservée et F... peut soulever des objets pesants.

Le malade a toujours froid. Il passe sa journée au coin du feu, même en été. Disons en passant que cette sensation subjective du froid, qui a été observée chez la plupart des malades en Angleterre, s'est accompagnée, dans un certain nombre de cas, d'un abaissement réel de la température centrale constaté par le thermomètre.

F... a perdu l'appétit ; il est sujet à des accidents d'embarras intestinal avec débâcles consécutives.

Il n'existe aucun symptôme d'une affection organique. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine; le cœur n'est pas lésé.

Les symptômes que nous venons de rapporter ont été, nous l'avons dit, constatés en 1878. Depuis ce temps, il paraît s'être produit chez le malade une certaine amélioration. Sans doute, le fond du tableau est toujours le même, et, peut-être sous l'influence de la diète lactée à laquelle il a été soumis, nous retrouvons chez F..., en juin 1880, la même bouffissure des paupières et des lèvres, la même gêne de la parole, la même induration œdémateuse des téguments, la même torpeur générale, mais ces symptômes se sont un peu atténués depuis deux ans : les paupières sont un peu moins tuméfiées, la langue plus mobile, la peau un peu plus souple, un peu moins rugueuse; enfin, F... a repris en partie ses occupations et l'état général a subi une amélioration réelle.

(1) *British Medical Journal :* Lecture on Myxœdème, tom. I, 1878. — *Transactions of the clinical Society;* London 1878.— *Transactions of the medico-chirurgical Society,* 1878.

Il serait aujourd'hui assez bon, n'étaient de fréquents accès d'étouffements dont F... se plaint depuis quelque temps déjà.

Telle est l'histoire de notre malade. Il suffira de se reporter à la description des symptômes que nous venons de donner, pour constater que la maladie dont il s'agit est bien une maladie autonome et qu'on ne saurait la faire rentrer dans aucun des groupes nosologiques connus. La sclérodermie, l'icthyose, les œdèmes cardiaques ou rénaux s'en différencient par mille caractères, ou, plutôt, ne présentent que de très lointaines ressemblances avec le myxœdème. Aussi bien n'insisterons-nous pas, n'ayant pas l'intention de tracer de la maladie une histoire qui est faite plus haut. Quant aux dénominations dont on s'est servi pour désigner l'affection, elles prétendent exprimer, on l'a compris, l'une (myxœdème) la nature de la lésion cutanée génératrice de la maladie, telle tout au moins que l'ont vue les auteurs anglais, dans les nécropsies récentes; l'autre les caractères cliniques généraux de l'affection. Sans vouloir entrer ici dans une discussion à propos d'une question de terminologie, nous ferons observer, cependant, que l'expression de cachexie pachydermique nous paraît bien rendre compte des traits dominants du tableau clinique et qu'elle en donne une idée, sinon plus exacte, tout au moins plus vivante que la dénomination des auteurs anglais.

Sur deux cas de compression de la zone motrice du cerveau, sans troubles correspondants de la motilité;

[Par **A. Pitres**, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.]

Lorsqu'en 1875 et 1876, la question des Localisations cérébrales fut discutée devant la Société de biologie, M. Charcot indiqua très nettement, dès le début de la discussion, les conditions que devaient remplir, selon lui, les observations cliniques et anatomo-pathologiques utilisables pour ce genre de recherches. C'est ainsi qu'il récusa en bloc toutes les observations anciennes dans lesquelles la topographie des lésions était insuffisamment précisée, et tous les cas complexes, à lésions multiples ou diffuses, tels que ceux de méningites ou de *tumeurs*. On sait quels résultats a produits cette méthode rigoureuse et quel pas immense a fait la question des localisations motrices, sous l'impulsion puissante et la direction éclairée de notre illustre maître. Tout le monde ou presque tout le monde a compris, dès ce moment, la nécessité absolue de faire un choix parmi les observations destinées à servir de fondement à la doctrine des localisations cérébrales, et de rejeter sans hésitation toutes celles qui n'étaient pas accompagnées de détails topographiques suffisants, ou qui ne correspondaient pas à des lésions simples et limitées. Mais tout le monde n'a pas aussi bien saisi les raisons qui poussaient M. Charcot à récuser les observations de tumeurs déprimant un point *limité* du cerveau. Ces raisons étaient cependant excellentes, e t les faits recueillis depuis cette époque prouvent que la symptomatologie des compressions cérébrales est loin de présenter la constance, l'uniformité, la précision que présente la symptomatologie des lésions destructives limitées. Les deux observations suivantes, que mes excellents collègues MM. P. Vergely et A. de Fleury m'ont prié de présenter de leur part à la Société anatomique, démontrent, même de la façon la plus évidente, qu'il est impossible pour le moment de tirer aucune déduction précise de l'analyse des faits de ce genre.

Obs. I. — *Compression du lobule paracentral par une tumeur de la faux du cerveau. Absence d'hémiplégie.* (Communiquée par M. le Dr Vergely.)

Péraud, âgée de 70 ans, entrée à l'hospice des vieillards le 15 avril 1878. Cette femme présente dès son entrée les signes d'une démence sénile : elle est grande gâteuse ; on est obligé de la tenir attachée, sans quoi elle parcourt les corridors et les cloîtres de l'hospice, en troublant le repos des autres malades. Lorsqu'elle est étendue dans son lit, elle remue également bien les deux membres inférieurs et a conservé assez de force dans les bras pour briser souvent les liens de la camisole, à l'aide de laquelle on est obligé de la maintenir. Il n'y a pas de trace d'asymétrie ni de paralysie faciale, pas d'embarras de la parole. Mort le 25 décembre 1879.

Autopsie.— En enlevant le cerveau, on découvre sur le côté gauche de la faux du cerveau, vers la partie moyenne, une tumeur du volume d'une amande, à grand diamètre vertical. Libre et lisse dans presque toute son étendue, elle adhère par un petit pédicule au tissu fibreux de la faux. Son tissu est ferme, d'une coloration grisâtre uniforme, sans grains calcaires dans son intérieur. La pie-mère est normale et se détache facilement de la substance corticale. Les circonvolutions sont en général grêles, peu vascularisées. Pas de lésions en foyer.

Sur la face interne de l'hémisphère gauche, existe une dépression assez profonde dans laquelle était logée la tumeur. Elle est située au niveau de la petite scissure verticale qui limite en avant le lobule paracentral et le sépare de la première circonvolution frontale interne. Elle est creusée à peu près également au-dessus des deux circonvolutions qui bordent cette scissure et refoule par conséquent, en arrière, le lobule paracentral, en avant, la première circonvolution frontale interne. La pie-mère qui le tapisse paraît normale ; elle n'adhère ni à la tumeur ni à la substance cérébrale, qui a conservé, dans ce point, la même coloration et la même consistance que dans le reste de l'hémisphère.

Obs. II. — *Compression et dépression de tout le lobe frontal droit et de la première circonvolution frontale interne gauche, par un kyste hydatique volumineux. Absence d'hémiplégie.* (Communiquée par M. le Dr Armand de Fleury.)

Le nommé Luce Alfred, tailleur, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (salle 12, n° 20) le 20 octobre 1879. Taille moyenne, embonpoint médiocre, musculature relativement développée, téguments fortement pigmentés, cheveux noirs, un peu d'exophthalmie.

Au mois de mai 1879, au milieu d'une santé qui paraissait parfaite, Luce tombe tout à coup et perd connaissance pendant 12 heures. A la suite de cet accident imprévu, difficulté de la marche, faiblesse des membres inférieurs. Néanmoins, Luce peut reprendre son travail quatre jours après, et le continuer jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital ; et, le jour même de son admission, il gravit, simplement appuyé sur un bâton, les marches de l'hôpital et se rend seul dans sa salle.

Examiné au lit, il présente un facies pâle, avec des alternatives de coloration des pommettes qui se reproduisent fréquemment. Interrogé, il répond lentement, comme forcé, et témoigne en toutes choses la plus grande indifférence. Quand on lui pince la peau, il perçoit la sensation douloureuse avec un retard notable, mais il retire le membre sur lequel a porté le pincement.

Les jours suivants, il reste à peu près dans le même état, indifférent à ce qui se passe autour de lui, dans un état d'hébétude à peu près constant. Il garde habituellement le lit, mais peut se lever et traverser la salle pour satisfaire ses besoins. Quand on lui demande s'il souffre, où il souffre et ce qu'il éprouve, il oppose ordinairement à ces questions un silence imbécile. D'autres fois, mieux disposé, il répond en se plaignant de la tête et des jambes. L'appétit est très variable, quelquefois nul, quelquefois boulimique et bestial. Quelques vomissements rares. Dans les premiers jours

de novembre, les vomissements deviennent plus fréquents. Le 7, le malade a de la fièvre et pousse des cris hydro-encéphaliques, des sortes de mugissements entremêlés de notes graves et fortes. En voulant se lever pour aller aux lieux, il tombe dans la salle et on est obligé de le reporter sur son lit. L'infirmier qui l'a relevé raconte qu'à ce moment la jambe gauche était contracturée, tandis que la droite était dans la résolution. Mais, à la visite du lendemain matin, on ne constate ni raideurs, ni paralysie des membres. A partir de ce jour l'hébétude est plus manifeste, les moments de lucidité deviennent plus rares, les vomissements plus fréquents. Le 9, on note de l'amblyopie et du daltonisme; le 12, de la cécité complète. Le malade est gâteux. Du 12 novembre au 15 décembre, état stationnaire. Hebétude presque continuelle, cependant, il y a de temps en temps des intervalles de lucidité, pendant lesquels les idées ont de la suite, et la parole est lentement mais assez nettement articulée. Le 14 décembre, veille de la mort, on constate que la sensibilité au pincement est conservée des deux côtés, et que le pincement des jambes provoque des mouvements assez étendus des deux membres inférieurs. Dans la matinée, le malade commence à dicter une lettre destinée à sa mère, mais il ne peut l'achever parce qu'il tombe tout à coup dans l'impossibilité de formuler un seul mot. Dans l'après-midi, après un effort de vomissement, il tombe subitement en syncope et meurt.

Autopsie le 16 décembre. — Les os du crâne sont friables. Au premier coup de marteau jaillit une colonne de liquide opalin. A peine la calotte crânienne cède-t-elle sous les tractions, qu'elle met à nu un vaste kyste situé entre la dure-mère et la voûte crânienne. Ce kyste est formé par une paroi blanche hyaline; il est encore à demi plein d'un liquide transparent dans lequel flottent cinq petites coques bien closes d'échinocoques. Il est situé au-dessous de la région fronto-pariétale droite. Son volume est égal à celui du poing d'un adulte. Les portions du frontal et du pariétal qui le recouvrent sont le siège d'une ostéite intense : on y voit des ostéophytes nombreux disposés sous forme de rayons. En un point le pariétal est creusé, aux dépens de la table interne, et présente une perforation ovalaire de 1 centimètre de long sur 7 millimètres de large, à bords tranchants et réguliers. Le péricrâne et le cuir chevelu sont intacts.

La dure-mère ne paraît pas enflammée, elle n'adhère ni à la paroi du kyste, ni à la pie-mère sous-jacents, à sa face interne il n'existe pas de fausses membranes. La pie-mère est pâle, presque exsangue. Elle ne présente aucune trace d'inflammation.

La partie antérieure du cerveau est le siège d'une dépression considérable, circulaire, mesurant 9 centimètres de diamètre et près de 5 centimètres de profondeur. Au niveau de cette dépression les circonvolutions sont aplaties, extrêmement pâles, mais elles ont conservé leur consistance normale. Nulle part il n'existe de traces de ramollissement. La dépression porte principalement sur le lobe antérieur droit. Elle s'étend depuis l'extrémité la plus antérieure de ce lobe jusqu'au sillon de Rolando. Les trois circonvolutions frontales antéro-postérieures, parfaitement reconnaissables malgré leurs déformations, sont considérablement aplaties, la circonvolution frontale ascendante, très notablement diminuée de largeur, est refoulée en arrière et recouverte presque en totalité par la circonvolution pariétale ascendante qui paraît intacte.

L'hémisphère gauche, beaucoup moins altéré que le droit, n'a cependant pas complétement échappé à la compression. La moitié antérieure de sa face interne est repoussée en dehors, et présente une dépression allongée qui commence en arrière, au niveau de la partie moyenne du lobule paracentral et occupe toute l'étendue de la première circonvolution frontale interne (1). Il n'a pas été pratiqué de coupes sur le cerveau. La moelle n'a pas été examinée.

Réflexions. — S'il est un fait bien établi aujourd'hui dans l'histoire de la pathologie cérébrale, c'est que les lésions *destructives* des circonvolutions ascendantes du lobule paracentral, s'accompagnent toujours de troubles de la motilité du côté opposé du corps. Mais cette loi n'est vraie que si les lésions sont réellement *destructives*. — Les compressions simples des circonvolutions peuvent avoir des effets tout différents, et quand elles se produisent lentement, elles peuvent ne donner lieu à aucune altération appréciable du mouvement, ou ne provoquer que des troubles moteurs vagues, diffus, variables, transitoires, bien différents des phénomènes paralytiques limités et permanents que produisent toujours les destructions totales ou partielles de la zone motrice. En réalité, ces faits ne prouvent rien ni pour ni contre la doctrine des localisations cérébrales. Malgré leur apparente simplicité, ils échappent à l'analyse physiologique par la multiplicité et l'étendue des troubles qu'ils sont de nature à provoquer. Etant donnée, en effet, une tumeur comprimant un point quelconque du cerveau, il est impossible de savoir exactement jusqu'où s'étendent les effets de la compression. Quelque bien limitée que paraisse la dépression extérieure, il est certain que les parties voisines en ressentent plus ou moins les effets, et même que l'augmentation de tension, qui résulte de la présence dans l'intérieur de la boîte crânienne d'un véritable corps étranger, doit se faire sentir sur tout l'encéphale. D'autre part, nous ignorons absolument quels sont les effets directs de la compression : nous ne savons pas quelles limites elle peut atteindre sans préjudice pour les parties sous-jacentes, et jusqu'à quel degré elle doit être poussée pour altérer la nutrition ou le fonctionnement des parties comprimées.

Il en résulte, qu'en réalité, tout cas de compression est un cas des plus complexes. Les faits, semblables à ceux que nous venons de rapporter, dans lesquels des compressions plus ou moins fortes des régions motrices du cerveau ne se sont traduites pendant la vie par aucun trouble précis de la motilité, ne doivent donc jeter aucune incertitude, dans l'histoire des localisations motrices. Ils méritent assurément d'être recueillis et étudiés avec curiosité; mais ils ne sauraient, en aucun cas, être mis en opposition avec les faits simples et précis de destructions partielles de l'écorce, sur lesquels est basée toute la doctrine des localisations corticales.

(1) Un moulage en plâtre de ce cerveau a été déposé au musée Dupuytren.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La crémation.

Quand nous disions, il y a six ans (1), que la crémation n'entrerait pas de longtemps dans nos mœurs, nous pensions surtout aux habitudes et aux préjugés du public, aux objections sérieuses et aux difficultés d'exécution soulevées par ce nouveau mode funéraire. Des obstacles à prévoir, il en est un dont nous n'avions rien voulu dire. La résistance qu'oppose à toute innovation la force d'inertie administrative nous était cependant bien connue, mais il nous semblait, au moins inutile, d'y faire même allusion. Aujourd'hui, elle a fait ses preuves; grâce à elle, la question de la crémation en est toujours au même point. Le Conseil municipal de Paris s'est, à maintes reprises, montré favorable à la prompte réalisation de cette réforme que l'hygiène recommande particulièrement à Paris; l'Administration ne se hâte pas.

Il semble même qu'elle prenne à tâche de ne rien faire. Le Conseil municipal avait décidé, le 7 août 1879, qu'il

(1) *Progrès Médical*, 1874, n° 40.

serait ouvert un Concours pour le meilleur mode de crémation des corps. Cette résolution, en elle-même toute platonique, n'engageait en rien l'application pratique du procédé qui serait jugé le plus avantageux; ce n'était qu'une mesure préparatoire, ne préjugeant en rien la question de savoir si l'intervention législative était nécessaire pour l'adoption définitive de la crémation.

M. Lepère, alors Ministre de l'intérieur, en jugeait ainsi. Dans une lettre à M. Morin, en date du 18 février. il disait que, « dans l'état actuel de la question, l'affaire est exclusivement du ressort de M. le Préfet de la Seine, qui n'a pas besoin de mon autorisation, comme vous paraissez le supposer, pour donner suite au vote du Conseil municipal. » — D'autre part, dans ses entrevues avec M. Morin, le préfet de la Seine déclarait « qu'il était personnellement partisan de la crémation et qu'il serait heureux d'en introduire l'usage, mais qu'il ne pouvait prendre une mesure aussi grave sans l'agrément de M. le Ministre de l'Intérieur. » (1)

Pourquoi donc le Concours décidé par le Conseil municipal n'est-il pas encore ouvert? Le Préfet est favorable à la crémation, le Ministre écrit que son autorisation n'est nullement nécessaire pour agir ; et cependant rien ne se fait. C'est que l'on profite d'une équivoque; il s'agit de rechercher le meilleur mode de crémation; l'Administration feint de croire qu'il s'agit d'autoriser l'emploi de la crémation, et demande, sur ce point tout différent, l'avis des ministres compétents.

Le nouveau Ministre de l'Intérieur, M. Constans, écrit à la préfecture le 25 juin 1880 : « Prévoyant que, dans un temps plus ou moins rapproché, l'assemblée municipale demanderait l'application de cette réforme, au moins à titre facultatif, pour les familles, vous avez exprimé le désir de savoir : *si je considère que, dans l'état de la législation, la crémation puisse être autorisée, même à titre d'essai, lorsqu'un procédé, offrant les garanties stipulées par le Conseil, aura été trouvé.* » Et il ajoute que, dans son opinion, une loi nouvelle serait nécessaire. — Préalablement consulté par son collègue, le Ministre de la Justice s'est prononcé dans le même sens, alléguant le décret de l'an XII exclusivement relatif aux inhumations, et les articles 77 du Code civil et 358 du Code pénal, que leur texte même rendrait entièrement inapplicables à l'incinération. On pourrait dire que s'en tenir étroitement au sens étymologique du mot *inhumations*, c'est interpréter judaïquement le décret de l'an XII ; que les articles 77 du Code civil et 358 du Code pénal, ont uniquement pour but de prévenir les inhumations clandestines et précipitées, en prenant le mot *inhumations* dans sa plus large acception. Mais ce serait déplacer le terrain de la discussion.

Encore une fois, d'après la délibération du Conseil municipal, il ne s'agit pas de *mettre en pratique la crémation*; il s'agit de *rechercher le meilleur procédé d'incinération*. C'est ce que ne fait pas suffisamment ressortir le rapport de M. Morin; c'est ce que n'exprime pas assez la délibération du Conseil invitant le Préfet de la Seine à mettre de suite à exécution celle du 7 août 1879, « ouvrant un Concours pour le meilleur mode de crémation des corps. »

C'est à M. le Préfet de la Seine, qui, partisan de la crémation, serait heureux d'en introduire l'usage, à faire entendre à ses bureaux que, pour l'instant, on n'en est pas là : on demande simplement d'instituer des expériences pour lesquelles aucune autorisation ministérielle n'est nécessaire, par la bonne raison que, n'exigeant pas absolument d'êtres faites sur des cadavres humains, elles n'ont rien à voir avec le décret de l'an XII ou avec les articles 77 et 358. Quand ces expériences auront réussi, quand le Concours aura prononcé, *lorsqu'un procédé offrant les garanties stipulées par le Conseil aura été trouvé*, alors et seulement alors, il y aura lieu de consulter les ministres, *de considérer si, dans l'état actuel de la législation, la crémation des corps peut être autorisée, même à titre d'essai*; de se préoccuper enfin des voies et moyens de faire passer dans la pratique le meilleur procédé d'incinération.

C'est au Conseil municipal à ne pas discuter autre chose que ce point rigoureusement circonscrit : l'ouverture d'un Concours; à ne pas permettre qu'on mêle l'une à l'autre deux questions distinctes, ni qu'on intervertisse l'ordre dans lequel elles doivent être résolues. Autrement, d'un côté on empêchera de rechercher le meilleur procédé d'incinération sous prétexte qu'une loi est nécessaire pour autoriser la pratique de la crémation, de l'autre on éloignera indéfiniment le vote de cette loi en demandant d'attendre, pour l'adopter, qu'un procédé satisfaisant ait été trouvé. Le Conseil municipal ne voudra pas se laisser berner de la sorte. E. T.

Construction d'une Maternité isolée à l'hôpital Lariboisière.

M. Levraud vient de présenter au Conseil municipal, au nom de la quatrième Commission, un rapport sur un projet de *construction d'une Maternité isolée à l'hôpital Lariboisière*. M. Levraud rappelle que la question des Maternités et des services d'accouchements dans ces hôpitaux préoccupe à juste titre, et depuis longtemps déjà, le corps médical; il montre que, malgré l'assistance à domicile et les accouchements faits chez les sages-femmes, les services d'accouchements sont absolument nécessaires : il est des malades qui refusent de se laisser placer chez des sages-femmes choisies par l'Administration ; il y a aussi des cas d'urgence absolue, et enfin il existe des cas difficiles qui sont nécessairement envoyés de toutes les parties de la ville dans les services spéciaux. « Il est important, dit M. Levraud, de noter ce dernier point, dont on ne tient pas suffisamment compte dans les statistiques comparées des hôpitaux et de la ville. Les Maternités reçoivent tous les cas graves qui surviennent dans les classes peu aisées de la population parisienne, d'où cette conséquence forcée que les chances de mort, par les affections puerpérales, y sont beaucoup plus grandes. Un devoir s'impose donc à l'Administration, c'est de rendre le séjour de ces services spéciaux, reconnus nécessaires, aussi peu dangereux que possible pour les nouvelles accouchées. » M. Siredey demande l'installation, à Lariboisière, d'une Maternité isolée. Non seulement cette Maternité serait isolée des autres services de

(1) Rapport de M. Morin; séance du 29 juin 1880.

l'hôpital, mais elle contiendrait huit chambres qui seraient toutes séparées les unes des autres et constitueraient, par conséquent, huit chambres d'isolement, comme dans le pavillon Tarnier à la Maternité. Ce pavillon serait construit par l'ingénieur Tollet qui y appliquerait son système. Le total général des frais de construction, d'installation, d'achat de mobilier s'élèverait à 40,833 fr. Cette dépense, peu considérable relativement, n'incomberait pas tout entière à l'Administration hospitalière, elle serait diminuée dans une assez forte proportion. M. le docteur Siredey a, en effet, déclaré à l'Admitration que, si son projet était adopté, une personne charitable, qui désire garder l'anonyme, contribuerait à la dépense pour une somme de 15,000 fr. Cette somme est, dès à présent, versée dans les caisses de l'Assistance publique. La dépense se trouve donc réduite, par suite de cette libéralité, à 25,833 fr. M. Levraud a proposé, en conséquence, au Conseil, d'adopter le projet de M. le Dr Siredey, et d'approuver les devis sus-visés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances d'Octobre.

MM. Gosselin et Bergeron continuent leurs recherches sur le mode d'*action des substances antiseptiques* employées dans le pansement des plaies. Ils ont dû, tout d'abord, se demander si l'action antiseptique de l'alcool phéniqué, employé aujourd'hui en quantité si grande, ne serait pas attribuable aussi bien à l'alcool qu'à l'acide phénique lui-même. Ayant mis chacune de ces substances, séparément, en contact avec du sang, ils ont vu que le sang alcoolisé se putréfiait moins vite, s'il était en contact avec l'acide phénique que s'il était mélangé d'alcool, et moins vite encore dans ce dernier cas que s'il était pur. Les deux auteurs pensent donc que le concours des deux dubstances est utile, l'acide phénique détruisant les germes, s'alcool amenant la coagulation du sang, et, par conséquent, lson imputrescibilité relative.

M. Marey annonce à l'Académie qu'il a réussi à conserver vivant un *gymnote électrique*, sur lequel il lui est possible de répéter un certain nombre d'expériences.

M. Jobert envoie un long mémoire sur l'*action physiologique des strychnées* de l'Amérique du Sud. En voici les conclusions. Les stychnées américaines du sud agissent d'une façon identique. Elles ne sont point tétanisantes, atteignent les membres de la vie de relation, agissent sur le système nerveux moteur, respectent la sensibilité, les organes des sens et l'appareil circulatoire ; le cœur, chez les grenouilles, battait encore vingt-quatre heures après l'intoxication. Le curare est souvent falsifié par les Indiens qui y introduisent du caramel. Il y aurait donc avantage à se servir d'une préparation, toujours la même, qu'on réaliserait soi-même.

M. Boucheron rapporte un cas où la *section des nerfs ciliaires* a eu lieu accidentellement. Il s'agit d'un soldat qui eut la tête traversée de part en part, en arrière des deux orbites, par une balle qui coupa tous les nerfs de l'œil en respectant les globes oculaires. Les deux yeux demeurèrent tout à fait intacts, comme le montra l'examen ophthalmoscopique. M. Boucheron n'hésite donc pas à conseiller de remplacer l'énucléation de l'œil par la section des nerfs ciliaires.

M. Laffont a fait des expériences pour expliquer l'*érection du mamelon* et la *sécrétion lactée*. Pour lui, la mamelle possède des nerfs dilatateurs types analogues à ceux de la corde du tympan et du nerf maxillaire supérieur, en même temps que des nerfs dont l'excitation provoque une augmentation dans la quantité de lait excrété.

M. Brown-Séquard donne les conclusions suivantes de ses travaux sur l'*inhibition*. 1° Sous l'influence d'une irritation locale, nombre de parties de l'encéphale peuvent déterminer l'inhibition de l'excitabilité au galvanisme de plusieurs autres parties de ce centre nerveux ou de la moelle épinière soit du même côté, soit du côté opposé; 2° La moelle épinière, irritée en certains points, peut déterminer l'inhibition des propriétés excito-motrices d'autres parties de ce centre nerveux, à une grande distance en avant ou en arrière de la lésion irritatrice ; 3° Le nerf sciatique et la moelle épinière peuvent déterminer, du côté opposé à celui où on les a irrités par une section, l'inhibition de l'excitabilité au galvanisme et d'autres propriétés de l'encéphale dans toutes ses parties, y compris celles où on a cru pouvoir localiser les centres psycho-moteurs.

M. Ranvier fait connaître le résultat de ses recherches sur les *cellules du corps muqueux de Malpighi*. Elles ne sont pas individualisées, mais unies par des prolongements protoplasmiques. Chacun de ces filaments est élastique, ce qui permet l'élargissement des espaces intercellulaires pour la circulation des liquides nutritifs.

M. Dastre examine l'influence de l'asphyxie sur le diabète. Ces deux phénomènes sont toujours dans une corrélation absolue. L'asphyxie peut être indifféremment produite par confinement, par dépression, ou par l'action du curare.

M. Maurice Raynaud a inoculé à un lapin la *salive* d'un homme *hydrophobe*. Ce lapin a succombé en cinq jours. La salive inoculée à d'autres lapins les a également rendus hydrophobes. La salive de l'homme est donc virulente, et il y a lieu de s'en préoccuper plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

MM. Couty et de Lacerda ont recherché les plantes qui peuvent entrer dans les préparations du *curare* des Indiens. Ils ont en particulier étudié le Cocculus Toxicoferus, l'Hura crepitans, le Caladium bicolor, le Strychnos triplinervia. Ils arrivent à des conclusions presque identiques à celles qui ont été formulées par M. Jobert. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 juillet 1880. — Présidence de M. de Sinéty.

Note sur un appareil Thermo-Électrique destiné à la recherche des températures locales. — M. Redard, après avoir essayé, sans obtenir des résultats précis, les différents thermomètres recommandés pour la recherche des températures locales, s'est adressé à la méthode thermo-électrique pour avoir un appareil plus parfait. Cet appareil se compose :

1° *De plaques Thermo-Electriques*, constituées par la soudure de deux métaux, d'une disposition spéciale destinée à faciliter l'application sur la surface cutanée. Les métaux choisis pour la constitution des soudures sont le fer et le maillechort, qui donnent une très grande sensibilité.

En A se trouve un disque de fer, élargi à sa partie supérieure ; en B, le disque vient se réunir à un manche de caoutchouc durci C. La partie chargée du disque est destinée à se mettre en rapport avec la partie à explorer. Dans l'intérieur du manchon en caoutchouc se trouvent deux fils, l'un de fer D, l'autre de maillechort, qui viennent l'un et l'autre se fixer dans deux petits trous du disque, mais sans le traverser. En B. F. deux écrous, l'un en fer, l'autre en maillechort et qui sont destinés à réunir les plaques thermo-électriques aux fils du circuit.

La soudure des plaques est donc concentrique et la méthode adoptée pour leur construction est celle indiquée par M. le Dr d'Arsonval. Ces plaques thermo-électriques se mettent très rapidement en équilibre de température. L'application sur la partie à explorer est facilitée par le moyen de fixation, indiqué sur le dessus, en K.

2° Le *Galvanomètre* employé diffère des galvanomètres

ordinaires par sa forme et son petit volume. Il est constitué par une sorte de tambour en cuivre G, recouvert par une glace plane qui permet de voir les divisions de l'échelle. A l'endroit du zéro, se trouve un miroir qui permet de voir d'une façon précise, le moment où l'aiguille se trouve à zéro. Le fil du galvanomètre est gros et court, d'assez grand diamètre : ce diamètre du fil est nécesssaire si l'on désire une grande sensibilité.

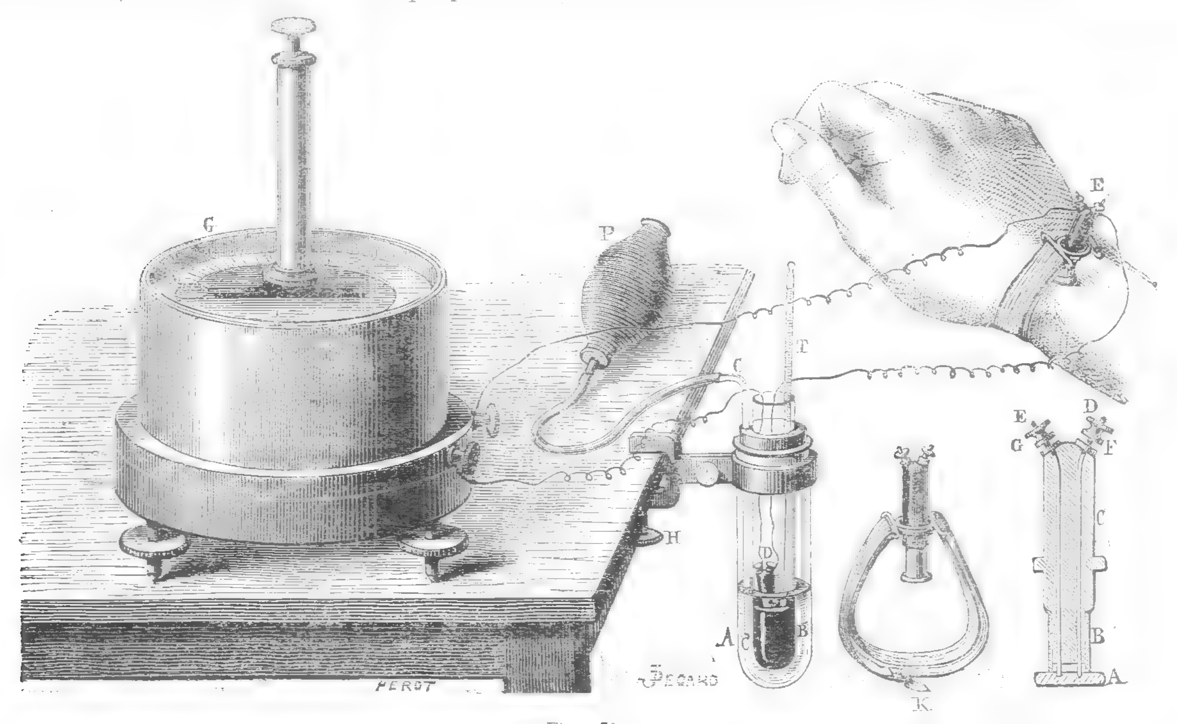


Fig. 72.

Le système astatique qui constitue les aiguilles, est très léger et suspendu par un fil de cocon, contenu dans une gaîne de cuivre, à une vis qui permet d'élever ou d'abaisser l'aiguille, suivant que l'on veut que le galvanomètre soit en mouvement ou au repos.

La forme de ce galvanomètre permet un transport facile de l'instrument. Sa sensibilité est très grande : pour un degré de différence de température entre les 2 soudures, on obtient une déviation de 20° à 22° du galvanomètre, et comme il est facile de lire 1/2 des divisions de l'échelle, on a la température à 1/40e près.— Le retour au zéro est facile.

3e *Deux fils de maillechort et un fil de fer*, forment un circuit qui réunit les deux plaques thermo-électriques. Le fil de fer s'étend de l'écrou en fer F d'une plaque, à l'écrou semblable de la seconde soudure, les 2 fils de maillechort se fixent aux deux écrous en maillechort et aboutissent aux bornes du galvanomètre. Le fil de fer a une longueur de 30 cent. Les fils de maillechort ont une longueur de 60 cent. Cette longueur de fils permet d'obtenir la température à 1/40 de degrés près.

I. Ces premières pièces de l'appareil permettent de faire des recherches de thermométrie locale comparée. Sachant, ainsi que l'a démontré Becquerel, que, lorsque les 2 soudures sont à la même température, l'aiguille du galvanomètre reste à zéro, on peut, en plaçant les 2 plaques sur des régions symétriques, savoir, d'après le sens de la déviation, le côté le plus chaud ou le plus froid.

Si on obtient une déviation de 20, on sait, d'après la graduation préalable du galvanomètre, qu'il y a une différence de 1° entre les 2 régions explorées : on peut trouver ainsi très rapidement et très exactement des différences de température de 5/10e, 1°, 1° 1/2.

Cette méthode de thermométrie comparée au moyen de cet appareil, donne des indications très sûres, très rapides et suffit dans un grand nombre de cas.

II. Pour obtenir en *chiffres thermométriques* la température d'une surface, on dispose l'appareil de la façon suivante : Le principe adopté est celui de l'appareil de M. Becquerel pour la détermination des temperatures à différentes profondeurs du sol. Le circuit employé est le même que celui décrit plus haut.

Lorsque les 2 plaques thermo-électriques sont à la même température, l'aiguille du galvanomètre reste à 0. Si l'on place l'une de ces plaques sur la région dont on veut connaître la température, l'autre dans un milieu dont on peut aisément faire varier la température et dans lequel se trouve un thermomètre sensible et précis, il suffira, pour connaître la température du premier milieu, de refroidir ou réchauffer le second jusqu'à ce que l'aiguille du galvanomètre soit au zéro et de faire alors la lecture du thermomètre.

Le milieu à température variable est du mercure contenu dans le tube B ; ce tube est lui-même suspendu au moyen d'un bouchon dans un autre tube plus large C, rempli en partie d'alcool méthylique. Le tube H est fixé très simplement à une table, au moyen du support K. Le bouchon est traversé par un tube C qui pénètre jusqu'au fond du tube A, et qui est relié à sa partie supérieure à une poire de pulvérisateur P. On peut ainsi, en envoyant quelques bulles d'air dans l'alcool, produire un refroidissement assez notable. Lorsqu'il s'agit de réchauffer, il suffit de faire plonger le tube A, pendant quelques secondes, dans de l'eau à 50°.

Dans la pratique, on procède de la façon suivante : Soit à rechercher la température cutanée de la région dorsale de la main. Une plaque thermo-électrique est appliquée en E sur la main et se met en équilibre de température. La deuxième D plonge dans la masse de mercure, dont la température est indiquée par le thermomètre T. Le galvanomètre est mis au zéro et on ferme le circuit.

Si les 2 plaques sont à la même température, il n'y a pas de déviation, et il suffit de lire sur le thermomètre pour avoir la température cherchée. Si la plaque E est plus chaude que D, il y a déviation. On chauffe alors lentement, et l'aiguille revient au zéro ; lorsqu'elle est stationnaire, on lit sur le thermomètre. Si, au contraire, D est plus chaud que E, il y aura déviation de l'aiguille en sens opposé, on refroidit alors lentement au moyen de quelques bulles d'air.

Lorsque l'aiguille du galvanomètre est revenue à 0 et est restée stationnaire, il suffit de lire sur le thermomètre pour avoir la température recherchée. L'échauffement et le refroidissement doivent se faire avec lenteur. Il faut attendre que le thermomètre soit fixé et que l'aiguille conserve le zéro pendant une minute ou deux.

Cet appareil, d'un maniement, d'un transport facile, d'un prix peu élevé, permet de prendre très rapidement des observations de température locale. Le galvanomètre sort des ateliers de la maison Rumskorff. Les plaques thermo-électriques ont été construites par M. Gaiffe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juillet 1880. — Présidence de M. Richet.

La séance publique annuelle a eu lieu au milieu d'une affluence considérable de notabilités médicales.

M. Bergeron fait la lecture de son *rapport général* sur les *prix décernés* en 1879.

Prix Capuron. — M. le Dr H. Cazin, médecin en chef de l'hôpital de Berk-sur-Mer.

Prix Barbier. — N'a pas été décerné, mais l'Académie accorde, à titre d'encouragement, une somme de 3,000 fr. à MM. les Drs A. Favre (de Lyon) et Feris (de Toulon.)

Prix Desportes. — N'a pas été décerné, mais l'Académie accorde un encouragement de 500 fr. à M. le Dr Biot (de Macon.)

Prix Buignet. — M. le Dr H. Armaignac (de Bordeaux.)

Prix Amussat. — M. Claude Martin médecin à Lyon.

Prix Itard. — L'Académie partage le prix ainsi qu'il suit : 1,200 fr. à MM. les Drs P. Diday et Doyon (de Lyon) ; 800 fr. à M. Legrand du Saulle. Elle accorde une mention honorable à MM. les Drs H. Bonnet et Poincarré (de Nancy.)

Prix Rufz de Lavison. —M. le Dr Alfred Jousset, médecin à Lille (Nord) ; l'Académie accorde, à titre de récompense, une somme de 1,000 fr. à M. Bertholon (de Lyon.)

Prix et médailles accordés aux auteurs des travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance. — L'Académie ne décerne pas de prix ; elle accorde, à titre de récompenses : 1° 300 fr. à M. le Dr Perron (de Bezançon) ; 2° 300 fr. à M. le Dr Anner (de Brest) ; 3° 200 fr. à M. le Dr Finot (Côte-d'Or) ; 4° 200 fr. à M. le Dr L. Dardenne (Lot). Suivent diverses médailles accordées à MM. les médecins des épidémies, à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales, à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1878.

Cent médailles d'argent ont été décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Prix proposés pour l'année 1881.—*Prix de l'Académie.* — Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale.

Prix Portal. — Etat de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale.

Prix Civrieux. — Des accidents épileptiformes dans l'hystérie.

Prix Capuron. — Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse.

Prix Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Daudet. — De l'épithélioma des lèvres et de son traitement.

Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance. — Faire connaître, par des observations précises, le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition.

M. J. Béclard, secrétaire perpétuel, lit l'éloge de M. Andral. (Voir page 617.) A. J.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le Directeur de l'asile Sainte-Anne, M. Carby, en faveur duquel le Conseil général de la Seine et l'Administration avaient réparé et meublé le pavillon dit de l'Inspecteur, vient de donner sa démission. M. le Dr Dagonnet, le plus ancien des médecins de l'asile, a été chargé provisoirement de le remplacer.

Avis aux étudiants. — Les élèves qui désirent remplir les fonctions d'externes provisoires à l'hôpital Cochin, sont priés de se présenter à l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 janvier 1880. — Présidence de M. Terrillon.

1. Malformations congénitales des membres. Anomalies considérables des circonvolutions cérébrales; par le Dr Gabriel Maunoury.

C. G., âgée de 22 ans, habitant aux environs de Chartres, ayant toujours joui d'une bonne santé, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, a eu en avril 1878 un premier enfant parfaitement conformé et qui actuellement se porte très bien. Vers le 15 avril 1879, débuta une deuxième grossesse ; les règles ont paru pour la dernière fois du 15 au 18 mars. Les premiers mois de cette seconde grossesse se passèrent très bien, mais au commencement de décembre C. G. fut prise de fièvre, vomissements, douleurs de reins, qui l'engagèrent à entrer à l'hôpital de Chartres, le 13 décembre 1879. Ces symptômes persistèrent jusqu'à l'accouchement qui eut lieu le 30 décembre, c'est-à-dire à peu près à terme. Il existait une quantité exagérée de liquide amniotique. Fœtus monstrueux, du sexe féminin, qui fait quelques mouvements, pousse une très légère plainte et meurt au bout d'une heure,

Description du fœtus.—Tête et tronc. — La *tête* est bien conformée, elle est plus petite que la tête d'un fœtus à terme, et se rapproche comme dimension de celle d'un fœtus de huit mois. Il n'y a ni soudure prématurée, ni absence d'ossification des os du crâne ; la fontanelle postérieure présente encore une petite portion membraneuse. Le *tronc* est également bien conformé, à part un évasement de la partie inférieure de la cage thoracique dû à l'écartement des 9e, 10e et 11e côtes. — Les organes internes, tube digestif, foie, rate, reins, organes génitaux, sont parfaitement normaux. Thymus volumineux.

Membres. — Il existe une déformation considérable des quatre membres dont les premiers segments (bras et cuisses) paraissent manquer presque complètement, et dont les seconds segments (avant-bras et jambes) sont très déformés et très raccourcis ; mais un examen moins superficiel permet bien vite de reconnaître qu'aucun des segments ne fait défaut. — La peau qui recouvre les membres forme plusieurs plis transversaux comme si, ayant conservé son étendue normale, elle avait dû se plisser pour s'adapter à des membres dont le squelette est raccourci. — Les muscles sont parfaitement développés et paraissent exister tous ; ils semblent être plus volumineux qu'à l'état normal, mais cela tient à ce que leurs extrémités sont plus rapprochées l'une de l'autre, afin de s'adapter au raccourcissement des os du squelette.

C'est en effet dans le *squelette* que l'on constate les déformations principales. Les os des membres ont des épiphyses volumineuses, et leur diaphyse est d'autant plus courte et plus contournée qu'on se rapproche du tronc ; c'est à peine si elle existe sur les humérus et les fémurs, qui semblent être formés par les deux extrémités soudées directement sans corps intermédiaire ; sur les os de la jambe et de l'avant-bras, la diaphyse est un peu plus longue, mais elle est extrêmement déformée et tordue ; les phalanges semblent à peu près normales, toutefois, celles de la main paraissent légèrement raccourcies. Les omoplates sont fortement convexes en avant ; cette convexité ne répond nullement à une déformation de la portion correspondante de la paroi thoracique. Le bassin est également très déformé ; il existe un rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur, tellement considérable, qu'on ne peut introduire le petit doigt au fond de l'excavation pelvienne.

Toutes ces déformations diverses du squelette (cage thoracique, bassin, membres), ressemblent aux déformations ordinaires du rachitisme, et la première idée qui se présente à l'esprit, est celle du rachitisme intra-utérin. Mais si l'on fait la section de ces os, on voit : 1° que les extrémités ne semblent volumineuses que parce que les diaphyses existent à peine ; 2° que les épiphyses sont formés de cartilages parfaitement sains que les diaphyses sont formées par du tissu compact renfermant du tissu spongieux à

moelle rougeâtre, bref que les os ont une structure normale et ne présentent ni ramollissement, ni éburnation. En se plaçant uniquement au point de vue de l'anatomie pathologique, le rachitisme intra-utérin semble donc inadmissible; il va le devenir bien davantage quand nous allons voir, qu'à ces malformations des membres, correspondent des anomalies profondes du système nerveux central.

Examen des centres nerveux. — Rien de particulier à noter dans la quantité de liquide céphalo-rachidien. Anomalies considérables des circonvolutions cérébrales. Les deux hémisphères sont fort différents l'un de l'autre, toutefois les anomalies les plus remarquables se reproduisent des deux côtés. Sur les deux hémisphères, en effet, il y a absence du sillon de Rolando et des deux circonvolutions ascendantes, ou du moins la scissure de Sylvius se prolonge sur toute la surface externe du cerveau jusqu'à la scissure interhémisphérique; la surface de chaque hémisphère est ainsi divisée en deux portions, une antérieure ou frontale et une postérieure, par une grande scissure verticale qui arrive en haut jusque sur la face interne de l'hémisphère, et en bas jusqu'au hile du cerveau. En outre, on peut dire que des deux côtés, les circonvolutions frontales très simples et presque linéaires, sont séparées par des sillons rectilignes qui viennent tomber dans cette grande scissure verticale; — il y a développement exagéré du cerveau postérieur aux dépens du cerveau antérieur; — le lobe occipital est plus volumineux qu'à l'état normal; — le lobe temporo-sphénoïdal est divisé en cinq circonvolutions très simples, disposées comme les tranches d'une orange, séparées l'une de l'autre par des scissures très profondes qui, grâce à l'absence de la moitié inférieure de la circonvolution limbique, arrivent jusqu'au hile du cerveau.

Mais nous devons entrer dans les détails, et étudier chaque hémisphère en particulier.

Hémisphère gauche. — C'est sur cet hémisphère que les anomalies sont les plus remarquables, car la plupart des circonvolutious sont beaucoup mieux limitées que du côté droit.

Face interne. — La circonvolution limbique contourne comme à l'état normal le genou et la face supérieure du corps calleux, va se jeter dans l'angle antéro-inférieur du lobule quadrilatère, passe au-dessous de la pointe du lobe occipital, en formant le pli de passage pariéto-temporal supérieur interne et va se terminer par cette forme dans le pli cunéiforme; plus loin, la circonvolution limbique a complètement disparu, le hile du cerveau n'est plus entouré par rien. — En dehors de la circonvolution limbique, on voit d'avant en arrière : la première circonvolution frontale, une sorte de petit bouton représentant peut-être un vestige du lobule paracentral, la scissure fronto-pariétale qui continue la scissure de Sylvius anormale de la face externe, le loule quadrilatère, la scissure occipitale interne, le lobe occipital, la scissure des hippocampes, puis cinq circonvolutions radiées, partant directement du tube du cerveau, parfaitement séparées les unes des autres par des scissures profondes, ressemblant aux rayons d'une roue, qui, vu l'absence de la portion inférieure de la circonvolution limbique, aboutissent au hile du cerveau. Le pli unciforme forme la première de ces circonvolutions radiées.

Face externe. — Scissure de Sylvius arrivant jusqu'à la scissure interhémisphérique, circonvolutions frontales rectilignes, les deux premières avec deux racines, la troisième avec le petit coude de Broca laissant voir l'insula vaguement lobulé.

En arrière de la grande scissure de la face externe, lobule pariétal supérieur, triangulaire, bien limité, allant par son angle postérieur se jeter dans le lobe occipital; au-dessous, lobule pariétal inférieur formé par une circonvolution bordant la grande scissure et allant se jeter: 1° en haut dans le lobe occipital, 2° en bas, en partie dans le lobe occipital, en partie dans la circonvolution située au-dessous de la scissure des hippocampes et que j'appellerai, pour la facilité de la description, première circonvolution radiée. — En arrière de ce lobule pariétal inférieur, on voit sur la face externe du lobe occipital trois circonvolutions occipitales dirigées directement d'avant en arrière, légèrement ondulées, sans pli de passage entre elles, parfaitement régulières, la supérieure et l'inférieure naissant en partie du lobule pariétal inférieur.

Au-dessous, lobe temporo-sphénoïdal. La scissure parallèle, au lieu de suivre parallèlement la scissure de Sylvius, se déjette en arrière et en bas, comme si elle était repoussée par le lobe occipital prédominant, et va rejoindre les scissures radiées que nous avons vues sur la face interne. A la limite inférieure de cette région, on voit empiéter sur la face externe de ce lobe les scissures formant les circonvolutions radiées dont nous avons parlé; les deux scissures supérieures, celles qui sont les plus près du lobe occipital, se prolongeant beaucoup sur la face externe, circonscrivent une circonvolution allongée, parfaitement nette, coupée comme une tranche au-dessous des trois étages réguliers du lobe occipital, et répondant au pli unciforme de la face interne.

Hémisphère droit.— Face interne.— La circonvolution limbique donne une branche énorme se relevant pour aller se perdre dans la première circonvolution frontale, puis, devenue très-grêle, elle va se jeter dans un massif formé en avant par un petit lobule paracentral rudimentaire, et en arrière par un gros lobule quadrilatère, puis elle reparaît au delà du lobule quadrilatère, passe sans y pénétrer au-dessous du lobe occipital, et va se jeter dans le pli unciforme. Au delà, la circonvolution limbique disparaît presque complètement, toutefois cette circonvolution semble former encore un mince filet qui relie entre elles les pointes convergentes des circonvolutions radiées temporo-sphénoïdales que nous allons retrouver.

En dehors de la circonvolution limbique, et d'avant en arrière: 1[e] et 2[e] circonvolution frontale, encoche à peine visible qui remplace la scissure fronto-pariétale absente; massif formé par le vestige du lobe paracentral et par le lobule quadrilatère; scissure occipitale interne peu profonde, comblée en haut et en bas par deux circonvolutions de passage qui vont du lobule quadrilatère au lobe occipital; scissure des hippocampes: puis cinq circonvolutions radiées, pareilles à celles du côté gauche, mais paraissant davantage reliées les unes et autres par leur pointe, c'est-à-dire par la partie qui touche au hile du cerveau.

Face externe. — Circonvolutions très massives et très-grossières bien moins déliées et moins ondulées que du côté gauche. — Scissure de Sylvius laissant voir en bas un gros lobule et l'insula, remontant sur toute la hauteur de la face externe, et allant se terminer en haut, près de la scissure interhémisphérique, par une encoche assez profonde au fond de laquelle on voit deux tout petits lobules aplatis, gros comme des lentilles, semblant représenter un vestige des deux circonvolutions ascendantes.

En avant de la grande scissure, trois circonvolutions frontales linéaires, très simples, à peine limitées; les deux supérieures semblent venir converger vers un point très voisin des deux petits plis aplatis dont nous venons de parler.

En arrière de la grande scissure, nous trouvons de haut en bas: le lobule pariétal supérieur. Au-dessus, le lobule pariétal inférieur tout à fait rudimentaire, envoyant une grosse circonvolution dans le lobe occipital; ce lobe occipital, formé de deux énormes circonvolutions, une supérieure recevant un petit pli de passage du lobule quadrilatère, une inférieure recevant un pli de passage du bulbe pariétal inférieur, et un du lobe temporo-sphénoïdal.

Pas de scissure parallèle. Sur le lobe temporo-sphénoïdal nous retrouvons les cinq circonvolutions radiées bien mieux limitées que sur l'hémisphère gauche.

Le *cervelet* me paraît beaucoup plus petit qu'à l'état normal.

2. Fracture intra-capsulaire du col du fémur. Formation d'une pseudarthrose permettant la marche; par M. Gabriel Maunoury.

Louise Millet, âgée de 52 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'ayant jamais présenté aucun signe de diathèse quelconque, a commencé à éprouver, il y a deux ans,

les symptômes d'une maladie de cœur : essoufflement pendant la marche, œdème des pieds, etc.

Le 22 août 1879, elle sentit en se levant, dans tout le membre abdominal du côté gauche, une légère douleur à laquelle elle fit peu attention, lorsque, pendant l'après-midi, étant en train de ramasser dans les champs une demi-gerbe de blé, ce qui ne demandait qu'un très faible effort, elle entendit et sentit un claquement sec dans sa cuisse gauche et tomba à la renverse, le membre abdominal gauche étant pris sous elle. Le médecin qui la vit alors porta le diagnostic de fracture intra-capsulaire du col du fémur, diagnostic que nous pûmes confirmer lors de l'entrée de la malade à l'hôpital de Chartres, le 30 août. Nous cherchâmes de suite comment cette fracture avait pu se produire aussi facilement, et à un âge aussi peu avancé, mais nous ne trouvâmes ni diabète, ni albuminurie, ni symptômes médullaires, ni trace d'affection cancéreuse. Battements du cœur très irréguliers et très inégaux, sans soufle.

Le membre fut mis sur un double plan incliné. Au bout de deux mois, la malade put se lever et, pendant trois semaines, elle se promena dans les salles ; mais au bout de ce temps, les symptômes cardiaques devinrent très graves et firent succomber la malade le 28 décembre.

Autopsie. — Les deux orifices du cœur gauche sont extrêmement rétrécis par des plaques calcaires ; le cœur droit est dilaté. Aucune lésion des viscères internes ; nulle part de tumeur cancéreuse.

L'articulation coxo-fémorale gauche offre une capsule extrêmement épaisse, et, lorsque nous l'incisons, nous constatons que la tête fémorale est complètement détachée au niveau du col anatomique, et que la surface des deux fragments, non seulement ne présente aucune adhérence, mais qu'ils se sont polis au contact l'un de l'autre ; il s'est, en un mot, formé une pseudarthrose sans union périphérique entre les deux fragments. Le ligament rond est très grêle et très peu résistant, de coloration brun-rougeâtre comme le tissu cellulo-adipeux du fond de la cavité cotyloïde, qui est également très atrophié. Le petit trochanter est fracturé à sa base et il n'y a pas trace de consolidation osseuse à ce niveau. Le tissu osseux de l'extrémité supérieure du fémur est parfaitement sain.

Cette observation est intéressante par trois points : 1° parce que chez une femme relativement peu âgée, et n'offrant d'autre maladie qu'une affection cardiaque, une fracture du col a pu se produire sous l'influence d'une contraction musculaire très légère : 2° parce que la malade a pu marcher parfaitement au bout de deux mois, grâce à la formation d'une pseudarthrose, ce qui nous fit croire à tort à une consolidation osseuse ; 3° parce qu'il s'est produit en même temps un arrachement du petit trochanter.

Séance du 16 *janvier* 1880. — Présidence de M. Petit.

3. Suppuration des deux trompes et de l'ovaire gauche. Péritonite généralisée par perforation ; par Cerné, interne des hôpitaux.

Leroux Henriette, âgée de 29 ans, est entrée le 6 janvier 1880, au n° 13 de la salle Saint Bazile, dans le service de M. le Dr Bernutz, hôpital de la Charité.

Bien portante ordinairement, dit-elle, cette malade a été prise tout à coup, le dimanche 3 janvier, à la suite d'une vive contrariété, mais surtout peut-être d'une indigestion par un repas copieux, de douleurs abdominales très vives qui ne lui ont pas permis de se coucher toute seule.

Le lendemain, elle a été prise de diarrhée, rendant d'abord des matières fécales, puis très rapidement des matières uniquement séreuses, de l'eau, dit-elle. Le mardi sont venus en outre des vomissements bilieux ; un moment, il y aurait eu du sang dans les selles, mais elle dit avoir des hémorrhoïdes.

Le facies est grippé, hippocratique. Le pouls est un peu fréquent, mais surtout petit, sans fièvre marquée. Le ventre est ballonné, mais non d'une manière excessive. Les douleurs provoquées par les palpations sont extrêmement vives. Douleurs lombaires assez intenses.

La diarrhée continue, il n'y a pas seulement de l'eau, car elle est colorée en jaune. Il y a à chaque instant des efforts de vomissement qui n'ont d'autre résultat que l'expuition d'un peu de mucus. Soif ardente.

Sous l'influence de l'opium le jour et le lendemain de son entrée, la diarrhée s'était un peu arrêtée, les douleurs s'étaient notablement calmées, en sorte que l'on pouvait croire à une gastro-entérite. Mais, le 8 au soir, tous les phénomènes préexistants se sont de nouveau montrés, sauf la diarrhée. Elle meurt le 9 au matin, dans des douleurs atroces.

Autopsie le 10 janvier. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve les intestins réunis par des fausses membranes très abondantes, en certains points très épaisses, ayant déjà une consistance assez grande. Du pus est infiltré partout. Tout l'abdomen est pris, jusqu'au diaphragme.

L'intestin lui-même est sain. L'iléon est seulement un peu congestionné dans sa partie terminale. Le rectum est vide de matières et de gaz et complétement revenu sur lui-même. Une couche de mucus jaunâtre le tapisse.

La partie moyenne du petit bassin offre au premier abord une masse assez informe, ressemblant de chaque côté à des anses intestinales, et baignant dans le pus. Les organes pelviens étant enlevés, on constate ce qui suit : La vessie et le rectum sont sains. L'utérus, non dévié, présente un col vierge dont l'orifice, absolument rond, est très étroit. Le corps est en antéflexion sur le col. Dans la cavité du corps sont quelques caillots, comme si la malade eût été au moment de ses règles (?) La muqueuse est saine.

De chaque côté s'étendent les deux trompes, qui sont le siége des altérations principales. La moitié interne est saine et de direction normale. La moitié externe, au contraire, présente plusieurs dilatations de volumes divers, au nombre de 3 ou 4 de chaque côté. La plus considérable est située à la partie la plus externe, comme formée par le pavillon de la trompe, distendu et fermé de manière que l'on ne trouve pas trace de l'ouverture normale.

Ces kystes sont remplis de pus et communiquent ensemble par une partie moins dilatée. Leur surface interne est lisse, comme résultant du déplissement de la muqueuse qui, dans la partie non dilatée, a sa configuration normale, mais semble ramollie. Je n'ai pu trouver la communication normale de l'utérus avec la trompe.

Les ovaires ne sont pas situés à leur place habituelle. Ils sont tous deux ramenés en dedans et en bas, dans la concavité de la trompe, faisant corps avec le ligament large, dont le repli qui leur est propre a disparu.

Mais à gauche se présente une disposition particulière. Le kyste occupant le pavillon de la trompe est le plus considérable ; il a la grosseur d'un petit œuf de poule. Or il se continue directement avec la cavité de l'ovaire. La limite de ces deux kystes est très nette. La surface interne de la trompe est lisse, tandis que celle de l'ovaire est très inégale, et beaucoup plus rouge. Un rebord brusque, formé par la soudure de l'ovaire dans le pavilon, marque cette limite en dedans, tandis qu'en dehors la continuité est parfaite. Il serait difficile même d'affirmer qu'il s'agit là de l'ovaire, si l'on ne s'efforçait en vain de le trouver autre part ; d'ailleurs, l'examen microscopique a montré des ovisacs dans la paroi (Dr Rémy).

L'ovaire n'est pas sensiblement dilaté. A sa face postérieure, vers son milieu, se trouve une perforation à bords amincis, moindre qu'une tête d'épingle. En avant de la poche ovarienne, probablement dans une dilatation de la trompe (il est difficile de le déterminer exactement), on trouve une masse caséeuse de la grosseur d'une noisette, vestige d'un ancien abcès. D'autre part, des adhérences anciennes avec les parois pelviennes affirment, à défaut de renseignements cliniques, l'existence d'un ancien travail inflammatoire.

Réflexions. — Il nous semble que les abcès trouvés dans les trompes ne se sont point formés dans le court espace de temps qu'a duré la maladie. Il est à noter, en effet, que les traces de l'inflammation actuelle ne portent nullement sur les organes génitaux dont la surface externe, lisse, ne présentait que des adhérences anciennes, et pas de fausses membranes récentes. La dilatation kystique s'est donc formée

lentement et sans bruit; elle aurait pu, comme l'abcès ancien que nous avons trouvé, aboutir à la régression caséeuse, si une perforation par ulcération n'avait permis au pus de se répandre dans l'abdomen et d'amener la péritonite généralisée à laquelle la malade a succombé. Quant à la cause de la suppuration des trompes, il y aurait grand intérêt à savoir si elle est liée à la virginité de l'utérus, bien que la malade fût mariée, comme cause ou comme effet.

Séance du 23 janvier 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MONOD.

4. Pneumonie double. Hydrocéphalie congénitale; par Ad. ROBERT, interne des hôpitaux.

Le nommé B... Jean, 60 ans, commissionnaire, entre le 19 janvier 1880 à l'hôpital. Ce malade est apporté dans un état semi-comateux, de sorte qu'il est difficile d'obtenir des renseignements. Cependant, en l'excitant fortement, on apprend que la veille au matin, comme il allait à son travail, il est tombé dans la cour de sa maison. C'est à cette chute que le malade fait remonter le début de sa maladie. Il rapporte encore qu'il n'a pas de mal de tête, qu'il ne souffre nulle part, et qu'il n'a pas eu de frissons, ni de vomissements. Il nie tout antécédent alcoolique.

19 *Janvier*. La face est rouge, un peu cyanosée. Il éprouve une dyspnée très appréciable. La respiration est stertoreuse. Langue blanche, peu de soif, inappétence, constipation.

Le soir, il a T. A. 36°, 8. P. 60. A la percussion, la poitrine présente une sonorité normale. L'auscultation et la recherche des vibrations thoraciques sont rendues impossibles par l'état comateux du malade.

14 *janvier*. Mêmes symptômes. Quoiqu'il n'existe pas de paralysie, mais seulement de la parésie des membres, on pense à une hémorrhagie meningée. Traitement : 12 sangsues aux apophyses mastoïdes. Lav. sulfate de soude 40 gr., Infusion de follicules de séné 15 gr.

Le purgatif provoque des selles très abondantes.

15 *Janvier*. Mêmes symptômes généraux. Mais on trouve de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit. On pose le diagnostic de pneumonie. Le soir le pouls est à 65 pulsations, la température à 37°, 3. Traitement, vésicatoire sur le côté droit. Pot. avec ext. q.q. 4 gr. Rhum 40 gr.

16 *Janvier*. Dans la nuit le malade a eu un délire calme. La matité occupe maintenant les 2/3 inférieurs du poumon droit. T. m. 37°, 2; T. soir 37°, 5.

17 *Janvier*. Le malade meurt à 5 heures du matin.

AUTOPSIE. 30 heures après la mort.—*Poumon droit*. Tout le lobe inférieur, excepté sa languette la plus antérieure et la moitié postérieure du lobe moyen sont en état d'hépatisation rouge : couleur rouge foncé ; coupe de même couleur et à surface granulée, qui laisse écouler par la pression une sérosité rougeâtre; consistance diminuée, le doigt y pénètre facilement; densité augmentée, un segment tombe au fond de l'eau. *Poumon gauche*. Le tiers postérieur du lobe inférieur est également hépatisé. Les autres parties des poumons sont un peu congestionnées.

Cœur sain. Artères très peu athéromateuses.

Examen du cerveau. Les méninges sont œdémateuses et un peu congestionnées. Leur adhérence n est pas augmentée. La forme du cerveau est normale. Comme rien ne pouvait me faire prévoir l'existence d'une hydrocéphalie, j'incise largement, immédiatement au-dessus du corps calleux, et je suis étonné de voir s'écouler une notable quantité de sérosité. Ayant reconnu une hydropisie ventriculaire, je recueille ce qui reste de liquide. Il est transparent, de couleur citrine, légèrement filant, et la partie recueillie pèse 155 gr.

Les ventricules latéraux sont énormément dilatés, leur paroi est pâle, non ramollie et ne présente aucune trace d'altération. Le septum lucidum est détruit et n'est plus représenté que par quelques tractus celluleux, allant du corps calleux à la partie la plus inférieure de la paroi latérale des ventricules latéraux. Le 4e ventricule est également très dilaté.

Le crâne a une épaisseur normale. Après qu'il a été réappliqué aussi exactement que possible, et recouvert du cuir chevelu, on trouve que le pourtour de la tête présente une longueur de 0 m. 605 millimètres.

La taille de ce malade est moyenne, les organes présentent un développement normal.

RÉFLEXIONS. Cette observation montre qu'une hydrocéphalie même considérable, n'est pas un obstacle absolu à la survie des malades et à leur développement régulier. Malheureusement, je n'ai pu obtenir aucun renseignement sur l'état de l'intelligence du malade.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégations : Accouchements.

II. De l'hydrorrhée pendant la grossesse; par le Dr STAPFER. 1 vol. in-8° de 104 pages. Paris, 1880. Lauwereyns, éditeur.

II. M. Stapfer a divisé son travail en trois parties. Dans la première, il a passé en revue, par ordre chronologique, les opinions qui ont été émises sur l'hydrorrhée. Dans la seconde, il a discuté ces diverses opinions. Dans la troisième, il a donné un exposé synthétique des faits contenus dans les observations qu'il a pu réunir. Ce n'est qu'après avoir passé en revue les hypothèses émises que M. Stapfer arrive à donner une définition de l'hydrorrhée. Pour lui, l'hydrorrhée type est l'écoulement, par la vulve des femmes enceintes, d'un liquide séro-albumineux, de provenance utérine, survenant à l'improviste, sans contractions douloureuses (?), et se faisant par jets répétés à intervalles réguliers ou irréguliers. A cette définition, M. Stapfer ajoute quelques conclusions. « Au lieu d'hydrorrhée, il pense avec Chassinat qu'il serait préférable de dire métrorrhée. Ce terme est meilleur, parce qu'il indique que le phénomène n'a rien de commun avec l'écoulement du liquide amniotique, causé par une rupture prématurée des membranes. Le raisonnement avait indiqué à Guillemeau et à Mauriceau ce que l'anatomie pathologique a fait voir à Duclos : le liquide est collecté entre les parois utérines et les membranes. Peut-être, cependant, n'en est-il pas toujours ainsi. Il y a peut-être deux formes d'hydrorrhée, l'une traumatique, l'autre catarrhale. La métrorrhée-type est très rare; elle est d'autant plus rare que la grossesse est plus éloignée du terme. Elle a été observée dès la cinquième semaine. Elle n'entrave ordinairement ni le cours de la gestation, ni le développement du fœtus. Quelquefois, elle cause l'avortement ou l'accouchement prématuré. » Telles sont les conclusions auxquelles est arrivé M. Stapfer : l'hydrorrhée, pour lui, n'est donc que de la métrorrhée, c'est-à-dire l'écoulement d'un liquide qui vient des parois de l'utérus. Il ne démontre pas, cependant, d'une façon catégorique, que le liquide ne saurait venir de la cavité amniotique par transsudation ; il existe dans la science quelques faits qui lui ont échappé, qu'il n'a pas rapportés, par conséquent, et dans lesquels la transsudation explique très facilement cet écoulement de liquide.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

V. De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique; par P. REDARD. Paris, 1879. J.-B. Baillière, éditeur.

V. Cette thèse est le travail le plus complet que nous possédions sur une question importante, remise dans ces derniers temps à l'ordre du jour par le Dr Boucheron. Différents travaux ayant été publiés, soit en France, soit à l'étranger, sur cette opération, à laquelle Dianoux, de Nantes, a donné le nom pittoresque d'*énervation*, il nous parait utile et juste de bien fixer la part qui revient à chacun : or, c'est à M. Boucheron qu'appartient le mérite d'avoir ramené l'attention sur la section des nerfs ciliaires et du nerf optique.

M. Redard a tenu aussi à élucider ce point historique. Assurément tout le monde avait pensé que l'ophthalmie sympathique cesserait si les ciliaires et le nerf optique

étaient coupés, mais si Meyer a coupé les ciliaires sous la sclérotique, si Græfe a coupé le nerf optique, Rondeau en France (1866) a formulé le premier l'opération complète de l'énervation. Personne n'y songeait plus, quand Boucheron par des expériences nouvelles, par des recherches physiologiques, par la description du procédé opératoire, par ses communications aux Sociétés savantes, a réellement fait sienne cette opération en 1875. Schœler, de Berlin, a rectifié avec franchise son erreur, et nous ne doutons pas qu'Hirschberg, dont la scrupuleuse érudition est rarement en défaut, ne reconnaisse avec nous les droits incontestables de Boucheron.

Question minime après tout, car le seul fait qui nous importe est de juger la valeur définitive de l'énervation. M. Redard, après un historique impartial et complet, après une description précise de la région ciliaire, aborde le côté expérimental. Qu'il nous permette de lui faire remarquer dans son chapitre anatomique, une lacune sérieuse : nous attendions une description du plexus ciliaire et de la terminaison des nerfs ciliaires dans le muscle de l'accommodation, et enfin une étude de la disposition des nerfs le long des vaisseaux choroïdiens. Sujet difficile, nous le savons par expérience personnelle, mais à l'époque où M. Redard a écrit sa thèse, Ranvier avait donné sa méthode de l'or, et c'est avec ce procédé qu'il faut revoir l'innervation de l'œil ainsi que les conséquences des lésions expérimentales.

Revenons aux recherches physiologiques : M. Redard s'occupe d'abord de l'influence de la section du trijumeau et de ses branches sur la nutrition de l'œil ; il examine l'influence de la lésion du noyau d'origine. Duval et Laborde avaient pratiqué cette expérience en 1878, ils viennent de la répéter ces jours derniers (avril 1880) et il faut bien le dire, les résultats obtenus sont contraires à l'interprétation de M. Redard. Cet auteur pense que cette expérience ne démontre pas l'influence trophique du trijumeau sur l'œil, parce que tout le trijumeau est touché, parce qu'il y a une lésion centrale, parce que l'animal ne peut protéger son œil. A ces objections il n'y a qu'une chose à répondre : les troubles résultant de cette expérience ne portent pas *primitivement sur la cornée*, celle-ci reste claire, sans ulcère et le pus de la chambre antérieure vient du dedans. Donc c'est bien une lésion trophique et non traumatique.

Après ce fait, la section intra-crânienne du trijumeau, les sections partielles (elles le sont toujours) des ciliaires ont bien peu d'importance ; mais voyons un peu ce qui arrive néanmoins dans ces sections, et reportons-nous à l'expérience 1 (page 55) dans laquelle Boucheron avait sectionné le nerf optique et les nerfs ciliaires sur un chien. L'œil était sain, en apparence, 3 *mois après l'énervation*. Or j'ai constaté, fait relevé plus tard par d'autres observateurs, la régénération *absolue et parfaite* de quelques nerfs ciliaires. — Et cet œil dans lequel l'ophthalmoscope n'avait révélé aucune lésion, était en voie d'atrophie : rétine atrophiée (p. 58 et 59), inflammation proliférative et état fibreux du corps vitré près de la limitante, migration du pigment choroïdien. Le résultat est précis.

Ranvier a coupé tous les nerfs de la cornée, c'est vrai, et la cornée insensible reste indemne ; mais de là à la section des ciliaires, du nerf optique, et des artères, il y a loin !

Quoi qu'il en soit, nous admettons que les expériences habilement conduites par Boucheron et Redard démontrent que, sur les animaux, l'œil, après la section des nerfs ciliaires, du nerf optique et d'une partie des artères peut ne pas être pris d'inflammation profonde générale, de panophthalmite. — Ce n'est pas le processus à craindre, nous savons aujourd'hui qu'il faut le rattacher plutôt à une infection putride, vibrionienne. Après l'énervation, ce qu'il faut attendre, nous ne disons pas redouter, c'est l'atrophie de l'organe, sa résorbption lente, la transformation scléreuse générale, cicatricielle.

S'occupant ensuite du rôle des nerfs ciliaires dans les affections oculaires, M. Redard conclut avec presque tous les ophthalmologistes qu'ils sont les principaux agents de la transmission dans l'ophthalmie sympathique. N'oublions pas cependant les visions d'éclairs, de lumière bleue, accidents pour lesquels Græfe a pratiqué avec succès la section des nerfs optiques.

Cette thèse comprend 36 observations, que nous allons analyser. Quatre se rapportent à la section intra-oculaire des nerfs ciliaires ; une, à la section de ces nerfs, en arrière du globe ; une, à la section du nerf optique, et les 30 autres, à l'énervation complète,

Or, sur ces 30 observations, nous relevons 2 fontes purulentes ; 8 cas où l'œil a été trouvé plus mou, quelques semaines après l'opération, (n'est-ce pas le début de l'atrophie ?) 1 cas, où la sensibilité est revenue ; 2 ou 3 cas, où la cornée était opaque avant l'opération. Enfin, pour 16 cas, les renseignements ne dépassent pas 2 mois.

Nous n'étonnerons personne en signalant la nécessité d'un complément d'instruction.

Dès maintenant elle est possible, les observations d'énervations arrivent de tous côtés ; et la vérité sera connue sur le résultat définitif.

Pour nous, laissant de côté les accidents opératoires, qui peuvent disparaître entre les mains d'un praticien habile et prudent, et quand les procédés seront mieux étudiés, nous proclamons hautement l'efficacité de cette méthode contre l'ophthalmie sympathique. Nous pensons qu'elle constitue un progrès notable sur l'énucléation. A ce propos, n'était-il pas du sujet de M. Redard, de montrer le danger de l'énucléation sur les enfants, de signaler cette atrophie générale de tout le côté de la face où l'œil a été enlevé ? L'énervation n'aurait-elle que cet avantage : maintenir le diamètre de la cavité orbitaire, elle serait déjà recommandable. Mais il ne faut pas faire promettre à cette opération plus qu'elle ne doit donner, et il importe de dire bien haut, *que la sensibilité peut renaître*, ou passer avec plus d'intensité, par des filets non-sectionnés ; que la fonte atrophique de l'œil, débutant par le ramollissement, reste probable ; et qu'enfin, il faudra, sous la coque, ménager la cornée jusqu'à ce que cette membrane soit devenue assez vasculaire, assez opaque, assez cicatricielle, en un mot, pour qu'elle puisse résister aux frottements de l'œil artificiel sans se perforer.

M. Redard termine sa remarquable monographie par l'exposé des procédés opératoires, la relation des accidents à éviter, et l'indication même de l'opération. Une des plus intéressantes applications de l'énervation nous paraît être celle qui résulte de l'atrophie du globe après la section, utilisée dans la question des staphylomes avec tension. Schœler l'a parfaitement mise à profit.

F. Poncet (de Cluny.)

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE

Séance du 25 juin 1880.

Réformes et améliorations à l'asile Sainte-Anne. Recrutement des médecins des asiles par le Concours.

M. Bourneville expose que, dans tous les rapports qu'il a présentés au Conseil sur les asiles d'aliénés, il a proposé à son approbation un certain nombre de vœux qui ont été adoptés ; il demande la permission de rappeler ceux qui concernent surtout l'asile Sainte-Anne, et d'examiner la suite qui leur a été donnée par l'Administration.

L'orateur a réclamé d'abord quelques modifications à l'un des pavillons de l'asile Sainte-Anne, de façon à y établir un certain nombre de lits, qui seraient annexés au Bureau d'admission, ce qui était reconnu nécessaire. Rien n'a été fait.

Le Conseil a proposé de donner les noms de Leuret et de Ferrus aux deux pavillons neufs de l'asile Sainte-Anne. Rien n'a été fait.

Il avait été demandé que les familles qui viennent apporter aux médecins des renseignements sur les malades aient une salle d'attente, et ne restent pas dans le couloir, servant de salle d'attente, exposées aux courants d'air. Rien n'a été fait.

Il avait fait remarquer, au nom de la 3e Commission, que l'espace réservé à la Communauté était très vaste, et partant, il avait demandé que deux petites salles, près de la pharmacie, soient affectées : l'une à une bibliothèque, l'autre à un laboratoire. Rien n'a été fait.

Depuis 3 ans, le Conseil réclame la transformation d'une construction à peu près sans utilité en salles de bains et d'hydrothérapie pour les malades du dehors. Rien n'a été fait.

Enfin, le Conseil a insisté pour que les malades pauvres, comme

les malades riches, soient reçus directement au Bureau d'admission de Sainte-Anne ; il ne peut être question bien entendu des individus arrêtés par les agents de la Préfecture de Police et reconnus plus tard aliénés ou pour les aliénés arrêtés sur la voie publique. Pour ces deux catégories, le passage au dépôt est inévitable. Mais, ce qui n'a aucune raison d'être, c'est qu'on y fasse séjourner les malades pauvres venant de leur famille ou d'un hôpital. Il faut que les asiles d'aliénés ressemblent de moins en moins à des prisons et se rapprochent de plus en plus des hôpitaux ordinaires.

En outre, le Conseil général n'a cessé de demander que les médecins des services des asiles soient nommés au Concours et qu'il y ait un médecin suppléant résidant à Bicêtre et à la Salpêtrière, comme le veut la loi, et un médecin suppléant à Sainte-Anne pour remplacer les médecins titulaires en cas de besoin.

Un arrêté a bien été pris le 19 janvier dernier par M. le Préfet, mais M. le Ministre ne l'a pas encore approuvé. — Tels sont les points sur lesquels nous désirions appeler l'attention du Conseil et de l'Administration.

M. le Secrétaire général de la Préfecture de la Seine dit qu'en ce qui touche les travaux à exécuter à l'asile de Sainte-Anne, M. le Directeur des Travaux n'a pas à sa disposition les crédits nécessaires pour les faire exécuter.

Quant au passage des aliénés par le dépôt de la Préfecture de Police, il faut distinguer : il y a trois sortes de placements : les placements volontaires d'aliénés payants, les placements volontaires d'aliénés indigents, et les placements d'office.

En ce qui concerne les premiers, les malades sont immédiatement admis à l'asile Sainte-Anne. Quant aux seconds, les malades passaient parfois par le dépôt, c'était là une mesure regrettable, mais depuis le vote du Conseil général, l'Administration actuelle a décidé que les placements volontaires d'aliénés indigents seraient effectués dans les mêmes conditions que ceux des aliénés payants, avec cette seule différence qu'il serait produit un certificat d'indigence.

Mais les placements d'office sont tout différents; ils concernent les aliénés errants arrêtés par la Préfecture de Police. Ces aliénés sont conduits au dépôt, visités par les médecins de la Préfecture de Police, puis dirigés sur l'asile où ils sont séquestrés. Ces aliénés échappent donc à l'Administration au début ; c'est à la Préfecture de Police qu'il appartient de prendre les mesures qu'elle jugera nécessaires. En ce qui concerne la nomination des médecins au Concours, le Conseil général a émis un vote à ce sujet le 16 février 1878. Ce vote énonçait en même temps qu'il serait créé des emplois de médecins adjoints à Bicêtre et à la Salpêtrière. Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et le Directeur de cette Administration ont émis un avis favorable. Un emploi semblable devait être créé à Sainte-Anne. Le 19 janvier 1880, M. le Préfet prit un arrêté dans le sens indiqué par le Conseil général. Cet arrêté a été soumis à l'approbation de M. le Ministre de l'intérieur dont voici la réponse :

Paris, le 23 juin 1880.

« Monsieur le Préfet,

« Désirant être à même de répondre d'une manière précise à une interpellation qui doit vous être adressée par un membre du Conseil général, vous m'avez prié de vous faire connaître mes dispositions au sujet d'un arrêté que vous avez soumis à mon approbation et qui a pour objet de créer à l'asile Sainte-Anne et dans chacun des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, consacrés au service des aliénés, un emploi de médecin adjoint; cet arrêté spécifie, en outre, les conditions du Concours à subir par les candidats à ces emplois.

« Sans examiner aujourd'hui les difficultés de forme qu'est de nature à soulever une assimilation entre des établissements municipaux relevant de l'Assistance publique, tels que la Salpêtrière et Bicêtre, et un établissement départemental comme Sainte-Anne, j'ai l'honneur de vous faire savoir, Monsieur le Préfet, que mes sympathies sont acquises sans réserves à l'idée qui a inspiré votre arrêté; il n'est pas d'institution plus libérale et plus féconde que celle des Concours : elle permettra, notamment, d'assurer dans les conditions les plus favorables, le bon recrutement du personnel médical de nos asiles.

« J'estime, toutefois, qu'au double point de vue du progrès scientifique et du bien du service, il y aurait de très graves inconvénients à ne pas donner à ce personnel une commune origine et à ne pas astreindre tous les candidats à un même Concours. En créer deux, l'un pour les asiles de la Seine, l'autre pour ceux des départements, ce serait nuire à chacun de ces Concours et abaisser le niveau des épreuves, même en établissant l'unité du programme. D'autre part, l'intérêt du service exige que les différents asiles ne soient pas comme fermés les uns aux autres, et que des mutations puissent s'opérer entre les praticiens de ces établissements. Avec deux Concours distincts, la scission serait à peu près complète ; et, de même que les médecins des asiles de province n'auraient, malgré tout leur mérite, aucune chance d'arriver dans ceux de la Seine, les médecins adjoints de ces établissements seraient souvent exposés à attendre indéfiniment leur élévation au rang des titulaires, sans pouvoir trouver un débouché dans les asiles départementaux.

« Comme vous le savez, du reste, Monsieur le Préfet, mon intention est de constituer, ainsi que vous me l'avez proposé, une Commission chargée d'étudier les réformes dont est susceptible le régime des aliénés ; une des plus importantes questions qu'elle aura à traiter sera celle du recrutement du personnel médical des asiles et de la réglementation du Concours qui, j'ai tout lieu de le supposer, sera placé à l'entrée de cette carrière. Vous reconnaîtrez, sans doute, avec moi, la nécessité d'attendre, avant de statuer sur ce point, le résultat de ses délibérations qui ne peuvent manquer d'apporter à l'Administration un contingent d'observations éminemment utiles et de précieux éléments de décisions.

« Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération très distinguée. — Le Ministre de l'intérieur et des cultes, « Constans. »

M. Loiseau rappelle que, dans la séance du 9 décembre 1876, sur son rapport, le Conseil a demandé la suppression aussi complète que possible du passage au dépôt, cette formalité est imposée par les règlements; il est évident qu'on ne peut la supprimer pour les aliénés recueillis sur la voie publique. Mais le placement volontaire des aliénés indigents étant entouré de difficultés, la demande d'admission, l'enquête qui en est la suite exigeant beaucoup de temps, les familles se voient obligées souvent d'envoyer leurs aliénés à l'infirmerie de la Préfecture de Police. C'est là ce qu'il faut tâcher d'empêcher. Le Conseil demandait déjà cela en 1876, il demandait aussi que dans les cas de rechutes et de réintégration nécessaire, les familles puissent faire venir le médecin de l'Administration, au lieu de recourir aux mêmes formalités. M. de Bullemont, alors Secrétaire général de la Préfecture de Police, demanda que la question fût renvoyée à son Administration, et promit d'apporter à bref délai devant le Conseil général, le résultat des études faites. M. Loiseau regrette que la Préfecture de Police ne soit pas en ce moment représentée à la séance, car il lui aurait demandé pourquoi, depuis quatre ans, après l'engagement pris, rien n'a été fait.

Toutes ces formalités ont quelque chose de vraiment affligeant. S'il arrive à des médecins d'envoyer des malades au dépôt de la Préfecture, il ne faut pas croire qu'on les y admette! Non! Il faut qu'ils passent d'abord par le commissariat de police, qui peut seul envoyer au dépôt, et combien de difficultés à vaincre pour que cet envoi ait lieu! M. Loiseau réitère donc les demandes formulées il y a quatre ans par le Conseil, et prie l'Administration d'étudier s'il n'est pas possible, non de supprimer entièrement la formalité du dépôt, mais de l'épargner aux familles dans le plus grand nombre des cas.

M. Bourneville insiste en ce qui concerne les placements volontaires des aliénés indigents car, pour les aliénés payants, il n'y a pas de difficultés. Mais il sait de source certaine, que pour l'admission des premiers dans les asiles, huit jours sont nécessaires; or, il est souvent indispensable d'enfermer immédiatement le malade. C'est pourquoi les familles sont forcées de le faire passer par le commissariat de police et le dépôt. C'est cette formalité du dépôt qu'il faut supprimer.

En ce qui concerne la réponse de M. le Ministre sur la mise au Concours des places de médecins des asiles de la Seine, M. Bourneville aurait de nombreuses remarques à faire : elles viendront naturellement lors de la discussion du budget de 1881. Pour le présent, il dépose le projet de vœu suivant :

« Le Conseil général, vu les motifs développés dans les rapports sur le service des aliénés pour 1878, 1879 et 1880; renouvelle les vœux déjà votés en 1878 et 1879; invite l'Administration à hâter la réalisation de ces vœux; à lui préparer les solutions pour la session d'octobre; invite l'Administration à mettre à bref délai au concours les places de médecin suppléant résidant de Bicêtre et de la Salpêtrière ; à poursuivre auprès de M. le Ministre de l'Intérieur les négociations nécessaires afin d'obtenir l'autorisation de nommer les médecins des asiles de la Seine au Concours. »

M. le Secrétaire général de la Préfecture de la Seine répond que la lettre de M. le Ministre de l'Intérieur qu'il vient de lire au Conseil, ne permet pas de donner immédiatement suite à l'arrêté pour la mise au Concours des places de médecins dans les asiles. Mais une partie de cet arrêté peut être reprise par l'Administration, c'est celle qui a trait à la mise au concours des places de médecins adjoints dans les quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière ; il convient toutefois de réserver l'entière liberté d'examen de la Commission d'aliénés que doit instituer M. le Ministre de l'Interieur. — Le projet de vœu de M. Bourneville est mis aux voix et adopté.

Nous reviendrons prochainement sur la lettre de M. le Ministre de l'Intérieur et nous espérons montrer que rien ne s'oppose — sauf peut-être des intérêts individuels — à la mise au Concours de toutes les places des médecins des asiles de la Seine.

VARIA

Éloge d'Andral; par J. Béclard.

Plus d'un demi-siècle nous sépare de l'époque dont je vais évoquer le souvenir. La plupart des hommes qui ont préparé le temps présent ne sont plus, et le mort illustre dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui, bien que disparu d'hier, n'est déjà qu'un ancien pour le plus grand nombre de ceux qui m'écoutent.

Il appartient à cette génération du commencement du siècle qui n'a cessé de lutter pour le triomphe de ses idées. Plus calmes et plus tranquilles que nos aînés, nous recueillons aujourd'hui le fruit de leurs efforts; à leurs fautes mêmes nous devons une bonne part de notre expérience, et si nous pouvons nous reposer, c'est qu'ils ont combattu.

Je voudrais faire revivre un instant devant vous la belle et glorieuse figure de celui dont notre immortel Laënnec, dans son *Traité d'auscultation*, disait : « qu'il était une des plus brillantes espérances de la médecine »: de l'un de ces hommes dont la vie, partagée entre les recherches de la pensée et les services publics, peut être donnée à tous en exemple.

Le véritable médecin, en effet, n'est pas et ne peut être seulement un savant. La science, qu'il s'efforce de faire chaque jour plus grande, il faut encore, il faut surtout qu'il l'applique. Ce n'est point aux éléments inanimés, pas même à l'animal, c'est à l'homme qu'il a affaire. Si la médecine a toujours eu le privilège de passionner ceux qui la cultivent aussi bien que ceux qui l'implorent, c'est qu'elle touche au cœur même de l'humanité.

Gabriel Andral naquit à Paris, le 6 novembre 1797. Sa famille, originaire d'Espedaillac, petit bourg du département du Lot, comptait déjà trois générations de médecins. C'est au berceau même de la famille que le père de M. Andral exerçait la médecine, lorsque les événements l'amenèrent à Paris avec Murat, son compatriote. Il servait son pays comme médecin militaire, quand la fortune des armes et la volonté de celui qui pouvait tout en Europe donnèrent à Murat la couronne de Naples. Le nouveau roi attacha à sa personne le père de M. Andral. C'est ainsi que le jeune Gabriel passa la plus grande partie de son enfance en Italie avec sa mère, fille d'un procureur au Châtelet et Parisienne comme lui.

Vers la fin de l'année 1813, prévoyant les grandes crises qui se préparaient, le père de M. Andral fit rentrer en France sa femme et son fils, qu'il devait bientôt rejoindre. Après deux années d'études au Lycée Louis-le-Grand, le jeune Andral se faisait inscrire à la Faculté de Médecine. « J'ai commencé mes études médicales en novembre 1815, dit-il lui-même, dans une note écrite de sa main. Aucun incident particulier ne les marqua jusqu'en 1818, époque à laquelle, suivant habituellement les leçons qu'y faisaient MM. Boyer et Fouquier, j'entrai un jour dans les salles de M. Lerminier, et je le suivis à l'amphithéâtre, où il y avait à pratiquer une autopsie. Je me permis de lui soumettre respectueusement quelques observations sur les résultats de cette opération. M. Lerminier voulut bien m'écouter et me proposa de reprendre cet entretien. Ce jour décida de ma vie. Dès le lendemain, je retournai dans les mêmes salles. Encouragé par sa bonté, égale à son rare esprit, je ne le quittai plus. Je commençai immédiatement à recueillir des observations dans ce service, qui ne contenait pas moins de 112 lits. Ainsi a été faite la *Clinique médicale*. J'en accumulai les matériaux sans penser le moins du monde à en composer un ouvrage. Je ne conçus l'idée de celui-ci qu'en 1822. »

Levé à cinq heures du matin, en toutes saisons, Gabriel Andral partait du faubourg Saint-Honoré, qu'il habitait avec sa famille pour assister aux visites, plus matinales alors qu'aujourd'hui, du maître qu'il avait choisi. Chaque jour on pouvait voir entrer, dans les salles de la Charité, ce jeune homme, à peine sorti de l'adolescence, à l'air sérieux, réfléchi, appliqué, portant sur toute sa personne comme la marque de la vieille souche janséniste d'où descendait sa mère.

Après les longues guerres de l'Empire, où tant de générations avaient été fauchées sur les champs de batailles de l'Europe, la voie des professions libérales était largement ouverte ; on avait hâte de s'y engager et le succès ne se faisait guère attendre pour les natures bien douées.

M. Andral était né avec des qualités rares; adonné tout entier à l'étude ; actif, persévérant, avec le goût et la culture des lettres pour toutes distractions, ses progrès furent rapides, ses débuts précoces. Dès 1820, il publiait, dans la *Gazette de Santé*, plusieurs articles remarquables (1). Peu après, il subissait sa thèse sur un sujet de son choix. *De la valeur des signes fournis par l'expectoration dans les maladies*, tel était le titre de ce travail, tout entier tiré de ses observations personnelles.

En 1824, à la suite d'un brillant concours, M. Andral était nommé agrégé à la Faculté de Médecine, en compagnie de MM. Cruveilhier, Dugès, Rochoux et Velpeau. L'année précédente, le premier volume de sa *Clinique médicale* avait paru et l'Académie de Médecine lui ouvrait ses portes. La plupart de ses condisciples étaient encore sur les bancs et déjà M. Andral comptait parmi les maîtres : il ne tardera guère à compter parmi les premiers.

En 1827, la *Clinique* de M. Andral se complétait par la publication d'un quatrième volume, et plus tard d'un cinquième. En 1829, en même temps que la seconde édition de ce livre, paraissait le *Précis d'anatomie pathologique*, ouvrage sorti en quelque sorte du même jet que le précédent et édifié à l'aide des mêmes matériaux; la recherche anatomique du mal, à côté de son étude clinique.

A voir cette activité sans trêve, cette production sans relâche, il semble que M. Andral eût comme le pressentiment de cette longue et douloureuse inactivité qui devait assombrir la seconde moitié de son existence.

M. Andral commençait à recueillir le fruit de ses efforts. Le cours libre d'anatomie pathologique qu'il venait d'ouvrir à l'Ecole pratique obtenait le plus vif succès. « J'étais bien jeune encore, dit-il, il me sembla que je n'avais pas acquis l'autorité nécessaire pour me livrer d'emblée à l'enseignement de la pathologie, et j'ouvris un cours d'anatomie pathologique. En décrivant les lésions, je remontais à leur mode da production, et beaucoup de mes leçons furent consacrées à discuter les questions de pathogénie qu'avaient soulevées les doctrines de Broussais. » On peut voir, dans le discours d'ouverture du cours de 1825, qui nous a été conservé, avec quel soin M. Andral préparait ses leçons.

Cependant, la renommée de M. Andral avait rapidement grandi, son nom avait franchi l'enceinte de l'École, et Royer-Collard, l'élu de sept collèges, comme on l'appelait dans ce temps de suffrage restreint, où les grands courants de popularité étaient rares, Royer-Collard, l'homme le plus en vue du moment, donnait à ce jeune docteur qui n'avait rien, mais dont il avait deviné la valeur, sa fille qui était riche, jeune, belle et recherchée.

A cette époque, dans ces premières années de recueillement, succédant à une période traversée par tant d'agitations, il y avait, en médecine comme en toutes choses, un grand mouvement d'idées. Les questions de doctrines qui nous laissent aujourd'hui si froids, on pourrait presque dire indifférents, soulevaient des luttes passionnées. Deux grandes figurent, celles de Broussais et Laënnec, résumaient, en quelque sorte, les deux tendances qui se disputaient alors la direction des esprits. Je ne résiste pas au désir de mettre sous vos yeux la belle page dans laquelle un éloquent et regretté collègue (1) mettait en regard ces deux écoles rivales : « L'une, école de travail, de recherches, de distinctions minutieuses, digne, patiente et calme dans ses œuvres, réunissant autour d'elle une jeunesse laborieuse toute vouée à la science, recueillait de longues observations, s'attachait à bien reconnaître les caractères extérieurs des lésions et les signes par lesquels elle se révèle chez le malade; trop absorbée peut-être par l'étude du fait, trop éloignée des idées générales, mais préservée par cela même des témérités de l'esprit de système; — l'autre école, fondée sur une physiologie systématique à laquelle devaient se soumettre tous les faits pathologiques, affirmant une explication simple, facile à saisir, unique, de tous les faits de la santé et de la maladie, entraînant la foule par les séductions d'une interprétation nouvelle, prétendant reconstituer toute la médecine, pénétrer de clarté toutes les régions obscures de la science et de l'art, ardente et habile à la polémique, méprisant le passé, déversant le sarcasme sur les réputations les plus respectées, puissante dans ses invectives, accablant d'épithètes inattendues, mais portant coup, tous ceux qui ne se rendaient pas; ayant réussi à faire considérer comme ennemis de tous les progrès modernes les ennemis de la doctrine de l'irritation..... Cette école, sortie du Val-de-Grâce, exerçait une domination prestigieuse, fascinant parfois et entraînant ceux-là même qui luttaient contre elle. »

A ce tableau saisissant, que pourrais-je ajouter, Messieurs; si ce n'est qu'à toutes les époques il s'est rencontré des hommes supérieurs, le regard fixé vers l'obscur horizon, qui, par l'étude, par la persévérance, par la volonté, par la parole, se sont efforcés de hausser l'humanité jusqu'aux vues de leur génie et de les entraîner au delà de la réalité. Il est si doux de s'imaginer qu'on possède la vérité; il est si doux de le faire croire aux autres. Il est vrai que ceux-là même qui paraissent les plus libres subissent, à leur insu, l'influence du milieu qui les entoure et les pénètre. Hier encore, astrologique avec Paracelse, mystique avec Van Helmont, chimique avec Silvius, mécanique avec Boerhaave, animiste avec Sthal, aujourd'hui physiologiste avec Broussais, la médecine subissait, une fois encore, les fatalités d'une science qui cherche sa voie.

Comme toujours, ceux qui marchent derrière le novateur, le poussent plutôt qu'ils ne le suivent, et le portent plus haut encore qu'il n'est monté. Mais, si la foule aime à élever des idoles, elle accourt plus vite encore pour les renverser. Depuis la mort de Broussais, à peine une génération s'est éteinte et la plupart des médecins de nos jours ne connaissent guère que de nom la doctrine physiologique.

La médecine en effet, n'est pas une science purement spéculative;

(1) *Sur les hémorrhagies interstitielles des muscles. — Sur les cancers méconnus de l'estomac.*

(1) M. Chauffard.

elle répond à des nécessités qui s'imposent, elle est avant tout une science sociale. Depuis le jour où elle est sortie des temples mystérieux où elle rendait ses oracles, la médecine n'a plus cessé d'être basée sur l'indissoluble alliance de deux principes que personnifient les grandes figures d'Hippocrate et de Galien ; l'esprit de conservation sans lequel il n'y a rien de solide ni de durable, l'esprit de progrès sans lequel rien ne se meut et rien ne vit. Elle porte sur toute sa personne, inscrits en caractères ineffaçables, les traces de cette double origine. Les systèmes se succèdent, la science se transforme, l'ensemble des données de l'observation et de l'expérience survit à tous les naufrages.

La doctrine physiologique a subi le sort commun, mais elle a laissé derrière elle plus d'une vérité utile. Le nom de l'indomptable lutteur est encore dans toutes les mémoires, la gloire du grand vaincu survit au souvenir du plus grand nombre de ses vainqueurs.

Au milieu de cette mobilité apparente, au milieu de ces changements plus superficiels que profonds, il est d'ailleurs une idée dominante, que le seizième siècle a introduite dans la science, qui n'en doit plus sortir, l'idée moderne, qu'on peut définir : le besoin de la recherche et de la preuve expérimentale. C'est de ce besoin qu'est née la connaissance des lésions organiques. Les anciens composaient sur les apparences extérieures du mot des tableaux achevés, nous admirons leur rare génie d'observation ; mais ils ne soupçonnaient guère ce que cachaient ces organes et ces tissus sur lesquels la maladie avait imprimé sa marque et comme son sceau révélateur. Cette connaissance, à vrai dire, ne date que d'hier. Le matin du 7 mars 1661, le jour même de la mort de Mazarin, les quatre médecins les plus célèbres du temps (1) discutaient encore pour savoir si le tout puissant cardinal, alité depuis cinq mois, mourrait d'une maladie du foie, du poumon, de la rate ou du mésentère.

Si on avait tardé à entrer dans cette voie, on devait s'y jeter avec passion. L'anatomie pathologique dont le nom était à peine prononcé, devenait tout à coup la partie essentielle de la médecine. Toute une transformation s'opérait; le temps a montré combien elle devait être profonde; l'avenir en montrera de plus en plus toute la fécondité. Plus tardivement engagée dans un domaine aux perspectives profondes dont les horizons reculent tous les jours, l'anatomie de texture a pu changer de nom, l'histologie pathologique n'est que la suite de ce mouvement. Ce sera l'éternel honneur de l'école médicale française du commencement du siècle d'avoir posé les indestructibles bases de la science plus générale qui la contient tout entière. Si on l'oublie quelque part, que ce ne soit pas du moins parmi nous.

Aujourd'hui que nous voyons les choses de plus loin et que nous les pouvons juger avec l'impartialité de l'histoire, Broussais, Bayle, Laënnec et leurs disciples nous semblent bien moins éloignés qu'ils le paraissaient alors. La nosolgie qu'on leur enseignait et dans laquelle se trouvaient classées à la manière des espèces zoologiques qui sont des êtres, les maladies qui ne sont que des modalités de l'être, que des modifications dans la texture, la composition et le jeu des organes, les uns comme les autres la tenaient en médiocre estime. Les altérations organiques, voilà l'essentiel, voila ce qu'il importe de rechercher et de connaître. Pour Broussais, aussi bien que pour Bayle et Laënnec, c'est là que doit porter l'effort. Avec cette passion de synthèse qui le tourmente, Broussais s'emporte, il est vrai, sur la première piste qu'il rencontre, et il n'en sortira plus, mais son objectif n'en est pas moins le même. Ses contemporains ne s'y sont pas trompés, et alors même que M. Andral combat le généralisateur à outrance, il rend hommage, pour employer ses propres paroles, « à cet homme d'un talent supérieur.»

M. Andral professait depuis trois années à l'École pratique ; il venait d'ouvrir un cours de pathologie interne, lorsque, au mois de janvier 1828, le titulaire de la chaire d'hygiène de la Faculté, le respectable M. Bertin, dont l'habit de forme antique, la culotte courte et la perruque poudrée avaient quelques années auparavant soulevé tant d'orages et donné prétexte à de si violentes mesures, succombait à la suite d'une longue maladie. M. Andral fut appelé à le remplacer. Cet enseignement nouveau pour lui, il ne devait que le traverser. La révolution de 1830 remettait bientôt les personnes et les choses à leur véritable place. M. Desgenettes remontait dans la chaire d'hygiène dont il avait été dépossédé en 1822, et M. Andral professera désormais, dans l'enceinte de la Faculté, le cours de pathologie auquel il était depuis longtemps préparé. M. Andral est entré dans sa véritable voie. La jeunesse se presse à ses leçons; une nombreuse clientèle assiège sa demeure; à peine publiés, ses livres deviennent classiques; et il n'a guère plus de 30 ans.

La *Clinique médicale* était la première œuvre de M. Andral à l'âge où il la publiait, on n'écrit d'ordinaire que sous la dictée des autres, mais Broussais avait donné ce bon exemple, que chacun s'efforçait d'édifier la science avec son propre bagage. Ce livre volumineux ne renferme guère que des observations, mais ces observations ont toutes été recueillies par l'auteur. En général, les recueils de ce genre n'offrent aux lecteurs que des faits choisis plus ou moins rares, et par là même sans liaison entre eux. Tel n'était pas le plan de l'auteur; rechercher les maladies les plus connues, que l'on observe tous les jours, rassembler et grouper les faits de même nature, et faire ainsi passer le lecteur des manifestations les plus accentuées et les plus claires aux expressions les plus atténuées et les plus obscures; tel fut le secret d'un succès auquel un pareil livre ne semblait pas d'abord destiné. On pouvait croire qu'il n'y avait plus rien à apprendre sur la pneumonie, la bronchite et la pleurésie. Le livre de M. Andral était une nouvelle et éclatante démonstration que, pour donner aux faits leur véritable valeur, il faut les mettre à la place qui leur appartient, et qu'il ne suffit pas de voir les choses tous les jours pour les bien connaître. Dans les diverses éditions de ce livre, l'auteur a cru devoir modifier la distribution de ses matériaux. Le cadre qui entoure cette fidèle peinture pourra se briser encore, le tableau lui-même, l'un des plus complets qui ait été composé depuis le commencement du siècle, n'en conservera pas moins une éternelle jeunesse.

La *Clinique médicale* touchait à peine au terme de sa publication, que M. Andral livrait au public un *Traité d'anatomie pathologique*. L'année 1829 venait de commencer. Cette date indique suffisamment combien laborieuses avaient été les courtes années pendant lesquelles M. Andral, élève et maître tout ensemble, avait en même temps appris et produit. Par une coïncidence remarquable, et qui montre avec quelle irrésistible puissance le courant des idées entraînait alors les esprits vers la recherche des lésions morbides, trois ouvrages sur le même sujet paraissaient au même moment dans les trois Facultés de médecine, les seules qu'il y eût alors en France: le livre de M. Andral, à Paris; celui de M. Lobstein, à Strasbourg; et celui de M. Ribes, à Montpellier. L'étude anatomique des organes prenait, dans les préoccupations du moment, la place si largement occupée jusque-là par la séméiologie. *(A suivre.)*

(1) MM, Brayer, Guéneau, Valot, Desfougerais.

Création de deux places de médecins suppléants (Bicêtre et la Salpêtrière).

Conformément à la promesse qu'il avait faite à la séance du Conseil général de la Seine, du 25 juin dernier, M. Vergniaud, remplaçant M. Hérold, vient de prendre l'arrêté suivant qui réalise une réforme que nous n'avons cessé de réclamer depuis plusieurs années.

Le sénateur, Préfet de la Seine, vu l'article 6 de la loi du 10 janvier 1849, portant que les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux et hospices seront nommés au Concours, sous réserve de l'approbation du Ministre de l'Intérieur :

Considérant que le Conseil général de la Seine, dans ses séances des 16 février 1878 et 6 décembre 1879, a émis le vœu qu'il fût créé, dans chacun des quartiers d'aliénés, des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, un emploi de médecin-adjoint ou suppléant, dont le titulaire serait nommé au Concours;

Vu l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, dûment approuvé par M. le ministre de l'Intérieur, instituant le Concours pour la nomination des médecins titulaires aliénistes dépendant de l'Administration de l'Assistance publique, édictant le programme et les conditions du Concours et réglant la composition du jury d'examen; — vu l'avis émis par le Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique; — sur la proposition du secrétaire général de la Préfecture, arrête :

Art. 1er. — Il est créé dans chacun des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, consacrés au traitement des aliénés, un emploi de médecin-adjoint.

Art. 2.— Ces emplois seront donnés au Concours.

Art. 3 — Le programme de ce Concours, les conditions d'admission des candidats et le jury seront les mêmes que ceux fixés par l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, pour la nomination des médecins aliénistes dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Art. 4. — Les médecins-adjoints, suivant l'ordre d'ancienneté, pourront, en cas de vacance, passer d'un quartier d'hospice à un autre quartier d'hospice.

Art. 5. — Les médecins-adjoints des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, seront astreints à la résidence dans l'établissement, lorsqu'elle n'aura été acceptée par aucun des médecins chefs de service.

Art. 6. — Les médecins-adjoints du service des aliénés auront, vis-à-vis des médecins chefs de service, la même situation que celle qui est faite aux médecins du bureau central, par rapport aux médecins des hôpitaux.

Art. 7. — A l'avenir, les médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière seront recrutés parmi les médecins-adjoints de ces mêmes établissements, et cela, dans l'ordre d'ancienneté de leur nomination.

Art. 8. — Le Concours établi par l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, pour la nomination des médecins chefs de service dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, est supprimé.

Art. 9.— Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur de l'Ad-

ministration de l'Assistance publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera soumis à l'approbation de M. le Ministre de l'Intérieur.

— Nous attendons maintenant la décision de M. le Directeur de l'Assistance publique, annonçant la date du Concours.

Concours pour les places de chef de clinique.

Cliniques de médecine. — *Jury:* MM. Jaccoud, Peter, Lasègue, Potain, Bouchard. — *Candidats:* MM. de Beurmann, Brissaud, de Boyer, Cuffer, Cossy, Decaisne, Dreyfous.

Clinique des maladies des enfants. — *Jury:* MM. Parrot, Jaccoud, Peter, Lasègue, Potain, Bouchard. — *Candidats:* MM. de Boyer, Decaisne, Cossy, Dreyfous.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.—*Jury:* MM. Panas, Jaccoud, Peter, Lasègue, Potain, Bouchard. — *Candidats:* MM. de Boyer, Barthélemy.

Clinique d'ophthalmologie. —*Jury:* MM. Panas, Le Fort, Trélat, Gosselin, Béclard. — *Candidats*: MM. Bellouard et Bacchi.

Clinique d'accouchements. — *Jury* : MM. Depaul, Pajot, Verneuil, Richet, Guyon. — *Candidats* : MM. Bureau, Champetier de Ribes, Ribemont, Porak, Loviot.

Le concours pour ces différentes cliniques a commencé le lundi 19 juillet, à midi. A la suite de la première épreuve, les candidats ont dû opter pour une des cliniques.

Association Française pour l'Avancement des Sciences. Congrès de Reims.

L'Association française tiendra cette année à Reims, sa 9e session, du 12 au 19 Août, sous la présidence de M. Krantz, sénateur, commissaire général de l'Exposition Universelle de 1878.

Les Compagnies de chemins de fer ont bien voulu accorder une réduction sur le prix des places pour les membres qui se rendent à ce Congrès, dont le programme, outre un grand nombre de questions annoncées pour les séances des 15 sections, et dont nous avons donné les titres dans notre dernier numéro, pour ce qui est relatif à la médecine, comprend des visites scientifiques et industrielles à Reims et dans les environs, deux conférences (M. Perrier, professeur au Muséum d'Histoire Naturelle : *le Transformisme*, avec projections ; — M. C.-M. Gariel, ingénieur des ponts et chaussées, agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris : *Les gaz et la matière radiante*, avec expériences) et des excursions, à Châlons et le camp d'Attila, Epernay et le château de Baye, Ste-Ménéhould et l'Argonne, St-Gobain, etc... sans compter une excursion finale aux grottes de Han, en Belgique.

Pour tous les renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Association, 76, rue de Rennes, Paris ; où à M. le Dr Langlet, secrétaire du comité local, à Reims.

Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'Alcoolisme (Belgique).

Programme des Questions. — 1° Étudier le moyen d'obtenir des liqueurs distillées qui ne renferment plus d'alcool autre que l'alcool éthylique, et les moyens législatifs et fiscaux à l'aide desquels on pourrait assurer l'emploi exclusif de ce dernier ; — 2° Étudier l'action physiologique de l'alcool éthylique pur ; — 3° Étudier expérimentalement, sur les animaux, l'action des divers alcools et eaux-de-vie de consommation courante, en se rapprochant le plus possible des conditions qui produisent chez l'homme l'alcoolisme chronique ; — 4° Étudier, à l'aide de l'observation clinique et de la statistique, l'influence de l'alcoolisme des parents sur la constitution et la santé de leurs enfants ; — 5° Étudier, à l'aide de la statistique, l'influence de l'ivresse et de l'ivrognerie sur la criminalité ; — 6° Etudier comparativement le mécanisme de l'impôt sur les spiritueux dans les différents pays et particulièrement en France et en Belgique, et son influence sur la consommation ; — 7° Rechercher les moyens législatifs et fiscaux les plus propres à amener le dégrèvement des vins et autres boissons fermentées ; — 8° Signaler par quel procédé législatif on pourrait faire rentrer certains alcoolats, alcoolés et éthers, tels que l'absinthe, les vulnéraires, les éthers, etc., dans le groupe des substances médicamenteuses ne pouvant être débitées que par les pharmaciens ; — 9° Examiner s'il n'y aurait pas lieu d'assujettir les débits qui vendent au détail des boissons distillées à une patente plus forte que ceux où l'on ne consomme que des boissons fermentées ; — 10° Étudier les moyens légaux de répression de l'alcoolisme applicables à la Belgique ; — 11° Trouver un procédé rapide et pratique pour reconnaître et doser, dans les différentes boissons alcooliques, la nature et la quantité des alcools qu'elles renferment ; — 12° Rechercher les moyens de découvrir et de réprimer les sophistications des bières, vins et liqueurs. Voir s'il n'y a pas lieu d'établir des bureaux d'analyses des boissons et des denrées alimentaires.

Questions annexes. — 1° Nomination par le Congrès d'une sous-commission de neuf membres qui serait chargée d'apprécier théoriquement et pratiquement le néphalisme, c'est-à-dire l'abstinence complète de toute boisson alcoolique et de présenter un rapport sur cette question au Congrès qui suivra celui de 1880 ; — 2° De l'influence de l'usage du tabac sur l'abus des boissons alcooliques.

Congrès international de Laryngologie, à Milan.

Un Congrès international de laryngologie aura lieu du 2 au 5 septembre 1880, à Milan. Le programme de ce Congrès est le suivant :

2 septembre. — Séance d'inauguration, à midi, dans le Palais des Ecoles Publiques, rue Borgo Spesso, n° 26. — Ouverture du Congrès par le Président du Comité promoteur. — Présentation d'un projet de Règlement du Congrès : discussion, approbation. — Nomination du Bureau définitif de la Présidence, conformément à ce qui sera établi par le Règlement.—Communications : de MM. Mandl (de Paris): *Sur la voix des Mammifères.* — Fournié (de Paris) : *De la voix Eunukoïde et de son traitement.* — Ramon de la Sota (de Séville) : *Action pathologique du tabac sur la gorge.* — Heinze (de Leipzig) : *Ueber eine seltene form von Larynxstenose.* — Catti (de Fiume) : *Ueber Anchylose in der Crico-aryt.-Gelenkeln und Paralyse der Muscoli Crico-aryt. postici.* — Nomination d'une Commission pour une nomenclature laryngologique.

3 septembre.— Communications : de MM. Thaon (de Nice) : *L'hystérie et le larynx.* — Lennox Browne (de Londres) : *On some objective evidences associated with the condition known as globus hystericus.* — Massei (de Naples) : *Comparaison entre le courant faradique et le continu dans les paralysies vocales.* — Bristowe (de Londres) : *On pressure on the trachea and recurrent laryngeal nerve and their effect.* — Krishaber (de Paris) : *Du spasme de la glotte dans l'ataxie locomotrice.* — Masucci (de Naples) : *Quelques considérations sur le spasme de la glotte chez les adultes.* — Labus (de Milan) : *De l'influence du relâchement de la luette sur la voix.* — Rossbach (de Wurtzbourg) : *Ueber percutane Kehlkopfoperationen.* — Porter (de St-Louis N. America) : *Excision of the Epiglottis : a) Function of the Epiglottis.* — b) *Removal in certain form of disease : one case in illustration.* — c) *A short resumé of the literature of the subject.* — Rossbach (de Wurtzbourg) : *Ueber Anaesthesirung des Kehlkopfs.* — Capart (de Bruxelles) : *De l'hypertrophie des amygdales considérée surtout au point de vue du traitement.* — Rumbold (de Saint-Louis N. America). — *La supériorité du* spray producer *pour faire des applications à la gorge et au pharynx.*

4 septembre. — Communications de : MM. Zawerthal (de Rome) : *Sulla rino-laringorrea cronica.* — Schnitzler (de Vienne) : *Ueber Kehlkopfschwindsucht.* — Schmidt (de Francfort) : *Weitere Beobachtungen über Behandlung der Kehlkopfschwindsucht.* — Heinze (de Leipsig) : *Ueber die combination von Syphilis und Tuberkulose des Kehlhopfs und der Lungen.* — Ariza (de Madrid) : *De la phthisie laryngienne idiopathique et des signes objectifs qui la révèlent au Laryngoscope.* — Lennox Browne (de Londres) : *On buccal, lingual and pharyngeal tuberculosis.* — Zawerthal (de Rome) : I caratteri clinico-anatomici della tubercolosi faringea. — Elsberg (de New-York) : *Wat is the experience of the practitioners present in relation to the frequency of occurrence and the treatment of erosion of the Epiglottis?* — Gouguenheim (de Paris) *Sur un point de la laryngite syphilitique secondaire.* — Frua (de Milan) : *A propos du traitement des plaques muqueuses du pharynx.* — Lennox Browne (de Londres) : *Three cases of Lupus of the Larynx.* — Krishaber (de Paris) : Recherches expérimentales sur l'intensité de la voix.

5 septembre. — Communications de MM. Morra (de Naples) : *Du Croup laryngien et de son identité avec la Diphthérite.* — Sidlo (de Vienne) : *Zur Behandlung der Rachen-Diphtheritis mit dem Messer.* — Krishaber (de Paris) : *De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.* — Zawerthal (de Rome) : *La tracheotomia nella difterite laringo-tracheale.* — Massei (de Naples) : *Contribution à l'étude des maladies du ventricule de Morgagni.* — Cervesato (de Rovigo) : *Delle cisti laringee.* — Moure (de Bordeaux) : *Etude sur les polypes kystiques du larynx et en particulier sur les kystes de l'Epiglotte.* — Masucci (de Naples) : *Douches nasales d'air comprimé simples et médicamenteuses d'après la méthode du docteur Massei.* — Rossbach (de Wurtzbourg) : *Ueber Behandlung des Schnupfens.* — Capart (de Bruxelles) : *De l'influence exercée sur le larynx et la trachée par les affections des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.* — Zawerthal (de Rome) : *Sul trattamento delle vegetazioni adenoidi dello spazio naso-faringeo.* — Koch (de Luxembourg) : *Sur l'ignipuncture dans les affections des premières voies respiratoires.* — Schmithuisen (d'Aix-la-Chapelle) : *Wiederherstellung, vermittelst Rhinoscopie, einer Gesangstimme nach zehnjahrigen Verlust.* — Moura (de Paris) : *Statistique millimétrique des diverses parties de l'organe de la voix.* — Schaeffer (de Breme) : *Ein einfaches Laryngoscop.*

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 26. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Houel, Monod. — (Nouveau mode) 1re *série* : MM. Parrot, Gariel, Bourgoin ; — 2e *série* : MM. Regnault, Lutz, Gay ; — 3e *série* : MM. Laboulbène, G. Bouchardat, Henninger. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Nicaise, Cadiat.—5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Pinard, Hardy, Berger ; — 2e *série* (Pitié) : MM. Verneuil, Brouardel, Polaillon ; — 3e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, B. Anger, Chantreuil ; — 4e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Delens, Rigal.

Mardi 27. — 1er *de doctorat* (Nouveau mode). 1re *série* : MM. Bouchardat, Lutz, Henninger ; — 2e *série* : MM. Gariel, G. Bouchardat, de Lanessan. — 2e *de doctorat*. (Epreuve pratique) : MM. Perrier, M. Sée, Farabeuf. — (Examen). 1re *série* : MM. Lasègue, Charcot, Humbert ; — 2e *série* : MM. Jaccoud, Ball, Richelot.—5e *de doctorat*. 1re *série* (Pitié) : MM. Verneuil, Brouardel, Chantreuil. — 2e *série* (Necker) : MM. Guyon, Delens, Ollivier ; — 3e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Berger, Pinard ;—4e *série* (Charité) : MM. Hardy, Panas, Polaillon. — 3e *de fin d'année* : MM. Bouchard, Hallopeau, Marchand.

Mercredi 28. — 1er *de doctorat*. (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Nicaise, Cadiat ; — (Nouveau mode). 1re *série* : MM. Bouchardat, Gariel, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Laboulbène, G. Bouchardat, Gay. — 3e *série* : MM. Regnauld, Lutz, Henninger. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Charité) : MM. Hardy, Perrier, Chantreuil. — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Delens, Berger ; — 3e *série* (Pitié) : MM. Brouardel, Pinard, Monod ; — 4e *série* (Pitié) : MM. Verneuil, Peter, Polaillon.

Jeudi 29. — 1er *de doctorat*. 1re *série* : MM. Lefort, Ball, Berger ; — 2e *série* : MM. Bouchard, Perrier, Ch. Richet. — (Nouveau mode) 1re *série* : MM. Laboulbène, Lutz, Gay ; — 2e *série* : MM. G. Bouchardat, Gariel, de Lanessan. — 2e *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Hardy, Richelot. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Pitié) : MM. Verneuil, Brouardel, Polaillon ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Houel, Chantreuil ; — 3e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Pinard Debove ; — 4e *série* (Necker) : MM. Potain, Delens, Monod.

Vendredi 30. — 1er *de doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard Nicaise, Farabeuf ; — (Examen). MM. Guyon, Houel, Pozzi ; — (Nouveau mode). 1re *série* : MM. Regnault, G. Bouchardat, de Lanessan ; — 2e *série* : MM. Parrot, Lutz, Gay ; — 3e *série* : MM. Laboulbène, Gariel, Henninger. — 2e *de doctorat*. 1re *série* : MM. Vulpian, Potain, Marchand ; — 2e *série* : MM. Hayem, Fournier, Monod. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Pitié) : MM. Lasègue, B. Anger, Polaillon ; — 2e *série* (Charité) ; MM. Gosselin, Hardy, Chantreuil ; — 3e *série* (Pitié) : MM. Peter, Delens, Richelot ; — 4e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Pinard, Berger.

Samedi 31. — 1re *de doctorat*. 1re *série* : MM. Gosselin, Bouchard, Cadiat ;—2e *série*: MM. Richet, Houel, Berger ; — 3e *série* : MM. Jaccoud, B. Anger, Ch. Richet. — (Nouveau mode) 1re *série* : MM. Lutz, G. Bouchardat, Gay ; — 2e *série* : MM. Gariel, Laboulbène, Henninger, — 2e *de doctorat*. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, M. Sée, Perrier ; — (Examen). 1re *série* : MM. Hardy, Lasègue, Humbert. — 2e *série* : MM. Lefort, Brouardel, Duguet. — 5e *de doctorat*. 1re *série* (Necker) : MM. Potain, Guyon, Chantreuil ; — 2e *série* (Pitié) : MM. Peter, Delens, Terrillon ; — 3e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Panas, Polaillon ; — 4e *série*. (Pitié) ; MM. Charcot, Pinard, Pozzi.

Thèses. — *Lundi* 26 : 309. M. Robert. — 310. M. Berlet. — *Mardi* 27 : 313. M. Demoy. — 314. M. Tinoco. — 316. M. Rouffe. — *Mercredi* 28 : 316. M. Dagencourt. — 317. M. Delpeuch. — 318. M. Mercier. — 319. M. Magnan. — *Jeudi* 29 : 320. M. Compagnon. — 322. M. Fourgs. — 323. M. Jalaguier.

FORMULES

55. Traitement de la diphthérie par le camphre phéniqué. Pérate.

M. Pérate emploie depuis deux ans le camphre phéniqué, dans le traitement de la diphthérie. Il fait des badigeonnages avec un pinceau trempé dans la mixture suivante :

Phénol (acide phénique).	9 grammes.
Camphre.	25 —
Alcool.	1 —

Etendre de partie égale d'huile d'amandes douces.

Les badigeonnages sont pratiqués toutes les deux heures le jour, toutes les trois heures la nuit ; puis, ces badigeonnages sont espacés, après quelques jours, de trois, quatre et cinq heures, suivant le degré d'amélioration de la maladie. Ces badigeonnages sont faits sur toute l'étendue des fausses membranes, et, chez les enfants indociles, le pinceau est plongé en plein dans le fond de la gorge. Inutile d'ajouter que le pinceau est, au préalable, égoutté. La mixture a un goût extrêmement désagréable auquel le malade s'accoutume vite. L'auteur aurait obtenu de nombreux succès avec ce mode de traitement. (*Bull. de Thérapeutique*).

56. Alcool et Créosote dans la diarrhée infantile. Demme.

Dans la diarrhée infantile des enfants soumis à une alimentation prematuree, le Dr Demme (de Berne), ne se contente pas de faire revenir à l'allaitement, mais il conseille l'alcool, soit concurremment avec le benzoate de soude, soit avec la créosote, de la façon suivante ; il prescrit :

Cognac.	2 à 5 grammes.
Créosote.	0,01 centig.
Gomme de goudron.	1 à 5 grammes.
Eau distillée.	50 —

Toutes les 24 heures, entre les tetées. Chez les enfants très jeunes, la quantité d'alcool, d'abord de 2 grammes, sera porté progressivement à 5 grammes. Le but de cette potion est à la fois de stimuler la nutrition et d'empêcher la formation trop abondante des micrococcus qui encombrent les glandes intestinales. (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*.)

57. Elixir peptogène dans la dyspepsie. Dujardin-Beaumetz.

Dans les cas de dyspepsie où l'indication à remplir est de favoriser la sécrétion du suc gastrique et d'introduire les substances peplogènes dans l'estomac, M. Dujardin-Beaumetz emploie un élixir dont voici la formule :

Dextrine.	10 grammes.
Rhum.	20 —
Sirop de sucre	60 —
Eau.	120 —

Cet élixir a un goût assez agréable, il rend de bons services dans la cure de la dyspepsie atonique et putride. (*Paris Médical*.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 9 juillet au jeudi 15 juillet 1880, les naissances ont été au nombre de 951, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 348 ; illégitimes, 119. Total, 467. — *Sexe féminin* : légitimes, 360 ; illégitimes, 124. Total, 484.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 9 juillet au jeudi 15 juillet 1880 les décès ont été au nombre de 908, savoir : 482 hommes et 426 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 15. F. 7. T. 22. —Variole : M. 17. F. 20. T. 37. — Rougeole : M. 12. F. 14. T. 26. — Scarlatine : M. 8. F. 2. T. 10. — Coqueluche : M. 4. F. 6. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 15. F. 16. T. 31. — Dysentérie : M. ». F. ». T. ».— Erysipèle : M. 5. F. 1. T. 6. — Infections puerpérales : 9. — Autres affections épidémiques : M. ». F. ». T. ». — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 76. F. 57. T. 133. — Autres tuberculoses : M. 28. F. 25. T. 53. — Autres affections générales : M. 22. F. 33. T. 55. — Bronchite aiguë : M. 21. F. 16. T. 37. — Pneumonie : M. 19. F. 22. T. 41. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 56. F. 59. T. 115. — Autres maladies locales : aiguës : M. 42. F. 34. T. 76 ; — chroniques : M. 84. F. 65. T. 149 ; — à forme douteuse : M. 28. F. 29. T. 58. — Après traumatisme : M. 2. F. 1. T. 3. — Morts violentes : M. 25. F. 6. T. 31. — Causes non classées : M. 2. F. 4. T. 6.

Morts-nés et prétendus tels : 63 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 17 ; illégitimes, 7. Total 24. — *Sexe féminin* : légitimes, 23 ; illégitimes, 16. Total 39.

Vacances médicales. — Le Président de la Commission administrative de l'hôpital de la Ferté-Villeneuve (Eure-et-Loir), demande un docteur médecin, pour résider dans cette commune. Un traitement de 1000 fr., lui serait accordé comme médecin de cet établissement. Il y a, en outre, une assez bonne clientèle à prendre. — Clientèle toute faite en pleine activité, produisant 10 à 12,000 fr., dans une petite ville de Seine-et-Oise, à prendre de suite. S'adresser à la pharmacie, rue Saint-Jacques, 304, ou au concierge de la Faculté. — On demande un médecin dans la commune de Viliers-sur-Marne, arrondissement de Corbeil (Seine-et-Oise). S'adresser au maire. — A céder belle clientèle de campagne, à vingt lieues de Paris, dans l'Eure, 15 à 20,000 fr. de rapport. Pour les renseignements s'adresser à M. Grenier, externe à Cochin (service de M. Bucquoy), de 8 h. 1/2 à 10 heures du matin. — Demande de médecin à Beaufort, arrondissement d'Albertville (Savoie). S'adresser au maire. — A céder de suite, sans indemnité, excellente clientèle médicale dans une localité du département du Nord. Fixe 750 fr. Loyer 490. S'adresser au concierge de la Faculté. — Beau poste médical à prendre le plus tôt possible. Direction du Nord-Est, à 5 heures de Paris. S'adresser à M. H. Faille, étudiant en médecine, 61, rue du Cardinal-Lemoine. — Demande de médecin à Vandeuvres (Indre), à 8 kilomètres de Buzançais. S'adresser au maire de la commune.

PRIX MONTYON. (*Décerné par l'Institut de France*).— PHÉNOL BOBŒUF. Antiseptique par excellence. Très recommandé pour désinfecter les appartements dans les cas de maladies contagieuses (variole, etc.)

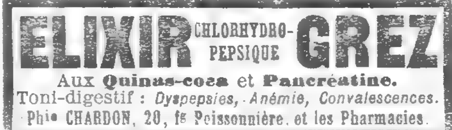
AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er juillet étant une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement est échu à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. — Nous avons l'honneur de les prévenir, qu'à partir de ce jour, ils pourront nous adresser le montant de leur renouvellement, par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'auront aucuns frais à payer en sus du montant de leur renouvellement. En raison de la grande facilité que ce nouveau mode d'abonnement leur donnera, nous prions nos abonnés, dont l'abonnement a pris fin le 1er juillet de bien vouloir nous adresser de suite leur renouvellement.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

L'Année médicale (deuxième année), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant l'année 1879, publié sous la direction du Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Aigre, A. Blondeau, H. de Boyer, E. Brissaud, F. Budin, R. Calmettes, J. Cornillon, L. Cruet, H. Duret, Ch. Féré, A. Josias, Laffont, Malherbe, Maunoury, Poncet (de Cluny), Poirier, F. Raymond, F. Reclus, F. Regnard, A. Sevestre, E. Teinturier, R. Vigouroux, collaborateurs du Progrès médical. Un volume in-18 cartonné, de 416 pages. — Prix : . . . . 3 fr. 50

Archives de neurologie, Revue trimestrielle des maladies nerveuses et mentales publiée sous la direction de J. M. CHARCOT, par MM. Amidon, Ballet, Bitot (P.), Bouchereau, Brissaud (E.), Brouardel (P.), Cotard, Debove (M.), Delasiauve, Duret, Duval (Mathias), Féré (Ch.), Ferrier, Gombault, Grasset, Joffroy (A.), Landouzy, Magnan, d'Olier, Pierret, Pitres, Raymond, Regnard (P.), Rouget, Séguin (E. G.), Séguin (E.), Talamon, Teinturier (E.), Thulié (H.), Troisier (E.), Vigouroux (R.), J. Voisin.

On demande un remplaçant pour un mois : pour les conditions s'adresser aux bureaux du journal.



CHABERT (L.). **De l'antrax des lèvres,** ses complications, son traitement, Paris, 1877, in-8 de 44 p. — 1 fr. 50.— Pour les abonnés du *Progrès,* 1 fr.

BLANCHARD (R). **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode du professeur P. Bert. — Un volume de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

BOURNEVILLE et REGNARD. **Iconographie photographique de la Salpêtrière.** Cet ouvrage paraît par livraisons de 8 à 16 pages de texte et 4 photo-lithographies. Douze livraisons forment un volume. Les *deux premiers volumes* sont en vente. — Prix de la livraison : 3 fr. — Prix du volume : 30 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, prix de la livraison, 2 fr., prix du volume, 20 fr. — 3e volume en cours de publication : 1re livraison, nouvelle observation d'hystéro-épilepsie : 2e livraison, variétés des attaques hystériques : 3e livraison, des régions hystérogènes : 4e livraison, du sommeil des hystériques : 5e et 6e livraison, des attaques de sommeil. — Prix de la livraison : 3 fr. — Pour les abonnés du *Progrès*, prix : 2 fr.

— Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets ; demi-reliure, tranche rouge, non rognés. — Prix de la reliure, 5 fr.

DURET (H.) **Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale.** Un vol. in-8° de 278 pages avec 48 tableaux. Prix : 5 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical* . . . . 4 fr.

Chronique des Hôpitaux

Nous cessons, à partir d'aujourd'hui, la publication de la Chronique des Hôpitaux. Elle sera reprise au commencement du mois de novembre.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

ABADIE. **Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales.** In-18 de 12 pages. 0 fr. 40 c. = Pour les abonnés du *Progrès*, 30 cent.

AIGRE (D.). **Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie.** Un vol. de 86 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr. 75.

AVEZOU (J.-C.). **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras** et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales (étude clinique) avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts. Un vol. in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

BALZER (F.). **Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie**, in-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 75.

BÉHIER. **Études de quelques points de l'urémie** (clinique, théories, expériences), leçons recueillies par H. Liouville et I. Straus. In-8° de 24 pages, 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 cent.

8e ANNÉE. — N° 31. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 31 JUILLET 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. **J. PARROT.**

La syphilis héréditaire et le rachitis.

Leçon recueillie par M. le Dr H. MARTIN.

I.

Messieurs,

Pour faciliter l'accès de cette clinique aux jeunes médecins qui ne peuvent venir ici dans la semaine, j'ai résolu de faire, tous les ans, le dimanche matin, pendant les mois de mai et de juin, des conférences que je consacrerai à l'étude des grandes questions qui dominent la pathologie de l'enfance.

Cette année, je traiterai des relations qui unissent le rachitis à la syphilis héréditaire.

Depuis longtemps, je m'occupe sans relâche de ces états morbides, étant merveilleusement placé pour le faire, car cet hospice est la maison où l'on apporte la plupart des enfants nécessiteux qui en sont atteints; et leur nombre est considérable. En 1878, j'en ai vu 345, et ce chiffre est beaucoup trop faible; car, à cette époque, bien qu'elle ne soit pas fort éloignée, j'ignorais un certain nombre de procédés d'investigation, qui me permettent aujourd'hui de reconnaître le mal sur des sujets, que, naguère, je considérais comme parfaitement sains.

L'enquête minutieuse et prolongée que j'ai faite, m'a appris que, dans ses manifestations extérieures ou cliniques, aussi bien que dans celles que l'autopsie peut seule nous révéler, la syphilis héréditaire évolue suivant un mode parfaitement déterminé et subit une série de transformations régulières, qui sont dans une relation constante et directe avec l'âge des sujets; et qu'il existe un parallélisme complet, entre la succession de ses étapes et les diverses périodes de la vie infantile; de telle sorte, qu'étant donné l'âge d'un enfant qui en est atteint, on peut, sans le voir, s'il a des éruptions, les décrire avec une certaine exactitude; ou bien, en ne voyant qu'une portion des téguments malades, on peut dire à peu près sûrement son âge. Dans l'un et l'autre cas, si la mort survient, il est facile de prévoir les lésions que révèlera l'autopsie; et, dans un mode inverse, si l'on est réduit à l'investigation cadavérique, les altérations trouvées permettent de reconstituer les phénomènes cliniques.

Je ne connais pas d'autre maladie à propos de laquelle l'on puisse dire de semblables choses.

De cette fixité, de cette régularité dans le processus morbide, il n'est aucun système organique qui porte une empreinte plus constante, plus profonde, plus caractéristique, que le squelette. On y trouve gravées, avec une rigueur presque mathématique, les dates du mal, ou, pour mieux dire, les formes qu'il peut revêtir, soit d'emblée, soit par la série des transformations qui lui sont habituelles. Parmi ces modalités pathologiques, il en est une, la dernière, chronologiquement, qui est le *rachitis*; —Or, mon but est de vous démontrer que le *rachitis ne reconnaît pas d'autre source que la syphilis héréditaire.*

Il y a déjà longtemps que j'ai signalé l'origine syphilitique d'un certain nombre de cas de rachitis; et, aujourd'hui, cela est généralement admis (1). Il n'en est pas de même de la seconde proposition.

Dire que le rachitis a pour cause unique la syphilis héréditaire; qu'il n'existe pas en dehors d'elle, puisqu'il n'est en réalité que l'une de ses étapes; et que, par conséquent, il faut, en tant que mal distinct, qu'espèce morbide, le rayer des cadres nosologiques; c'est se heurter à l'opinion publique, c'est attaquer un dogme médical.

Je n'hésite pourtant pas à le faire ; et, j'en ai l'assurance, je ferai passer chez vous la conviction qui me domine déjà depuis longtemps, si vous m'accordez toute votre attention et me suivez dans les développements que comporte cette démonstration pathogénique.

Lorsque j'ai pris la direction de ce service médical, j'étais convaincu, d'après les œuvres classiques, que le rachitis était un mal autonome, indépendant, spécifique. — Pourtant, peu à peu, et dans un nombre de cas d'abord très restreints, j'ai été conduit à admettre son origine syphilitique; mais je m'efforçais de trouver dans leur physionomie des particularités permettant de les différencier d'avec les autres. C'était là une entreprise légitimée par les idées médicales régnantes, mais dont les résultats sans solidité, n'ont pu résister à une observation plus attentive et plus prolongée.— Aujourd'hui, je suis convaincu que *tous les cas de rachitis relèvent d'une source unique: la syphilis héréditaire.* Toutefois, et j'y insiste, pour donner plus de valeur à mon dire, cette manière de voir, que les faits cliniques et anatomo-pathologiques confirment chaque jour, ne s'est imposée que lentement à mon esprit.

Vous les faire partager est, je ne l'ignore pas, une entreprise difficile, mais non au-dessus de ma conviction; et, soutenu par votre sympathie, je la mènerai à bonne fin, et vous sortirez d'ici délivrés d'une erreur pathologique ancienne, tenace, et dont la gêne, mal précisée, s'est fait sentir plus d'une fois, dans les études et les recherches auxquelles vous vous êtes livrés.

II.

Je vous disais tout à l'heure que la syphilis héréditaire est une *maladie d'évolution*. Son étude, faite jour par jour, suivie pas à pas, si je puis ainsi dire, ne peut, là-dessus, laisser aucun doute. En dehors de cette donnée, son histoire reste obscure et sans cohésion. Certes, la cause virulente prime tout, puisque, sans elle, rien n'existerait. Mais, à partir d'un certain moment que je tâcherai de préciser, moment qui, eu égard à la durée de la vie de l'homme, arrive bien vite, cette cause s'affaiblit, s'efface peu à peu; et, finalement, se trouve absorbée par le grand travail de l'évolution. Je n'ai cessé de dire cela, et j'y reviens encore aujourd'hui; car c'est de ce point de vue physiologique qu'il faut envisager toute la pathologie de l'enfance, sous peine de ne pas comprendre ce qu'elle est en réalité. Oui ! c'est l'âge de l'enfant, c'est-à-dire

(1) Rachitis d'origine syphilitique. *Comptes rendus* et *Mémoires de la Soc. de Biologie*, 1872. Paris, 1874, p. 124 et 172. — Syphilis osseuse des nouveau-nés. *Bulletins de la Soc. anatomique* 1872, p. 92, 158 et 392.

l'état organique et fonctionnel où il se trouve actuellement, qui constitue sa personnalité physiologique et qui, dans l'ordre pathologique, provoque certaines affections qui lui sont propres, et modifie d'une manière très notable celles qui sont communes à tous les âges. Ces époques de la vie infantile, ces moments d'opportunité morbide, se succèdent rapidement, depuis le jour où l'enfant pousse son premier cri, jusqu'au jour où il entre dans l'adolescence ; et l'on ne saurait leur accorder trop d'attention.

Laissez-moi donc, aujourd'hui, vous énumérer les principales modifications organiques et fonctionnelles des premiers temps de la vie.

Comme en un pareil sujet l'on ne peut procéder que par comparaisons, c'est l'adulte que je supposerai connu, c'est à lui que je comparerai l'enfant. Il sera comme l'étalon auquel nous rapporterons, si vous le voulez bien, tous les détails d'anatomie et de physiologie qui vont suivre. D'ailleurs, ne pouvant m'occuper du corps tout entier, je m'attacherai surtout à l'extrémité céphalique, bien digne de notre intérêt, et dont les modifications continues et considérables, nous donnent la mesure de celles qui s'accomplissent ailleurs.

Voici les squelettes de trois têtes. L'une vient d'un nouveau-né de 15 jours, la seconde d'un enfant de 3 ans, et la troisième d'un adulte. Comparez-les et voyez d'abord combien sont disproportionnées leurs parties constituantes. — Tandis que, chez le nouveau-né, la face, dominée par le crâne, disparaît sous sa masse, comme si elle en était écrasée; sur la tête de l'adulte, elle tient une place importante. On a cherché à représenter par des chiffres les modifications déterminées par l'âge. Et un médecin allemand de la première moitié de ce siècle, Froriep a établi que, tandis que la face est, au crâne, comme 1 est à 8, chez l'enfant qui vient de naître ; elle est dans la relation de 1 à 3, à 10 ans; et, de 1 à 2, chez l'homme fait.

Le crâne de l'adulte est définitivement fixé dans sa forme, et ses différentes parties, solidement engrenées, ne se prêtent à aucun mouvement d'expansion et de retrait. — Au contraire, à 3 ans, à cinq ans, et beaucoup plus tard encore, un certain jeu est permis à ces pièces osseuses, mais dans des limites très inférieures à celles où il peut s'accomplir dans les premiers temps de la vie. Alors, grâce à la laxité des sutures et de ces espaces membraneux, qui existent en quelques points, l'*astérion*, le *ptérion* et surtout la région *bregmatique*, les os de la boîte crânienne peuvent subir des déplacements considérables et variés.—Normalement, ils s'écartent d'une manière continue et régulière, suivant les exigences de l'expansion encéphalique. Mais, sous certaines influences pathologiques, tantôt ils se rapprochent quand, par le fait de la maladie, l'amoindrissement de leur contenu tend à produire le vide dans la cavité qu'ils forment; tantôt, au contraire, ils s'écartent considérablement, lorsque la masse de ce contenu vient à augmenter.

Deux états morbides bien connus nous montrent ces mouvements opposés, dans toute leur intensité. L'un est l'athrepsie, où les dernières limites de la rétraction crânienne sont atteintes; l'autre est l'hydrocéphalie chronique, dans laquelle l'ampliation du crâne semble n'avoir pas de bornes.

Mais il ne faudrait pas croire que ce soit uniquement sous une influence morbide, que le crâne puisse être déformé par le déplacement de ses parties ; il l'est encore et d'une manière très fréquente, par le décubitus habituel sur un même côté, comme l'a fait voir le chirurgien de cet hospice, mon collègue M. le Dr Guéniot; et c'est à cette cause qu'il faut rapporter ces plagiocéphalies, où il semble que l'une des moitiés du crâne ait glissé sur l'autre, d'avant en arrière. Elles sont très communes dans les premières années de la vie et, parfois, sont ineffaçables. Voulant me rendre compte de leur fréquence, j'ai examiné plusieurs mois de suite, à ce point de vue, tous les enfants au-dessus de deux ans, reçus dans cette maison, et j'ai noté que cette asymétrie du crâne, est très appréciable dans la moitié des cas.

Du crâne, descendons à la *face* : voyez comme elle est bestiale chez le nouveau-né; elle y semble réduite aux maxillaires et nous montre, que, chez lui, tout se résume dans la fonction qui a la bouche pour premier organe.

Plus tard, la face s'élève; et, chez l'adulte, elle présente une certaine noblesse par l'ampleur qu'ont prise les cavités orbitaires qui s'harmonisent si heureusement avec la région frontale de la voûte crânienne.

Laissons maintenant le squelette pour nous occuper des viscères, et commençons par celui dont nous venons d'examiner l'enveloppe protectrice : l'encéphale. Il nous montre, aux divers âges, des différences beaucoup plus considérables que celles que nous venons de constater.

Celui de l'enfant, mou, friable, très aqueux, d'apparence homogène, de teinte à peu près uniforme dans toutes ses parties, est dépourvu de contours bien déterminés, et de solidité ; les plis sont superficiels et non encore franchement délimités; au lieu de conserver sa forme, il prend aisément celles qu'on lui impose.

Les cellules nerveuses, ces éléments nobles par excellence, d'où viendra la volonté, et, plus tard, l'existence intellectuelle de l'homme sont en petit nombre et très imparfaitement développées ; les tubes nerveux, sans lesquels leur travail resterait improductif, sont rares, rudimentaires, et dépourvus de myéline. Le cerveau semble constitué surtout par une masse de névroglie molle, que parcourent de nombreux vaisseaux.

Combien il diffère de celui de l'adulte, avec sa forme typique et tenace, ses plis saillants et fixes, ses anfractuosités profondes, avec la couleur si tranchée de ses deux substances. Ces deux aspects si différents sont dus à l'évolution, qui s'accomplit avec une lenteur proportionnée à la perfection et à l'importance du viscère. Si l'on s'en fiait aux apparences, ce travail de perfectionnement ne se prolongerait pas au delà de 18 mois; mais, en réalité, sa durée est beaucoup plus longue; et, suivant MM. Sims, Wagner et Broca, il ne serait pas terminé avant la 40me année.

Le cœur présente des différences beaucoup moins tranchées, mais encore fort dignes d'intérêt. Contrairement à ce qui a lieu pour le cerveau, le cœur de l'adulte, déformé, aplati, mou, chargé de graisse, plus large que long, au niveau de sa région ventriculaire, est inférieur à celui de l'enfant qui, par sa fermeté, sa résistance, sa forme conique, se rapproche de celui de quelques animaux. Mais, peu à peu, la suprématie du ventricule gauche qui, dans la jeunesse, lui donne cette puissance, s'affaiblit; les cavités droites prennent un rôle prédominant, et, de la sorte, le viscère échange sa brutalité native contre une perfection propre à l'espèce humaine; mais non sans payer cette élévation, d'une partie de sa force,

Chez le jeune enfant, l'intestin, où s'élaborent les éléments de sa croissance, a une longueur relativement considérable, puisqu'elle est 9 fois celle du corps; tandis que, chez l'adulte, le même rapport est représenté par le chiffre 6.

Après ce coup d'œil rapide jeté sur les organes, laissez-moi vous dire quelques mots de leurs fonctions, durant cette première période de l'existence.

La pulpe cérébrale, si molle et si imparfaite, ne reçoit qu'un petit nombre d'impressions et ne peut les fixer; aussi, n'y a-t-il ni souvenir ni volonté; et l'on dirait qu'elle est plongée dans un demi-sommeil, laissant au bulbe et à la moelle les actes de l'innervation. Les phénomènes réflexes dominent, et le rôle du cerveau est encore si effacé, son intervention si peu nécessaire, que de graves lésions peuvent l'atteindre et même le détruire, sans qu'il en résulte un dommage sensible pour le fonctionnement de l'organisme.

Les mouvements des muscles de la vie de relation sont faibles et mal coordonnés. Ce n'est pas que leurs fibres soient impuissantes; mais il leur manque des ordres, que le cerveau est incapable de leur donner. Le nouveau-né ne commence à dresser sa tête que vers la sixième ou la huitième semaine, et son tronc n'acquiert quelque solidité dans la situation verticale, que vers le milieu de la première année. Il peut tendre les bras vers des objets, alors même qu'ils sont loin de sa portée, vers la fin du deuxième mois, mais il ne peut véritablement rien saisir avant le quatrième.

Plusieurs mois durant, il n'a d'autre moyen d'expression que le cri qui lui sert à manifester ses désirs, ses besoins, sa souffrance; et, en cela, rien ne le distingue des autres mammifères et même des oiseaux. Puis, la fonction vocale se développe; et, finalement, mais parfois fort tard, l'éducation lui donne la parole, par laquelle sa place, dans l'animalité, devient si haute et si exceptionnelle.

L'ouïe et la vue sommeillent encore un certain temps après la naissance. Dans les heures qui la suivent, ainsi que chez le fœtus, la couche sous-épithéliale de la muqueuse de la caisse tympanique, est tuméfiée au point de remplir complètement la cavité; mais cela ne constitue qu'un obstacle très passager à l'action des bruits, car celle-ci ne tarde pas à être envahie par l'air. Une autre condition très défavorable à la transmission des vibrations sonores, est la situation presque horizontale du tympan. Quoi qu'il en soit, les sons aigus et hauts, sont les premiers perçus, et, vers le quatrième mois, l'enfant commence à tourner la tête du côté où ils se produisent.

Il semble que l'action de la lumière soit d'abord douloureuse, qu'il y ait dans les premiers jours, même jusqu'à la fin du premier mois, un certain degré de photophobie; et les yeux du nouveau-né sont habituellement fermés. La contraction réflexe de la pupille, sous l'influence d'une lumière subite, peut se produire dès la première heure, d'après Kussmaul, mais l'enfant ne commence à fixer que de la troisième à la sixième semaine; toutefois, il perd bientôt l'objet fixé, s'il est à une distance de plus de deux mètres, ou quand on le bouge. Au dire de M. Soltmann, le clignement ne se produirait consécutivement à un mouvement rapide vers l'œil, que vers la septième semaine.

Les battements du cœur ont une fréquence considérable chez le nouveau-né, et l'on en compte en moyenne 122 par minute, durant le sommeil, et 140, à l'état de veille. Un bruit inattendu, une émotion, une secousse quelconque, peuvent les faire monter jusqu'à 192. — De même, les mouvements respiratoires varient, dans le cours de la première année, de 28 à 38, tandis que la moyenne de ceux de l'adulte est de 16.

Le nouveau-né est dans un état de sommeil presque constant, et c'est à peine s'il est éveillé pendant 4 ou 5 heures. — Il dort et se nourrit; voilà ce qu'on peut dire de lui. Il dort parce que les sens sont encore inactifs et le cerveau inerte; et la nutrition très active, très impérieuse, domine toutes les autres fonctions, parce qu'elle est indispensable au développement, en quoi se résume alors, la vie de l'enfant. — D'ailleurs, ce qui frappe en lui, c'est une grande inégalité des organes; et dans les fonctions, une instabilité non moins considérable. — Je vous ai dit quelles variations pouvaient instantanément subir le pouls et les mouvements respiratoires. La digestion est exposée à des troubles aussi prompts et aussi fréquents. Alors la nutrition périclite, et, parfois, dans des proportions inattendues, car, en moins de 24 heures, un enfant qui pèse deux ou trois kilos, peut perdre plus de 200 grammes; et la vie se trouve gravement et rapidement menacée. Ainsi, par l'inversion des mouvements nutritifs, la force qui présidait à son développement ou, si l'on veut, à son élévation tend à le détruire, et précipite sa chute. Toute l'histoire de l'athrepsie est là.

A l'aide de quelques jalons, d'ailleurs très espacés, je viens de vous montrer la route par où l'enfant qui vient de naître, s'avance vers les étapes ultérieures de la vie. Dans cette marche, que d'additions, de retranchements, de substitutions, de métamorphoses! L'organisme, dans un état de tumulte perpétuel, prête le flanc à toutes les attaques, est perméable aux causes morbides les plus variées. Lorsque la maladie y est entrée, les mouvements rapides de la vie tendent à la généraliser, à lui imprimer une activité prodigieuse. Mais aussi, le tourbillon qui l'entraîne, les conflits qu'elle subit, impriment à ses manifestations, à ses produits, des caractères particuliers, qui, sous l'influence d'un âge déterminé, apparaissent chez tous les sujets, dans le même ordre, avec une physionomie identique et caractéristique. D'ailleurs, cette activité morbide se manifeste avec une égale intensité pour former et pour détruire; se montrant parfois, sous ces deux modalités, chez le même sujet, dans le même temps et sur le même organe.

La puissance de l'évolution va se manifester à chaque instant, dans l'histoire de la syphilis héréditaire; je devais donc vous la faire connaitre avant d'aborder le sujet principal de ces entretiens.

PATHOLOGIE INTERNE

Du myxœdème (1);

Par M. HADDEN, D. M., membre de la Société pathologique de Londres et ancien « medical Registrar » de St Thomas's Hospital.

M. Ord a eu l'occasion d'étudier l'état des tissus à l'autopsie de deux malades. Les points principaux sont les suivants : œdème généralisé de la peau ne donnant que peu de sérosité à la pression; épanchement dans les grandes cavités séreuses; hypertrophie du ventricule gauche; athérome des grosses artères prononcé, surtout sur celles de la base du cerveau et épaississement des petites artérioles; atrophie des reins avec aspect granuleux de leur substance corticale. Œdème ferme, presque solide du cœur, du voile du palais, du larynx, de l'estomac et des autres viscères; diminution considérable du corps thyroïde. Un examen chimique de la peau a montré qu'elle contenait plus de cinquante fois la quantité de mucine trouvée dans une peau saine, ou même œdématiée dans les conditions ordinaires. A l'examen microscopi-

(1) Voir le n° 30.

que, les éléments blanchâtres, fibrillaires, du tissu conjonctif étaient dans un état gélatiniforme. Les espaces interstitiels du tissu sous-cutané étaient agrandis et, partout, les travées cellulaires étaient gonflées. Les éléments pourvus de noyaux étaient très hypertrophiés et les noyaux plus volumineux que d'habitude. Cependant, ces fibrilles étaient plus nettes, plus grosses, plus faciles à isoler. La tunique adventice des artères était gonflée, ses fibres étaient bien isolées et comme séparées par une substance molle, interstitielle. La tunique moyenne était très épaissie et ne se colorait plus au carmin ou à l'hématoxyline (logwood ?). En plusieurs points, les vaisseaux étaient oblitérés. Dans les reins, on a observé un épaississement semblable, faisant saillie dans l'intérieur des corpuscules de Malpighi et empiétant sur les bouquets vasculaires du glomérule, au point d'en amener l'oblitération. Dans le foie, le tissu conjonctif était également gonflé, et écartait largement les cellules hépatiques, dont un certain nombre était atrophiées. Dans le corps thyroïde, les alvéoles étaient détruits par de semblables productions périvasculaires.

Dans le cœur et dans les muscles, des modifications semblables du tissu conjonctif avaient causé la disparition des éléments musculaires. En fait, il s'agissait d'un retour du tissu conjonctif à l'état embryonnaire. On ne trouva rien dans les nerfs ni dans les centres nerveux. M. Ord considère que cet état du tissu conjonctif est dû à une augmentation du ciment inter-cellulaire, qui contient de la mucine.

Dans la peau, on trouvait une atrophie manifeste des glandes sudorifères, ce qui explique quelques-unes des particularités observées pendant la vie. Les terminaisons nerveuses sont enveloppées dans une substance molle et transparente, qui les encapuchonne et les soustrait aux influences extérieures. M. Ord a essayé, avec beaucoup d'à-propos, d'expliquer tous les symptômes nerveux par cette condition extérieure des gaînes nerveuses. Il pense que les terminaisons nerveuses cutanées, étant plongées dans une substance isolante, se trouvent protégées comme par un coussin, contre les impressions extérieures qui devraient, à l'état normal, mettre en jeu l'excitabilité des grands centres nerveux. Il explique ainsi la léthargie, l'inertie et la lenteur des mouvements observés pendant la vie. De même, par rapport aux mouvements musculaires, cette altération des nerfs musculaires amènerait la lenteur de la sensation de contraction musculaire, et serait ainsi une cause déterminante d'incoordination.

M. Goodhart a combattu cette interprétation dans *The Medical Times and Gazette* du 1er mai 1880. Cet auteur affirme qu'aucune affection de la surface cutanée, telle que le myxœdème, n'est capable d'affecter les facultés mentales, quand le cerveau a atteint son complet développement. Il admet, cependant, la possibilité de cette influence chez l'enfant, alors que les centres nerveux ne sont pas encore dans tout leur épanouissement. Il cite aussi ce fait connu, qu'après la perte d'un sens spécial, l'intelligence est d'ordinaire aussi vive, sinon plus vive, qu'avant cet accident.

M. Goodhart pense que les symptômes cérébraux sont dus à une modification des centres nerveux, semblable à celle que l'on a observé sur les autres organes, et portant sur le tissu conjonctif. A priori, cette hypothèse nous paraît vraisemblable, mais nous devons dire que M. Ord a cherché ces lésions cérébrales et qu'il n'a pu les rencontrer. Ajoutons que, dans un cas de sclérodermie très prononcée, qu'il a observé, M. Ord a noté des symptômes très comparables à ceux du myxœdème. Nous sommes disposé à proposer encore une autre hypothèse. La diminution remarquable de la chaleur du corps peut être un symptôme précoce, dû, sans doute, à une affection du système vaso-moteur. Sachant, comme nous l'enseigne la physiologie, que les pensées et les actions sont toujours accompagnées par un développement de chaleur et par l'usure des tissus, il est raisonnable, pensons-nous, de supposer que la torpeur intellectuelle et l'affaiblissement physique sont dus aux conditions circulatoires de ces malades, que l'on peut comparer à des animaux à sang froid.

Une lésion du sympathique expliquerait ces symptômes et retarderait le mouvement nutritif si important dans les fonctions de la vie.

Nous avons dit, plus haut, que M. Gull était disposé à considérer le myxœdème comme un état pathologique voisin du crétinisme. Il y a une ressemblance considérable dans les symptômes des deux maladies. Dans toutes deux, on reconnait des particularités semblables, des modifications des lèvres, de la langue et des mains ; la locomotion est troublée dans les deux cas, et, enfin, la léthargie et la lassitude physique sont communes aux deux affections. Selon la Commission de Sardaigne l'*œdème sous-cutané* est fréquent chez les crétins adultes. Mais l'état du corps thyroïde dans le myxœdème semblerait, au premier abord, être un obstacle au parallèle précédent. Quoique le goitre soit commun chez les crétins, ce n'est cependant pas un symptôme nécessaire du crétinisme ; il semble qu'un seul crétin sur trois soit goîtreux. Du reste, selon la Commission de Sardaigne, le crétinisme ne commencerait jamais après l'âge de quatre ans, au moins quand il s'agit de crétinisme endémique. Dans le crétinisme sporadique, en Angleterre, M. Fagge a montré que la glande thyroïde parait absente, il en conclut que le goitre n'indique nullement l'état de crétinisme. M. Curling a du reste observé, dans deux cas d'idiotie, une absence complète du corps thyroïde et des dépôts graisseux dans la région sus-claviculaire On a bien avancé que l'atrophie du corps thyroïde est une cause possible de crétinisme sporadique ; peut-on invoquer la même cause pour le myxœdème, c'est ce dont il est au moins permis de douter. M. Ord a émis l'opinion que le myxœdème existe dès l'enfance, et est peut-être congénital dans quelques cas. Dans ces circonstances, il pense qu'il est vraisemblable de voir survenir le crétinisme comme une conséquence directe de l'arrêt de développement du cerveau. L'absence de sensations extérieures prive le cerveau d'un de ses principaux moyens d'éducation. M. Goodhart a émis une hypothèse sur la nature du myxœdème, à laquelle nous nous sommes rattaché depuis quelque temps. Nous pensons que les relations entre le crétinisme et le myxœdème ne sont pas encore prouvées, malgré la ressemblance superficielle qui existe entre ces deux affections. Il nous semble, d'un autre côté, plus simple de considérer les changements du tissu conjonctif dans le myxœdème comme une dégénération pure et simple, et dont on trouvera sans doute l'analogue dans le système nerveux central. Cependant, les hypothèses ingénieuses de MM. Gull et Ord doivent être prises en sérieuse considération.

Nous serons heureux, par les lignes qui précèdent, d'avoir appelé l'attention des médecins français sur une maladie encore peu connue et dont il nous a été donné d'observer quelque cas. Nous devons, en terminant, remercier M. H. de Boyer du concours dévoué qu'il nous a donné pour la rédaction de ce travail.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'éclairage par la lumière électrique.

Le gaz et la lumière électrique se disputent en ce moment l'éclairage des villes, des chemins de fer et des grands établissements industriels. Il faut se réjouir de cette lutte, car l'issue en sera toujours fructueuse pour les spectateurs. Après ce combat, les théories de la lumière électrique deviendront désormais faits pratiques, et le gaz, qui jouissait un peu trop tranquillement de ses anciennes victoires sur l'huile, sera tout au moins forcé de réaliser des améliorations sérieuses.

A Paris, depuis quelques années, de grandes expériences ont été autorisées par la ville pour l'éclairage des monuments et des rues. Les résultats acquis, suivis avec précision, viennent d'être publiés dans des rapports importants émanant des ingénieurs attachés aux parties adverses. D'un autre côté, le savant académicien, qui s'est attaché à vulgariser toutes les découvertes de l'électricité, M. Du Moncel, a résumé, en un livre clairement écrit et illustré de figures explicatives, toute l'histoire de la lumière électrique, avec force documents et chiffres à l'appui. Dernièrement, enfin, au grand laboratoire de la Société d'Electricité, dans une conférence à laquelle assistaient le Président de la Chambre des députés, le Ministre de l'Instruction publique et tout le monde savant de Paris, M. Jamin, professeur à l'École polytechnique, a montré son nouveau brûleur, différent de la bougie Jablochkoff, et prouvé, par des expériences intéressantes, ce qu'on pouvait obtenir de la machine de Gramme.

C'est après avoir parcouru ces divers documents qu'il nous a paru utile de rechercher où en était la question au point de vue médical et hygiénique, et, malheureusement, avouons-le de suite, nous n'avons rencontré jusqu'ici que lacunes et erreurs.

Quinquet (1785) et Carcel, par l'invention de leur lampe, avaient déjà, raconte M. Du Moncel, excité l'enthousiasme de leurs contemporains; plus tard, il y eut une véritable révolution dans le commerce des huiles, quand, en 1818, sous l'administration de Chabrol et d'après les idées de Lebon (1801), Paris fut éclairé au gaz. Ce n'est guère qu'en 1842, et après les expériences de Deleuil et Archereau, que l'électricité parut pouvoir être employée pour l'éclairage public.

Aujourd'hui, le Conseil municipal, voulant juger définitivement le gaz et la lumière électrique, a donné comme champ d'expérience à celle-ci : la place et l'avenue de l'Opéra; à l'autre, la rue voisine du Quatre-Septembre. Or, dès cette première installation, M. Du Moncel fait avec raison remarquer les modifications importantes que la rivalité de la lumière électrique fera fatalement subir à la consommation du gaz. Pour en juger, il suffira, après avoir visité les avenues d'essai, de passer dans une rue voisine, condamnée à l'ancien bec de gaz municipal, et l'on pensera que l'électricité vient de réaliser pour le gaz ce que celui-ci, il y a quatre-vingts ans, avait produit pour l'éclairage à l'huile. Du premier coup, l'électricité s'impose comme la lumière artificielle de l'avenir.

Pour la place et l'avenue de l'Opéra, la compagnie Jablochkoff emploie la lampe de ce nom, placée dans des globes opaques ou peu dépolis, sur des candélabres à hauteur d'entresol. Les machines motrices sont installées dans les caves de l'Opéra, et quelques petites machines supplémentaires, dans les caves des maisons voisines. Il existe 63 bougies dans cette avenue.

Dans la rue du Quatre-Septembre, la compagnie du gaz se sert de ses candélabres; mais, au lieu de la simple flamme en tulipe, elle est arrivée à la confection d'énormes pots à feu. Ces appareils, formés de six brûleurs disposés en couronne, consomment 1,400 litres par heure: il en a été placé 62, ce qui donne 80 mètres cubes de gaz par heure, brûlés pour cette seule rue.

Les rapports des ingénieurs de la Ville, du Gaz, et de la Compagnie Jablochkoff, sur ces expériences comparatives, sont utiles à connaitre ; mais le calme n'est peut-être pas assez complet dans les différents camps pour accepter à la lettre toutes les conclusions. Que nous importe, en effet, que la Ville ait à diminuer du prix de revient du gaz, la taxe qu'elle perçoit sur les charbons de terre à leur entrée. Ce sont là des détails qui ne peuvent trouver place dans la saine appréciation des deux éclairages. Toutefois, d'expériences répétées et conduites avec méthode et rigueur, MM. les Ingénieurs arrivent à ce fait primordial : « Relativement à l'éclairage du sol, le foyer électrique, à une bougie, avec le globe opaque, vaut en moyenne : 2,3 feux de la lanterne à gaz de 1,400 litres. Or, celle-ci est évaluée, avec le pouvoir éclairant moyen, à 13 carcels : d'où la lumière électrique, sur le sol, serait environ de 30 carcels. » Ce chiffre est peut-être trop faible, et l'appareil Jablochkoff, autrement installé, pourrait donner mieux. Le prix de revient lui-même ne saurait nous arrêter : qu'il nous suffise de dire, en effet, dans quelles larges limites il peut varier, d'un jour à l'autre, puisque M. Jamin, dans sa conférence (juin 1880), est arrivé à cette conclusion : « Le plus petit modèle courant de machine Gramme, avec un moteur à gaz Otto de 8 chevaux, peut entretenir 16 foyers. » C'est ainsi que le prix de la lumière électrique se trouve, d'un seul coup, diminuée de moitié sur le prix de la compagnie Jablochkoff, qui utilise en moyenne un cheval par foyer.

Mais quelle est l'impression donnée par ces deux modes d'éclairage ? car, en définitive, c'est le point essentiel : il faut que cette lumière nouvelle soit en concordance avec l'organe qui la perçoit. Or, proclamons-le de suite, dans l'avenue de l'Opéra, l'effet produit est d'une intensité extraordinaire : c'est plus que le plus beau rayonnement des clairs de lune, c'est le jour, la vie en pleine nuit. Les enseignes, les noms des rues ressortent avec vigueur d'un côté à l'autre des chaussées. Les visages des personnes sont même indiscrètement reconnus de trop loin, et, chose bizarre, l'œil s'habitue instantanément à cet éclairage intense, sans le moindre effort. Nous nous trompons : l'effort, l'impression pénible existent, quand le regard, quittant l'avenue, se perd dans une rue latérale où vacille un maigre et terne bec de gaz.

Ici, l'obscurité non vaincue, une faible auréole, pâle ou rougeâtre, à peine suffisante pour éviter les accidents, à l'entrée d'une porte, à la marche d'un escalier ; la misère, en un mot, ou la parcimonie douloureuse de la lumière. La pupille se dilate péniblement, la rétine s'étale pour absorber la moindre ligne lumineuse.

Du globe électrique, au contraire, les rayons s'élancent au loin sans s'arrêter, d'un côté à l'autre de l'avenue, s'entre-croisant, corrigeant leurs ombres, fouillant dans tous les angles pour en chasser l'obscurité, réfléchis par le sol, par les murailles et se perdant même dans les nues.

Cette lumière électrique, tamisée par le cristal opaque, est d'un blanc légèrement bleuâtre ; elle est calme, froide, disent les partisans du gaz ; c'est pour nous une de ses qualités essentielles. L'œil, dirigé sur les objets éclairés, les examine sans la moidre fatigue, l'intensité de ces rayons diffusés ne lèse en rien la membrane nerveuse.

Quels sont donc les reproches faits à cette nouvelle expansion lumineuse ?

Sur la place de l'Opéra, pour éviter l'énorme absorption (1/3) causée par les globes opaques, les bougies ont été mises dans des globes de verre simplement dépolis. L'étincelle électrique donne alors une grande quantité de rayons rouges, et le scintillement même du foyer lumineux, vers lequel l'œil est invinciblement attiré pendant quelque temps, devient fatigant. Mais n'est-il pas facile de remédier à ces défauts, soit en élevant les candélabres au-dessus du rayon visuel d'un homme portant la tête droite, couverte d'une coiffure, et regardant devant lui à 50 mètres ; soit en plaçant des réflecteurs pour l'usage spécial des monuments ?

On reproche à la lumière électrique des variations d'intensité, brusques, répétées : elles nous ont paru à peine visibles quand on ne les cherche pas, en fixant le globe lui-même, et l'observateur qui lit ou observe un objet, s'il reconnait ces soubresauts, n'en éprouve réellement aucune fatigue dans l'exercice ordinaire de la vision. Du reste, ces variations sont déjà corrigées dans la pratique, et les vacillements du gaz nous semblent autrement prononcés et dangereux.

Du côté technique, plusieurs inconvénients graves s'étaient produits, au début, dans les bougies Jablochkoff : les extinctions étaient fréquentes, instantanées, générales. A toutes ces objections sérieuses, nous savons déjà comment ont répondu les progrès récents réalisés par Werdermann, Regnier, Wilde, Jamin et Tomassi, et la compagnie du gaz, qui faisait soigneusement relever ces fautes, peut renoncer à ces arguments. Il fallait aussi, pour obtenir la mutation des courants, après l'usure d'une bougie dans le globe, un homme spécialement attaché à cette manœuvre : la mutation est aujourd'hui résolue par l'électricité, qui actionne elle-même un commutateur.

En sorte que nous ne voyons plus d'objection insoluble à l'emploi définitif de la lumière électrique, au moins pour les rues, les monuments, les grandes industries, toutes les fois en un mot qu'il s'agira de répandre au loin et sur une large surface un éclairage de haute intensité. La division à l'infini de l'électricité est le seul point où cet éclairage reste inférieur au gaz, jusqu'à présent, et cependant des solutions sont déjà proposées.

Comment la compagnie du gaz a-t-elle pu répondre au défi de la société Jablochkoff, dans la rue du Quatre-Septembre ? En consommant à peu près pour 32,000 francs de gaz par an, la voie est vigoureusement éclairée, la lumière rougit les maisons, le sol, et l'intensité est assurément suffisante. Mais, ce qui parait une qualité précieuse aux ingénieurs de la compagnie, constitue pour nous un inconvénient majeur. C'est surtout la multiplicité de ces foyers lumineux, mobiles, voltigeant dans les cages en verre transparent, et devenant une cause d'éblouissement rétinien, beaucoup plus pénible que celui résultant du globe Jablochkoff. La lumière du gaz est plus gaie, dit-on, plus chaude : c'est une véritable illumination. La qualification est juste, c'est la lueur de l'incendie, et, pour ce motif même, nous rejetons cet éclairage beaucoup trop riche en rayons jaunes et rouges, auxquels appartient le maximum d'intensité lumineuse ou d'excitation rétinienne.

Cette chaleur dans les tons, nous ne parlons pas encore de la chaleur réelle, vient de l'abondance des rayons jaunes qui donne à la lumière du gaz une certaine analogie avec celle du soleil. La lumière électrique en contient peu, et c'est une de ses principales qualités. Toutefois, il faut le reconnaitre, nos convictions ne reposent encore que sur une appréciation de goût, et la physiologie des milieux de l'œil est trop peu avancée pour permettre de poser des règles précises à cet égard. Les impressions ressenties de par ces deux lumières, sur la voie publique, sont variables suivant les personnes.

(*A suivre.*) PONCET (de Cluny).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 juillet 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Inhalations d'oxygène. M. HAYEM présente la thèse d'un de ses élèves, M. Aune, qui a étudié sur lui-même les effets des inhalations d'oxygène. Il résulte des expériences de l'auteur, que les effets de ces inhalations sont à peu près nuls, au point de vue de la réparation du sang. Les globules rouges, après avoir augmenté de nombre jusqu'à la quatrième semaine du traitement, retombent ensuite, peu à peu, au chiffre primitif. M. Hayem ajoute que les inhalations d'oxygène font cesser les vomissements des femmes chlorotiques qui ont des troubles digestifs graves. La quantité de gaz que doivent respirer les malades est de trente litres par jour, en moyenne.

Présentation de pièces. M. MAGNAN montre deux pièces très intéressantes qu'il a recueillies dans son service à l'asile Sainte-Anne.

La première provient d'une femme, paralytique générale, qui avait du délire ambitieux avec des accidents alcooliques. Pendant son séjour à l'asile, elle eut une première attaque épileptiforme suivie d'hémiplégie gauche. Deux mois après, survint une nouvelle attaque avec hémiplégie droite et aphasie. A l'autopsie, on a trouvé une pachyméningite, un hématome de la dure-mère, dans une grande partie de la région de l'hémisphère gauche. Les trois membranes d'enveloppe du cerveau étaient, pour ainsi dire, fusionnées en une seule par l'hématome ; elles adhéraient intimement à la substance cérébrale sous-jacente.

Le seconde pièce représente également une pachyméningite avec hématome et suppuration. Elle provient d'un homme alcoolique qui, six mois avant sa mort, avait reçu une planche sur la tête. Quelque temps après cet accident, le malade eut plusieurs attaques épileptiformes successives, avec hémiplégie gauche, contracture du côté droit et déviation conjuguée des yeux à droite. Ces différents symptômes s'accompagnèrent de fièvre pendant dix-huit jours. L'autopsie a démontré l'existence d'une pachyméningite étendue sur l'hémisphère droit. La pachyméningite se compliquait d'un hématome contenant un liquide sanieux, puru-

lent. Il s'agissait donc d'un hématome suppuré. M. Magnan pense que le pus s'est formé par suite d'une inflammation du foyer sanguin primitivement épanché.

Mouvements cardiaques chez le varan du désert. M. Blanchard continue l'exposé de ses recherches physiologiques faites, avec l'aide de M. Regnard, sur le varan du désert. Les deux expérimentateurs ont étudié avec le cardiographe les mouvements cardiaques de l'animal. Les tracés obtenus montrent que la systole se fait très brusquement, et qu'elle est suivie d'un plateau assez étendu. La diastole est plus lente; lorsqu'elle est terminée, il n'y a qu'un temps de repos très court, et le cycle recommence. La pression du sang chez le varan a été mesurée à l'aide d'une double canule introduite dans l'aorte gauche, qui ne fournit pas de branches collatérales. Cette pression correspond à une colonne de 1 centimètre de mercure.

Aphasie et cécité des mots. M. Dejérine présente le cerveau d'une femme morte dans le service de M. le professeur Hardy, à la Charité. Cette malade, âgée de 37 ans, entra dans le service de clinique il y a six semaines, pour une hémiplégie droite légère, avec aphasie. L'aphasie était incomplète, la malade pouvait prononcer un certain nombre de mots sans difficulté, mais l'expression des idées par la parole était fortement atteinte, car il y avait toute une série de mots qu'il lui était impossible de prononcer. De plus, elle présentait nettement, surtout pendant les premiers jours, les symptômes de la *cécité verbale*. Elle lisait, très facilement du reste, mais lisait sans comprendre ; les mots écrits lus par elle à haute voix n'éveillaient en elle aucune idée, elle lisait pour ainsi dire d'une façon réflexe, sans comprendre aucunement ce qu'elle lisait, comme si elle eût fait une lecture en langue étrangère. Lorsqu'on lui dictait une phrase, elle l'écrivait correctement, puis la lisait, mais sans comprendre davantage que lorsqu'on lui faisait lire une phrase tirée d'un livre quelconque. De même pour la numération, elle lisait très bien un nombre de trois ou quatre chiffres et ne se trompait pas lorsqu'on intervertissait les chiffres et que l'on changeait ainsi la valeur du nombre, mais, de même que pour la lecture d'une phrase, il était évident qu'elle ne se rendait pas compte de la valeur des chiffres. Ces différents phénomènes diminuèrent peu à peu, puis disparurent, et, quinze jours après son entrée, la malade était complètement aphasique, avec une hémiplégie droite très prononcée et flasque. Chose assez intéressante, les phénomènes d'aphasie et d'hémiplégie étaient variables, c'est-à-dire très prononcés un jour et notablement diminués le lendemain. La malade succomba après quarante-huit heures de coma, six semaines après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva une tumeur du volume d'une mandarine, située dans le lobule pariétal inférieur; la circonvolution de Broca, les frontales et la pariétale ascendante, l'insula, l'avant-mur, les capsules externe et interne ne présentaient aucune espèce d'altération.

Cette observation est intéressante à deux points de vue : au point de vue clinique et au point de vue anatomique. Au point de vue clinique, il y avait chez cette femme un exemple très net d'une variété de cécité verbale. Semblable à Zordat (de Montpellier), cette femme lisait, mais ne comprenait pas ce qu'elle lisait; ce n'est pas là, toutefois, la véritable cécité verbale, telle que l'ont comprise Küssmaul et récemment M. Magnan. Dans la vraie cécité verbale, le malade ne pouvait pas lire, ne pouvait pas, à l'aide de la vue, se rendre compte de signes conventionnels tels que l'écriture, ou même, comme le malade présenté à la Société de Biologie par M. Magnan, ne pouvait pas lire ce qu'il venait d'écrire lui-même.

Au point de vue anatomique, cette observation ne prouve rien contre la localisation de l'aphasie. La lésion de la circonvolution de Broca est, comme on le sait, une règle à peu près absolue dans l'aphasie, et les exceptions concernent surtout des cas de tumeurs. Dans la pièce actuelle, bien que la troisième frontale soit respectée, en apparence du moins, il est possible qu'elle ait été comprimée à distance, hypothèse fort vraisemblable, si l'on songe au volume de la tumeur, qui, de forme sphérique, avait 10 centimètres dans tous ses diamètres. Cette tumeur était un gliôme, composé uniquement de cellules de la névroglie (cellules araignées de Boll et de Golgi), semblables aux cellules du tissu conjonctif, telles qu'elles ont été comprises, en 1877, par M. le professeur Renaut (de Lyon). Ch. Avezou.

Séance du 24 juillet. — Présidence de M. de Sinéty.

Excitations du nerf sciatique. M. Lépine (de Lyon), en adressant à la Société la thèse d'un de ses élèves, M. Hugonnard, signale les points principaux contenus dans ce travail. L'auteur a étudié expérimentalement les effets, sur la sécrétion urinaire, des excitations *faibles* ou *fortes* du bout central du nerf sciatique coupé. Ces effets varient avec le degré de l'excitation. Ainsi, une *excitation faible*, telle que la compression ou le passage d'un courant électrique faible dans le bout central, amène une augmentation notable de la sécrétion urinaire ; une *excitation moyenne* ou *forte*, comme la ligature du bout ou le passage d'un courant plus intense, produit, au contraire, une diminution de la sécrétion. Il y a donc antagonisme des résultats, et les nouvelles expériences de M. Hugonnard confirment pleinement les recherches antérieures de M. Lépine. M. Hugonnard a remarqué, en outre, que l'excitation d'un seul nerf sciatique exerce une action sur les deux reins. Quelques-uns de ces faits, entre autres la diminution de la sécrétion urinaire après l'excitation du nerf sciatique, avaient déjà été signalés par M. Vulpian et M. Picard (de Lyon).

Parasite des faisans. M. Mégnin présente une trachée de faisan, sur laquelle on voit un grand nombre de petits vers soudés deux par deux à la paroi de la trachée. Chacun de ces vers représente un parasite, le *syngamus trachialis*, qui détruit par milliers les jeunes faisans dans les parcs. Le mâle et la femelle sont réunis ensemble. Voici quel serait, d'après M. Mégnin, un des principaux moyens de propagation du parasite : le *syngamus trachialis*, une fois fixé dans la trachée du jeune faisan, détermine du baillement et de la toux. Souvent l'oiseau rejette l'animal dans un effort de toux ; mais d'autres faisans avalent le ver, dont ils paraissent très friands, et le parasite se multiplie. M. Mégnin s'est assuré que cinq ou six de ces vers suffisent pour asphyxier un jeune faisan, en bouchant la trachée.

Parasite du phylloxera. M. Mégnin a trouvé encore un autre parasite dans des galles phylloxériques qui lui avaient été envoyées du département de Vaucluse. Ce parasite, examiné au microscope, n'est autre que la larve du rouget (*trombidium soyeux*), que l'on retrouve sur les insectes et les animaux sauvages, et qui, chez l'homme, détermine de vives démangeaisons.

Gangrène chez un saturnin. M. Hallopeau rapporte en abrégé l'histoire d'un malade de son service, atteint d'intoxication saturnine, chez qui l'on a vu se développer d'abord une plaque gangréneuse à la jambe droite, à la suite d'application de courants électriques faibles. Plus tard, une seconde plaque gangréneuse analogue à la première est apparue sur la cuisse, du côté opposé. M. Hallopeau pense qu'il s'agit là d'un trouble nerveux réflexe.

Absorption du salycilate de soude par la peau. M. Hallopeau communique ensuite une courte note relative à l'absorption du salycilate de soude par la peau. Il a eu l'occasion d'appliquer le médicament sur des parties malades et dénudées, chez différents malades. On a toujours retrouvé du salycilate de soude dans les urines. La solution employée était une solution à $\frac{1}{30}$.

Reproduction de l'œil chez la salamandre. M. Gréhant présente une note de M. Philippeaux, relative à la reproduction du globe de l'œil chez les salamandres. Si on n'enlève qu'une partie de l'œil, la reproduction se fait complète en vingt jours. Mais si l'on pratique l'extirpation complète, l'œil ne se régénère pas.

M. Delaunay lit une note de biologie comparée sur l'*évolution des mouvements du membre supérieur dans les différentes espèces animales.*

Fonctions des valvules auriculo-ventriculaires. M. Ro-

SOLIMOS (d'Athènes) a étudié expérimentalement la fonction des valvules auriculo-ventriculaires. D'après l'auteur, on peut rendre visible le jeu des valvules auriculo-ventriculaires en enlevant les oreillettes, et mettant en communication un orifice pratiqué à la paroi antérieure des ventricules, près de la pointe, avec un courant d'eau venant d'une certaine hauteur, analogue à la pression mercurielle qui représenterait la tension sanguine chez les différents mammifères. Il soutient que la fonction valvulaire se fait différemment chez le cheval et chez l'homme. Sur le cœur du premier, la valvule tricuspide forme un dôme à deux convexités, la valvule interne restant fixée contre la cloison pendant l'action du courant; sur le cœur humain, elle forme un entonnoir qui, vers ses bords, est profond de 2 centimètres et à son centre de 3 cent. 8 mill. La valve interne, contrairement à l'hypothèse de M. Marc Sée, se comporte comme les autres pour la constitution de l'entonnoir. Par ses expériences, M. Rosolimos veut démontrer que l'expérience de MM. Chauveau et Faivre, faite sur le cheval, dans le but de confirmer la théorie de Harvey, est vraie, seulement pour la fonction des valvules des solipèdes, mais elle n'est pas applicable à l'homme. Cette différence tiendrait à ce que les cordages tendineux du cœur des solipèdes sont plus longs, par rapport aux dimensions des valves, et moins nombreux que chez l'homme.

Sang des reptiles. M. BLANCHARD a étudié avec M. REGNARD la composition du sang du varan du désert. Par la méthode calorimétrique de MM. Jolyet et Laffont, les deux expérimentateurs ont pu déterminer la capacité respiratoire du sang, c'est-à-dire la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang. Il résulte de ces recherches que, chez les reptiles, le sang est environ trois fois moins coloré que chez les mammifères. Le poids du sang, chez un varan, représente environ le sixième du poids du corps. Enfin, la proportion de fibrine est considérable : on trouve 5 gr. 5 de fibrine pour 100 grammes de sang. Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. DUMONTPALLIER présente une malade à qui il a pratiqué l'*empyème* pour une *pleurésie purulente de cause puerpérale*. Il se propose, du reste, de faire ultérieurement une communication sur ce cas particulier.

M. PLANCHON fait la lecture de plusieurs rapports officiels sur les *remèdes secrets*, dont les conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. DAVAINE fait la lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur le traitement des maladies charbonneuses chez l'homme.* Sous le rapport du traitement de la maladie charbonneuse, M. Davaine distingue trois périodes : 1° La première consiste dans une pustule formée par les bactéridies développées dans le corps muqueux de la peau. Il existe à peine du gonflement autour de la pustule, et les bactéridies sont encore confinées dans un espace bien limité. 2° La seconde est caractérisée par un œdème qui environne la pustule et qui s'étend quelquefois loin du point d'inoculation ; les bactéridies se trouvent dans cet œdème : mais elles n'ont point encore pénétré dans le sang. 3° Enfin, dans une troisième période, les bactéridies ayant pénétré dans le sang, se trouvent dans les organes internes : la maladie est devenue générale — Dans le premier cas, il suffit de détruire le foyer primitif de la maladie; dans le deuxième, on peut encore obtenir quelques bons effets des moyens qui agissent localement sur la pustule maligne; mais l'existence des bactéridies, en dehors de leur foyer primitif, montre que ces moyens ne doivent pas être seulement destructeurs, mais qu'ils doivent avoir un effet antiseptique. Dans le troisième cas, le traitement local ne doit avoir aucun résultat utile. M. Davaine ne s'occupera ici que des moyens applicables à l'œdème malin, ou à la seconde période de la pustule maligne, en particulier de l'iode, du sublimé corrosif et de l'extrait de feuilles de noyer. Avant de passer en revue l'action de chacun de ces médicaments, voyons sur quelles données elle se trouve basée. — Un cent millième ou même un millionnième de goutte de sang charbonneux frais, délayé dans une certaine quantité d'eau et injecté avec la seringue de Pravaz sous la peau d'un cobaye, suffit pour déterminer la maladie et la mort de cet animal. Or, si cette quantité d'eau contient, par exemple, un dix-millième de sang charbonneux, la petite proportion de sang disparaît complètement dans le liquide qui reste limpide et incolore et, cependant, une seule goutte peut tuer un cobaye. Le virus charbonneux, c'est-à-dire les bactéridies qui le constituent, se trouvent dans ce mélange tout à fait en vue, et sont très accessibles à l'action des substances solubles qu'on introduit dans ce liquide. Si donc on y ajoute une substance antiseptique, une seule goutte injectée au cobaye, lui donnera le charbon dans le cas ou la proportion de cet antiseptique aurait été insuffisante pour tuer le virus; mais, dans le cas contraire, l'animal ne deviendra nullement malade. On pourra donc, dans l'un et l'autre cas, augmenter ou diminuer la proportion de la substance antiseptique, jusqu'à ce qu'on ait trouvé la limite de son action. C'est par ce procédé que M. Davaine a constaté, en 1878, qu'une solution d'iode iodurée au douze-millième, détruit le virus charbonneux après une demi-heure de contact, tandis que, pour obtenir le même résultat avec l'acide phénique, il faut une solution au deux-centièmes.

Le sang qui a servi aux nouvelles expériences de M. Davaine provenait d'une poule charbonneuse de M. Pasteur, et les animaux inoculés ont été des cobayes; la proportion de sang charbonneux, toujours frais, a été, par rapport au liquide, de un millième à un dix-millième; la durée du contact de ce sang avec l'iode a été de 50 à 60 minutes, et la quantité injectée de une à quatre gouttes. — D'une série d'expériences récentes, on peut regarder comme la limite extrême de l'entrée antiseptique de l'iode la proportion de 1/170,000^{me}, ce qui représente la solution de 1 centigramme d'iode dans 1,700 grammes d'eau. — Outre ces expériences, la pratique de Stenis Césard, Rambert, Baladoni, Rémy et Chipault, vient à l'appui de l'utilité de l'emploi de l'iode dans la maladie charbonneuse de l'homme.

Le *sublimé corrosif* est surtout employé par les médecins de la Beauce. Le procédé généralement employé consiste à inciser la pustule, puis à appliquer sur la surface ainsi mise à nu, le sublimé pulvérisé. M. Davaine a expérimenté l'entrée de la solution de bichlorure de mercure sur les cobayes auxquels on avait donné la maladie charbonneuse; la durée du contact du sang charbonneux avec la solution de bichlorure a été de une heure environ. M. Davaine a pu alors constater que la limite de l'action antiseptique du sublimé corrosif est très voisine de celle de l'iode, et peut être fixée entre le 1/150,000^{me} et le 1/160,000^{me}

Les *feuilles de noyer* ayant donné de bons résultats à Nélaton et à M. le Dr Raphaël (de Provins), M. Davaine eut l'idée d'expérimenter sur les mêmes cobayes l'influence de l'extrait des feuilles de noyer; il put également établir que le suc des feuilles de noyer est doué de propriétés antiseptiques suffisantes pour tuer les virus charbonneux.

Dans toutes ses expériences avec l'iode, le sublimé et le suc de feuilles de noyer, M. Davaine a eu recours aux procédés suivants : les injections sous-cutanées avec la seringue de Pravaz et les badigeonnages sur la région œdématiée.

A 5 heures, l'Académie s'est constituée en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Le Fort, sur les titres des candidats dans la deuxième division de la section des correspondants. A. JOSIAS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Bourses de doctorat.* — L'ouverture du Concours pour les bourses de doctorat a eu lieu le lundi 26 juillet. Le jury se compose de MM. Bouchardat, président, Baillon, Laboulbène et Sappey.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Les salles du service des accouchements de la Pitié, qui avaient été fermées il y a deux mois pour cause d'accident puerpéraux ont été réouvertes le 29 juillet.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 janvier 1880. — Présidence de M. Terrillon.

7. **Sidérose pulmonaire. Péritonite chronique partielle. Dégénérescence caséeuse des ganglions trachéo-bronchiques et des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique** ; par M. le Dr Maurice Letulle.

Sudrand, cinquante ans, meunier en émeri, entre le 13 novembre 1879, salle Saint Jean-de-Dieu, numéro 25, service de M. le professeur Vulpian, à la Charité.

Cet homme n'avait jamais été malade dans sa jeunesse. Depuis plusieurs années il broie de l'émeri, et respire, par suite de son métier, une grande quantité de poussière. Il y a huit mois, il a commencé à éprouver des tiraillements d'estomac, et les digestions sont devenues fort pénibles.

A partir de cette époque, la diarrhée a commencé à se montrer. Le malade a eu plusieurs selles dans les vingt-quatre heures. Il assure qu'il rendait presque chaque jour, dans ses garde-robes, les aliments tels qu'il les avait pris.

Il y a quatre mois environ, une toux pénible et fréquente s'établit : souvent, dès cette époque, des vomissements survinrent à la suite de quintes de toux violentes. La diarrhée persistait, malgré différents traitements. Le malade rendit à plusieurs reprises des matières noires. Était-ce un vrai mélæna ? était-ce la poussière d'émeri ingérée qui colorait ainsi les selles ? La première supposition est beaucoup plus vraisemblable que l'autre, l'émeri s'introduisant presque exclusivement dans les voies respiratoires.

C'est à cette époque que l'appétit disparut. Jusqu'alors le malade mangeait beaucoup, bien qu'il s'amaigrît progressivement. Il se présenta à la consultation de Saint-Louis, où on lui prescrivit le régime lacté : il s'en trouva bien pendant quelque temps. Mais la diarrhée reparut bientôt, l'affaiblissement fit des progrès rapides, et Sud*** se décida à entrer à la Charité.

État actuel. Figure amaigrie ; il n'y a pas de teinte franchement cachectique, mais le malade est fort pâle. La bouche est mauvaise, l'haleine fétide. Peu d'appétit, diarrhée chronique ; cinq à six selles habituellement dans les vingt-quatre heures. L'abdomen paraît normal, un peu douloureux cependant à la pression, surtout au creux épigastrique où l'on constate une légère matité.

Aucune tumeur appréciable à la palpation méthodique de la région épigastrique ; le *foie* est normal. *Cœur* : bruits réguliers et forts. Léger œdème des membres inférieurs.

L'état des *poumons* est noté avec le plus grand soin : Submatité sous la clavicule droite, respiration soufflante dans cette même région. Le reste des deux poumons respire à peu près normalement. Les crachats son peu abondants, muqueux, quelques-uns un peu muco-puriformes ; ils n'offrent aucune coloration particulière, noirâtre ou autre.

S'agit-il d'une tuberculose intestinale ou d'un carcinome gastrique ? M. le professeur Vulpian incline vers cette dernière opinion. — *Traitement* : Diascordium et bismuth. Injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine (2 centigr.).

17 novembre. La diarrhée est un peu arrêtée, le malade ne va plus qu'une fois par jour à la selle. Lait.

18 novembre. L'amélioration continue, les garde-robes commencent à être moulées. On continue les injections de morphine. On constate que le foie est volumineux, un peu douloureux. On trouve, sans peine, quelques antécédents alcooliques.

21 novembre. Hier, deux garde-robes. Ce matin on examine les matières : elles sont diarrhéiques, très liquides, colorées en noir (bismusth). On y trouve quelques parcelles alimentaires non digérées. Après avoir mangé, le malade éprouve des pesanteurs d'estomac, des tiraillements et des nausées : mais il ne vomit pas. Interrogé chaque jour sur ce qui concerne l'état des organes respiratoires, le malade dit qu'il tousse peu en somme ; les produits de l'expectoration conservent les mêmes caractères : peu abondants, muqueux, non colorés en noir ou autrement.

24 novembre. Le malade s'affaiblit progressivement ; teinte cachectique plus accentuée.

25 novembre. La diarrhée reparaît ; les matières sont plus liquides. Douleurs abdominales vers l'ombilic et l'épigastre. La pression y augmente les sensations douloureuses, qui ne sont pas, d'ailleurs, très vives. Le malade paraît avoir peu de véritables coliques.

26 novembre. Toux peu fréquente ; l'examen des sommets pulmonaires a été pratiqué plusieurs fois depuis l'entrée du malade : La matité ne s'est pas accentuée davantage, elle reste même un peu douteuse. On n'entend pas de râles bien nets ni de modifications bien appréciables du timbre et de l'intensité relative des bruits respiratoires.

27 novembre. On ne fait plus d'injections depuis deux jours, les injections sous-cutanées ayant donné lieu à de la céphalalgie.

1er décembre. La diarrhée semble vouloir céder ; les matières sont moins liquides. Les injections sous-cutanées de morphine sont recommencées.

13 décembre. Le malade qui était dans le même état depuis le commencement du mois, a eu des vomissements alimentaires hier soir. Dans la soirée, garde-robe dans laquelle il aurait rendu des grumeaux comparés par lui à du charbon. Abattement considérable, traits tirés, douleurs spontanées, vives, dans la région épigastrique. On constate en ce point une rénitence spéciale, mais il est impossible de pouvoir limiter la tumeur stomacale.

26 décembre. On ne trouve rien de plus net qu'auparavant par l'examen des viscères thoraciques. La sonorité paraît normale partout, sauf peut-être au sommet du poumon droit. Il n'y a que bien rarement une légère sibilance du murmure expiratoire : habituellement les bruits respiratoires sont tout à fait normaux. Le malade prend une teinte et un amaigrissement cachectiques. La région gastrique est douloureuse. Pas de vomissements, pas de tumeur. Malgré l'absence de ces derniers signes, on croit de plus en plus à l'existence d'une affection cancéreuse intra-abdominale, probablement intestinale. Garde-robes diarrhéiques, noirâtres, laissant un dépôt semblable à du noir de fumée (probablement mélæna).

Le malade meurt le 1er janvier à six heures du soir.

Autopsie. — En ouvrant la cavité abdominale, on donne issue à une notable quantité de liquide jaune ocreux, un peu trouble, contenant quelques petits flocons fibrineux, blanchâtres. Le péritoine pariétal, surtout au niveau de la paroi abdominale antérieure, est recouvert de minces fausses membranes fibrineuses, d'un jaune bilieux très accusé. Le grand épiploon, un peu épaissi, légèrement rétracté, présente sur sa face antérieure, au voisinage de l'estomac, une large fausse membrane épaisse, rougeâtre, parsemée de taches hémorrhagiques, et notablement adhérente à la séreuse. Au-dessous d'elle, le péritoine est en effet manifestement dépoli, teinté en noir, et fort épais.

L'*estomac* est rejeté profondément à gauche ; des fausses membranes épaisses et jaunâtres, assez adhérentes, recouvrent la plus grande étendue de la face antérieure de cet organe. Au niveau de la région pylorique, ces fausses membranes, déjà anciennes, ont une teinte rouge brunâtre très remarquable ; on trouve même sur quelques points de larges taches hémorrhagiques étalées sur la séreuse périgastrique et recouvertes, la plupart, par des fausses membranes plus ou moins adhérentes et jaunâtres.

L'épiploon gastro-hépatique, recouvert lui aussi par un certain nombre de fausses membranes anciennes, est déformé, bosselé. Les saillies qu'il présente sont toutes dues à des masses ganglionnaires profondément altérées. La totalité de l'épiploon ainsi déformé représente une véritable tumeur irrégulière, dont le volume peut être évalué à celui du poing.

Tous les ganglions de l'épiploon, suivis jusqu'au hile du foie, sont dégénérés. La plupart donnent issue, sur les coupes, à un liquide blanc jaunâtre, grumeleux, puriforme, ressemblant au pus des abcès froids cervicaux ganglionnaires ; vidés de leur contenu, ces ganglions se transforment en petites cavernes anfractueuses. Quelques-uns sont

remplis de masses caséeuses, épaisses, plâtreuses, très friables ; aucune d'elles n'a subi la transformation calcaire. Les autres ganglions de la cavité addominale n'offrent aucune lésion.

Au hile du foie, on examine avec soin les voies biliaires qui sont normales. Le *foie* ne présente aucune autre altération qu'une légère périhépatite ancienne. Le parenchyme hépatique est un peu gras. L'organe pèse 1800 grammes. L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ne présentent aucune altération notable. Le *cœur* est gras, dilaté, le myocarde est mou et friable. Valvules normales.

Les *poumons* sont lésés d'une manière remarquable. Tout d'abord on constate l'existence d'adhérences pleurétiques anciennes dans toute la hauteur du poumon droit ; ces adhérences unissent intimement la face inférieure du poumon droit au diaphragme. Au sommet droit, quelques petits noyaux indurés, noirâtres, lisses sur les coupes. S'agit-il d'anciens tubercules, ou de masses anthracosiques ? c'est ce que l'examen des ganglions du hile nous permettra de dire.

Ce qui frappe par-dessus tout, c'est l'existence d'un œdème pulmonaire bilatéral, très étendu, considérable. Dans toute l'étendue des coupes pratiquées largement sur chacun des poumons, le parenchyme pulmonaire offre une *teinte sombre, d'un brun rouillé* véritablement remarquable. Le liquide qui s'écoule aussitôt, très abondant, un peu spumeux, ne ressemble pas au liquide de l'œdème pulmonaire ordinaire ; il présente une forte *coloration brun rougeâtre* qui rappelle tout à fait la coloration de l'émeri.

Sur quelques points, principalement du côté droit, et aux régions déclives, on trouve quelques îlots indurés ; ce sont des noyaux de pneumonie chronique, peu volumineux, d'un gris noirâtre, entourés d'une petite zone d'emphysème. Les bronches, dans le poumon droit, sont légèrement dilatées.

Les ganglions lymphatiques du hile du poumon droit sont gris noirâtres, durs, ils crient sous le scapel.

En ouvrant la trachée on aperçoit, immédiatement audessous de sa bifurcation, à l'origine même de la bronche droite, deux ulcérations petites, arrondies. larges de deux millimètres environ, très rapprochées l'une de l'autre (1/2 centimètre). Ces ulcérations occupent la région antérieure de la bronche ; chacune d'elles est entourée d'un petit cercle noirâtre, qui tranche vivement sur la coloration gris pâle de la muqueuse voisine. Elles sont taillées à pic, et donnent accès dans une petite excavation anfractueuse, large de deux à trois centimètres, immédiatement sousjacente au squelette de la bronche, et creusée manifestement dans l'épaisseur d'un ganglion péribronchique caséeux, ainsi que le prouve la petite quantité de matière caséeuse qui limite la paroi de la caverne prébronchique.

La plupart des ganglions péritrachéaux sont caséeux.

L'examen histologique des ganglions abdominaux et des poumons a donné les résultats suivants :

a) *Ganglions de l'épiploon gastro-hépatique*. Sur les coupes faites après durcissement par l'alcool, la gomme et l'alcool, et colorées au picrocarminate d'ammoniaque, on constate que tous les ganglions altérés sont formés par une coque fibreuse épaisse et dense, dans l'intérieur de laquelle rampent quelques rares vaisseaux, mais où on n'aperçoit aucune masse tuberculeuse, aucune cellule géante. Les amas caséeux ainsi englobés par des travées fibreuses sont constitués par une quantité considérable d'éléments granuleux, très petits, sans forme régulière, mal colorés en jaune sombre.

Dans l'intérieur de ces masses caséeuses on n'aperçoit ni vaisseaux, ni éléments cellulaires caractérisés. Toutefois, à un faible grossissement, on retrouve sur toutes les coupes un aspect particulier aux masses caséeuses. Partout, en effet, où ces masses existent, on voit, disséminés à leur surface, un nombre assez considérable de points brillants, assez gros, rappelant assez bien un gros globule graisseux. Mais si l'on examine avec un fort grossissement chacun de ces points brillants, on constate sans peine qu'il s'agit de blocs volumineux, sans apparence cristalline, bien que légèrement anguleux.

Détail important, ces blocs brillants résistent à un certain nombre de matières colorantes : ils sont à peine teintés en jaune pâle par le picro-carmin. L'acide osmique ne les colore aucunement en noir, ce qui prouve bien que ce ne sont pas des masses graisseuses ; d'autre part, le violet de Paris ne les teint ni en bleu ni en rouge ; il ne s'agit donc pas non plus de masses amyloïdes.

b) *Examen microscopique des poumons*, pratiqué par le Dr Déjerine. Le poumon a été examiné après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Sur les coupes colorées au picro-carmin, on constate que l'on a affaire à un poumon atteint de pneumonie interstitielle avec emphysème.

La pneumonie interstitielle est très accusée, les travées interalvéolaires sont épaissies, et contiennent dans leur intérieur de nombreux noyaux se colorant très vivement par le carmin ; les fibres élastiques des cloisons alvéolaires sont très apparentes.

L'emphysème est très prononcé ; non seulement les alvéoles des lobules ont, en général, disparu, mais sur plusieurs préparations, les lobules communiquent les uns avec les autres. Les fibres élastiques interalvéolaires si apparentes dont nous parlons plus haut, présentent des surfaces de cassure très nettes, au niveau de leurs points de contact avec la paroi lobulaire. Elles forment du côté de la cavité du lobule, de petits éperons, vestiges des cloisons interalvéolaires préexistantes.

Dans certains points, la pneumonie interstitielle est si accusée que tout vestige de la structure lobulaire du poumon a absolument disparu, on trouve alors de petits îlots uniquement constitués par du tissu conjonctif et des fibres élastiques, sans trace d'alvéoles.

Le dépôt de l'oxyde de fer se fait sous forme de granulations entièrement fixes, réunies en masse et siégeant dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire, dont le tissu conjonctif interstitiel hyperplasié, dont nous venons de parler, autour des bronches et autour des vaisseaux ; ces derniers ainsi que les bronches ont des parois fortement épaissies Il est beaucoup plus abondant dans les points où le tissu pulmonaire est transformé simplement en tissu conjonctif.

La plèvre viscérale est notablement augmentée d'épaisseur ; les lymphatiques pleuraux, très nets dans nos préparations, ne nous ont pas paru contenir des granulations d'oxyde de fer.

Analyse des cendres du poumon, par M. Gabriel Pouchet, préparateur de chimie biologique à la Faculté. — Le volume et la consistance des poumons étaient très sensiblement normaux.

Cent grammes de poumon humide, enlevé 36 heures après la mort, ont laissé 5g39 de cendres. Ces cendres sont fortement colorées en brun rouge par de l'oxyde de fer.

Elles présentent la composition suivante, sur 100 parties :

Silice	30.09	85.18
Alumine	34.28	
Peroxyde de fer	20.73	
Chaux et magnésie	traces	
Carbonates, sulfates, phosphates et chlorures alcalins	14.90	

Si l'on rapporte ces quantités au poumon humide pris au moment de l'autopsie, on trouve pour 100 parties de tissu pulmonaire :

Silice	1.62	4.59
Alumine	1.85	
Peroxyde de fer	1.12	
Sels alcalins	0.80	

Le poumon laissant à l'incinération de 0 gr. 6 à 8 gr. 8 de cendres pour cent de tissu humide normal, on voit qu'il reste ici 4 gr 5 d'une substance minérale, dont la composition chimique est identique à celle de l'émeri servant à polir les glaces.

Si l'on prend le chiffre de 1500 gr. comme représentant sensiblement le poids de la masse totale des poumons, les

principes constituants des cendres se répartissent ainsi :

Silice	24.30	68.85
Alumine	27.75	
Peroxyde de fer	16.80	
Sels alcalins	12.00	

Soit environ 70 gr. d'émeri dans la totalité de la masse des poumons ; ce qui représente un chiffre énorme de substances étrangères inorganiques contenues dans ce parenchyme.

Nous ne saurions mieux terminer cette longue observation qu'en citant textuellement les réflexions suggérées à M. le professeur Vulpian, par ce fait intéressant :

« Il importe de noter d'une façon toute spéciale l'impossibilité où l'on a été, pendant la vie, de soupçonner l'état « des organes respiratoires, et le peu de lésions qu'a produites, en réalité, cette énorme quantité de poussière d'émeri accumulée dans le parenchyme pulmonaire. L'absence de toute coloration spéciale dans les produits de « l'expectoration mérite une mention particulière.

« La phthisie ganglionnaire thoraco-abdominale était-elle « entièrement de date récente ? Avait-elle son point de départ dans une affection tuberculeuse des ganglions abdominaux, datant de l'enfance, momifiée alors, et réveillée « beaucoup plus tard ?... »

Faisons remarquer encore les lésions péritonéales circonscrites à la région gastrique et causées indubitablement par une adénopathie caséeuse viscérale, localisée dans ce cas aux ganglions de l'épiploon gastro-hépatique. Il nous paraît rationnel d'admettre que la péritonite partielle a débuté au niveau de l'épiploon gastro-hépatique, a progressé par poussées successives, gagnant les régions avoisinantes, la face antérieure de l'estomac, la paroi abdominale antérieure dans la région sus-ombilicale, et contribuant ainsi, pour une large part, à hâter la terminaison funeste.

Il est non moins important de rappeler que le malade était alcoolique, condition pathologique favorisant excellemment l'apparition de lésions péritonéales, déjà sollicitées pour ainsi dire, de longue date, par l'existence de cette adénopathie caséeuse sous-hépatique.

Ce n'est pas ici pour nous le lieu d'insister plus longuement sur les adénopathies caséeuses viscérales et leurs conséquences ; car nous nous réservons d'entreprendre ultérieurement sur ce sujet une étude plus détaillée, dans laquelle la présente observation occupera une place importante.

8. Hémorrhagie cérébelleuse ; par P. Gallois, interne provisoire.

Leroy, 62 ans, est entrée en 1877 à l'hospice d'Ivry. Le médecin qui lui avait délivré un certificat pour son admission, avait fait le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale, ayant laissé à sa suite une hémiplégie incomplète. C'est tout ce que l'on sait de l'histoire de cette malade hors de l'hôpital, et même il ne fut pas possible, disons-le tout de suite, de retrouver à l'autopsie le foyer hémorrhagique diagnostiqué. Dans la maison d'Ivry, cette femme se portait habituellement bien, traînait une jambe, la droite, suivant quelques-unes de ses voisines ; la gauche, pour d'autres ; d'ailleurs, ni l'un ni l'autre des bras n'était affaibli.

Le 26 janvier, vers huit heures un quart du matin, après avoir pris une tasse de café qu'elle avait même trouvée meilleure que d'habitude, elle était allée au cabinet et rentrait dans sa salle, la salle Sainte-Anne, quand elle s'arrêta tout à coup, se plaignant de voir tout tourner autour d'elle. On s'empresse, on la fait asseoir et elle se met à vomir avec assez d'efforts le déjeuner qu'elle avait pris. Comme elle se sentait très faible, la religieuse la fit porter dans son lit et là elle vomit encore un peu de bile. Comme il n'y avait eu que ce vertige, ces vomissements et cette sorte d'abattement, on crut à une simple indigestion. A ce moment, la malade parlait bien, n'avait en aucune façon perdu connaissance, elle n'avait aucune céphalalgie, elle but facilement une tasse de thé et n'avait par conséquent pas de dysphagie ; sa figure était assez rouge.

Mais, au bout d'une demi-heure, l'état s'aggrava. La vue commença à se troubler, la malade put encore en faire la remarque, mais bientôt sa parole s'embrouilla et elle ne put plus répondre, elle perdait de plus en plus connaissance.

De garde ce jour-là, je fus appelé aussitôt. J'arrivai à neuf heures. Je trouvai une femme un peu pâle à ce moment, couchée sur le côté gauche, inclinant la tête du même côté, les yeux étaient fermés. Elle ne répondait pas quand on l'appelait et ne manifestait d'aucune façon qu'elle eût entendu.

Les bras et les jambes soulevés retombaient sur le lit, mais avec une certaine lenteur qui indiquait qu'il n'y avait par abolition complète, mais seulement diminution de la force. Je m'assurai également qu'il n'y avait pas de contracture, je pus ramener la tête dans la position normale, j'écartai les paupières, j'examinai les pupilles qui ne me parurent ni contractées ni dilatées d'une façon notable. La respiration se faisait régulièrement, mais à chaque expiration les lèvres étaient un peu soulevées. Aucun râle dans le poumon, au cœur rien d'appréciable, la température paraissait normale à la main, le pouls était assez fort et assez régulier, il n'était ni ralenti ni précipité.

En recherchant l'état de la sensibilité cutanée, j'obtins peu de résultat avec le pincement. Cependant, en piquant la malade avec une épingle, il se produisait de légers mouvements dans le membre piqué, la malade y portait la main, mais tous ces mouvements se faisaient avec lenteur, et la malade faisait glisser ses membres sur le lit et ne les soulevait pas. Il n'y avait d'ailleurs aucune différence entre les deux côtés.

La malade fut immédiatement portée à l'infirmerie, précisément dans la salle dont je suis chargé.

Pendant la visite, je pus la revoir vers neuf heures et demie. Elle était alors dans la rectitude absolue, la tête n'était inclinée ni à droite ni à gauche, la face était pâle, les lèvres violettes ; on entendait un râle trachéal à chaque période respiratoire, et chacune d'elles était séparée de la précédente par un intervalle assez long, si bien que plusieurs fois on la crut morte. Cependant, le pouls se maintenait encore normal sans irrégularités, sans précipitation ou ralentissement. La main était froide, la température ne fut pas prise au thermomètre. On ne put noter ni rétention ni incontinence du côté des réservoirs, la malade revenant des cabinets au moment de son attaque, on ne put pas non plus rechercher s'il y avait de l'albumine dans l'urine. Enfin, pendant la visite, vers dix heures, la malade mourait, moins de deux heures après les premiers accidents.

L'autopsie fut faite le lendemain 27 janvier, à une heure, c'est-à-dire vingt-sept heures après le décès et dans de bonnes conditions de température, le thermomètre étant au-dessous de zéro. Je trouvai de nombreuses adhérences entre la dure-mère et la pie-mère, surtout au niveau des corpuscules de Pacchioni. De plus, en plongeant la main dans les fosses cérébelleuses, je trouvai le cervelet diminué de consistance, sa loge contenait du sang liquide, entre les lames du lobe droit, on voyait des caillots sanguins faisant saillie à l'extérieur. C'était une hémorrhagie du cervelet. Voulant montrer à M. Audhoui, mon chef de service, les pièces intactes, je les fis mettre dans de l'eau alcoolisée, et le lendemain, l'examen en fut fait, le tout étant bien conservé et même renfermant de nombreux cristaux de glace.

M. Audhoui examina d'abord avec soin l'état des artères, et nous fit voir de petites plaques d'athérome sur les artères vertébrales et sur le tronc basilaire. Sur ce dernier, nous en vîmes quatre ayant de 1 à 3 ou 4 millimètres de diamètre. En poursuivant le trajet des artères cérébelleuses nous en avons trouvé encore sur les cérébelleuses inférieures, au contraire, les supérieures et les moyennes paraissaient saines. Sur le cerveau, les artères sylviennes présentaient aussi de petites granulations athéromateuses moins volumineuses que celles du tronc basilaire, mais plus nombreuses.

Le cervelet fut séparé du cerveau et examiné : sa face supérieure ne présentait rien d'anormal. Sur sa circonférence, en arrière, on voyait un épanchement sanguin sous la

pie-mère. Mais c'était à la face inférieure que se trouvaient les lésions les plus considérables. On y trouve également un épanchement sous-méningé plus abondant à droite, mais dépassant la ligne médiane pour communiquer avec l'épanchement du côté gauche. En bas, ils se continuaient l'un et l'autre avec une tache sanguine occupant le sillon qui sépare le bulbe du cervelet, cette tache était aussi plus coagulée à droite. En écartant davantage le bulbe, on trouve le quatrième ventricule rempli d'un sang à moitié marqué. Enlevant ensuite les méninges et en plaçant le cervelet sous un filet d'eau, nous apercevons les détails que nous avons essayé de représenter (fig. b). Le lobe gauche (1) paraît sain extérieurement, la face inférieure du lobe droit, au contraire, est sillonnée par une perforation et de forme étoilée, qui communique avec un foyer central. Le bulbe étant relevé on peut également apercevoir l'épanchement sanguin qui occupe le quatrième ventricule.

On fait ensuite une incision le long du vermis supérieur, de façon à pénétrer dans le foyer hemorrhagique. On voit alors une large excavation, creusée aux dépens des deux lobes, mais bien plus considérable à droite qu'à gauche. En effet, en plaçant le doigt dans l'excavation, on ne peut l'enfoncer à gauche que dans la moitié interne du lobe, du côté droit, au contraire, on arrive presque jusqu'à sa partie la plus externe, le lobe, de ce côté, ne forme plus qu'une poche dont les parois sont peu épaisses et qui même sont perforées, c'est par là que le foyer central a communiqué avec les épanchements sous-méningiens.

Suivant le conseil de M. Rendu, j'ai fait des coupes du cervelet pour examiner exactement quelles étaient les parties détruites. J'ai séparé d'abord par une section antéro-postérieure, les deux lobes cérébelleux, en divisant le bulbe et la protubérance du même coup, puis chaque lobe a été divisé en quatre segments par des coupes antéropostérieures également Ceux-ci ont été placés en regard et numérotés de dedans en dehors par chaque lobe (fig. 2). Voici ce qu'on observe.

Le lobe gauche est creusé d'une cavité qui occupe surtout sa moitié interne et qui empiète cependant sur l'autre moitié, elle se rapproche, en dehors, de la surface postérieure et inférieure du lobe, occupant l'olive, dont on aperçoit encore deux ou trois festons assez distincts, et communiquant même à l'extérieur dans l'intervalle de deux lames au niveau du segment n° II.

Du côté droit, les segments I, II, III sont ouverts en arrière et en bas, l'olive a complètement disparu, les parties blanches antérieures qui constituent les racines des pédoncules cérébelleux moyens sont encore assez conservées, enfin le segment IV est lui-même atteint.

Le quatrième ventricule formait la paroi inférieure du foyer. De là, le sang avait pénétré dans l'aqueduc de Sylvius, s'était répandu dans le ventricule moyen et même, passant par les trous de Monro, était arrivé jusque dans les ventricules latéraux où l'on n'en trouvait qu'une très petite quantité, surtout du côté gauche, encore n'était-ce que de la sérosité teintée de sang. Les coupes du cerveau n'ont pas fait, comme nous l'avons dit, retrouver l'ancien foyer hémorrhagique diagnostiqué, on n'y a pas trouvé non plus d'anévrysmes miliaires.

Les autres viscères furent examinés et principalement le cœur. On y trouve un semis de granulations athéromateuses, grosses comme des grains de millet, dans l'aorte; sur le bord adhérent des sigmoïdes, on constate de petites plaques épaissies, de pareilles encore au bord libre de la mitrale, et au sommet des muscles papillaires, et aussi au bord libre de la tricuspide, mais nulle part, il n'y a d'insuffisance ni de rétrécissement. Enfin, la fibre cardiaque est d'une coloration brunâtre, un peu pâle.

En résumé, cette malade est morte d'une hémorrhagie du cervelet. Elle a présenté deux phrases très distinctes. Dans la première, elle a toute sa connaissance, elle n'a d'abord que des vertiges, des vomissements et un affaiblissement général, mais bientôt elle présente des troubles de la vue et de la parole, et entre dans la dernière période. A ce moment, elle perd connaissance, cependant la sensibilité et la motilité persistent, quoique affaiblies, les pulsations cardiaques restent normales quelque temps; les mouvements respiratoires s'espacent de plus en plus, et suffisent peut-être à expliquer la pâleur et le refroidissement observés. A aucun moment, il n'y a eu de convulsions, de contractures ni de mouvements de manège, l'attitude n'a jamais rien eu de spécial. La durée de l'affection a été très courte, ce qui est dû probablement à la compression qu'à subie le bulbe du fait de l'épanchement, compression dont les troubles respiratoires ont sans doute été la conséquence.

(1) Voy. Album de la Société.

3. Polype de la vessie; par SALAT, interne provisoire des hôpitaux.

M. d'Olier présente, au nom de M. Salat, interne de M. DEBOVE, la vessie d'un malade mort dans son service le 8 janvier.

Cet homme était couché à l'infirmerie de Bicêtre, salle saint André n° 21, depuis six semaines, et présentait des symptômes de cystite chronique Il y avait de la polyurie. Les urines étaient blanches et purulentes, peu fétides.

La mort est survenue par les progrès de l'affection et du marasme.

AUTOPSIE. — On ne trouve rien de spécial dans les viscères thoraco-abdominaux ni dans le cerveau et la moelle.

La *vessie*, très ratatinée, présente des parois hypertrophiées et épaisses de plus d'un centimètre La prostate présente également un certain degré d'hypertrophie, à sa surface interne, la vessie présente de nombreuses colonnes. La muqueuse est violacée et noirâtre par places. Mais le fait remarquable consiste en un polype du volume d'une grosse noisette situé sur la partie latérale droite de l'orifice du col vésical. Ce polype présente un pédicule court dont la base se prolonge en avant et en bas dans la cavité du col, et en arrière sur la paroi vésicale. Ce dernier prolongement forme une lame saillante, s'élevant presque à la hauteur du corps du polype, mais dont elle est séparée par une échancrure profonde. Cette lame est séparée de 3 ou 4 millimètres et paraît constituer à elle seule comme un second polype.

Les *reins* se décortiquent facilement. On trouve dans chacun d'eux une dizaine de petites cavités du volume d'un pois, principalement réparties dans la substance médullaire et remplies de pus. — Pas de calculs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 *Juillet* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. St-GERMAIN.

M. HORTELOUP continue la lecture du mémoire de M. Point sot sur la *tarsotomie*. L'auteur conclut que le malade ayant atteint l'âge de 10 à 18 ans, le pied bot varus n'est plus curable par la ténotomie, et que son procédé de tarsotomie soit postérieure, soit antérieure, soit cunéiforme, permet alors d'obtenir de bons résultats.

M. DESPRÈS. Sur combien d'observations s'appuie ce travail ? Sur une; c'est absolument insuffisant pour faire un mémoire et surtout pour proposer une méthode de traitement.

M HORTELOUP lit une note de M. Dubrueil : *traitement abrégé des fractures* pour éviter l'atrophie et les raideurs consécutives; l'auteur cite des observations ; les malades ont marché avec des béquilles plusieurs jours avant l'époque fixée par la règle ordinaire.

M. DESPRÈS s'élève vivement contre ces conclusions. Ces observations, dit-il, nous indiquent bien le moment ou le blessé prend des béquilles, mais non le moment où il se sert utilement de son membre. Le mot traitement abrégé est donc une étiquette trompeuse.

M. TERRIER lit une observation de M. Guillaume (de Chaumont). Femme de 56 ans; *hernie crurale étranglée* le 8 avril. Le 9, taxis inutile ; le même soir, le taxis allait être repris sous le chloroforme, mais les phénomènes locaux s'étant

un peu apaisés, l'opération est remise à plus tard. 10, 11, 12 avril état stationnaire. Le 16, l'état étant plus grave, opération avec la méthode de Lister. Anse de 8 cent. étranglée. Sur un point de la connexité de l'anse, légère ampoule qui crève. Lavage à l'eau phéniquée forte, légère résection des bords de la plaie, suture de l'intestin au catgut. Suites excellentes. Guérison en 8 jours.

Malgré le succès, l'auteur déclare qu'il a le regret de n'être pas intervenu plus tôt et que le cas présent l'a convaincu complétement de la maxime : il ne faut quitter un malade atteint de hernie qu'on soupçonne étranglée, que lorsque cette hernie est rentrée ou opérée.

M. Verneuil se déclare très partisan de la suture de l'intestin dans le cas, par exemple, où cet organe aurait été incisé par mégarde pendant l'opération ; mais il rejette la suture dans le cas qu'on rapporte. Il cite un fait où il a observé une phlyctène sur une anse intestinale ; il a débridé l'anneau mais sans réduire, puis il a attaché l'intestin à la face interne du sac. Dès le 2e jour, matières fécales dans la plaie, guérison rapide. Lorsqu'on aperçoit une phlyctène sur une anse herniée, il est bien difficile de se persuader qu'il n'y a que ce point de malade et de tenter sans danger la réduction complète. Il y a quelques années, en examinant avec M. Nepveu la sérosité d'un sac herniaire ou n'existait aucune perforation de l'intestin, ils y ont découvert des bactéries. Cela fait comprendre la virulence déjà connue de cette sérosité. Aussi, avant le débridement, fait-il toujours la toilette du sac avec de l'eau phéniquée forte.

M. Trélat rappelle que, dans ses leçons à la Faculté de médecine, il avait posé en principe la défense de quitter un malade porteur d'une hernie étranglée, sans avoir fait rentrer cette hernie. Il blâme vivement l'usage des lavements, des purgatifs, qui font perdre un temps précieux, et permettent à la perforation de se produire. Mais si l'on n'a pu arriver à temps, dans la question de la suture intestinale, il faut distinguer : s'agit-il d'une petite perforation siégeant sur la convexité et bien limitée, il faut suturer et réduire, parce qu'on rencontre là des conditions de plasticité plus grandes qu'on ne les aurait à l'extérieur. Au contraire, la perforation est-elle mal limitée, il faut laisser l'intestin à l'extérieur.

M Verneuil fait remarquer que son avis est peu différent. Comme M. Trélat, il veut, pour suturer, que la perforation soit limitée, mais souvent la limite est bien difficile à reconnaître.

M. Trélat reconnait la gravité des ampoules de la convexité de l'anse. C'est une contre indication à la suture.

M. Desprès dit que ces phlyctènes ne sont que des eschares soit interstitielles, soit en même temps péritonéales. Toutes les fois que le péritoine n'est pas pris, on peut réduire. Il a agi ainsi plusieurs fois, sans avoir lieu de s'en repentir. Dans les cas dont il s'agit, il ferait la résection des bords de la plaie et la suture. On guérit très bien par la kélotomie, pourvu que la hernie n'ait pas subi en ville des manipulations, souvent inqualifiables; avant le débridement, il procède à la toilette de l'intestin avec de l'eau très chaude. Il y trouve deux avantages : d'une part, nettoyer l'intestin et, de l'autre, faire un appel à la circulation. Au lieu de la couleur foncée, on voit bientôt apparaître une couleur rosée.

M. Terrier fait deux parts dans les lésions de l'anse herniée. Les lésions siégeant sur la convexité dénotent une altération profonde de l'intestin, due à un défaut de circulation, celles, au contraire, qui siègent au niveau du collet du sac, sont essentiellement mécaniques et partant moins suspectes. Le liquide du sac, dans lequel M. Verneuil signale des bactéridies, est en effet très irritant, et c'est à lui qu'on a attribué la péritonite consécutive. Déjà, Jarjavay épongeait ce liquide avant d'opérer. Enfin, il n'est pas sûr qu'on doive employer l'eau chaude à cause de la desquamation épithéliale.

M. Nepveu lit une observation du Dr Houzel (de Montreuil) sur l'*extraction des corps étrangers du genou* par la taille articulaire, avec le pansement de Lister. Guérison rapide. A cela, il ajoute un cas opéré dans les mêmes conditions et guéri rapidement, observé dans le service de M. Verneuil.

M. Houel présente, au nom du Dr Viardin (de Troyes) le *moulage d'une main* d'enfant de 10 ans. Le pouce et le petit doigt sont indépendants, mais les autres doigts sont reliés entre eux et constituent une sorte de grosse tumeur qu'on avait prise pour un angiome. Opération; malade guéri rapidement ; il lui reste une pince de homard, mais, chose remarquable, la tumeur etait un lipome.

A. Chantemesse.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégations : Chirurgie.

III. Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale; par H. Duret. In-8° de 278 pages. Paris 1880. Au Progrès médical et chez Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

III. Nous nous sentons mal à l'aise pour rendre compte de l'important travail de M. le Dr Duret, car il est toute une partie, la partie purement clinique, qui n'est guère de notre compétence et que nous sommes obligé de laisser de côté. Nous nous arrêterons donc à la partie purement physiologique; aussi bien est-elle de beaucoup la plus intéressante, la partie clinique n'en étant pour ainsi dire que le corollaire.

La thèse de M. Duret est le premier travail d'ensemble sur les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale. A ce titre, il mérite de fixer d'une façon toute spéciale l'attention, tant du chirurgien que du physiologiste; on s'y arrêtera surtout, si on considère la grande valeur de l'auteur, qu'ont fait connaître déjà des travaux de physiologie-pathologique de premier ordre.

Le travail de M. Duret résume, de la façon la plus heureuse, la foule énorme des recherches sur l'action des anesthésiques sur l'organisme, et les observations de cas de mort ou d'accidents graves, survenus au cours d'opérations chirurgicales, et imputables à l'agent anesthésique employé.

M Duret a divisé son travail en trois parties :

Dans la première, il recherche quelles sont les sources des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale. Il étudie les motifs qui peuvent faire redouter au chirurgien l'emploi des anesthésiques ; il fait cette étude au double point de vue des effets physiologiques des agents insensibilisateurs, et de la statistique des accidents survenus au cours ou à la suite de la narcose.

A la fin de ce premier chapitre, se trouve un long tableau synoptique et comparé dans lequel l'auteur passe en revue 135 cas de mort par le chloroforme ; il s'attache surtout à rechercher dans quels cas la mort est imputable au seul agent anesthésique ou à son mode d'emploi ; quand il y a lieu de penser que les effets funestes ont pu être favorisés par une circonstance accidentelle, tenant à l'état de la constitution ou des organes du sujet. Cette statistique est du plus grand intérêt et sera, pour le chirurgien, fertile en enseignements.

Dans la seconde partie, l'auteur examine les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale, tirées : 1° de l'examen du malade et de son état constitutionnel (affection du cœur, du poumon, du cerveau); 2° des conditions opératoires sous lesquelles il se présente, c'est-à-dire de la nature et du siège de l'opération. Il insiste particulièrement sur les opérations à pratiquer dans la zone des nerfs bulbaire, des nerfs spinaux ou des nerfs splanchniques.

La troisième partie est consacrée à l'étude des contre-indications relatives à l'agent anesthésique. L'auteur y expose sommairement les propriétés physiologiques principales des anesthésiques les plus usités : l'éther, le chloral, le bromure d'éthyle, le bichlorure de méthyle ou chloro-méthyle, le nitrite d'amyle, le protoxyde d'azote. On remarquera qu'il n'y est point question du chloroforme : c'est qu'en effet, tout ce qui avait été dit dans les chapitres précédents le visait plus spécialement.

Un chapitre est encore consacré aux divers procédés de l'anesthésie mixte, mais nous notons au passage qu'il n'y

est point fait mention de la méthode de Clover, pourtant si employée en Angleterre et qui consiste à sidérer le patient par le protoxyde d'azote pur, administré à la manière des dentistes, et à continuer l'anesthésie en faisant respirer des vapeurs d'éther. Ce procédé semble donner de bons résultats outre-Manche, mais il ne faut pas oublier, lorsqu'on y a recours, que les vapeurs d'éther et le protoxyde d'azote forment un mélange détonant, en présence duquel il y aurait quelque danger à se servir du thermo-cautère.

M. Duret semble faire grand cas du bromure d'éthyle, sur la foi des quelques chirurgiens qui en ont fait usage, notamment de M. Terrillon et de ses élèves. Il est possible, qu'au point de vue de l'opération en elle-même, cet éther présente sur le chloroforme ou les autres anesthésiques certains avantages, mais il faut bien se garder de croire qu'il en est de même au point de vue de son action sur l'organisme : il est, en effet, tout aussi dangereux que les autres carbures ou chloro carbures d'hydrogène, et demande à être manié avec les mêmes précautions. Des expériences encore inédites de M. Paul Bert montrent, en effet, qu'il y a similitude parfaite entre ces divers corps, quant à leur *zone maniable*. De ces expériences, faites d'une manière méthodique, avec des quantités exactement dosées de liquides anesthésiques, il résulte que, pour tous les carbures et chlorocarbures d'hydrogène, si la dose anesthésique est représentée par 2, la dose mortelle sera 3 : la zone maniable est donc comprise entre 2 et 3.

Pour le protoxyde d'azote, administré sous tension et mélangé à l'oxygène, la zone maniable, qui n'est pas encore très exactement déterminée, est certainement beaucoup plus étendue : le protoxyde d'azote demande donc, de la part de l'opérateur, moins de précautions que les autres agents anesthésiques. Ce seul avantage serait déjà suffisant pour appeler l'attention des chirurgiens sur ce gaz, mais il en présente encore d'autres en grand nombre, grâce auxquels il ne tardera pas à occuper le premier rang parmi les anesthésiques.

Ce sont là les seules critiques auxquelles laisse prise le travail de M. Duret, encore s'adressent-elles moins à l'auteur lui-même qu'aux chirurgiens et aux expérimentateurs dont il s'est fait le fidèle interprète. Comme on le voit, elles ne portent que sur de petits points de détail et elles sont de bien peu de poids, si on considère les solides qualités que présente dans toutes ses parties la thèse de M. Duret.

R. BLANCHARD.

IV. De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures; par E. KIRMISSON. Vol. in-8°. Paris, 1880. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

IV. Ainsi que son titre l'indique, la thèse de M. Kirmisson se compose de deux parties bien distinctes : dans la première, il étudie la pathogénie de l'anémie qui succède aux hémorrhagies traumatiques, ainsi que les phénomènes consécutifs de réparation ; dans la seconde, qui est presque exclusivement clinique, il nous expose le peu que l'on sait aujourd'hui sur l'influence de l'anémie sur la marche des lésions traumatiques. Il semblerait, au premier abord, que pour une pareille étude les matériaux dussent être innombrables, puisque chaque traumatisme accidentel ou chirurgical peut fournir des renseignements ; et, cependant, lorsque M. Kirmisson voulut chercher dans les observations cliniques les éléments de son mémoire, il reconnut bien vite qu'il ne trouverait ainsi que des documents sans valeur, et il dut demander à l'expérimentation sur les animaux ce que la clinique était incapable de lui donner.

Dans la première partie, où il traite de l'anatomie et de la physiologie pathologique de l'anémie traumatique, M. Kirmisson distingue de suite l'anémie qui survient brusquement, de celle qui se produit lentement, le plus souvent par hémorrhagies successives. Les lésions viscérales diffèrent dans les deux cas : dans l'anémie aiguë, les tissus sont exsangues, dans l'anémie lente, ils présentent de la dégénérescence graisseuse ; l'augmentation de volume de la rate, qui avait été indiquée par M. Vulpian, dans ces cas, n'a pas été retrouvée par M. Kirmisson. Mais une lésion domine toutes les autres, c'est l'altération du sang, qui diffère suivant l'époque à laquelle on l'examine. Immédiatement après l'hémorrhagie, il y a diminution du nombre des globules rouges et augmentation du sérum qui devient moins dense ; en outre, le sang est plus fluide et se coagule plus lentement, parfois le sérum présente une teinte légèrement blanchâtre, qui paraît due à l'augmentation du nombre des globules blancs. S'il y a eu hémorrhagie sans traumatisme important, les globules rouges se reproduisent rapidement aux dépens d'éléments sanguins (globulins de Pouchet, hématoblastes de Hayem), dont l'origine est encore fort obscure. Si, au contraire, il y a eu en même temps un traumatisme, la diminution des globules s'accentue pendant plusieurs jours, et leur réparation est ainsi notablement retardée, mais elle a lieu ensuite par le même mécanisme que dans le cas précédent. Après les hémorrhagies abondantes, il existe en outre certaines altérations ; augmentation des peptones du sang, augmentation des phosphates et de l'urée dans l'urine, qui semblent indiquer une suractivité dans la dénutrition des éléments anatomiques.

Nous ne dirons rien des symptômes de l'anémie aiguë ou lente, car ce sont les phénomènes que l'on observe dans toutes les hémorrhagies ; toutefois, il faut, dans l'étude de ces symptômes, faire entrer en ligne de compte l'abondance de l'hémorrhagie, la rapidité avec laquelle elle se produit, sa répétition, et des conditions étrangères telles que la chloroformisation, le choc, l'âge du blessé, le sexe, l'état constitutionnel.

L'étude de l'influence de l'anémie traumatique sur la marche des lésions traumatiques est certainement la partie la plus originale de ce travail ; malheureusement, l'attention des chirurgiens est depuis trop peu de temps attirée sur ce sujet, pour que nous puissions avoir des résultats bien décisifs. On a remarqué, cependant, que, dans le cas d'hémorrhagie abondante, la fièvre traumatique est plus précoce et plus intense, la réunion immédiate semble retardée et il y a prédisposition à la suppuration, mais l'hémorrhagie n'influe pas sur la cicatrisation définitive. — On a encore accusé l'hémorrhagie traumatique de ralentir la consolidation des fractures ; Kœberlé a été jusqu'à dire que la gravité de l'ovariotomie était en rapport avec l'abondance de l'hémorrhagie. Ce qui paraît plus certain, c'est l'influence que l'hémorrhagie exerce sur le développement de la septicémie, en favorisant la résorption des produits septiques. Quant à la production d'hémorrhagies secondaires, qui avait été mise sur le compte des hémorrhagies abondantes, les expériences de M. Kirmisson ne paraissent pas venir à l'appui de cette manière de voir.

G. M.

VARIA

Eloge d'Andral; par J. BÉCLARD (1).

Assurément, l'anatomie pathologique n'est pas une science que notre siècle a vu naître. L'immense recueil de Bonnet, les catalogues raisonnés de Lieutaud et de Morgagni, la belle introduction du dernier cours de notre illustre Bichat en font foi. Mais elle n'avait jamais secoué le joug ; à ce moment même, les doctrines médicales débordaient sur elle. Trop disposée à s'éclairer à la lumière des idées du jour, elle ne rendait guère à la science qui l'interrogeait que les emprunts qu'elle lui avait fait. C'est précisément cette liberté d'allures et cette indépendance, sans lesquelles il n'est point de progrès durable, que M. Andral cherchait à lui donner. Mais l'investigation cadavérique ne pourrait se suffire à elle-même. Sous peine de n'être qu'une étude purement morphologique, qu'une anatomie nouvelle ne différant de l'anatomie normale que par la disposition particulière d'éléments organiques toujours les mêmes, elle n'a de valeur pathologique que par le rang qu'elle occupe dans l'évolution morbide, et par le rôle qu'on lui assigne dans la filiation des divers éléments de la maladie. Voilà ce qui distingue l'œuvre de M. Andral, celle de ses émules, et j'ajoute celle de l'école française tout entière.

« Autant que personne, disait récemment un de nos plus éminents collègues (2), je suis partisan des importations étrangères, mais je fais

(1) Voir le n° 30.
(2) M. Charcot.

des vœux pour que, dans notre pays, tout professeur chargé d'enseigner l'anatomie pathologique soit mis à même, conformément à ce qu'on peut appeler la tradition française, de rester par un côté clinicien. »

La dernière partie du *Traité d'anatomie pathologique* intitulée : « *Des lésions du sang* », renferme les premières recherches de M. Andral sur les maladies de ce liquide. On a dit de ces études qu'elles étaient en opposition avec la tendance aux localisations morbides telles qu'on les enseignait alors. Cette appréciation ne nous paraît pas absolument exacte. Ce qui est vrai, c'est que M. Andral cherchait à saisir les lésions ou les altérations de ce qu'on pourrait appeler un tissu à éléments anatomiques mobiles, sur lequel l'attention ne s'était pas encore suffisamment fixée « Aucune ligne de démarcation, disait-il, ne saurait être établie entre le sang et les solides... L'économie n'est qu'un grand tout indivisible dans l'état de santé comme dans l'état de maladie..... La distinction des parties du corps en solides et en liquides n'est qu'une distinction sans importance et qui n'est pas toujours juste, puisqu'elle cesse d'être réelle dans les trames organiques, là où s'accomplissent tous les phénomènes vitaux, là aussi où se passent tous les changements qui constituent l'état morbide. »

Il y a plus de cinquante ans que M. Andral s'exprimait ainsi ; l'histologie était à peine née, la composition des liquides organiques encore peu connue; et cependant il semble que ces lignes sont écrites d'hier. Avec la pensée bien arrêtée qu'à la manière des éléments de nos tissus, les principes constitutifs des liquides de l'économie peuvent varier dans l'état pathologique, M. Andral reprendra plus tard ses études de prédilection. Pour donner à ses recherches la précision nécessaire, le clinicien se double d'un jeune savant (1) familiarisé avec les méthodes rigoureuses de l'analyse. Leur premier travail terminé, les deux collaborateurs élargissent le cercle de leurs recherches et s'adjoignent le savant directeur de l'École d'Alfort (2). Le sang de l'homme, d'abord comparé dans l'état de santé et de maladie, est ensuite mis en regard du sang de nos grands animaux domestiques ; puis, M. Andral se recueille, le pathologiste reparait, et l'*Essai d'hématologie* voit le jour. Désormais, appuyé sur une base solide, indiscutable, il montre que le sang, en échange perpétuel avec les organes et les tissus, s'altère comme eux ; que, dans les affections locales ou phlegmasies, tout n'est pas borné à l'organe malade, et que le sang est altéré avec eux; que, dans les fièvres ou pyrexies, là où la lésion du tissu n'est pas toujours saisissable, on peut trouver une altération du sang à une certaine période de l'évolution morbide ; qu'enfin, le problème étiologique est aussi obscur d'un côté que de l'autre, l'altération du sang n'étant pas plus la cause de la pyrexie que les lésions d'organes ne sont la cause des maladies locales.

Après un long silence, et dans les dernières années de sa vie, au mois d'avril 1875, M. Andral communiquait à l'Académie des sciences une note relative à une maladie qui parait plus commune aujourd'hui qu'autrefois, peut-être parce qu'on sait mieux la reconnaître, la *glycosurie*. Suivant son habitude, M. Andral produisait des documents à l'appui ; ils se composaient de quatre-vingt-quatre observations. Ces documents étaient d'autant plus précieux, qu'ils avaient été rassemblés pendant toute la durée de sa longue pratique, et avec une liberté d'esprit d'autant plus complète, que la glycogénie expérimentale n'était pas encore connue. Deux fois la maladie s'était déclarée à la suite d'un coup violent sur la nuque ; dans une autre circonstance, après un grand trouble moral, le régime étant le même, la quantité de sucre rendu était tout à coup montée, dans les vingt-quatre heures, de 20 grammes à 96 grammes par litre. « Toutefois, ajoutait M. Andral, admettre que le diabète est le résultat constant d'une lésion nerveuse, ce serait affirmer ce que les faits n'ont pas encore appris. » Qu'il nous soit permis d'ajouter : Peut-être l'apprendront-ils un jour

Des observations de M. Andral, il résultait encore que la glycosurie se rencontre plus fréquemment chez les personnes aisées que chez les autres, ce qui semblerait prouver que l'alimentation peu animalisée n'y prédispose pas, comme on pourrait le croire. Enfin, M. Andral signale les deux lésions qu'il a le plus fréquemment rencontrées après la mort des diabétiques. « J'ai été frappé, dit-il, de deux faits que j'ai constaté dans le plus grand nombre des cas : l'un, c'est une induration singulière de la rate ; l'autre, la présence de granulations tuberculeuses à l'état naissant dans les poumons. »

Comme la plupart des maitres, M. Andral a marqué sa place au premier rang, moins encore par le livre, qui donne un corps aux idées, que par l'enseignement, qui leur ajoute des ailes, Lorsque nous nous reportons par la pensée aux jours de notre jeunesse, à cet âge des impressions vives et des jugements sincères, l'imposante figure de M. Andral, dans sa chaire du grand amphithéâtre, nous apparait comme le plus profond et le plus vivant de nos souvenirs d'études.

Sobre sans sécheresse, toujours élevé sans cesser d'être clair, sa parole nous attirait et nous retenait attentifs et respectueux. Dédaigneux des moyens vulgaires à l'aide desquels on conquiert les succès d'un jour, il avait l'autorité, parce qu'il avait le respect des autres et de lui-même. M. Andral occupait alors la chaire de pathologie générale En 1839, après la mort de Broussais, il y avait été porté par acclamation, comme le seul homme qui pût l'occuper. Le grand réformateur auquel il succédait n'excitait plus l'enthousiasme des premiers jours. Quand la mort était venue le frapper, l'inexorable critique avait achevé son œuvre ; le prestige était tombé ; la foule suivait d'autres courants. C'est à son prédécesseur qu'il songeait peut-être quand, devenu plus tard l'historien de la médecine, M. Andral s'exprimait en ces termes :

« Si les chefs d'école, disait-il, ont pu grouper autour d'eux un nombre plus ou moins considérable de partisans, c'est qu'ils ont eu assez d'habileté ou assez de puissance pour manier à leur profit deux principes ou mobiles inhérents à la nature humaine, à savoir : l'enthousiasme et la crédulité.

L'enthousiasme inspire une foi aveugle. C'est chose merveilleuse de voir avec quelle facilité singulière les esprits les plus distingués, comme les plus vulgaires, acceptent sans contrôle les idées qui leur sont inspirées par celui qu'ils regardent comme leur chef ou leur maître. Il y a un temps où cet enthousiasme est à son comble et la crédulité sans limites, mais il y a une époque où l'enthousiasme tombe et où le désenchantement arrive. On s'étonne d'avoir pris feu pour des chimères : on déplore son aveuglement ; et cependant, vienne un nouveau chef aussi puissant et aussi adroit, les mêmes illusions reparaissent et toujours l'humanité se meut autour d'un même cercle » (1).

Nul n'était mieux préparé que M. Andral à la chaire à laquelle il venait d'être appelé. L'esprit déjà nourri d'un double enseignement, avide de tout savoir, toujours lisant, sans cesse prenant des notes, ne perdant pas un instant, nul peut-être ne possédait une érudition médicale supérieure à la sienne. Ce trésor accumulé dans lequel il puisait à pleines mains, donnait à ses leçons nourries de faits, de citations heureuses, de remarques ingénieuses ou profondes, une valeur que relevait encore une voix grave et la dignité du geste.

Avec un sens critique de premier ordre, M. Andral, s'élevant au-dessus des questions du jour, s'appliquait à distinguer, dans notre science, ce qu'il y a d'immuable et ce qu'il y a de changeant, à dégager les éléments constants des accidents transitoires ; à saisir et à fixer ainsi les lois de son développement Cette tendance à comparer le passé au présent s'accentuait chaque jour davantage.

Bientôt, il entra tout à fait dans les régions de l'histoire pour ne plus les quitter. Le plan qu'il avait conçu était des plus vastes; il devait comprendre l'histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, de 1852 à 1856, M. Andral exposa devant un nombreux auditoire la longue période de la médecine grecque. (*A suivre*).

Récompenses décernées aux Médecins qui se sont le plus distingués par leurs services en matière d'épidémies pendant l'année 1878.

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le Ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs services, en matière d'épidémies, pendant l'année 1878.

Médaille d'or. — M. le Dr Allaire, médecin principal de 2e classe, au camp de Chalons, pour son travail sur la fièvre typhoïde au camp de Chalons.

Médailles d'argent. — M. le Dr Couttin, médecin à Rethel (Ardennes), pour son rapport sur une épidémie de variole observée à Rethel. — M. le Dr Géraud (Louis), aide-major de 1re classe au 31e régiment d'artillerie, pour ses recherches étiologiques sur la fièvre typhoïde développée dans la garnison du Mans. — M. Griois, médecin vétérinaire départemental, pour son rapport sur les épizooties qui ont sévi dans le département de la Somme. — M. le Dr Ripoll, médecin à Toulouse (Haute-Garonne), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Toulouse. — M. le Dr Testevin, aide-major de 1re classe au 19e bataillon de chasseurs à pied, pour sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Rennes sur le 1er bataillon de chasseurs à pied. — M. le Dr de Valicourt, aide-major au 22e régiment de dragons, pour son mémoire intitulé : Provins, son histoire médicale, son endémie, épidémie de fièvre rémittente typhoïde au 22e régiment de dragons.

Rappel de médailles d'argent. — MM. les Drs Barbraud, de Rochefort (Charente-Inférieure); — Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales); — Daniel, de Brest (Finistère); — Farge, d'Angers (Maine-et-Loire); — Homo, de Château-Gontier (Mayenne); — Manouvriez, de Valenciennes (Nord); — Métadier, de Bordeaux (Gironde); — Picard, de Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher); — Pilat, de Lille (Nord); — Remilly, de Versailles (Seine-et-Oise).

Médailles de bronze. — M. le Dr Bernard, médecin à Grenoble

(1) M. le professeur Gavarret.
(2) M. Delafond.

(1) *Leçons sur l'hist. de la médecine*, recueillies et rédigées par M. le Dr Tartivel.

(Isère), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Grenoble — M. le Dr Cavaillon, médecin à Carpentras (Vaucluse), pour son rapport sur les épidémies de Carpentras. — M. le Dr Chartier, médecin à Nantes (Loire Inférieure), pour son rapport sur l'état sanitaire de Nantes en 1878. — M. le Dr Cornillon, de Vichy (Allier), pour son rapport sur les épidémies de variole, de rougeole, de scarlatine et de fièvre typhoïde observées dans l'arrondissement de La Palisse. — M. le Dr Degaillé, médecin à La Flèche (Sarthe), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement de la Flèche. — M. le Dr Durand, médecin à Marseillan (Hérault), pour son travail sur une épidémie de scarlatine observée à Marseillan. — M. le Dr Godefroy Martin, médecin à Vienne (Isère), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans la ville de Vienne et ses environs. — M le Dr Lacourtiade, médecin à Blaye (Gironde), pour sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la commune d'Eyraus (Gironde). — M. le Dr Pennetier, médecin à Rouen (Seine-Inférieure), pour son rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Rouen. — M. le Dr Perroud, médecin à Lyon (Rhône), pour son rapport sur l'état épidémique de l'arrondissement de Lyon.— M. le Dr Pierre, médecin à Autun (Saône-et-Loire), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement d'Autun. — M le Dr Reybert, médecin à Saint-Claude (Jura), pour sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à Noire-Couches (Jura).

Service médical de nuit dans la ville de Paris

2e *Trimestre.*

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1880, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	10	10	»	20
2e	18	27	5	50
3e	31	45	10	86
4e	34	40	12	86
5e	26	37	11	74
6e	18	29	4	51
7e	9	22	1	32
8e	14	14	1	2[illegible]
9e	20	9	4	33
10e	26	30	4	6[illegible]
11e	50	72	20	142
12e	22	43	10	7[illegible]
13e	22	38	18	78
14e	29	29	7	75
15e	38	5[illegible]	20	11[illegible]
16e	[illegible]	9	2	1[illegible]
17e	37	58	12	107
18e	30	52	1[illegible]	96
19e	30	28	10	6[illegible]
20e	35	66	26	131
	507	723	191	1421

MALADIES OBSERVÉES

Maladies	Nombre
A	
Angines et laryng.	76
Croup	36
Coqueluche	2
Conjonctivite	1
Corps étranger de l'œsophage	1
B	
Asthme	24
Affections du cœur	48
Bronchites aiguës et chroniques	65
Pleuro-pneumonie	65
Congestion pulmonaire	22
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	78
Choléra	3
Cholérine	13
Dysentérie	4
Athrepsie	5
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	72
Hernie étranglée	22
Rétention d'urine	14
Orchite	1
Paraphimosis	1
D	
Métrite. Métro-péritonite	47
Métrorrhagie	31
Fausse couche	4[illegible]
Accouchement. Délivrance	102
E	
Affections cérébrales. Paralysie	81
Eclampsie. Convulsions	62
Tétanos	2
Névralgies	54
Névroses	77
Epilepsie	23
Aliénation mentale	6
Alcoolisme. Delirium tremens	16
F	
Rhumatisme	14
Affections éruptives	60
Erysipèle de la face	9
Fièvre intermitt.	3
Fièvre typhoïde	19
Hémorrhagies de causes internes et externes	60
G	
Plaies. Contusions	74
Fractures. Luxations. Entorses	26
Brûlures	2
Charbon	1
Empoisonnements	9
Asphyxie par le Charbon	5
Suicide	1
H	
Mort à l'arrivée du médecin	40
Total	1421

La moyenne des visites par nuit est de 15 6/10.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 12.
Les hommes entrent dans la proportion de 36 0/0.
Les femmes — — de 51 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 13 0/0.

Visites du 2e trimestre de 1879	1.156
— — 1880	1.421
Différence en plus	265

Congrès international de Turin

PROGRAMME DE LA SESSION. — *Lundi 6 septembre.* — Séance solennelle d'ouverture, en présence de S. M. le Roi Humbert Ier. — Discours de M. le Sénateur Ferraris, syndic de la ville de Turin ; — de M. le docteur A. Fauvel, président du Comité français; — de M. le docteur baron Maydell (de Saint-Pétersbourg); — de M. le docteur Finkelnburg (de Berlin); — de M. J.-G. Jager (d'Amsterdam) ; — de M le docteur J. Félix (de Bucharest); — de plusieurs autres délégués, au nom de leurs nations respectives. — Rapport par M. le professeur Pacchiotti, sénateur, sur les travaux du Comité d'organisation. — Election du Bureau au scrutin secret; — élection d'un Commission chargée d'examiner les sujets de discussion proposés *extra ordinem* (art. XIV du règlement); — élection d'une Commission chargée de déterminer les conditions du Concours pour le prix de 2,500 francs, accordés par le Conseil provincial à l'auteur d'un livre utile à l'*Hygiène des populations des Campagnes.* Ce prix sera décerné au Congrès de 1882. — A l'issue de la séance, réunion dans les sections pour la constitution des Bureaux.

Mardi, 7 septembre, jeudi 9, vendredi 10 et samedi 11, séances de sections le matin ; séances générales dans l'après-midi.

Mercredi, 8 septembre. — Excursion aux environs de Turin.

Jeudi, 9 septembre. — Assemblée de l'Association internationale pour l'eau potable ; conférence du Président, M. J. Jager (d'Amsterdam).

Samedi, 11 septembre. — Séance de clôture. Désignation du Siège du Congrès de 1882.

Dimanche, 12 septembre. — Excusion à Milan pour assister à une expérience de crémation dans le *Crématoire monumental.*

Les séances générales auront lieu au palais Carignan (ancien Parlement Piémontais); les séances des sections à l'Université.

A leur arrivée à Turin, les membres du Congrès sont invités à se rendre à l'Hôtel de ville pour y recevoir un *Guide* et toutes les indications nécessaires.

Des billets de chemins de fer circulaire, à prix très-réduits seront très probablement mis à la disposition des membres du Congrès entre la France, l'Allemagne et l'Italie; une réduction de 30 0/0 est accordée sur toutes les lignes des chemins de fer italiens et les lignes de paquebots.

Prière d'apporter des plans, modèles, appareils, instruments, livres, se rapportant à l'hygiène.

L'Exposition des Beaux-Arts restera exceptionnellement ouverte pendant la durée du Congrès.

Les correspondants des journaux, dès qu'ils se feront accréditer, seront considérés comme membres du Congrès.

Prière d'apporter sa photographie.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 2. — 1er *de doctorat.* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Houel, Farabeuf. — 2e *de doctorat* : MM. Fournier, Potain, Monod. — 3e *de doctorat* : MM. Parrot, G. Bouchardat, Gay. — 4e *de doctorat* : MM. Vulpian, Bouchardat, G. Bergeron. — 5e *de doctorat.* 1re *série* (Charité) : MM Gosselin, Hardy, Chantreuil ; — 2e *série* (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Pinard, Debove ; — 3e *série* (Pitié) : MM. Verneuil, Brouardel, Polaillon. — 2e *de fin d'année* : MM. B. Anger, Terrillon, Cadiat.

MARDI 3. — 1er *de doctorat.* 1re *série* : MM. Lefort, Delens, Ch. Richet; — 2e *série* : MM. Gosselin, B. Anger, Humbert. — 3e *de doctorat* : MM G. Bouchardat, Houel, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Lasègue, Hardy, Legroux. — 5e *de doctorat* (Necker) : MM. Potain, Guyon, Chantreuil. — 3e *officier de santé* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Panas, Hallopeau. — 1er *de fin d'année* : MM. Gariel, Bourgoin, de Lanessan. — 3e *de fin d'année* : MM. Bouchard, Hallopeau, Richelot.

MERCREDI 4. — 1er *de doctorat* : MM. Béclard, Guyon, Marchand. — (Nouveau mode) : MM. Parrot, Gariel, Bourgoin. — 2e *de doctorat* : MM. Vulpian, Fournier, Pozzi. — 3e *de doctorat* : MM. G. Bouchardat, Gariel, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Bouchardat, Potain, Rendu. — 5e *de doctorat* (Pitié) : MM. Peter, Delens, Richelot. — 3e *officier de santé* (Charité) : MM. Gosselin, Hardy, Ollivier. — 3e *de fin d'année* : MM. Hayem, Humbert, Dieulafoy.

JEUDI 5. — 1er *de doctorat* : MM. Delens, B. Anger, Ch. Richet. — 2e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Lasègue, Peter, Humbert. — 2e *série* : MM. G Sée, Bouchard, Richelot. — 4e *de doctorat* : MM. Hardy, Brouardel, Grancher. — 5e *de doctorat* (Necker) : MM. Parrot, Guyon, Chantreuil. — 2e *officier de santé* : MM. Fournier, Pinard, Pozzi.

VENDREDI 6. — 2e *de doctorat.* 1re *série* : MM. Parrot, Fournier, Marchand — 2e *série* : MM Potain, Guyon, Ollivier. — 3e *de doctorat* : MM. G. Bouchardat, Gariel, de Lanessan. — 4e *de doctorat* : MM. Vulpian, Bouchardat, Dieulafoy. — 5e *de doctorat* (Pitié) : MM. Peter, Pinard, Terrillon.

SAMEDI 7. — 4e *de doctorat* : MM. Lasègue, Bouchard, Hallopeau. — 1er *officier de santé* : MM. Delens, B. Anger, Richelot. — 3e *officier de santé* : MM. Guyon, Potain, Rendu.

Concours d'Agrégation (Services accessoires)

Les épreuves de ce Concours ont pris fin le 24 juillet. Il s'est terminé par les nominations suivantes :

PARIS : *Anatomie et physiologie* : M. Rémy ; — *Chimie* : M. Hanriot.

LYON : *Anatomie et physiologie* : M. Arloing; — *Pharmacie* : M. Chapuis.

BORDEAUX : *Anatomie et physiologie* : MM. Viault et Testut. — *Pharmacie* : M. Carles.

NANCY : *Chimie* : M. Garnier.

Concours du Clinicat en médecine.

Le Concours du Clinicat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Médecine générale : chefs de clinique : MM. de Beurman et Cuffer; adjoints : MM. Brissaud et Dreyfous.

Maladies des enfants : chef de clinique : M. Cossy; adjoint: M. Clozel de Boyer.

Maladies cutanées et syphilitiques : chef de clinique : M. Barthélemy; adjoint : M. Decaisne.

Maladies des yeux : chef de clinique : M. Bellouard ; adjoint ; M. Bacchi.

Le jeûne du docteur Tanner.

Depuis quelques jours, les différents journaux entretiennent leurs lecteurs de l'expérience sur l'inanition que M. Tanner fait en ce moment sur sa propre personne. Ce docteur aurait pris l'engagement de s'abstenir de toute nourriture et de ne boire absolument que de l'eau pendant quarante jours.

Nous n'avons voulu parler de ce fait, qu'après avoir pris connaissance des journaux de médecine américains, les récits que l'on faisait chaque jour de ce fait nous ayant paru un peu fantaisistes. Voici, d'après le *The Medical Record* de New-York du 17 Juillet, dans quel état se trouve le Dr Tanner, qui aurait commencé son expérience, à la date du 20 juin :

«Au 14 juillet dernier, il y avait déjà 16 jours que M. Tanner n'avait pris aucun aliment. L'eau bue a varié entre quinze et trente grammes par jour. Il n'y eut que 120 grammes d'eau de bue dans les neuf premiers jours : souvent le Dr Tanner se rince la bouche et se mouille la figure et les pieds, mais il ne paraît pas boire lors de ces ablutions. La perte de poids a été de peu inférieure à une livre 1/2 par jour. La température et la respiration sont restées normales ; le pouls s'est, par instant, élevé à 120. L'état général est bon. Le jeûneur se promène dans la chambre et cause volontiers ; son esprit ne paraît pas affecté, mais il est devenu plus irritable. Il ne se plaint d'aucune douleur ni d'aucun malaise, mais il est sans repos et ses traits semblent tirés. La faiblesse physique va en s'accentuant et la tendance au repos horizontal s'accroît. On a ajouté une garde de huit médecins aux témoins du début, et tous ces assistants paraissent sûrs de la sincérité du jeûne de M. Tanner.»

FORMULES

58. De la toux utérine et de son traitement. CHÉRON.

Sous l'influence de troubles fonctionnels ou de lésions de texture des différents organes de l'appareil utéro-ovarien, mais plus particulièrement sous l'influence des lésions de l'utérus, apparait quelquefois une toux sèche et fréquente que l'état de l'appareil respiratoire ne saurait expliquer, et à laquelle on a donné le nom de *toux utérine*.

C'est plus particulièrement chez les femmes névropathes ou prédisposées aux troubles hystériformes, que l'on voit survenir ce symptôme. Cependant, il n'est pas rare de voir des malades qui ne sont pas en puissance d'hystérie en être atteints. C'est que, chez toutes les femmes, les troubles des fonctions nerveuses tendent à prendre, en général, le caractère hystériforme.

C'est à l'emploi des valérianates que ce symptôme cède le plus facilement. Si la toux coïncide avec des troubles de la circulation cérébrale, de la chaleur au visage, des vertiges et de l'oppression, c'est au valérianate de caféine, employé sous la forme suivante, qu'il faut donner la préférence :

Infusion de café noir.	120 grammes.
Sirop simple.	40 —
Valérianate de caféine.	1 —

Prendre deux à trois cuillerées à bouche par jour : une demi-heure avant le repas ou deux heures après. Si la toux ne revient que la nuit, ou à des intervalles réguliers, ou encore aux mêmes heures, le valérianate de quinine donnera un bon résultat à la dose suivante :

Valérianate de quinine	1 gramme.
Extrait de quinine	q.s.

Pour 20 pilules. En prendre une avant chaque repas, au moment même. — Le valérianate de zinc est le médicament à employer chez les malades atteints de toux utérine, qui ont ou ont eu des attaques d'hystérie convulsive :

Valérianate de zinc	50 centig.
Extrait de valériane	q.s.

Pour 20 pilules. En prendre une au moment des deux principaux repas. — Enfin, lorsqu'avec la toux utérine il existe un état de névropathie très accusé, il faut s'adresser au valérianate d'ammoniaque sous la forme que voici :

Valérianate d'ammoniaque. . .	20 centigr.
Julep gommeux	120 grammes.

Prendre une cuillerée à bouche toutes les trois heures. — Il ne faut pas oublier, en outre, que la modification de la lésion de l'utérus, à l'aide d'un traitement local, a pu quelquefois arrêter rapidement la toux utérine. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Dans les affections de l'appareil utéro-ovarien, le symptôme morbide appartenant à un appareil éloigné, survit parfois à l'affection qui lui a donné naissance. (*Revue clinique des maladies des femmes.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 16 juillet au jeudi 22 juillet 1880, les naissances ont été au nombre de 1346, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 520; illégitimes, 163. Total, 683. — *Sexe féminin :* légitimes, 483; illégitimes, 180. Total, 663.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 16 juillet au jeudi 22 juillet 1880, les décès ont été au nombre de 1130, savoir : 594 hommes et 536 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 6. F. 10. T. 16. —Variole : M. 22. F. 19. T. 41.— Rougeole : M. 19. F. 25. T. 44. — Scarlatine : M. 5. F. 11. T. 16. — Coqueluche : M. 7. F. 9. T. 16. — Diphthérie. Croup : M. 17. F. 18. T. 35. — Dysentérie : M. ». F. 2. T. 2.— Erysipèle : M. 5. F. 3. T. 8. — Infections puerpérales : 9. — Autres affections épidémiques : M. ». F. ». T. ». — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 102. F. 68. T. 170. — Autres tuberculoses : M. 34. F. 25. T. 59. — Autres affections générales : M. 43. F. 66. T. 109. — Bronchite aiguë : M. 12. F. 18. T. 30. — Pneumonie : M. 27. F. 12. T. 39. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 98. F. 90. T. 188. — Autres maladies locales : aiguës : M. 64. F. 39. T. 103; — chroniques : M. 79. F. 77. T. 156; — à forme douteuse : M. 29. F. 17. T. 46. — Après traumatisme : M. 1. F. 1. T. 2. — Morts violentes : M. 23. F. 14. T. 37. — Causes non classées : M. 1. F. 3. T. 4.

Morts-nés et prétendus tels : 87 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 35; illégitimes, 17. Total 52. — *Sexe féminin :* légitimes, 26; illégitimes, 9. Total 35.

SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT A BROCA.—Une Commission, chargée par la Société d'anthropologie d'ouvrir une souscription pour élever un monument à la mémoire de Broca, vient de se former. Elle est composée de : MM. Henri Martin, Verneuil, de Quatrefages, Menier, Leguay, Topinard, Parrot, Pozzi, Gavarret, Ploix, Magitot. — Les souscriptions sont reçues chez M. Masson-Leguay, architecte, 3, rue de la Sainte-Chapelle.

Faculté de Médecine. — *Concours pour le prosectorat.* — Ce Concours vient de se terminer par la nomination de M. Marchant.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Cazeneuve, agrégé, est chargé du cours de chimie organique et de toxicologie à ladite Faculté (chaire nouvelle).

École de médecine de Toulouse. — M. le Dr Toussaint, docteur ès sciences, chargé du cours de physiologie à l'École de médecine de Toulouse, est nommé professeur de physiologie à ladite école.

Hôpitaux de Paris. *Concours pour une place de médecin à l'hospice de la Reconnaissance.* — Le jury de ce concours se compose de MM. Mesnet, président, Raymond, Joffroy, Tarnier et Delens. Le sujet qui a été donné à la première épreuve (question écrite) est le suivant : *De la muqueuse de l'estomac. Cancer de l'estomac.*

École municipale d'Infirmières laïques de la Salpêtrière. — La distribution des prix aux élèves de l'École aura lieu le vendredi 6 août.

La Diphthérite en Russie. — On télégraphie de Kasan, le 16 juillet, au *Golos* : « La diphthérite avait éclaté, il y a dix jours, dans les districts de Tchobeksary et de Kasan. La mortalité est grande. Le gouverneur général a pris aussitôt les mesures les plus énergiques pour combattre l'épidémie, et pour l'empêcher de s'étendre. On vient d'envoyer dans les localités infectées, des médecins, des sœurs de charité et des garde-malades. On brûle tous les objets ayant servi aux malades, en indemnisant les propriétaires. Les corps ne sont pas exposés dans les églises, mais aussitôt enterrés dans des fosses spéciales qu'on remplit de chaux. Depuis hier, on constate une diminution du nombre des décès. »

Société de médecine d'Anvers. *Concours de 1880.* — Les questions sont les suivantes : 1° *Faire l'histoire du zona ;*—2° *Etudier le mal vertébral de Pott chez les enfants ;*—3° *Faire une étude pathologique et thérapeutique sur la ménopause ;*—4° *Exposer l'hygiène spéciale des crèches.* — *Prix :* médaille d'or ou de vermeil ou mention honorable suivant la valeur du mémoire. Outre ces prix, les auteurs des mémoires Couronnés seront nommés correspondants de la Société et recevront gratuitement cinquante exemplaires de leurs travaux. Clôture du Concours, 20 novembre 1880. — Les mémoires devront être envoyés, sous les formes académiques ordinaires, au secrétaire de la Société, rue Saint-Paul, 12.

Clinique dentaire de Clichy. — Hier, au n° 28 du boulevard de Clichy, on a inauguré un hôpital dentaire. L'établissement se compose d'une clinique et d'un dispensaire. L'enseignement y comprendra : l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et la chirurgie dentaire. — Un cabinet de consultations et d'opération est ouvert tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin.

Nécrologie. — Le corps de l'internat de Paris vient d'être affligé d'une nouvelle perte. Notre collègue et ami Georges Verneuil a succombé, en quelques jours, à une méningite aiguë, sans que rien put faire prévoir une fin aussi prochaine. Ceux qui l'ont connu regretteront avec nous l'ami dévoué dont le caractère franc et l'esprit original avaient su gagner les sympathies de tous. Gai camarade autant qu'excellent travailleur, Verneuil avait été nommé interne provisoire en 1879 et titulaire au dernier concours. C'est à l'hospice d'Ivry, où il était interne de M. le Dr Audhoui, qu'il a ressenti les premières atteintes du mal auquel il a succombé jeudi dernier à l'âge de 25 ans. Une nombreuse assistance de parents et d'amis, parmi lesquels on remarquait un grand nombre de ses collègues des hôpitaux, se pressait à son convoi. Puisse notre malheureux ami, après Herbelin, Reverdy et Millet, être la dernière victime de cette année pendant laquelle le corps de l'internat a été si cruellement éprouvé.

H. d'Olier.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Afin d'éviter toute erreur dans les réclamations et les changements d'adresse, nous prions instamment nos abonnés de joindre à leurs lettres la bande de leur journal.*

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.
Le rédacteur-gérant : Bourneville.

8e ANNÉE — N° 32. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 7 AOUT 1880.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE MÉDICALE

Caractères généraux des localisations douloureuses dans les coliques hépatiques et néphrétiques ;

Par J. CORNILLON.

Dans les sciences exactes, la précision peut être absolue, rigoureuse. En médecine, au contraire, les prémisses peuvent être vraies et les conclusions fausses ; dans la localisation d'une lésion, dans l'interprétation d'un signe physique, il y a souvent autant de divergences que d'avis exprimés. Notre étude sur les caractères généraux des points douloureux dans les coliques hépatique et néphrétique, sur leur position, leur fixité, n'échappera pas à cette règle. D'autant plus que la migration des calculs biliaires et rénaux, s'opère parfois sans souffrances nettement caractérisées. Il est vrai que cette particularité s'observe surtout, lorsque les corps étrangers sont de petit volume, qu'ils sont réduits à l'état de poussière, ou bien encore quand leur configuration répond parfaitement au calibre du conduit dans lequel ils cheminent, qu'ils ne présentent aucune aspérité capable d'entamer la muqueuse sur laquelle ils glissent. Dans tous les autres cas, qui sont de beaucoup les plus nombreux, la douleur est localisable.

Bien qu'il soit ordinairement possible de déterminer exactement la situation d'un point douloureux, d'indiquer un maximum, un peu d'habitude suffisant pour ce genre d'opération, on ne peut pas toujours affirmer si cette douleur est constante ou accidentelle, si elle est directe ou d'ordre réflexe, enfin, on ne peut pas toujours établir sa valeur séméiologique. Malgré ces desiderata, nous allons essayer de tracer une description de ces points douloureux, en tenant compte des anomalies qui sont fréquentes, aussi bien dans la colique hépatique que dans la colique néphrétique.

I. Des localisations douloureuses dans la colique hépatique.

1° *Point cystique.* — Anatomiquement, il correspond à l'endroit où le cholélithe quitte la vésicule biliaire pour franchir le conduit cystique et s'engager dans le canal cholédoque. A mesure que le calcul se rapproche du duodénum, de l'ampoule de Vater, ce point douloureux s'étend et finit bientôt par se confondre avec l'épigastrique.

A peu près constant, il manque cependant dans des accès francs de colique hépatique avec ictère et issue de graviers biliaires, ou bien il est si peu intense qu'il passe inaperçu et pour le malade et pour le médecin. Il est fort difficile de déterminer les sensations auxquelles il donne lieu, tant les formes en sont variées. Tantôt il est aigu, déchirant, arrache des cris et des larmes ; tantôt il est comparable à un corps pesant qui comprimerait l'hypochondre droit. Son intensité ne dépend ni de la longueur ni de la brièveté de l'accès. Je l'ai vu très aigu dans des crises fort courtes et peu violent dans des crises de longues durée ; dans d'autres cas, j'ai remarqué que l'expulsion de gros calculs biliaires déterminait des douleurs cystiques supportables, tandis que de petites concrétions occasionnaient des souffrances horribles. C'est affaire d'idiosyncrasie.

Le point cystique est direct, sa position au début est à peu près fixe. Lorsque j'ai pu le rechercher, j'ai vu qu'il correspondait, le plus souvent, au bord inférieur du grand lobe du foie, en bas et à droite de l'appendice xiphoïde, à dix centimètres environ de la pointe de cet os. C'est en glissant la pulpe de l'index entre le rebord des cartilages costaux, du côté droit, et la paroi abdominale antérieure, qu'on parvient à le déterminer le plus exactement. Dans certains cas, le point cystique est déplacé : il se trouve dans le 7me ou le 8me espace intercostal droit, sur le trajet d'une ligne qui, partant du mamelon droit, suivrait une direction parallèle à la division médiane du corps. Enfin, dans quelques circonstances, il est un peu en dehors de cette ligne, quatre ou cinq centimètres au plus.

Ce point douloureux, même quand il est léger, s'accompagne toujours de gêne dans les fonctions respiratoires : le malade étouffe. Cette dyspnée, qui pourrait faire croire à une complication inopinée du côté de la plèvre ou du poumon, à des troubles cardiaques, n'a rien que de très naturel. La physiologie nous l'explique. Lorsque le diaphragme se contracte dans l'inspiration, le foie s'abaisse légèrement, pour remonter au moment de l'expiration. Les mouvements d'ascension et de descente de cet organe exagèrent nécessairement la douleur cystique ; instinctivement alors, le malade s'abstient de respirer. Voilà tout le secret de cette dyspnée.

Le point cystique annonce l'apparition prochaine d'une colique hépatique, parfois vingt-quatre heures avant le début des autres accidents. C'est donc un signe d'une certaine valeur. Ne disparaissant pas toujours avec la fin de l'accès, sa persistance pendant plusieurs jours et même quelques semaines, indique soit le retour des coliques à bref délai, soit l'existence d'une cholécystite. Ces indications sont précieuses tant pour le pronostic, que pour le traitement de l'affection principale.

Signalé pour la première fois par Flemming, ce point douloureux n'est pas admis par tous les auteurs et notamment par M. Charcot. C'est à tort, à mon avis.

2° *Point épigastrique.* — Jamais il ne fait défaut; si bien que les auteurs qui se sont occupés à un titre quelconque de la lithiase biliaire le décrivent tous. Pemberton, M. Sénac (de Vichy) en parlent dans leurs écrits. De nature purement réflexe, il apparait dès le début des accidents morbides, et, quoique l'estomac ne soit frappé que par contre coup, c'est lui qui se fait le plus vivement sentir et attire le plus l'attention du médecin. Il consiste, tantôt en un sentiment de dilatation et de resserrement du ventricule, en une crampe, tantôt en une barre qui s'étend depuis le rebord des fausses côtes gauches jusqu'à celui des côtes du côté opposé, divisant ainsi l'estomac en deux fractions égales. Parfois, cette barre suit une direction diamétralement opposée ; elle part de l'appendice xiphoïde et se rend à l'anneau ombilical. Ici, c'est un poids qui comprime la région épigastrique ; là, c'est une sensation de brûlure, de tiraillement au niveau de l'estomac.

Ces variétés de douleur, si dissemblables en apparence, ont cependant un point commun, c'est que leur maximum se trouve assez exactement situé sur la ligne médiane du corps, et à un ou deux travers de doigt au dessous de l'appendice xiphoïde. Le point épigastrique s'accen-

tue à mesure que la crise augmente, si bien, qu'au moment de son paroxysme, il occupe toute la région de l'estomac et semble se confondre avec le point cystique. Jusqu'alors, la pression de l'épigastre était possible, mais, à ce moment, de l'épigastralgie survient et la palpation même n'est plus praticable, sans faire pousser des cris aigus aux malades. Les malheureux ne peuvent pas supporter le moindre attouchement à cet endroit, ils rejettent au loin leur couverture et évitent même le contact de leur chemise ; s'ils sont au lit, ils prennent la position la plus commode pour alléger leurs souffrances : cette position est essentiellement variable suivant les les cas. Quand ils font un mouvement, ils l'exécutent tout d'une pièce. S'ils sont levés, ils se courbent en avant, la main au devant de leur épigastre, comme pour le soutenir et le protéger contre les objets extérieurs. D'autres, au contraire, éprouvent du soulagement en comprimant l'estomac avec le poing, ou en appliquant des corps chauds sur l'endroit douloureux.

Au moment où apparaît la cardialgie, des nausées surviennent avec émission de gaz fétides, et, bientôt après, aux envies de vomir, succèdent ordinairement les vomissements. Au début, ils ont lieu sans efforts : les malades rejettent leurs aliments sans éprouver de bien grandes souffrances. — Quelques-uns même, se figurant qu'ils ont une indigestion (ce qui arrive souvent lorsqu'on a affaire à des gens qui sont pris pour la première fois d'accidents semblables), se mettent les doigts dans l'arrière-gorge, ou avalent de l'eau tiède pour aider le vomissement.

Une fois le ventricule vidé, il y a un léger soulagement, mais il est de courte durée, car les vomissements recommencent bientôt. — Ils ne s'exécutent plus comme précédemment sans douleur, ni sans fatigue; souvent, en effet, ils s'accompagnent d'angoisses, de lipothymies et même de syncope. Les matières rejetées sont bilieuses, mélangées à des mucosités glaireuses et à des débris d'aliments qui avaient résisté aux précédentes évacuations.

Aussitôt que la crise diminue d'intensité, la violence du point épigastrique est moins grande, et souvent même il cesse avec la fin de l'accès, à moins qu'une péritonite localisée ou générale ne soit intervenue. —Cependant, il existe des cas nombreux où, malgré la cessation de la colique hépatique, et sans qu'une phlegmasie quelconque se soit déclarée, la cardialgie se renouvelle pendant plusieurs jours, dès que le malade prend un peu de nourriture; cette persistance ne peut s'expliquer que par la continuation de l'action réflexe qui s'est produite sur l'estomac.

3° *Point dorsal.*— Son existence a été signalée pour la première fois par M. Vidal, dans une communication à la société de Biologie; il l'appelle point de correspondance, et le place sur l'apophyse épineuse de la 4me vertèbre dorsale.

A maintes reprises, il m'a été permis de constater le point douloureux dorsal; généralement, je l'ai trouvé compris entre l'apophyse épineuse de la septième vertèbre dorsale et celle de la dixième. — Très exceptionnellement il était plus haut ou plus bas. Il correspond exactement au point épigastrique, de telle sorte que, si on introduisait une aiguille par ce dernier, en lui faisant suivre une direction horizontale, l'apophyse épineuse par où elle sortirait, se trouverait être le maximum du point douloureux dorsal.

C'est au début même de la colique hépatique qu'il apparaît avec la cardialgie et les troubles gastriques, et il ne cesse qu'avec la fin des principaux accidents lithiasiques. — Il fait rarement défaut; même dans les cas les plus légers; il acquiert parfois une intensité telle, que les malades sont obligés de se courber en avant pour en amoindrir la violence.— La douleur est spontanée comme pour les points cystique et épigastrique, mais elle s'exagère par la pression; et, lorsqu'on appuie sur l'apophyse épineuse, elle se fait sentir vive, térébrante, avec accompagnement de cris et de propulsion du corps en avant.

Le point douloureux dorsal ne doit pas être confondu avec la courbature générale qui suit la colique hépatique: il tient au système osseux et non aux muscles. Un peu d'attention suffira toujours pour éviter la méprise.

4° *Point scapulaire.*— Il est loin d'être aussi constant que les précédents; en effet, on ne le rencontre guère que dans le cinquième des cas environ. C'est à Budd que revient l'honneur de sa découverte. Généralement, c'est à l'angle inférieur de l'omoplate que la souffrance se fait le plus vivement sentir. Parfois aussi, elle est localisée sur l'acromion ou sur l'épine de l'omoplate, de telle sorte que son siège n'est pas absolument fixe, constant. Ce point douloureux est très pénible; il s'exagère par la pression exercée sur les surfaces osseuses, et par le mouvements de l'épaule. Il s'accompagne quelquefois de troubles bizarres, qui sont des fourmillements dans les extrémités des doigts de la main droite, de la sensibilité dans les os du coude, et notamment dans l'épitrochlée. — Ces derniers phénomènes peuvent toutefois se manifester en son absence.

Le point scapulaire est un indice d'une affection hépatique, aussi, quand il existe, il a une grande valeur séméiologique. Il permet, en effet, d'établir un diagnostic rigoureux et précis, dans tous les cas où on hésite entre la lithiase biliaire et la lithiase rénale.

5° *Point douloureux de l'hypochondre gauche.*— De tous ceux que nous venons de signaler, il est de beaucoup le plus rare.— Nié par M. Sénac, il est admis par MM. Durand-Fardel et Willemin, qui en ont observé un certain nombre d'exemples. Il se trouve situé un peu au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, en bas et en dehors de l'appendice xiphoïde, à douze centimètres environ de cet os.

Ce point douloureux provient-il d'une congestion du foie ou de la rate? M. Willemin rapporte un fait de souffrances vives localisées à l'hypochondre gauche, et où le lobe moyen du foie et la rate étaient engorgés. — Deux fois seulement, j'ai constaté ce point douloureux, et, dans les deux cas, la rate était congestionnée d'une manière appréciable; j'ajouterai même que c'était à son niveau que se trouvait le maximum de la souffrance. — De telle sorte, que je suis à me demander, si le point douloureux de l'hypochondre gauche ne serait pas plutôt un point splénique qu'un point hépatique.

En acuité, il ne diffère en rien du point cystique; comme lui, il arrache des cris au malade; comme lui, il envoie des irradiations pénibles à l'épigastre. — Quand il existe, l'attention du médecin doit être éveillée, car sa proximité de la région rénale, et son extension dans le flanc gauche expose à commettre des erreurs de diagnostic fort préjudiciables. Elles sont même inévitables, si on ne parvient pas à saisir le corps du délit.

Nota. Parfois, les localisations douloureuses de l'épigastre, du dos, des hypochondres sont remplacées par une ceinture qui enlace la base du thorax et l'étreint. Il est impossible alors d'établir un maximum quelconque.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

Nouveaux faits relatifs à l'étude des localisations cérébrales;

Par A. PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

J'ai eu l'occasion d'observer à Bordeaux, dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, un certain nombre de cas de lésions cérébrales limitées. Bien que ces cas soient tous confirmatifs de la doctrine des localisations cérébrales, il m'a semblé qu'il n'était pas sans intérêt de les communiquer à la *Société anatomique*, devant laquelle ont été déjà portés de nombreux faits analogues. Le principe des locasations cérébrales n'est pas encore universellement accepté. Il ne rencontre, il est vrai, qu'un petit nombre de contradicteurs ardents, mais beaucoup de médecins ne l'accueillent qu'avec réserve, hésitation ou défiance. Il convient donc encore de multiplier les preuves et d'accumuler les faits, jusqu'à ce qu'on ait enfin constitué un dossier d'observations suffisant pour convaincre les hésitants et ramener les incrédules.

Obs. I. — *Ramollissement du lobule pariétal inférieur et des circonvolutions sphénoïdales. Absence d'hémiplégie.*

Piot, âgé de 59 ans, est entré à l'hospice des Incurables (service de M. le Dr Solles) en 1860. Il était atteint, lors de son entrée, d'une cataracte double qui fut plus tard opérée avec succès. Pendant son séjour à l'hospice, il a présenté les signes d'une atrophie musculaire progressive, mais il n'a jamais eu d'hémiplégie : il a pu marcher jusqu'à ses derniers jours. Sensibilité intacte dans les membres, des deux côtés. Mort, en décembre 1878, d'une gangrène spontanée du membre inférieur droit.

L'autopsie fit découvrir une lésion ancienne du cerveau que rien, dans l'histoire clinique du malade, ne permettait de supposer. Sur l'hémisphère droit on trouva un ramollissement cortical de cinq centimètres de diamètre (1) environ, à fond jaunâtre, anfractueux, occupant tout le lobule pariétal inférieur, depuis son pied jusqu'à l'origine des circonvolutions occipitales, et s'étendant au tiers postérieur des première et deuxième circonvolutions sphénoïdales. Le fond de la plaque ramollie était séparé de la corne sphénoïdale du ventricule latéral par une épaisseur de trois millimètres de substance blanche saine. Le reste de l'hémisphère (centre ovale, corps opto-striés, etc.) était normal. La protubérance, le bulbe, la moelle épinière ne présentaient ni asymétrie, ni bande de dégénération secondaire. Sur des coupes de la moelle, pratiquées après durcissement et examinées au microscope, les deux cordons latéraux paraissent parfaitement sains.

Obs. II. — *Abcès du lobe occipital. Absence d'hémiplégie.*

Dans le courant du mois de mars 1878, je fus appelé à remplacer M. le Dr Montalié dans son service à l'hôpital Saint-André. Parmi les malades que j'eus alors à traiter, se trouvait un phthisique qui mourut des progrès des lésions pulmonaires, sans avoir présenté aucun trouble de la motilité. La sensibilité ne fut pas explorée.

A l'autopsie, on trouva dans le lobe occipital droit un abcès du volume d'une grosse noisette, entouré d'une membrane pyogénique épaisse de deux millimètres. Cet abcès avait détruit presque toutes les fibres blanches du lobe occipital, et s'étendait jusqu'au voisinage immédiat de la corne postérieure du ventricule latéral. La moelle n'a pas été examinée.

Obs. III. — *Ramollissement de la tête du noyau caudé. Absence d'hémiplégie.*

X..., âgée de 68 ans, morte le 7 novembre 1879 à l'hospice des aliénées, dirigé par M. le Dr Lagardelle. Cette femme était entrée dans le service 23 ans auparavant, pour une manie chronique. Peu à peu, les accidents d'agitation maniaque s'étaient calmés et la malade était devenue démente. Jamais, dans tout le temps de son séjour à l'hospice, on n'observa de phénomènes paralytiques.

A l'autopsie, en outre de l'atrophie générale des circonvolutions (le cerveau entier pesait 870 grammes), nous trouvons un ramollissement jaunâtre, celluleux, de la tête du noyau caudé du côté gauche.

Le foyer ramolli a le volume d'une petite amande. Il est absolument limité à la substance grise du noyau caudé. La capsule interne paraît tout à fait saine : la couche optique et le noyau lenticulaire sont normaux. La moelle épinière n'a pas été examinée.

Obs. IV. — *Hémiplégie droite ancienne; aphasie; ramollissement cortical de la troisième circonvolution frontale et des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.*

La nommée Chastres, âgée de 73 ans, admise à l'hospice des Incurables (service de M. le Dr Solles), est atteinte depuis plusieurs années d'une hémiplégie droite avec aphasie. Elle ne prononce aucune parole intelligible. Contracture secondaire prédominant dans le membre supérieur droit : les doigts sont si fortement fléchis dans la paume de la main qu'il est impossible de les redresser. La contracture est à peine appréciable dans le membre inférieur : la marche est assez facile.

Autopsie, le 17 février 1879. — *Hémisphère droit*, sain. *Hémisphère gauche* : large plaque de ramollissement jaune occupant le pied et la face supérieure de la troisième circonvolution frontale, la moitié inférieure de la circonvolution frontale ascendante et le tiers moyen de la circonvolution pariétale ascendante. Sur les coupes méthodiques, on voit que le ramollissement s'étend assez profondément dans le centre ovale, sans atteindre cependant la capsule interne ni les corps opto-striés. Il a détruit le faisceau pédiculo-frontal inférieur et les faisceaux frontaux et pariétaux moyens et inférieurs. Les faisceaux frontal supérieur et pariétal inférieur sont conservés intacts.

Le pédoncule cérébral gauche présente, à sa partie moyenne, une bande grise et déprimée de dégénération secondaire. La pyramide antérieure gauche est sensiblement plus grêle que la droite, mais on n'y remarque aucune modification de couleur ni de consistance. L'examen de la moelle, après durcissement, révèle l'existence d'une bande de sclérose secondaire du cordon latéral droit, dans la région cervicale et la partie supérieure de la région dorsale.

Obs. V. — *Hémiplégie droite; aphasie. Hémianesthésie, contracture secondaire. Ramollissement central occupant le faisceau pédiculo-frontal inférieur, le corps strié et la capsule interne du côté gauche.*

L..., marin, âgé de 43 ans, est entré à l'hôpital Saint-André (service de M. le Dr Mabit) dans le courant du mois de juillet 1879, pour une hémiplégie droite avec aphasie, survenue brusquement en juin 1878, c'est-à-dire 13 mois auparavant.

Au moment de son entrée, on constate les phénomènes suivants : hémiplégie droite totale, contracture secondaire très marquée dans le membre supérieur droit, beaucoup moins forte dans le membre inférieur. Sensibilité très diminuée dans tout le côté paralysé, presque nulle dans le membre supérieur; aphasie, perte de la mémoire des mots, articulation presque impossible. Hypertrophie du cœur, insuffisance mitrale. Mort par asystolie le 6 novembre 1879. (Ces renseignements cliniques m'ont été communiqués par M. le Dr Vaillard, chef de clinique de la Faculté.)

Autopsie. Dure-mère saine. Infiltration séreuse assez abondante dans les mailles de la pie-mère. *Hémisphère droit* : normal. *Hémisphère gauche* : les artères des méninges sont remarquablement saines. La pie-mère se sépare facilement de la substance cérébrale sous-jacente.

Aucune altération appréciable de l'écorce : la troisième

(1) Les dessins représentant la topographie des lésions signalées dans cette observation et dans les suivantes ont été déposés dans l'album de la Société anatomique.

circonvolution frontale, les circonvolutions ascendantes ont conservé leur volume, leur consistance et leur coloration ordinaires.

Coupes préfrontales normales.

Coupe pédiculo-frontale. A la pointe du faisceau pédiculo-frontal inférieur, existe un petit foyer de ramollissement jaune diffluent, à bords irréguliers, mesurant environ un centimètre de hauteur sur trois millimètres de largeur. Les faisceaux pédiculo-frontal moyen et supérieur sont épargnés, la portion du noyau caudé comprise dans la coupe est molle et presque diffluente.

Coupe frontale. Sur cette coupe on trouve un foyer unique du volume d'une grosse noisette, intéressant le tiers supérieur des noyaux du corps strié et la portion de la capsule interne comprise entre eux. Le centre ovale est sain.

Coupe pariétale. Le foyer a les dimensions d'une toute petite noisette : il siège au-dessus des noyaux striés, dans le point précis où commence l'épanouissement des fibres de la capsule interne (pied de la couronne rayonnante de Reil). — Sur la *coupe pédiculo-pariétale*, il n'a plus que le volume d'un gros pois, et se trouve situé un peu en dehors des masses centrales, dans la pointe du faisceau pédiculo-pariétal inférieur. — Les *coupes occipitales* ne présentent rien d'anormal.

Sur un plan horizontal, le foyer de ramollissement dont je viens d'indiquer la topographie, d'après l'examen des coupes transversales, serait donc représenté par une cavité allongée, renflée vers sa partie moyenne et terminée en avant et en arrière par des extrémités effilées. Cette cavité commencerait, antérieurement, dans la pointe du faisceau pédiculo-frontal inférieur, elle atteindrait dans sa portion renflée le corps strié et la capsule interne, et se terminerait en arrière dans la pointe du faisceau pédiculo-pariétal inférieur, en détruisant la continuité des fibres postérieures du pied de la couronne rayonnante.

Le *cervelet* ne présente rien d'anormal. Le pédoncule cérébral gauche est plus grêle que le droit, et toute sa face inférieure est d'une coloration grise légèrement jaunâtre. Le côté gauche de la protubérance est atrophié. La pyramide antérieure gauche est plus étroite et plus aplatie que la droite, et présente une coloration grise très nette. La moelle, conservée dans des solutions étendues de bichromate d'ammoniaque, n'a pu encore être coupée pour l'examen histologique, mais on y voit déjà à l'œil nu une sclérose descendante des plus manifestes, dans toute la hauteur du cordon latéral droit.

Obs. VI. — *Monoplégie brachiale. Amélioration progressive. Ramollissement dans le faisceau pédiculo-frontal moyen.*

Caz..., âgée de 70 ans, est entrée à l'hospice des Incurables (service de M. le Dr Solles) en 1877, comme aveugle.

En juillet 1879, elle eut une pneumonie : sa convalescence fut lente, difficile : purpura cachectique; faiblesse très grande.

Le 25 septembre au matin, elle se plaint de ne pouvoir remuer le bras gauche, et on constate en effet une parésie très notable de ce membre. Il n'y a eu ni perte de connaissance ni phénomènes convulsifs. Le lendemain, la paralysie est complète dans le membre supérieur gauche : ce membre est flaccide et complètement inerte. La motilité des autres membres est conservée intacte. Pendant les premiers jours d'octobre, l'intensité de la paralysie diminue. Le 11, on constate que le malade peut étendre volontairement la main sur l'avant-bras et fléchir l'avant-bras sur le bras ; elle peut aussi exécuter un léger mouvement de flexion des doigts. Pas de contracture. Mort le 15 octobre.

Autopsie. Pleurésie diaphragmatique gauche avec fausses membranes et épanchement modéré.

Cerveau. Hémisphère gauche, normal. *Hémisphère droit*, écorce saine.

Coupe pédiculo-frontale. Au centre du faisceau pédiculo-frontal moyen, à deux centimètres environ au-dessous de la substance grise corticale, existe un foyer de ramollissement isolé dans la substance blanche, du volume d'une toute petite noisette, à bords déchiquetés et anfractueux. Autour de lui la substance cérébrale paraît intacte. — *Coupe frontale*, saine. — *Coupe pariétale :* lacune linéaire de un centimètre de long et de 2 millimètres de profondeur, celluleuse, à parois ocreuses, siégeant immédiatement au-dessous de la substance grise de la circonvolution crétée. Cette lésion est évidemment très ancienne. Dans le corps opto-strié on trouve, çà et là, quelques petites lacunes ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle.

Obs. VII. — *Méningo-encéphalite tuberculeuse ; lésions de la zone motrice à droite; hémiplégie gauche ; lésions des lobules pariétaux du côté gauche ; absence d'hémiplégie à droite.*

La nommée X... Alphonsine, âgée de 18 ans, a été portée à l'asile des aliénées (service de M. le Dr Lagardelle) le 2 septembre 1879. Elle a eu, six semaines auparavant, une attaque avec perte de connaissance suivie d'hémiplégie gauche. Transportée peu de temps après à l'hôpital Saint-André, elle y a été en proie à une agitation si bruyante qu'on a cru devoir demander son admission dans l'asile des aliénées. Quelques jours après son admission, elle est dans l'état suivant :

Hémiplégie gauche complète et totale ; contracture légère, mais cependant très appréciable, des membres paralysés. Intégrité absolue des mouvements du côté droit. Ouïe, vue, odorat intacts. Sensibilité générale diminuée du côté gauche. Intelligence extrêmement affaiblie.

La malade reste inerte, hébétée, dans un état de demi-somnolence. Si on la questionne, on n'obtient que des réponses monosyllabiques. La parole est embarrassée, traînante, difficile. Amaigrissement notable. La malade est grande gâteuse. Mort le 4 novembre 1879.

Autopsie. — Les poumons sont farcis de granulations tuberculeuses et présentent à leur sommet plusieurs petites cavernes à parois caséeuses. L'épiploon, le mésentère sont également le siège de nombreuses granulations demi-transparentes.

Hémisphère gauche. La pie-mère ne paraît pas enflammée, elle se sépare sans difficultés de la substance cérébrale sous-jacente ; mais, en l'enlevant, on entraîne avec elle huit petites tumeurs lisses, dures, arrondies, de couleur grise, adhérentes à sa face interne et présentant chacune le volume d'un petit pois. Ces tumeurs sont logées dans des dépressions à parois lisses et non ramollies, creusées dans la substance grise des circonvolutions. Elles n'adhèrent pas à la substance cérébrale, qui paraît simplement refoulée à leur niveau. Deux de ces tumeurs se trouvent dans le sillon préfrontal, cinq dans les scissures des lobes pariétaux, et une dans celles du lobe occipital.

A part les petites dépressions qui viennent d'être signalées, la surface de l'hémisphère gauche est saine partout, sauf au niveau de la portion moyenne de la scissure inter-pariétale. A ce niveau, existe un amas confluent de tumeurs tuberculeuses, formant une plaque irrégulière, de 5 centimètres de diamètre environ, qui s'enfonce dans la substance grise corticale ramollie. La lésion ne s'étend pas à plus de 3 ou 4 millimètres de profondeur. Sur les coupes méthodiques, les masses centrales et la substance blanche du centre ovale paraissent tout à fait normales.

Hémisphère droit. Sur toute la région moyenne de la face convexe, le long de la scissure de Sylvius, du sillon de Rolando et de la scissure inter-pariétale, on aperçoit sur la pie-mère des taches irrégulières, d'un blanc laiteux, de 1 à 2 millimètres de diamètre, qui deviennent confluentes au niveau du tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, et au niveau des deux tiers supérieurs du lobule paracentral. La pie-mère, qui se sépare facilement de la substance cérébrale sur le lobe frontal et sur le lobe sphéno-occipital, est, au contraire, très adhérente dans la région des circonvolutions ascendantes, où elle entraîne avec elle de gros fragments de substance grise ramollie.

Une coupe pratiquée sur la circonvolution frontale ascendante, parallèlement au sillon de Rolando, révèle l'existence,

à la base des faisceaux frontaux moyen et supérieur, de deux masses tuberculeuses indurées, d'une couleur jaune-verdâtre, d'un aspect caséeux, au-dessous desquelles les fibres blanches sont ramollies jusqu'au voisinage de l'irradiation de la capsule interne. Les masses centrales sont complètement indemnes. Des altérations presque identiques existent sur la *coupe pariétale*. — Les autres coupes sont normales.

Le *cervelet* est sain. Le pédoncule cérébral droit est un peu plus grêle que le gauche, sans teinte grise appréciable. Légère asymétrie de la protubérance, dont le côté droit est un peu plus affaissé que le gauche. Pyramides antérieures égales, sans modification de la coloration.

La moelle, examinée après durcissement sur des coupes fines colorées et montées dans le baume du Canada, par les procédés ordinaires, est le siège, dans toute sa hauteur, d'une sclérose descendante très nette, occupant les deux tiers postérieurs du cordon latéral gauche. Dans la région cervicale, le cordon de Türck, du côté droit, est également sclérosé.

Réflexions. — Les observations qui précèdent sont toutes confirmatives de la doctrine des localisations cérébrales. Les deux premières se rapportent à des lésions du lobe sphénoïdal, du lobe pariétal et du lobe occipital, qui ne se sont traduites pendant la vie par aucun phénomène moteur. C'est la règle : *les lésions, même très étendues, siégeant en dehors de la zone motrice, ne donnent lieu à aucun trouble paralytique permanent*, et les faits de ce genre commencent à devenir assez nombreux et assez concordants pour que cette règle soit bientôt reconnue par tous.

Notre troisième observation peut servir à la solution d'une question qui est encore sujette à controverses. Le corps strié, on le sait, a longtemps été considéré comme un centre de motilité, comme un organe dont l'intégrité était indispensable à l'accomplissement régulier de la motilité volontaire. M. Ferrier accepte cette opinion : « des lésions destructives du corps strié chez l'homme, dit-il, produisent l'hémiplégie du côté opposé, la sensibilité restant intacte ». Et il ajoute : « ce fait est considéré comme l'un des mieux établis de la pathologie cérébrale humaine » (1). La physiologie expérimentale confirmerait du reste, d'après cet auteur, les données de l'observation clinique : l'excitation électrique du corps strié donnerait lieu à de violentes contractions musculaires du côté opposé du corps (2). Ces opinions reposent sur une analyse incomplète des faits. Les auteurs qui les ont émises ou acceptées n'ont pas suffisamment distingué, dans leurs expériences ou dans leurs observations cliniques, les noyaux striés proprement dits, de la capsule interne qui les sépare. La capsule interne, en effet, est extrêmement excitable (Franck et Pitres), et ses lésions destructives s'accompagnent toujours de troubles permanents de la motilité (Charcot, Vulpian). Les noyaux gris, au contraire, sont inexcitables (Franck et Pitres) et leurs lésions ne déterminent pas de paralysie, si elles sont rigoureusement limitées à la substance grise et n'atteignent pas, directement ou par compression, la capsule interne voisine (Charcot). Il existe déjà dans la science un bon nombre d'exemples de lésions isolées des noyaux striés sans hémiplégie. Il n'est pas douteux que ces faits se multiplieront, si on les note avec le même soin qu'on a apporté depuis quelque temps à recueillir les exemples de lésions corticales.

La quatrième observation est un de ces exemples de lésions corticales. Destruction étendue de la zone motrice et de la troisième circonvolution frontale : hémiplégie persistante et aphasie. Le rapport entre les lésions et les symptômes est tout à fait régulier.

La cinquième observation mérite une analyse un peu plus détaillée. Les principaux symptômes cliniques étaient une hémiplégie droite persistante avec hémianesthésie. Ces symptômes s'expliquaient parfaitement par la lésion étendue de la capsule interne et du pied de la couronne rayonnante. Mais le malade avait aussi présenté de l'aphasie, et la troisième circonvolution frontale gauche paraissait, extérieurement, tout à fait normale. Ce fait n'est pourtant pas en opposition avec les lois de la localisation de l'aphasie, ainsi qu'on pourrait le supposer d'après une observation superficielle. Sur des coupes méthodiques, en effet, on reconnut que le foyer principal de ramollissement, qui siégeait au niveau du tiers moyen de la capsule interne, se prolongeait en avant presque dans le faisceau pédiculo-frontal inférieur, détruisant ainsi les fibres qui mettent en communication la substance grise du pied de la troisième circonvolution frontale gauche avec les autres parties de l'encéphale. Or, je crois avoir démontré dans le cours de mes recherches sur les réactions pathologiques du centre ovale, qu'une lésion destructive du faisceau pédiculo-frontal inférieur, du côté gauche, provoque l'aphasie tout aussi sûrement qu'une lésion destructive corticale du pied de la troisième circonvolution frontale gauche. J'ajoutais même, après avoir signalé quelques cas complexes très analogues à celui qui nous occupe actuellement : « il se peut qu'une grosse lésion du lobe pariétal se termine en pointe dans ce faisceau, et si l'on n'étudie pas avec le plus grand soin la topographie des altérations, on sera exposé à ne voir que la partie la plus grossière des lésions, et à considérer comme contradictoire un fait qui, même observé, aurait au contraire confirmé les lois de la localisation de l'aphasie » (1).

La sixième observation se rapporte à un cas de monoplégie brachiale pure, par lésion du centre ovale. Dans ce cas, comme dans celui qui a été publié par A. Frey, il existait, dans le faisceau pédiculo-frontal moyen, un foyer de ramollissement limité. La concordance de la topographie des lésions dans ces deux observations a, ce me semble, une sérieuse importance.

Les faits complexes, dans lesquels il existe des lésions multiples, ne sont généralement pas favorables à l'étude des localisations cérébrales. Néanmoins, ils se présentent quelquefois avec de tels caractères de netteté, qu'on ne saurait leur refuser une certaine valeur. Tel est le cas pour notre septième observation. Si l'on veut bien la dégager des détails secondaires, on peut la résumer en deux lignes : lésion destructive de la zone motrice à droite, hémiplégie gauche, lésion destructive siégeant en dehors de la zone motrice à gauche, absence de paralysie du côté droit. De telle sorte que cette seule observation confirme les deux principes fondamentaux sur lesquels repose toute la doctrine des localisations motrices.

Avant de terminer ce travail, je désire attirer l'attention sur l'état de la moelle épinière à la suite des lésions corticales anciennes. Trois des observations qui précèdent peuvent être utilisées pour cette étude. (Obs. I, IV et VII). Dans la première, il existait un ramollissement ancien des lobes pariétal et sphénoïdal et, malgré l'étendue et l'ancienneté de cette lésion, il n'y avait aucune trace de dégénération secondaire dans la moelle. Dans l'obs. IV, un ramollissement ancien occupait la partie inférieure de la zone motrice, et la moelle présentait une large bande de dégénération secondaire dans le cordon latéral du côté opposé. Enfin, dans l'obs. VII, dans laquelle il y avait une lésion corticale grossière sur chaque hémisphère, la dégénération secondaire de la moelle n'existait que du côté opposé à l'hémisphère atteint, au niveau de la zone motrice. Ces faits concordent donc parfaitement avec ceux qui ont déjà été publiés à ce sujet : ils tendent tous à démontrer que les dégénérations secondaires de la moelle ne se produisent, à la suite des lésions corticales du cerveau, que lorsque ces lésions siègent dans la zone motrice.

(1) Ferrier. — *Fonctions du cerveau*. Paris, 1878, p. 381.
(2) Ferrier. — *Loc. cit.*, p. 358 et 381.

(1) A. Pitres. — *Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux, étudiées au point de vue de la localisation cérébrale*. Paris, 1877, p. 93.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'éclairage par la lumière électrique (1).

Nous avons exposé les faits qui militent pour l'un et pour l'autre des systèmes, mais nous résumons nos sensations optiques en disant que dans l'avenue de l'Opéra, la photophobie ne se présente pas, même en crainte, à l'esprit, tandis que, dans la rue du Quatre-Septembre, l'œil le plus robuste éprouve le besoin de protéger sa pupille en contractant les sourcils ou en avançant la coiffure. Sous les globes Jablochkoff, le regard plonge au loin, sans fléchir, au milieu d'une lumière égale; l'œil n'est pas blessé par des scintillements inégaux arrivant de tous côtés; avec le gaz, les objets voisins sont fortement éclairés, mais les candélabres peu élevés limitent l'horizon; les réflecteurs rejettent toujours le regard vers le sol. La zone lumineuse est infiniment moins étendue.

Arrivons à des contrôles plus positifs: à l'appréciation des deux éclairages dans leurs rapports avec l'acuité visuelle et le pouvoir distinctif des couleurs.

Des recherches précises ont été faites en Allemagne à ce sujet, par plusieurs physiologistes.

Meyer, comparant physiquement la lumière électrique à celle du soleil, la trouve légèrement jaune; contre celle du gaz, elle devient de ton bleuâtre violet. C'est bien en effet ce qui résulte de l'éclairage des rues de l'Opéra et du Quatre-Septembre à Paris.

Cohn affirme que l'acuité visuelle au gaz, comparée à celle du jour, baisse dans les environs de 1/10 à 5/10, tandis que, au contraire, par l'éclairage électrique, cette même acuité s'élève de 1/10 à 5/10 suivant l'échelle Snellen, et de 3/10 à 8/10 suivant celle de Burchardt.

La lumière électrique améliore toujours le sens des couleurs, comparativement à la lumière du jour, pour le rouge, le vert, le bleu et le jaune, et, ce, dans des proportions qui varient de 1 à 2, 3 et même 4 pour le rouge.

Comparativement au gaz, la lumière électrique améliore toujours aussi le sens des couleurs, et, ce, dans les proportions suivantes :

Pour le rouge, de 2 à 6. — Le vert, de 2 à 4. — Le bleu, de 1.5 à 2. — Le jaune, de 2 à 5.

Il faut nous hâter de dire que ce sont là des expériences de cabinet, et nous devons avouer qu'elles n'ont pas été confirmées parce que nous avons constaté cette année même à l'exposition de peinture et de sculpture. Nous nous attendions, après la lecture des recherches de Cohn, à rencontrer tout au moins un effet original dans cet éclairage des tableaux. Notre désillusion n'a pas été longue à se produire.

Au palais de l'Industrie, les salons de petite dimension étaient éclairés à leur centre par deux bougies Jablochkoff dans des globes opaques. Les grands salons du milieu et des extrémités par des candélabres analogues à ceux de l'avenue de la place de l'Opéra. Malgré cet éclairage en apparence très intense et qui permettait aisément la lecture, les tableaux étaient méconnaissables. L'impression générale qui se produit est celle d'une teinte noire uniforme répandue sur tous les tons. Est-ce la mauvaise disposition des foyers lumineux qui fournissent des reflets insupportables? Est-ce faiblesse même de l'éclairage? Nous inclinons plutôt à cette dernière cause; car nous avons pu reconnaitre que certains tableaux, placés à deux mètres seulement des bougies Jablochkoff, perdaient cette teinte noirâtre si malheureuse et regagnaient une partie de leur valeur. L'effet d'extinction était surtout nuisible pour les deux grandes toiles du vestibule. Ces deux peintures représentant : l'une, une rue de Naples; l'autre, une martyre chrétienne, produisaient sous l'éclairage du soleil par en haut et vues de loin à travers un espace sombre, un très puissant effet de perspective et de relief. Le soir, à la lumière électrique, elles étaient plates, enfumées, sans fraicheur ni coloris.

Au rez-de-chaussée, à la sculpture, l'effet devenait plus déplorable encore. La lumière électrique n'y était pas tamisée par les globes opaques, mais seulement par du verre dépoli. Les bougies Jablochkoff, évaluables à peu près à 150, produisaient un scintillement rouge, violacé, inévitable, et des plus pénibles. L'œil s'élevant à la hauteur des statues rencontrait fatalement toute la série des étincelles, et se détournait ébloui. Les statues elles-mêmes étaient transformées; le marbre avait perdu son ton brillant, le modelé disparaissait, les ombres portées de tout côté, avec trop de vigueur, coupaient les régions et les formes avec une crudité intolérable. C'est donc avec raison que l'Administration avait récusé ce mode d'éclairage, incontestablement mal organisé.

Est-ce à dire que le gaz eût donné de meilleurs résultats? Il faudrait, pour en juger, disposer de la même façon les nouveaux pots à feu de la rue du Quatre-Septembre. Involontairement en effet, on se reporte aux éclairages des tableaux dans les vitrines des magasins, où l'effet sous un réflecteur et dans un milieu ambiant obscur, est peut être plus fort qu'en plein soleil. Il faut citer toutefois en compensation pour l'électricité, les effets obtenus au théâtre par les projections de la lumière électrique sur les groupes d'apothéose.

Il y a là, assurément, des propriétés différentes, utilisables des deux côtés : au gaz, comme on le dit, la chaleur des tons; à la lumière électrique cette espèce de phosphorescence qui la rapproche de la clarté lunaire.

Nous n'avons pas encore dit un mot de l'objection principale, du danger pour la vue qui proviendrait de l'usage de cette lumière électrique. Peu d'écrits ont été publiés sur ce point, et, à part un mémoire assez ancien de Regnault, reproduit dans une conférence récente du professeur Bouchardat, les données positives sont excessivement rares. Les observations cliniques font à peu près défaut, et tout se borne à une sorte de légende. Regnault, se servant d'un verre d'urane pour rechercher les rayons chimiques ultra-violets de l'étincelle électrique, avait placé dans cette zone les différents corps dont il voulait reconnaitre la fluorescence. Il avait ainsi reconnu que la cornée était peu fluorescente, que le cristallin, le corps vitré, et la rétine l'étaient à divers degrés. Il en concluait que l'ébranlement de ces tissus vivants, produit par la lumière électrique, devait être excessivement dangereux. Les analyses spectrales ont démontré en effet que la lumière électrique, non tamisée, était très riche en rayons chimiques, que cette lumière donnait des raies

(1) Voir le nº 31

brillantes, caractéristiques des métaux en vapeur fournis par les brûleurs, et suivant le milieu où s'effectuait la combustion. C'est ainsi que l'étinceile est violette dans l'air, blanche dans l'oxygène, rouge dans l'hydrogène.

Mais, de là à démontrer réellement le danger de l'éclairage électrique, la distance est grande et les rapports sont loin d'être établis.

Et d'abord, l'analyse de ces rayons électriques tamisés par des globes dépolis ou opaques n'a pas été faite : or, il serait avant tout nécessaire de savoir si elle contient autant de rayons chimiques. Il faut avouer, cependant, que tous les essais présentés pour faire traverser aux rayons des substances colorées vertes ou jaunes ont été négatifs, par la diminution trop considérable qu'elles imposent à l'intensité lumineuse.

Observons les faits cliniques. On a dit que les maladies qui résulteraient de l'ébranlement de la rétine par cet agent seraient d'autant plus dangereuses qu'elles seraient plus longues à se produire. Eh bien, il existe à Paris, aux magasins du Louvre, des galeries éclairées depuis deux ans par les bougies Jablochkoff; et ce, souvent à partir de une ou deux heures de l'après-midi jusqu'à neuf heures; or, dans ces galeries, depuis cette époque, il ne s'est jamais rencontré aucune affection de la vue et personne ne s'est jamais plaint de cet éclairage. Au contraire, tout le personnel est unanime à reconnaître la supériorité de la lumière électrique sur celle du gaz, sous le rapport de la facilité à distinguer les couleurs, et surtout à cause de l'absence de tout rayonnement calorique. Nous croyons même inutile d'insister sur ce point, d'importance majeure, tellement est évidente la supériorité de l'éclairage électrique pour l'hygiène des appartements et du sol même.

Un des ingénieurs les plus distingués de la Société Jablochkoff, M. Street, qui a bien voulu nous initier aux détails de cette invention, nous a donné la liste des établissements éclairés en 1879 par l'électricité : l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, le Danemark, l'Amérique, les Indes, le Mexique, la République Argentine, la Russie surtout, usent largement de ce mode d'éclairage. Les gares, les filatures, les chantiers, les usines, les grands ateliers (forges, fonderies, teintureries et blanchisseries) l'emploient sur la plus grande échelle. On compte en France plus de 60 établissements, et, à l'étranger, plus d'une centaine où l'électricité rend d'incontestables services, compensant par la facilité et la perfection du travail une grande partie des premiers frais d'installation.

Or, depuis la généralisation de cet éclairage, à part une ou deux observations d'érythème, de conjonctivite, maladies légères, externes, et produites aussi souvent par le charbon ou le gaz, depuis 4 ou 5 ans, aucun journal de médecine ou d'ophthalmologie n'a publié de cas de lésions internes provenant de l'usage de cette lumière électrique. Et cependant les prophéties ont été effrayantes? Les rayons chimiques ultra violets, ébranlant fortement les molécules du tissu nerveux, devaient conduire à un épuisement amaurotique incurable. Où sont les observations? La bibliographie allemande, si minutieuse, est absolument muette à cet égard, et l'on peut affirmer, dès aujourd'hui, que de tels accidents seront beaucoup plus rares que les faits analogues provenant de la fatigue de l'organe avec le gaz ou l'huile. M. Boulard, qui a fait dans la Revue scientifique une comparaison impartiale des deux procédés, n'a reproduit aucun cas de lésion de l'œil par l'éclairage Jablochkoff. Javal, écrivant après Bouchardat, arrive aux mêmes conclusions que nous : « le public ne s'est pas plaint; et les physiciens qui s'occupent spécialement de l'examen de la lumière électrique n'ont pas été incommodés. » Le directeur du laboratoire de la Sorbonne n'est même pas persuadé que l'absence des rayons chimiques soit un avantage pour la vision; quant à nous, nous les jugeons nécessaires

Il ne faut donc pas attacher une grande valeur aux plaintes formulées par Regnault et partagées par M. Bouchardat.

C'est qu'en effet, nous ignorons le premier mot de l'action réciproque du milieu de l'œil et des rayons lumineux. A peine quelques expériences ont-elles démontré la résistance extraordinaire de cet organe aux rayons caloriques : quant aux autres parties du spectre, quant à l'effet produit sur la rétine vivante par les terribles rayons ultra violets, nos connaissances sont absolument nulles. Depuis Regnault, Bohl (de Rome) a démontré, dans la rétine, la présence d'une matière colorante qui joue le plus grand rôle dans l'acte visuel. Si les physiologistes ne sont pas d'accord sur l'utilité du rouge rétinien, ils reconnaissent tous qu'il existe dans les bâtonnets une matière colorante, qui se rattache, en première ligne, à la sensation visuelle. Or, il faudrait savoir, avant tout, comment agissent les rayons chimiques sur cet écran photographique vivant, dont Bohl et Kuhn ont démontré toute l'importance. Javal a, du reste, proposé l'usage des verres jaunes, qui arrêtent passablement les rayons chimiques, pour les personnes trop sensibles à l'éclairage électrique. Mais cet auteur accuse surtout, dans l'hygiène oculaire, la parcimonie, la faiblesse de l'intensité lumineuse ordinairement employée dans les maisons privées ou les écoles. Or, nul autre mode d'éclairage ne répond plus victorieusement à ce reproche que la lumière électrique.

Ajoutons, enfin, que les progrès réalisés jusqu'ici ne constituent pas le dernier mot de la science, et des perfectionnements se produisent, de tous côtés, dans le mode de production, dans la distribution, et dans le prix de cet éclairage.

M. Jamin, professeur à l'Ecole polytechnique, a dernièrement fait connaître les perfectionnements qu'il avait atteints : bien que les résultats énoncés par le savant académicien aient été appréciés avec aigreur dans la presse, nous énoncerons ceux qu'il a consignés dans son programme et réalisés, sous nos yeux, à sa conférence.

La nouvelle bougie ressemble à un fer à cheval, a convexité inférieure, au centre duquel descendent les brûleurs, reliés sur les deux branches de fer par une armature. Le courant qui allume les brûleurs passe dans le fer à cheval et dirige la flamme vers le bas. D'après certains électriciens, ce courant ne serait pas nécessaire à la direction inférieure de la flamme, et, suivant M. Hospitalier, la bougie Wilde fonctionnerait de cette façon.

M. Jamin a démontré, en outre, que toutes les lampes placées dans le même circuit peuvent être éteintes et ral-

lumées comme on veut, et automatiquement. La lumière peut être aussi augmentée et diminuée, au point d'arriver à la faible intensité d'une veilleuse. Quand l'une des lampes est consumée, elle s'éteint, et la voisine s'allume d'elle-même.

Un appareil, inventé par Reynier, allume, même automatiquement, une lampe de rechange quand une bougie s'est éteinte.

Nous avons indiqué déjà la puissance donnée aux petites machines ordinaires de Gramme, en augmentant la rotation; M. Jamin ajoute qu'il est possible de conduire la lumière à quatre kilomètres, avec un fil de cuivre de un millimètre de diamètre, et quatre fois plus loin avec un fil de deux millimètres.

Ces avantages ne s'obtiennent pas, il est vrai, jusqu'à présent, sans présenter de graves inconvénients : deux hommes ont été tués, l'un à Lyon, l'autre à Birmingham, par des décharges de fils desservant des éclairages à haute tension; mais il suffit que le danger soit connu pour que des modifications soient rapidement trouvées, qui pareront à ces dangers.

Aucun électricien n'a jugé nécessaire d'aborder le côté hygiénique de la question. Toutefois, au cours de la démonstration, M. Jamin l'a jugée d'un mot : « L'expérience, a-t-il dit, a démontré que cette lumière n'était pas nuisible à l'œil. » Dans l'usine de la société Jablochkoff, nous avons interrogé les ouvriers qui sont chargés de vérifier les intensités lumineuses produites par les bougies et les courants. Ces expériences se font, il est vrai, derrière des verres de couleur verts, jaunes, bleus, etc., mais l'œil, pendant la moitié du temps, est en rapport direct avec l'étincelle. Or, dans ce petit département de l'usine, aucune maladie de l'organe n'a été constatée.

Si donc on veut bien se souvenir que le gaz, que le soleil surtout, dont personne ne niera la perfection, que tous les foyers lumineux amènent une fatigue rétinienne, une congestion de l'organe, quand on les fixe trop longtemps, il faudra reconaître que l'étincelle électrique ne présente pas de conditions particulièrement dangereuses pour la vue. La physiologie de cette action nous est encore inconnue dans ses détails, mais les résultats pratiques peuvent s'enregistrer dès maintenant, et tous les témoignages de l'ouvrier et du savant confirment l'innocuité de cette nouvelle lumière de l'avenir.

F. Poncet (de Cluny).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 *juillet* 1880. — Présidence de M. de Sinéty.

MM. Bourneville et d'Olier présentent à la Société les résultats des recherches qu'ils poursuivent, depuis deux mois, sur l'*action physiologique du bromure d'Ethyle* dans l'*hystérie* et l'*épilepsie*. Leurs observations peuvent être divisées en trois groupes :

1° *Action sur les attaques d'hystérie.* Le médicament administré, à plusieurs reprises, à cinq hystériques mâles de Bicêtre et à des malades de la Salpêtrière a presque constamment amené la cessation des phénomènes convulsifs, et plusieurs fois, chez deux malades, le passage rapide du clownisme au délire. — 2° *Action sur les accès d'épilepsie.* L'inhalation du bromure d'Ethyle, commencée dès la période tonique, a, dans trois cas, produit en quelques secondes la résolution musculaire ; dans d'autres cas, la durée et l'intensité des convulsions ont paru diminuer ; dans quelques cas, enfin, la médication est restée sans effets appréciables. — 3° *Action sur l'épilepsie.* Sur dix épileptiques, dont cinq adultes et cinq enfants, soumis depuis deux mois à une inhalation quotidienne de bromure d'Ethyle poussée jusqu'à l'anesthésie et, dans plusieurs cas, prolongée jusqu'à vingt minutes, cinq ont présenté en juin une diminution considérable du nombre des accès (4 à 41 accès de moins qu'en mai). La différence s'est encore accentuée en juillet (12 à 21 accès de moins qu'en juin). Des différences analogues ressortent des comparaisons avec les mois de juin et juillet 1879.

MM. Bourneville et d'Olier ont également observé les modifications produites dans l'état général et les différents appareils. — La température a présenté, dans cinq cas, un abaissement de moins d'un demi-degré pendant l'inhalation. Immédiatement après l'inhalation, elle est revenue à la normale, qu'elle a quelquefois un peu dépassée. Le pouls, dans les cinq cents expériences faites, a présenté presque constamment une légère exacerbation pendant l'inhalation ; six fois, il y a eu un léger ralentissement. La respiration a presque toujours été comme le pouls, un peu accélérée à la même période. Un larmoiement assez abondant a été noté chez presque tous ces malades. L'urine, dont la quantité n'a pas paru varier, n'a jamais contenu ni sucre ni albumine. Enfin, sur les dix malades observés, deux ont présenté pendant les quinze derniers jours, au moment de l'inhalation, de la rigidité des membres, accompagnée de tremblement, et surtout marquée aux membres supérieurs. La nutrition générale ne paraît pas avoir souffert de ce traitement ; cinq malades sur dix ont présenté, au bout de deux mois, une augmentation de poids variant de 1 à 9 kilogr.

M. de Sinéty fait une communication relative à l'*histologie des glandes vulvo-vaginales*.

Contracture provoquée chez les animaux. — M. Fr. Franck a cherché à provoquer l'apparition de la contracture chez des chiens qui avaient subi, au préalable, la section de la moelle au-dessous du bulbe ou à la région dorsale. Il y est parvenu, en frappant avec un marteau, une série de petits coups successifs sur le ligament rotulien. La percussion détermine dans les muscles du membre une contracture complète qui dure 2 ou 3 minutes. On sait que, chez les animaux atteints d'une lésion ancienne de l'écorce cérébrale, une faible dose de strychnine suffit pour amener de la contracture. Chez ces mêmes animaux, le membre se raidit à la suite d'une série de percussions de la rotule. Au contraire, les animaux sains résistent parfaitement à l'action d'une faible dose de strychnine, comme aux percussions répétées de la rotule. Les faits de contracture signalés par M. Franck sont donc constamment en rapport avec une lésion médullaire.

Réfrigération artificielle. — M. Franck signale ensuite quelques particularités intéressantes qui l'ont frappé dans le cours des expériences sur le refroidissement artificiel des animaux. On se rappelle que M. Franck enferme dans une caisse métallique, autour de laquelle circulent constamment des courants d'eau froide, l'animal dont il veut abaisser la température. Or, voici le fait, en apparence paradoxal, qui se produit pendant la durée du refroidissement : il survient un moment où la température de l'oreille est supérieure à la température du rectum. C'est lorsque la température rectale est descendue à 23 ou 22 degrés, que l'oreille paraît bien plus chaude. Cela provient de ce que la courbe d'abaissement est bien plus lente pour l'oreille que pour le rectum. M. Franck a trouvé de ce fait une explication bien naturelle. Tandis que le corps de l'animal en expérience, est enfermé entièrement dans la caisse, c'est-à-dire dans un milieu à 4 degrés, les oreilles émergent au dehors et sont en rapport avec l'air ambiant qui, dans le laboratoire du Collège de France, en hiver, se maintient constamment aux environs de 16 degrés. De là, l'inégalité

dans les courbes d'abaissement pour deux parties différemment disposées.

M. Dumontpallier fait observer que, chez l'homme, l'abaissement de la température se fait régulièrement sur tous les points du corps jusqu'à 15° au-dessous de la normale. Si l'on dépasse cette limite, la température axillaire remonte avant la température rectale. De plus, M. Dumontpallier déclare que ses expériences l'ont amené à cette conviction, que la réfrigération artificielle a pour effet d e diminuer les combustions de l'économie. Par suite, la théorie de la fièvre, telle que M. Marey l'a exposée, ne serait pas exacte dans tous les cas. Car, dit M. Dumontpallier, en déterminant chez l'homme, soumis à la réfrigération, la contraction des vaisseaux périphériques et le frisson, on observe un abaissement et non une élévation de la température.

M. Franck objecte à cela qu'il n'y a aucune assimilation à établir entre le fait qui se produit chez l'individu fiévreux qui concentre sa chaleur, et le fait, bien différent, qui se produit chez l'individu soumis à la réfrigération, lequel perd sa chaleur au lieu de la concentrer.

M. Joffroy tient à déclarer que la question soulevée lui paraît très complexe. Ainsi, en même temps qu'on enlève de la chaleur à un individu en le plaçant sous la douche, on peut aussi en produire, si bien que l'individu douché accuse définitivement une élévation de température.

M. Laborde se plaint que l'on confonde souvent la température centrale et la température rectale. Pour lui, la température de l'ampoule rectale, à l'état normal, n'est pas du tout la température centrale. La vraie température centrale serait plutôt la température de l'intérieur du thorax, du sang et surtout des muscles. Ch. Ayezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 août 1880. — Présidence de M. Roger.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la division de pathologie chirurgicale. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : En 1re ligne M. Azam, en 2e ligne M. Desgrange, en 3e ligne M. Bourgnes, en 4e ligne M. Delore, en 5e ligne M. Michel, en 6e ligne M. Cazin. M. Erhmann est adjoint à la liste du comité, sur la demande de l'Académie.

Au 1er tour de scrutin, 55 suffrages sont exprimés. La majorité étant de 28, M. Azam obtient 25 voix, M. Erhmann 19, M. Desgranges 6, M. Cazin 4 et M. Delore 1. Au 2e tour, 49 suffrages sont exprimés. La majorité étant de 25 M. Azam obtient 29 voix et M. Erhmann 20. En conséquence, M Azam ayant recueilli la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie de médecine.

M. Bouley, au nom de M. Toussaint, vient donner lecture des procédés employés par M. Toussaint pour la *vaccination dans les maladies charbonneuses*. L'Académie remercie M. Toussaint d'avoir bien voulu la renseigner sur les moyens qu'il a mis en usage dans ses diverses expériences, et rend hommage au savant distingué, qui, devant les sentiments de susceptibilité manifestés dans la dernière séance à l'occasion du pli cacheté remis par lui, n'a pas hésité à rendre publics ses procédés spéciaux d'expérimentation.

M. Bouis lit un rapport sur les *eaux minérales*.

M. L. Labbé communique une note relative à une modification apportée dans le *Manuel opératoire de l'hystérectomie appliquée aux tumeurs fibreuses*, (exsanguification de la tumeur.) La gastrotomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, est une opération qui n'est plus contestée aujourd'hui. La note de M. Labbé, communiquée à l'Académie, n'a donc pas pour but de faire connaître cette opération, mais simplement de décrire une modification importante qu'il a introduite dans le procédé opératoire. La quantité de sang contenue dans ces énormes tumeurs de l'utérus est toujours considérable, et il est incontestable que la perte de ce sang, par le fait de l'ablation de la tumeur, est un facteur dont il est impossible de ne pas reconnaître l'importance, surtout, si l'on considère que l'extirpation de ces tumeurs a presque toujours lieu chez des femmes qui sont déjà dans un état de cachexie avancée.

Se basant sur le principe qui avait conduit Esmarch à appliquer un bandage compressif sur les membres à amputer, M. Labbé a pensé qu'on pourrait utiliser le même bandage, pour refouler dans la circulation générale le sang contenu dans les grosses tumeurs de l'utérus. La malade sur laquelle il a eu l'occasion d'appliquer pour la première fois ce principe, se trouvait dans un état déplorable avant l'opération, et elle a succombé six jours plus tard à des accidents septicémiques. Mais M. Labbé a pu constater que l'énorme fibrome sur lequel la compression avait été pratiquée était complètement exsangue, et que plus d'un litre de sang avait pu ainsi être restitué à l'organisme.

L'idée théorique qui avait conduit M. Labbé à appliquer la bande d'Esmarch, pour restituer à la circulation générale, lors de leur extirpation, le sang contenu en si grande abondance dans les fibro-myomes utérins, a trouvé sa justification d'une façon très nette dans le cas qui a été rapporté à l'Académie. La conformation particulière de la tumeur a fait qu'aucune manœuvre bien spéciale n'a dû être mise en usage ; mais, si l'on avait affaire à une tumeur de forme régulière, on pourrait craindre, à juste raison, que l'application. de la bande élastique ne présentât quelques difficultés. Dans ce cas, pour arrêter la bande et lui donner un point d'appui, on devrait traverser la tumeur, près de son sommet, par une ou plusieurs longues aiguilles métalliques. Plusieurs de ces aiguilles pourraient même être placées à des hauteurs diverses, de manière à donner des points d'appui à la bande et à empêcher son glissement.

M. Labbé conclut de ce qui précède : 1° Qu'il doit y avoir un avantage réel, dans les opérations de fibro-myomes utérins volumineux, enlevés par la gastrotomie, à restituer à la malade la quantité toujours abondante de sang contenu dans ces tumeurs ; 2° Que cette *exsanguification* peut être obtenue d'une façon complète, en appliquant sur la tumeur la bande d'Esmarch ou toute autre bande douée de propriétés élastiques. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 janvier 1880. — Présidence de M. Charcot.

23. Coup de canne à épée dans le flanc droit. Plaie du foie, du diaphragme et du cœur. Delirium tremens. Mort le huitième jour après la blessure; par Ad. Jalaguier, prosecteur de la Faculté.

Le nommé Grandelaude, employé chez un marchand de vins, reçut, dans la soirée du 10 décembre 1879, un coup de canne à épée dans le côté droit, il ne tomba pas et vit parfaitement son agresseur essuyer son arme, la remettre au fourreau et prendre la fuite; il perdit à peine quelques gouttes de sang, et se croyant très légèrement blessé, il rentra chez lui et resta couché jusqu'au 12 décembre. Le soir, le commissaire de police le fit transporter à l'Hôtel-Dieu où il fut admis, salle St-Landry, n° 6, service de M. le professeur Richet. L'interne de garde le trouva avec une plaie fort minime, en voie de cicatrisation, et se borna à pratiquer l'occlusion.

Le blessé passa une très bonne nuit, et le 13 décembre, à la visite, il était dans un état fort peu inquiétant : calme et sans aucune fièvre, il assurait ne point éprouver de souffrance, sauf peut-être une très faible douleur à la pression dans la fosse iliaque droite ; il disait avoir reçu un coup de pied dans cette région, le ventre était très légèrement ballonné. M. Richet, après avoir attentivement examiné le malade, fut d'avis que la plaie n'était pas pénétrante, ou que tout au moins aucun viscère n'avait été lésé. Il se borna à appliquer un bandage de corps et ordonna le repos au lit.

M. le professeur Brouardel, vit le blessé quelques instants plus tard, fit un examen très complet de tous les organes ; consulta le cœur et n'entendit rien d'anormal. En présence d'un tel état de choses, il partagea complètement l'avis du

professeur Richet, et porta comme lui un pronostic des moins alarmants.

La journée du 13 décembre se passa bien ; mais, dans la soirée, apparut un peu d'agitation qui augmenta pendant la nuit; le malade sortit de son lit à plusieurs reprises et dut être recouché de force. — Le calme reparut vers le matin.

Le 14, à l'heure de la visite, il était debout et demandait son exeat qui lui fut refusé.

Le soir, les symptômes d'un délire alcoolique se montrèrent très-nettement; et le 15 on dut lui appliquer la camisole de force.

Malgré l'opium, qui lui fut administré à haute dose, dans du vin, les accidents augmentèrent rapidement, ils atteignirent le 16 décembre une violence extrême.

Le 17 au matin, après une nuit des plus mauvaises, le malade fut comme frappé de stupeur; et quelques instants plus tard, à la visite, on le trouve immobile, la face grippée, cyanosée très légèrement, les extrémités froides, le pouls petit, misérable.

On était depuis quelques jours bien loin de penser à une plaie du cœur. On crut à une péritonite. Une heure plus tard Grandclaude succombait.

Autopsie. — Le cadavre fut transporté à la Morgue et l'autopsie à laquelle nous avons assisté, fut pratiquée par M. Brouardel, qui a bien voulu nous confier les pièces que nous avons présentées à la Société anatomique et nous communiquer les résultats de son examen nécroscopique : nous les reproduisons ici.

On ne trouve sur la peau du corps qu'une seule trace de violence; elle siège dans le flanc droit, à 13 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et à un centimètre en avant d'une ligne verticale passant par cette épine; en ce point, existe une petite croûte noirâtre triangulaire, mesurant 3 à 4 milimètres dans son plus grand diamètre En enlevant cette croûte, on trouve qu'elle est doublée par du tissu cicatriciel, au milieu duquel il est impossible de retrouver le trajet qu'aurait suivi l'instrument vulnérant.

Sur la face interne de la paroi abdominale, sur sa surface péritonéale, on voit un point rouge au niveau duquel le péritoine est éraillé. Ce point indique le siège de l'orifice par lequel l'instrument vulnérant a pénétré dans l'abdomen. Cette petite plaie interne, de mêmes dimensions que l'externe, est cicatrisée, elle est située à 4 centimètres en dedans. L'instrument a donc été dirigé obliquement de bas en haut, et de dehors en dedans.

Sur la face convexe du foie, à deux centimètres au-dessus de son bord antérieur, à droite du point correspondant à la vésicule biliaire, on trouve sur le péritoine un orifice analogue à celui qui existait sur la face péritonéale. Par cet orifice, un stylet introduit sans effort pénètre et ressort à la face concave du foie, à gauche de la vésicule, dans le sillon des vaisseaux sanguins et biliaires. Les bords de ce trajet sont à peine rouges. Le trajet dans le lobe de Spigel n'a pu être retrouvé.

Sur le diaphragme, à 4 cent. 1/2 en avant et en dedans de l'orifice diaphragmatique de la veine cave inférieure, il existe sur ce muscle un petit orifice à bords saillants, mesurant 2 millimètres de diamètre; en saisissant entre les doigts ce point, on constate nettement l'induration de ses bords, causée par le travail de cicatrisation.

Dans le médiastin postérieur, au point de réflexion du péricarde sur les grands vaisseaux du cœur, il y a une large ecchymose.

La face inférieure et postérieure du péricarde présente un orifice analogue. Sur la face postérieure du *ventricule gauche*, à un demi-centimètre à gauche de la veine coronaire postérieure, et au milieu du diamètre longidudinal de ce ventricule, on voit un petit orifice arrondi mesurant à peine 2 milimètres, et dans lequel une sonde cannelée s'introduit par sa seule pesanteur à une profondeur d'un centimètre et demi.

En ouvrant le ventricule, on trouve l'orifice interne de cette perforation situé à la partie postérieure du ventricule gauche, sur le bord de la cloison interventriculaire. L'épaisseur de la paroi du ventricule, au niveau de la perforation, mesure un demi-centimètre d'épaisseur, le trajet à travers la paroi musculaire du cœur est ecchymotique.

Sur le pilier antérieur de la valvule mitrale, on trouve sous l'endocarde, un caillot fibrineux, presque blanc, mesurant 3 milimètres à la surface de l'endocarde, et se terminant en pointe à une distance de 8 millimètres, près de la face antérieure et supérieure du ventricule. Ce petit thrombus forme une sorte de pyramide à trois pans, à base endocardique.

Ces diverses lésions indiquent le trajet suivi par l'instrument vulnérant. Celui-ci a perforé obliquement la paroi abdominale de bas en haut, de dehors en dedans, et d'avant en arrière. Il a traversé le foie, le diaphragme, le ventricule gauche du cœur; la pointe s'est arrêtée dans le pilier antérieur de la valvule auriculo-ventriculaire du cœur gauche. Le trajet total ne mesure pas moins de 23 centimètres.

La cavité du péritoine et celle du péricarde sont remplies par du sang fluide, non coagulé. Dans le péricarde, on en trouve 150 à 200 grammes. Dans le péritoine, au moins 500 à 600 grammes, collecté, pour la plus grande partie, dans la cavité du petit bassin. Les anses intestinales, notamment celles du gros intestin sont distendues par les gaz. En aucun point, il n'existe d'inflammation du péritoine ou du péricarde. Les autres organes sont sains.

Cette observation nous paraît mériter d'attirer l'attention à plusieurs points de vue. Et d'abord, l'absence de tout accident pendant une semaine, à la suite de lésions aussi graves du foie et du cœur. Sans doute, les faits ne manquent pas, où l'on a noté la survie pendant huit ou dix jours après des plaies du cœur. C'est même ce qui arrive assez ordinairement, surtout quand il s'agit de plaies par instruments piquants et d'un petit volume. — Cependant, n'oublions pas la gravité immédiate beaucoup plus grande des plaies du ventricule droit. Ollivier (d'Angers), dans sa statistique, a donné les proportions suivantes : sur 12 plaies du ventricule gauche, 9 ont été suivies de mort immédiate; dans 3 cas seulement la mort n'est arrivée qu'un peu plus tard. Tandis que sur 24 cas de blessures isolées du ventricule droit, 2 seulement ont causé la mort en moins de 48 heures; pour les autres, la vie s'est prolongée du quatrième au huitième jour. Jamain, dans sa thèse d'agrégation, est arrivé à des résultats analogues : on a vu la mort immédiate ou très rapide pour le ventricule droit; 6 fois sur 43 cas; et pour les plaies du ventricule gauche, 6 fois sur 28 cas. La différence au point de vue de la léthalité immédiate pour les plaies des deux ventricules, quoique moins considérable que dans la statistique précédente, est encore très marquée. — L'observation que nous rapportons vient donc augmenter le nombre, assez restreint, des faits où une blessure du ventricule gauche a permis la vie pendant plusieurs jours; et le cas est d'autant plus remarquable, qu'avec la plaie du cœur et du péricarde, existaient des lésions du diaphragme et du foie, fort graves par elles-mêmes.

Notons enfin l'absence de tout phénomène inflammatoire, aussi bien dans le péritoine et le péricarde qu'à la surface de l'endocarde.

Il eut été intéressant d'étudier le processus de réparation au niveau des plaies cardiaques; malheureusement, l'examen micrographique n'a pas été fait : La plaie qui siégeait sur le pilier antérieur de la valvule mitrale, était comblée par un caillot fibrineux en voie manifeste de résorption. Quant à la blessure de la paroi postérieure du ventricule, elle était béante, à bords lisses et arrondis; le trajet était ecchymotique; sans doute, un caillot analogue au précédent l'avait oblitérée, et c'est l'expulsion de ce bouchon qui entraîna l'hémorrhagie et la mort. Comme nous le faisait remarquer M. Brouardel, cette observation soulève au point de vue médico-légal, une question assez délicate : La mort a-t-elle été causée par la blessure ou par delirium tremens? En d'autres termes, G., s'il n'eut pas été alcoolique, eut-il pu guérir? On pourrait répondre que la cicatrisation a été observée dans les plaies du cœur par instruments piquants. Mais, ici, surgit une nouvelle difficulté : il est bien évident

en effet, que la blessure, toute question de gravité mise à part, et par le fait seul qu'elle est un traumatisme, a suffi pour faire éclater l'accès de delirium tremens, de sorte que la mort a été le résultat de l'action réciproque et successive du traumatisme sur le tempérament alcoolique, et en dernier lieu de celui-ci sur la blessure.

Il ne nous appartient pas de discuter cette question, mais il nous paraît que M. le professeur Brouardel a fort nettement établi la part qui revient à chacun de ces deux éléments, dans les conclusions qu'il a formulées pour ce cas particulier. Voici la première et les deux dernières conclusions :

« — La mort de Grandelaude est la conséquence de la blessure du cœur.

— L'accès de delirium tremens a déterminé une congestion pulmonaire, qui a eu pour conséquence de gêner la circulation et d'augmenter la pression dans l'appareil circulatoire. En même temps, et par la même cause le sang est devenu plus fluide : ces diverses circonstances ont rendu insuffisante la résistance apportée à l'hémorrhagie par des caillots temporaires et le sang s'est épanché dans les cavités séreuses du péricarde et du péritoine.

La mort a donc été le fait de l'hémorrhagie survenue dans les dernières heures de la vie. Cette hémorrhagie a eu pour cause la plaie du cœur et celle du foie. Ces plaies auraient pu se cicatriser, si G. n'avait pas eu des habitudes alcooliques qui ont amené l'explosion d'un accès de delirium tremens. »

Séance du 6 février 1880. — Présidence de M. Rendu.

1. Abcès de la fosse iliaque communiquant avec l'articulation coxo-fémorale; par Ch. Féré, interne des hôpitaux.

M. Féré montre une pièce provenant du service de M. Guyon : Un individu de 50 ans, qui portait depuis plusieurs années un rétrécissement de l'urèthre, qui avait déterminé des abcès urineux et des fistules persistantes, fut pris d'accidents fébriles au commencement de novembre : il se plaint de douleurs dans la cuisse droite qui semble augmentée de volume ; on croit sentir un empâtement profond derrière le pubis, et, au bout de quelques jours, on constate qu'il y a de la douleur au niveau du grand trochanter. On se demanda s'il ne s'était pas fait une infiltration d'urine dans le bassin, ayant fusé consécutivement dans la cuisse par le trou obturateur. Mais, peu à peu, les symptômes du côté de la cuisse diminuent, tandis que l'empâtement de la fosse iliaque augmente; on ne doute pas qu'il n'y ait là du pus, mais ce n'est que le 31 décembre que l'abcès s'ouvre spontanément vers le milieu de l'arcade crurale, et à deux centimètres au-dessus, en donnant issue à du pus fétide. Le malade succomba huit jours après à la fièvre hectique, malgré les lavages du foyer. — A l'autopsie on ne trouve aucune connexion entre les lésions de la région inguino-crurale et les lésions des voies urinaires. Il existe une sorte de cavité ovoïde remplissant la plus grande partie de la moitié antérieure de la fosse iliaque, ne dépassant pas, en bas, la crête innominée et située tout entière entre le muscle iliaque et l'os, dont la table interne présente une large érosion à formes serpigineuses. Le périoste est décollé sur tout le reste de l'étendue de l'abcès, rempli de pus granuleux, qui communique par l'intermédiaire de la gaîne du psoas lui-même, absolument sain, avec l'articulation coxofémorale. La tête fémorale est complètement imdemne, mais le cotyle présente, à sa partie supérieure, une érosion de l'étendue d'une pièce d'un franc, où le cartilage est détruit; le reste de l'article baigne dans le pus.

2. Dilatation des bronches; pneumonie chronique; gangrène pulmonaire; par Henri Leloir, interne des hôpitaux.

Le nommé P... Henri, âgé de 33 ans, *tailleur de pierres*, entre le 26 décembre 1879 à la Charité, salle Saint-Ferdinand. D'une bonne santé habituelle et d'une robuste constitution, ce malade n'offre rien de particulier à signaler, comme antécédents personnels ou héréditaires. Il y a 17 mois, à la suite d'un refroidissement, il fut atteint d'une bronchite. Depuis cette époque, il a presque toujours toussé, il s'enrhumait avec la plus grande facilité ; de plus, il était très court d'haleine.

C'est un homme d'une assez forte charpente, mais très amaigri. Il est en proie à une dyspnée notable et tousse continuellement. Le malade crache et a toujours craché énormément, il remplit son crachoir jusqu'à 2 et 3 fois par jour, de crachats d'un jaune verdâtre, purulents, mélangés d'un liquide muqueux, non fétides, ne présentant pas le caractère nummulaire. C'est surtout le matin à son réveil que le malade expectore abondamment. Il a la fièvre tous les soirs (environ 38°, 5), n'a pas d'appétit, constipation habituelle.

Le thorax, très amaigri, est plutôt puissant et légèrement bombé. Percussion, submatité au sommet droit et au niveau de la racine des bronches à droite. Quelques râles sous-crépitants au sommet gauche? Râles muqueux au sommet droit. Râles sous-crépitants dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs du poumon droit. M. Raynaud, frappé du peu de rapport existant entre l'état de cachexie du sujet et le peu d'étendue et d'évolution de signes physiques, par l'abondance des crachats non nummulaires, pose le diagnostic dilatatation bronchique chez un tuberculeux.

23 *janvier*. Les crachats deviennent fétides; ils présentent un aspect homogène, prennent une couleur grisâtre, ils ressemblent à une purée de haricots. Le malade a des quintes de toux continuelles et remplit plusieurs crachoirs. — Fièvre le soir. — 10 grammes de teinture d'eucalyptus dans un julep, avec 1 centigramme d'acide phénique.

26 *janvier*. Le malade maigrit de plus en plus, perd ses forces, tombe dans un état de prostration complète. Il sue abondamment, a la fièvre tous les soirs, et ne peut plus manger. L'haleine prend une horrible fétidité, elle exhale une odeur gangréneuse qui s'étend au loin. La toux est continuelle, et à chaque quinte, le patient expectore en abondance des crachats grisâtres exhalant une odeur gangréneuse de plus en plus nauséeuse. La percussion et l'auscultation ne donnent rien de nouveau.

28 *janvier*. Le malade tombe dans un état d'adynamie de plus en plus profond. La fièvre persiste.

30 *janvier*. Mort.

Autopsie. — Le *poumon gauche* est presque sain. Il est un peu congestionné et emphysémateux. Les bronches sont légèrement dilatées vers la partie moyenne. Leur muqueuse épaissie, un peu ramollie et de teinte ardoisée, présente des signes évidents d'inflammation chronique. Pas la moindre trace de tubercules, sauf une petite masse caséeuse du volume d'un pois, au sommet.

Le *poumon droit* est fortement adhérent vers sa partie postérieure et moyenne. Ce poumon, d'aspect bosselé et de volume moindre que le gauche, est complètement gangréné dans son $\frac{1}{3}$ inférieur. Il se trouve, dans son quart inférieur, transformé en une substance d'un gris verdâtre, molle, putrilagineuse, exhalant une odeur infecte. Dans ses deux tiers supérieurs, il est le siège d'une sclérose très prononcée, caractérisée par des tractus fibreux partant des ramifications bronchiques dilatées, et s'irradiant dans le parenchyme en forme de losanges. Au milieu de ce parenchyme pulmonaire sclérosé, on observe des cavités de grandeur variable (dilatations bronchiques) dont la face interne est fortement colorée en noir; plusieurs d'entre elles atteignent le volume d'une noix. Ces cavités sont remplies de putrilage gangréneux exhalant une odeur infecte. Autour de ces dilatations bronchiques, on constate des zones plus ou moins étendues de gangrène diffuse. Dans le $\frac{1}{3}$ supérieur, en avant, l'on trouve 5 à 6 cavités du volume d'une grosse noix environ, ayant l'aspect de cavernes, mais dont les parois sont lisses, luisantes, ardoisées. Ce ne sont autre chose que des dilatations bronchiques, ainsi qu'on le peut constater facilement. D'ailleurs, d'une façon générale, tout le système bronchique de ce poumon droit est fortement altéré. Dilatation uniforme des bronches, épaississement de leurs parois, péribronchite, état ardoisé de leur muqueuse qui est épaissie et ramollie. L'on ne peut, dans ce poumon, non plus que dans le gauche,

constater la moindre trace de tubercules. Les ganglions bronchiques, assez volumineux, sont injectés et un peu ramollis.

Le *cœur* est un peu dilaté et gras. Les autres *viscères* sont sains.

M. Rendu fait remarquer que, dans ce cas, les lésions semblent, sinon localisées, du moins prédominantes d'un seul côté. Ce détail peut servir quelquefois au diagnostic entre la dilatation bronchique et la tuberculose pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 *août* 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Heurteloup lit un mémoire de M. Fleury (de Clermont). L'auteur cite l'observation d'un enfant atteint de *plaie de l'artère pédieuse*, et sur lequel, après divers traitements qui firent courir des dangers au petit malade, il fut réduit à pratiquer la ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa. Il propose donc, dans le cas d'hémorrhagie des extrémités, d'avoir recours immédiatement à la ligature de la grosse artère du membre.

M. Després. M. Fleury est un des rares élèves survivants de Dupuytren, d'où sa prédilection pour la méthode d'Anel. L'école moderne, et à peu près tous les membres de la Société de Chirurgie, seraient moins portés à lier l'axillaire pour une plaie de la main.

M. Notta (de Lisieux) présente une *tumeur* enlevée de la *région parotidienne* d'une femme robuste, âgée de 51 ans. Il y a 4 ans, apparition de cette petite tumeur sous le lobule de l'oreille, elle était mobile, indolente, a grossi très lentement: mais, depuis l'année dernière, son volume a doublé. Elle offre toute l'apparence et donne sous le doigt la sensation d'un lipome gros comme une orange. Opération mercredi dernier, énucléation de bas en haut, la tumeur se montre formée de kystes multiples remplis de sang.

M. Després. Cette pièce très intéressante est un angiome caverneux. Il a observé un cas analogue sur un enfant de 14 ans; une petite tumeur siégeait sous la glande sous-maxillaire; plusieurs diagnostics avaient été portés par divers chirurgiens, lipome, tumeur érectile veineuse, etc. L'incision fit couler du sang noir; l'opération fut aussitôt arrêtée, cicatrisée en douze jours. A ce moment, après une indigestion causée par la fumée du tabac, l'enfant fut atteint de phlébite d'une veine du plexus thyroïdien, et succomba. Le pronostic de ces opérations doit donc être réservé.

M. Th. Anger a vu des kystes de la région parotidienne, uniloculaires il est vrai, guéris par l'injection de 2 gouttes de chlorure de zinc. Il ne croit donc pas ici à l'existence d'angiome caverneux.

M. Monod ne croit pas qu'il s'agisse ici d'un angiome sous-cutané; il compare plutôt la pièce présentée à certaines tumeurs adénoïdes du sein. On a trouvé du sang, il est vrai, mais souvent ces adénomes contiennent un liquide sanguinolent.

M. Trélat ne se prononce pas sur la nature de la tumeur; il note avec soin que tous les angiomes circonscrits ne sont pas caverneux. De ces angiomes circonscrits, les malades s'aperçoivent peu: aussi on les a quelquefois appelés accidentels, alors qu'ils étaient congénitaux. Dans ces angiomes caverneux, M. Monod a trouvé des nerfs. Là, comme avec certains lipomes, certains fibromes, on peut voir une tumeur bénigne offrir des crises douloureuses. Au contraire de M. Després, il pense qu'on peut toucher sans danger aux angiomes circonscrits.

M. Verneuil. C'est le quatrième spécimen de cette variété de tumeur que j'observe; la classification en reste à faire. Comme aspect, elle est tout à fait comparable à un morceau de la paroi ventriculaire du cœur.

M. Després insiste sur le fait qu'il est sorti de la tumeur du sang veineux, et non pas du liquide sanguinolent. Il ne croit pas que ce soit un adénome kystique, car, d'une part, la tumeur a versé du sang, et, d'autre part, on ne trouve pas ici ces petites végétations qui se montrent dans les culs-de-sac des tumeurs adénoïdes.

M. Gilette cite le cas d'un enfant de 3 ans, qui portait au cou une petite tumeur sous-cutanée, bleuâtre, molle, fluctuante, réductible, ne datant que de 6 mois. Incision de la tumeur bleuâtre, qui s'affaisse et diminue des trois quarts, dissection et réunion de la plaie par intention. Il ne croit donc pas qu'il y ait autant de danger que pense M. Després à opérer un angiome sous-cutané.

M. Trélat fait remarquer que la discussion porte sur une tumeur dont personne ne sait encore la nature et qu'il est préférable d'attendre que l'on soit mieux fixé.

M. Monod demande quelles étaient les relations de la tumeur avec les vaisseaux du cou.

M. Notta. La dissection a fourni un peu de sang, mais il n'a pas fallu couper de trop gros troncs veineux. Les kystes étaient indépendants les uns des autres, cette tumeur grossissait, et quand bien même j'aurais su qu'elle était formée de kystes, j'aurais cru devoir opérer. La malade va très bien.

M. Chauvel lit une observation montrant la *coïncidence* d'une *myélite aiguë* et d'une *névrite optique*.

Un homme de 23 ans, robuste, sans diathèses, à la suite de quelques excès vénériens, sent diminuer sa vue de l'œil gauche, le 23 février. Pas de douleurs. L'ophthalmoscope montre une hyperémie considérable de la papille. Les vésicatoires, l'iodure de potassium sont inutiles. Vers le milieu de mars, la marche devient de plus en plus difficile; bientôt paralysie de la vessie, du rectum, secousses convulsives dans les membres. A la suite de révulsions le long de la colonne vertébrale, la paralysie des membres inférieurs diminue peu à peu. Vers le milieu de mai, l'amélioration est très grande. Au commencement de juin, la guérison paraît complète. Mais, vers la fin du mois, la vue s'affaiblit du côté droit, et le traitement actif ne parvient pas à faire disparaître complètement la névrite optique. Le malade sera suivi ultérieurement.

Horteloup lit une observation du Dr Chipault (d'Orléans). Une femme, en état de grossesse, présente sur le bord radial de l'avant-bras une *tache noire* entourée d'une couronne de *phlyctènes*. Empâtement de la région, la peau est lisse, tendue, rougeâtre par places. Le 13, céphalalgie intense, on injecte à un cobaye de la sérosité de la pustule.

Le 14 l'œdème gagne l'épaule, la température est à 37°. Le cobaye meurt 36 heures après l'injection; dans son sang et dans la plupart des organes, présence de bactéries; Le 15, injection iodée à la femme, pansement phéniqué. Le 17, le bras diminue, le centre de l'eschare se détache, l'état général est meilleur. L'injection iodiée est continuée. On injecte aussi un peu de sérosité dans un nouveau cobaye. Le 18, meilleur état. Le 20, le deuxième cobaye n'a pas succombé, la malade est à peu près guérie, et sa grossesse n'a pas été interrompue. A. Chantemesse.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Accouchements.

III. Des hémorrhagies chez le nouveau-né; par A. Ribemont. vol. in-8° de 216 pages. Paris, 1880. O. Doin, éditeur.

III. M. Ribemont commence par tracer les limites de son sujet. Pour lui, le mot *hémorrhagie* indique l'écoulement, hors des vaisseaux qui le contiennent, d'une notable quantité de sang (Littré et Robin). D'autre part, avec M. Depaul, il applique la dénomination de *nouveau-né* à l'enfant, depuis le moment de sa venue au monde jusqu'au quinzième ou vingtième jour. Sous le titre d'hémorrhagies chez le nouveau-né, il comprend donc seulement les hémorrhagies qui se produisent, à partir du moment de la naissance, jusqu'au quinzième ou vingtième jour de la vie extérieure environ. Celles dont on trouve des traces chez le nouveau-né, mais dont l'origine remonte à la vie intra-utérine ou qui se sont

déclarées pendant le travail ou sous son influence, ne lui paraissent pas rentrer dans son sujet. M. Ribemont élimine donc les hémorrhagies dues à la déchirure d'un cordon trop court ; lorsque cette déchirure se fait, le fœtus étant entièrement ou en partie contenu dans la cavité-utérine ; les hémorrhagies qui succèdent à la déchirure des vaisseaux ombilicaux, rampant à travers les membranes comme dans le cas de placenta vélamenteux, le céphalœmatome, et les hémorrhagies intra-crâniennes qui peuvent succéder à un accouchement laborieux, naturel ou artificiel. Les hémorrhagies étudiées par M. Ribemont sont divisées en A, hémorrhagies spontanées, et B, hémorrhagies traumatiques ; de là deux parties dans sa thèse.

A. Les hémorrhagies spontanées peuvent : *a*) constituer un accident local, sans qu'il y ait d'altération générale du sang ; *b*) dépendre d'un état général grave de l'organisme.

a) Parmi les hémorrhagies qui constituent un accident local, il faut placer au premier rang les hémorrhagies ombilicales, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, on signale encore les hémorrhagies par le tube digestif et les hémorrhagies par les organes génitaux. Pour bien faire comprendre comment se produisent ces hémorrhagies, M. Ribemont commence par donner un excellent résumé des phénomènes physiologiques qui s'accomplissent dans les appareils circulatoires respiratoires de l'enfant, au moment de sa naissance. Il montre le rôle capital que joue la respiration pour faire passer le sang du placenta dans la circulation générale du fœtus. La puissance de rétraction des artères ombilicales, les modifications qui surviennent du côté du cœur, du côté du canal artériel sont également étudiées. La respiration est à la fois, dit M. Ribemont, la *cause première* et le *régulateur* de l'afflux du sang placentaire dans les vaisseaux du nouveau-né. Il en résulte que, dans les premiers temps de la vie, toutes les fois qu'une gêne respiratoire surviendra, si d'autres conditions favorables existent, une hémorrhagie pourra avoir lieu. L'arrêt et la gêne de la respiration ont donc parfois, chez le nouveau-né, des conséquences graves sur lesquelles on ne saurait trop appeler l'attention. L'absence de ligature du cordon, l'insuffisance de la constriction, la chute prématurée du cordon constituent bien des causes, mais des causes accessoires seulement qui permettent au sang de se faire jour à travers la voie ombilicale : il faut, en général, pour que l'hémorrhagie ait lieu, que la respiration soit arrêtée ou troublée. Il en résulte encore cette conséquence importante au point de vue médico-légal : l'hémorrhagie par omission n'est guère possible chez le nouveau-né, mais seulement l'hémorrhagie par commission, qui s'accompagne habituellement d'autres signes appartenant à l'infanticide.

b) Après avoir exposé en détail l'étiologie, la symptomalogie, le pronostic et le traitement des hémorrhagies ombilicales, des hémorrhagies plus rares du tube digestif et des organes génitaux, M. Ribemont décrit les hémorrhagies qui dépendent d'un état général grave de l'organisme. Ces dernières sont caractérisées avant tout, ou par la multiplicité des portes de sortie du sang, ou par l'impuissance habituelle où l'on est d'y mettre un terme, ou par leur tendance à la récidive, après un temps d'arrêt ordinairement court. Comme causes de ces hémorrhagies, on a signalé l'hémophilie héréditaire, la syphilis, la misère physiologique, l'athrepsie, la dégénérescence graisseuse aiguë des nouveau-nés, les maladies infectieuses, la pyohémie et la septicémie, les lésions du tissu hépatique, l'altération ou les anomalies des voies biliaires, l'absence de la vésicule biliaire, du canal cystique, du canal cholédoque, qui déterminent la rétention de la bile, etc., etc Les hémorrhagies de cette sorte, qu'on observe le plus fréquemment, sont encore celles qui se font par l'ombilic ; elles peuvent également avoir lieu par d'autres points, par les voies digestives, par l'appareil respiratoire, par les voies génito-urinaires et par la peau.

B. Les hémorrhagies traumatiques ne sont l'objet que d'un court chapitre. M. Ribemont montre en effet qu'il est un grand nombre de ces hémorrhagies qui ne présentent rien de propre au nouveau-né : les hémorrhagies qui succèdent aux opérations chirurgicales, les hémorrhagies qui résultent d'une manœuvre criminelle, etc., n'offrent rien de particulier. Mais il ne faut pas oublier que l'état général, soit qu'il s'agisse d'hémophilie, soit qu'il s'agisse d'une diathèse hémorrhagique temporaire, prédispose l'enfant aux pertes de sang, et certaines opérations légères, en apparence insignifiantes, que l'on est dans l'habitude de pratiquer chez le nouveau-né, peuvent alors amener sa mort ; de ce nombre sont : la vaccination, la section du frein de la langue, l'avulsion de dents incisives dont l'éruption s'est faite hâtivement, la circoncision, etc. M. Ribemont en rapporte un certain nombre d'exemples.

Nous n'avons pu donner qu'un résumé très succinct de l'important travail de M. Ribemont ; à côté du mal il a toujours, autant que possible, placé le remède : l'embarras est, en effet, parfois grand, en présence de ces écoulements sanguins, qui sont abondants ou qui se répètent, et qui mettent ainsi rapidement en danger les jours de l'enfant. L'étude détaillée que l'auteur a faite du traitement de chaque variété d'hémorrhagie sera donc très utile aux médecins.

P. B.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE

Séance du 4 août 1880.

Rapport présenté par M. Bourneville au nom de la quatrième Commission (1) sur un projet de travaux à exécuter à l'hôpital de la Pitié, pour la transformation du bâtiment de la communauté et de diverses localités au logement de surveillantes et de sous-surveillantes.

Messieurs,

Parmi les vœux que vous avez exprimés le plus souvent et avec le plus d'énergie figure le vœu résumé dans cette formule : *laïcité de l'Assistance publique* (2). Chaque fois que l'occasion s'est présentée de réaliser une réforme dans ce sens, vous l'avez saisie avec empressement. Déjà, ainsi que j'avais l'honneur de vous le rappeler il y a quelques semaines (3), vous avez obtenu des résultats sérieux, et il n'est que juste de déclarer que pour les obtenir, M. Michel Möring, directeur de l'Assistance publique, enlevé prématurément à l'affection de ses amis, et M. d'Echérac, son secrétaire général, vous ont donné le concours le plus dévoué. C'est avec eux, par exemple, que vous avez laïcisé l'hôpital Laennec en 1878 (4) et l'hospice Lenoir-Joussern en 1880 (5).

Peu après la nomination de M. Ch. Quentin à la direction de l'Assistance publique, nous avons cherché à connaitre ses intentions sur la laïcisation de nos établissements hospitaliers et nous lui avons signalé, comme d'une utilité pressante, la laïcisation d'un hôpital, afin d'y installer, sous l'égide du Conseil municipal, une école de perfectionnement pour les élèves des écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière.

En outre, dans le dessein de nous guider et d'être en mesure de soumettre des propositions étudiées à votre Commission du budget, nous réclamions la copie des traités qui lient l'Administration avec quelques-unes des congrégations hospitalières. M. le Directeur nous répondit que notre idée lui semblait prématurée et que son intention était de laïciser d'abord les hospices.

Un événement dont nous ne voulions pas précipiter l'arrivée, mais sur lequel nous comptions parce que les personnes intéressées le laissaient pressentir et que nous étions au courant de leur situation est venu modifier les projets primitifs de l'Administration et la mettre en masure de laïciser en premier lieu un hôpital important.

Nous savions, en effet, que les sœurs de la Communauté de Sainte-Marthe, en général les plus dévouées aux malades et les plus tolérantes, éprouvaient à se recruter des difficultés de plus en plus grandes, qu'elles avaient déjà été forcées d'abandonner l'hôpital Beaujon et que, bien-

---

(1) La 4e Commission (*Instruction publique.— Assistance publique. — Mont-de-Piété*) est composé de MM. Thulié, *Président* ; Lafont, *Vice-Président* ; Hovelaque, *Secrétaire* ; Bourneville, François Combes, Delabrousse, Sigismond Lacroix, de Lanessan, Levraud, Prétet.

(2) Bourneville.— *Rapp. sur les projets de l'Assistance publique*, 1877, p. 51 ; — 1878, p. 27, 75 ; — 1879, 17, 39, etc.

(3) Procès-verbaux du Conseil municipal, juin 1880. (Voy. *Progr. méd.*, 1880, p. 413.

(4) *Rapport sur un projet d'appropriations à exécuter dans les bâtiments de la communauté de l'hôpital Laennec, pour la création de logements à l'usage des sous-employées laïques*, n° 12, 1879.

(5) *Rapport sur le projet de Budget de l'Assistance publique pour* 1880 ; 1879, n° 143, p. 41.

tôt, elles seraient dans la nécessité de se retirer de la Pitié. Cette nécessité s'est fait sentir plus vite que nous ne le pensions, et le 15 juin dernier, la supérieure générale adressait à M. le Directeur de l'Assistance publique la lettre suivante, que votre Commission a jugée digne d'être placée sous vos yeux.

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

La communauté de Sainte-Marthe, dont les liens avec l'Administration de l'Assistance publique remontent si loin dans le passé, et qui a toujours apporté dans l'accomplissement de ses devoirs l'esprit de tolérance compatible avec les principes de son institution, n'a jamais pu accepter les nouveaux dogmes que l'église moderne impose à la foi catholique. Le clergé ne lui a pas pardonné sa résistance.

Trop faibles pour lutter contre une puissance qui a pu mettre en échec plus d'un gouvernement, nous avons vu s'éloigner de nous bien des sujets sur lesquels nous croyions pouvoir compter, et, réduites dans nos ressources, qui s'affaiblissent de jour en jour, nous avons dû abandonner successivement plusieurs des établissements dont les services nous avaient été confiés

Depuis six ans, nous sommes concentrées à la Pitié et à Saint-Antoine, mais je constate avec douleur que le service de ces deux hôpitaux dépasse les limites de nos forces actuelles, et, pour ne pas nous exposer à des reproches que la prolongation de l'état de choses pourrait justifier, je viens, Monsieur le Directeur général, vous prier de vouloir bien prendre des mesures pour nous décharger de l'hôpital de la Pitié.

En attendant que vous ayez adopté un nouveau mode d'organisation nous ferons tout ce qui dépendra de nous pour que les services n'aient pas à souffrir, je vous demanderai même, Monsieur le Directeur général, de vouloir bien nous accorder jusqu'au 1er octobre prochain, pour nous permettre, de notre côté, d'aviser aux moyens de pourvoir aux arrangements que cette détermination doit rendre nécessaires.

Le logement qui nous est affecté à l'hôpital Saint-Antoine ne nous permettant pas de recevoir toutes celles de nos sœurs que la situation nouvelle va rappeler à la maison mère, je me permettrai de demander à l'Administration d'accorder à quelques-unes d'entre elles leur repos à la Salpêtrière, dans des conditions qui leur rendent moins pénible la séparation à laquelle nous sommes obligées de les astreindre, en leur accordant un petit bâtiment ou une portion de bâtiment où elles puissent vivre en commun, avec toutes les atténuations au régime intérieur que pourrait permettre le règlement.

J'ose espérer, Monsieur le Directeur général, que ces demandes ne vous paraîtront pas exagérées, et que vous voudrez bien, en y donnant votre approbation, nous accorder un nouveau témoignage de la bienveillance de l'Administration envers une institution qui croit l'avoir toujours secondée dans l'accomplissement de sa mission hospitalière.

Veuillez agréez, Monsieur le Directeur général, l'expression de mon respectueux dévouement.

Paris (Hôpital Saint-Antoine), ce 15 juin 1880. Signé : Sœur SÉBASTIEN.

De même que tous les membres de votre 4e Commission, vous serez frappés des termes convenables et dignes dans lesquels cette lettre est conçue, et qui forment un heureux contraste avec les lettres adressées naguère à la même Commission par la sœur Ville, assistante de la supérieure générale des filles de la charité de Saint-Vincent de Paul (1). Vous n'oublierez pas non plus les renseignements qu'elle renferme sur l'esprit qui anime les chefs du cléricalisme. Sans considérer les services rendus par cette congrégation, soit à l'Assistance publique dans les hôpitaux, soit à l'enseignement dans les écoles, les cléricaux lui ont déclaré une guerre à mort, parce qu'elle demeure fidèle à l'église gallicane, et ne veut pas se plier aux fantaisies étrangères de « l'Eglise moderne. » Une fois de plus, le catholicisme orthodoxe a montré son esprit d'intolérance haineuse.

Les sœurs de la communauté de Sainte-Marthe, ainsi que le rappelle à bon droit Madame la supérieure, sont généralement tolérantes ; nous ajouterons, les ayants vues à l'œuvre pendant un an (1870-1871) à l'hôpital de la Pitié, que la plupart d'entre elles, plus femmes que religieuses, soignent les malades d'une façon admirable, n'hésitant pas à intervenir elles-mêmes, quand le besoin en est, qu'ils s'agisse d'un *homme* ou d'une femme, contrairement à ces religieuses hospitalières qui s'écartent aussitôt que le médecin ou le chirurgien découvre un pauvre enfant malade du sexe masculin.

Aussi, estimons-nous qu'il est de notre devoir de demander à l'Administration de répondre, dans la mesure la plus large possible, aux désirs de Madame la Supérieure générale, en ce qui concerne l'aménagement d'un local pour recevoir les sœurs de la Communauté, admises à la retraite.

Votre 4e Commission croit qu'il serait convenable d'examiner si, au lieu de les envoyer à la Salpêtrière où les places font déjà défaut, il ne serait point préférable d'adjoindre à la Communauté de Saint-Antoine partie ou totalité d'une salle voisine. De la sorte, les sœurs reposantes ne seraient pas séparées de leurs compagnes. Cette concession vous paraîtra encore plus équitable, lorsque vous saurez que plusieurs des religieuses de la Pitié ont demandé à prendre rang parmi les surveillantes et sous-surveillantes laïques. (*A suivre*)

(1) Voir LAFONT : *Rapport sur l'article 4 du chapitre XX des dépenses du Budget de* 1878 (*Personnel des Écoles primaires*); 1877, p. 14.

VARIA

Eloge d'Andral; par J. BÉCLARD (1).

Si la fatalité ne l'eût arrêté au moment même où son enseignement jetait le plus vif éclat, nul doute, nous en pouvons juger par les extraits recueillis et publiés par une plume aussi exercée que fidèle, nul doute qu'il n'eût ajouté, à toutes celles qu'il nous a laissées, de nouvelles pages, et non les moins belles et les moins utiles. Habile à soulever le voile obscur des nosologies antiques, il eût mis en pleine lumière cette vérité, trop souvent méconnue, que la biologie est la fille de la médecine ; que si la science, définitivement sortie du domaine contemplatif, et mieux armée, de nos jours, pour la recherche, a reculé les limites de l'observation et de l'expérience, les anciens s'attaquaient souvent aux véritables problèmes s'ils ne savaient pas toujours les résoudre. Sans s'attarder à l'interminable chapitre des erreurs de la médecine, il eût tiré de ses longs tâtonnements la philosophie qui s'en dégage. A la lumière de sa pénétrante critique, on eût mieux compris et excusé les écarts de ces vaillants éclaireurs égarés, dans la nuit, à la recherche de l'inconnu. Tout en célébrant les sévérités nécessaires de l'analyse, cette froide épée qui tranche tant de questions sans les résoudre, il eût montré qu'on ne saurait repousser l'esprit de synthèse sans amoindrir la science ; que ce serait mutiler la pensée que de l'enchaîner à ce qui se voit et se touche ; que ce n'est pas assez d'ouvrir une lucarne sur le monde extérieur ; qu'il lui faut encore le grand air et les grands horizons,

Cette prédilection de M. Andral pour l'histoire s'explique aisément. Il avait vu de près les écarts de l'esprit de système ; comme il avait toujours cherché à s'en garder lui-même, il en voulait préserver les autres. L'erreur n'est souvent que l'exagération d'une vérité, il en redoutait les prosélytismes éphémères. Volontiers il eût répété ce que disait tout récemment le célèbre physicien, M. Tyndall : « Les théories sont indispensables, mais elles agissent sur notre esprit à la manière des drogues ; les hommes se prennent de passion pour elles comme pour les liqueurs enivrantes, sauf à s'irriter quand on leur enlève ce stimulant de leur imagination. »

Le rôle de M. Andral fut surtout modérateur. Constamment il est dominé par cette pensée qu'aucun système n'est capable de tout embrasser ; que nous ne devons rien proscrire ; que nous devons tout voir, tout observer, qu'en un mot, il est de l'essence de toute doctrine d'être intransigeante et de se mal prêter aux opportunités du progrès. « Je désire n'avoir jamais oublié, dit-il, que les systèmes qui ont dominé la médecine n'ont été que les divers points de vue sous lesquels ceux qui ont créé ces systèmes ont successivement envisagé la vérité..... Le plus souvent, on ne trouve dans l'étude de la médecine qu'une série de questions à discuter ou de problèmes à résoudre ; parmi les faits dont se compose son domaine, il en est beaucoup qui échappent à toutes les lois auxquelles on s'efforce de les ramener, parce qu'il n'a encore été donné à aucun système de les embrasser tous. »

Des grands problèmes du passé et de l'avenir de l'homme, le médecin ne sait rien, et ne peut rien savoir. Voilà ce qu'a proclamé depuis longtemps ce qu'on appelle l'Ecole de Paris. M. Andral est de ceux qui ont le mieux marqué l'esprit ; il en a été l'une des expressions les plus élevées. Pour avoir reconnu son domaine et clairement entrevu son objet, les champs de la découverte qui s'ouvrent devant elle n'en sont pas moins immenses. Voyez en effet ce qui se passe dans cet être doué de vie. Ce qui s'est une fois gravé dans sa substance y demeure. Les empreintes peuvent succéder aux empreintes ; elles subsistent. « Lorsqu'on martelle un vase, a dit le sympathique auteur de *Ciel et Terre* (1), la variation occasionnée par chaque coup, loin de s'anéantir par celui qui lui succède, s'y implique et s'y continue. A chaque instant, dans la forme du vase, se trouve inscrite l'histoire de tous les coups qui l'ont façonné. Deux vases peuvent aboutir à la même forme après des martelages très différents ; mais ils ont beau présenter la même forme, la différence de leurs deux histoires est consignée dans leur intérieur. »

A notre tour, nous dirons : les éléments de nos organes et de nos tissus sont comme la matière de ce vase, notre histoire y est écrite et la substance de notre être est comme la feuille de route que nous emportons dans les étapes de la vie. C'est elle que le médecin doit apprendre à déchiffrer.

On a dit que l'*Essai d'hématologie* faisait de M. Andral le fondateur de l'humorisme scientifique. Cet hommage compromettant, il ne

(1) Voir les numéros 30 et 31.
(2) Jean Reynaud.

l'eût pas accepté. Ainsi qu'il l'a écrit lui-même, les éléments de nos organes, tantôt mobiles et tantôt fixés, sont toujours des éléments anatomiques. On a dit encore de M. Andral, peut-être à cause de ses amitiés, qu'il appartenait à l'école éclectique. Mais cette veine et orgueilleuse tentative ne lui a jamais fait illusion. A ses yeux, l'éclectisme, ce choix partial et plus ou moins heureux d'opinions, n'était pas une philosophie, pas même une méthode, tout au plus un procédé. Pour tout dire, l'éclectisme, en médecine, ne fut pour lui qu'une arme de combat. Une fois la vérité médicale reconquise, l'éclectisme à ses yeux ne répondait plus à aucun besoin, sa raison d'être avait disparu, et comme ce n'était qu'un mot et rien de plus, le mot lui-même devait tomber dans l'oubli. Voici ce qu'il exposait lui-même dans une de ses leçons sur l'histoire de la médecine; je l'emprunte au journal qui l'a reproduite; c'est en même temps une belle page littéraire :

« C'est l'éclectisme qui, lorsqu'une idée longtemps dominante, ruinée par les doutes, sapée par les investigations, ébranlée par les critiques, s'est écroulée enfin sous ses coups, c'est l'éclectisme, dis-je, qui, après avoir renversé et détruit, relève et reconstruit la science. Il recueille les débris du passé et, choisissant parmi eux ceux que les siècles n'ont pu détruire, mais sur lesquels ils ont passé en leur communiquant un degré de plus de grandeur, de solidité, de résistance, il les cimente, et, sur cette base plus ferme, élève un nouvel édifice. Ce n'est plus la science telle que l'avait faite une idée exclusive, c'est la science composée de toutes les idées, de toutes les vérités, de toutes les découvertes dont le génie fécond des grands hommes a successivement enrichi l'humanité..... Quand ce travail est accompli, personne alors n'a plus le droit de se dire éclectique, l'éclectisme devenu général est tombé dans le domaine public (1). »

Si les conceptions systématiques trouvèrent en M. Andral un constant adversaire, ce n'est pas seulement parce qu'elles détournent l'esprit du droit chemin et peuvent aboutir à l'erreur, c'est aussi et surtout qu'elles conduisent à une thérapeutique funeste. Les idées qu'on se fait en médecine se traduisent nécessairement en actes : la pratique est l'épreuve fatale du système.

L'emploi et bientôt l'abus des émissions sanguines, telles devaient être les conséquences naturelles d'une doctrine basée sur le dogme de l'irritation. Les choses allèrent si loin, qu'on aurait pu se croire revenu à deux cents ans en arrière, en plein XVIIe siècle. « Grâce à dix-huit saignées et à vingt purgations, Courtois, notre confrère, l'a échappé belle, écrivait en 1661 Guy Patin à son ami Falconnet, *Gallum debet Esculapio* (2). » « M. Mentel a été fort malade d'une fièvre continue, écrivait encore Guy Patin, nous l'avons fait saigner trente-deux fois (3). Quant à Van Helmont, ce méchant pendard flamand, il est mort enragé pour ne s'être pas laissé saigner (4) ». Son propre fils étant tombé malade, « *Quia adolescentuli semper stulte agunt*, il l'avait tiré du mauvais pas où il s'était jeté, par le moyen de vingt bonnes saignées des bras et des pieds avec, pour le moins, une douzaine de bonnes médecines (5) ». « Je viens de lire quelque chose de votre Sennert, écrit-il encore, et j'en suis tout en colère... Le bonhomme n'entend rien à la saignée des enfants et des vieillards ; ce qu'il en dit me fait pitié .. Les malades sont bien malheureux avec de tels médecins... Il ne se passe pas de jours à Paris que ne fassions saigner plusieurs enfants à la mamelle, et nous guérissons nos malades après quatre-vingts ans par la saignée (6) ». Il saigne en effet le fils de Mlle Choart, âgé de trois jours (7), et il pratique à « ce bon M. Baralis », qui avait plus de quatre-vingts ans, onze saignées en six jours (8) Les « hémaphobes », dont nous sommes presque tous aujourd'hui, les apothicaires, « ces cuisiniers d'Arabie », excitent tout particulièrement sa bile, et c'est avec des larmes dans la voix qu'il répète avec notre vieux poète Joachim du Bellay :

O bonne, ô saincte, ô divine saignée!

Après ce regard jeté sur le passé, les entraînements de la doctrine physiologique, et la vogue nouvelle des saignées coup sur coup, n'ont plus lieu de nous surprendre. Un des plus fervents admirateurs de Broussais nous apprend qu'au Val-de-Grâce on prenait les sangsues sans compter et par poignées (9) ; qu'en 1824 la consommation annuelle des sangsues, alors de deux ou trois cent mille, s'élevait, trois ans plus tard, au chiffre de trente-trois millions. Les étangs, en France, étaient épuisés ; on alla les chercher en Bohême, en Hongrie ; dans toutes les eaux dormantes de l'Europe. Cette industrie, devenue subitement si florissante, où en est-elle aujourd'hui ?

Pour expliquer le discrédit dans lequel l'emploi des émissions sanguines est tombé, pour justifier et les abus d'autrefois et l'abandon du jour, on invoque je ne sais quel affaiblissement de notre énergie physique et comme une sorte d'abaissement de la santé nationale ; comme si la misère moins profonde, l'aisance de plus en plus répandue, une alimentation plus abondante et plus riche, l'espace, l'air, la lumière à la place des sombres et sordides demeures où s'entassait naguère une population pressée, et, comme conséquence démontrée, l'élévation progressive de la durée moyenne de la vie humaine, ne protestaient pas contre une pareille supposition ! (*A suivre.*)

(1) *Union médicale*, 1853.
(2) Guy Patin à Falconnet, 24 mai 1661.
(3) Guy Patin à Belin (de Troyes), 14 mai 1639.
(4) Guy Patin à Spon (de Lyon), 26 avril 1645.
(5) Guy Patin à M. Belin, 16 janvier 1650.
(6) Guy Patin à Spon, 27 août 1858.
(7) Guy Patin à Falconnet, 19 janvier 1853.
(8) Guy Patin à Falconnet, 27 mai 1659.
(9) Reis. *Étude sur Broussais et sur son œuvre*, in-8°, Paris, 1869.

Association française pour l'avancement des Sciences. Congrès de Reims.

Nous donnons la liste des nouvelles communications, relatives à la médecine, qui ont été annoncées depuis quelques jours (1).

M. Bouchut (Paris) : *Sur les pepsines végétales du carica papaya et du ficus.* — M. Chudzinski : *Sur les intersections musculaires.* — M. Courty (Montpellier) : *Anneau à levier à arc cervical destiné à maintenir la réduction de la rétroflexion ; — Traitement résolutif des myomes et des fibroïdes de l'utérus.* — M. Charpentier (Nancy) : *Le sens de la lumière et le sens des couleurs.* — M. Delacroix (Reims) : *Statistique d'un millier de traumatismes.* — M. Denucé (Bordeaux) : *Traitement des anévrysmes externes par la méthode mixte de la compression digitale et des injections de perchlorure de fer.* — M. Dransart (Somain) : *Considérations cliniques sur les rapports pathologiques entre l'œil et l'oreille.* — M. Dumontpallier : *Sur l'appareil réfrigérateur de MM. Dumontpallier et Galante ; — Expériences scientifiques ; — Applications et résultats pratiques.* — M. Gairal (Carignan) : *Un nouvel anneau pessaire.* — M. Galante : *Présentation d'un spiromètre, d'un transfuseur du sang et d'un aspirateur.* — M. Gentilhomme (Reims) : *Traitement de l'acné de la face.* — M. Gouguenheim : *Sur le spasme de la glotte, d'origine hystérique.* — M. Jolicœur : *Nouveau mode de préparation des vers cestoïdes ; — Du tænia inermis, de sa fréquence.* — M. Lancereaux : *Phthisie héréditaire : habitus, tableau symptomatique et évolution ; — Caractères anatomiques et diagnostic de la syphilis viscérale.* — M. Langlet (Reims) : *La phthisie à Reims.* — M. Lœwenberg (Paris) : *Des champignons parasites de l'oreille humaine.* — M. Manouvrier : *Les différences sexuelles du crâne humain.* — M. Parrot : *Sur la syphilis dentaire.* — M. Planquet (Ay) : *L'alcoolisme au point de vue individuel et au point de vue héréditaire.* — M. Rivière : *Création sur les bords de la Méditerranée, dans les Alpes maritimes, d'un asile pour les tuberculeux de Paris et des grandes villes de France ; — Suppression des hôpitaux dans les grandes villes, leur translation extra-muros et leur remplacement par des ambulances de quartier.* — M. Rousseau (Epernay) : *De l'inflammation.* — M. Teissier fils (Lyon) : *Etudes cliniques et expérimentales sur la pathogénie du transfert dans les phénomènes de métalloscopie.*

Faculté de Médecine de Montpellier.

Clinicat. — Par arrêté ministériel en date du 30 juin 1880.

ARTICLE PREMIER.—Les chefs de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier sont au nombre de six, savoir : 1° Chaires magistrales : un pour la clinique médicale, un pour la clinique chirurgicale, un pour la clinique obstétricale; 2° Cours annexes : un pour la clinique des maladies des vieillards, un pour la clinique des maladies des enfants, un pour la clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

ART. 2.—Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice.

ART. 3.—Les chefs de clinique sont nommés par le ministre, à la suite de concours ouverts devant la Faculté. Pour être admis à concourir, les candidats doivent justifier du diplôme de docteur en médecine.

ART. 4.—Les jurys de concours sont composés de cinq professeurs ou chargés de cours, savoir : 1° pour la place de chef de clinique médicale, le professeur de pathologie médicale, deux professeurs désignés par le sort parmi les titulaires des trois chaires de pathologie et thérapeutique générales, d'hygiène et de thérapeutique et matière médicale ;—2° pour les places de chef de clinique chirurgicale et de chef de clinique obstétricale : les deux professeurs de clinique chirurgicale, le professeur d'accouchements, le professeur de pathologie chirurgicale, le professeur d'opérations et appareils ; – 3° pour les places de chef de cliniques annexes : deux professeurs désignés par le sort parmi les titulaires des chaires de clinique médicale ou chirurgicale, les trois chargés de cours de cliniques annexes.

ART. 5.—Les épreuves du concours consisteront en : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique interne ou externe ;—2° deux leçons cliniques après examen préalable d'un ou plusieurs malades ;—3° deux épreuves pratiques, savoir : 1° une nécropsie; 2° un exercice d'anatomie pathologique et de microscopie clinique ;—4° l'appréciation des titres et des travaux antérieurs des candidats.

(1) Voir le n° 29.

Art. 6.—La durée des fonctions des chefs de clinique est de trois ans; ils entrent en exercice le 1er novembre de l'année où ils ont été nommés.

Art. 7.—Chaque chef de clinique relève directement du professeur ou du chargé du cours de la clinique à laquelle il est attaché; ses attributions sont les suivantes : 1° aider le professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques ; lui fournir les observations et tous les documents en préparation, propres à faciliter cet enseignement ;—2° démontrer aux élèves, sous la direction du professeur, tous les faits matériels relatifs à la clinique, les former à l'observation des malades et à la rédaction des observations ;—3° faire les nécropsies avec l'aide de l'interne et les porter sur un registre spécial; —4° enfin, suppléer le professeur dans sa visite, lors d'un empêchement imprévu et momentané et, notamment, dans la contre visite quotidienne de l'après-midi. Dans ce cas, il doit faire les prescriptions nécessitées par l'état des malades.

Art. 8.—Les chefs de cliniques magistrales reçoivent une indemnité annuelle de 1.200 fr. — Les chefs de cliniques annexes reçoivent une indemnité de 1000 fr.

Congrès médical international pour 1881.

Ce Congrès aura lieu à Londres, du 3 au 9 avril 1881. Ceux qui désireraient y participer et y faire quelques communications sont priés d'écrire, avant le 1er avril 1881, à M. William Mac-Cormac, esq. (13, Harley Street), London W. Le président du Congrès sera Sir James Paget. Il y aura quinze sections. 1° Anatomie, président : professeur Flower. — 2° Physiologie, président : Dr S. Wilks. — 4° Médecine, président : Sir William Gull. — 5° Chirurgie, président : J. Eric Erichsen. — 6° Obstétrique, président : Dr Mac-Clintock. — 7° Maladies des enfants, président : Dr J. W. West. — 8° Maladies mentales, président : Dr Lockhart Robertson. — 9° Ophthalmologie, président : Dr W. Bowmann. — 10° Maladies de l'oreille, président : W. B. Dalby. — 11° Maladies de la peau, président : Erasmus Wilson. — 12° Maladies des dents, président : E. Saunders. — 13° Médecine publique, président : J. Simon. — 14° Médecine et chirurgie militaires, président : professeur Longmore. — 15° Matière médicale et pharmacologie, président : professeur Fraser.

Le jeûne du Dr Tanner.

Le *Medical Record* de New-York donne sur l'état de l'expérimentateur les indications physiologiques suivantes :

Jour du jeûne.	Poids en livres.	Quantité d'eau absorbée	Quantité d'urine rendue.
16e	132	992 gr.	620 gr.
17e	133 1/2	2046	713
18e	137 1/2	1798	1147
19e	136 1/2	1116	651
20e	135	1333	1426
21e	135	1488	1302
22e	134	1054	1478

Le Dr Tanner n'a pas eu de selles depuis le 1er jour de son jeûne ; sa température, son pouls et sa respiration sont restés normaux. — Pendant les quatre premiers jours où il commença à boire de l'eau, il en absorba 6 litres et rendit environ 3 litres 1/2 d'urine. En supposant, d'après les données physiologiques, qu'il ait éliminé par la peau et les poumons une égale quantité de liquide, il aurait rendu environ 7 litres d'eau. Or, son poids a augmenté dans le même temps de 4 livres 1/2! On trouve une erreur analogue quand on fait le même calcul sur une période de 7 jours. Il paraît donc évident qu'il n'y a dans tout cela qu'une imposture. — La quantité d'urée éliminée a été le 1er jour de 29 gr., le 5e jour de 16 gr., et le 18e, 14 gr.

Les journaux politiques annoncent que M. Tanner aurait fait école, et qu'un docteur de Lyon viendrait d'engager le pari qu'il resterait quinze jours sans prendre aucune espèce d'aliment. — Dans son dernier numéro, le *Lyon médical* ne fait pas mention de ce fait.

Règlement de salubrité publique à Toulouse.

Nous reproduisons, d'après l'*Union médicale*, les prescriptions que M. Ebelot, maire de Toulouse, vient de faire afficher, en en recommandant la stricte exécution à ses administrés, sous peine de procès-verbaux en cas de contraventions :

1° Entretenir la plus grande propreté dans l'intérieur des habitations et dans toutes leurs dépendances; — 2° Faire, partout où cela peut être utile, des lavages fréquents, particulièrement dans les cours, dans les éviers et leurs conduits et dans les lieux d'aisances, à l'égard desquels on devra même recourir à la désinfection pour empêcher les émanations putrides ; — 3° Ne conserver dans les habitations aucune matière en décomposition ou en fermentation ; — 4° Avoir soin de se débarrasser tous les jours, aux heures prescrites, des ordures ou détritus de ménage ; — 5° Ne jamais vider ailleurs que dans les lieux d'aisances les urines et mêmes les eaux ayant servi au lavage des vases de nuit ; — 6° Balayer chaque matin et laver à grande eau, plusieurs fois par jour, notamment le matin et le soir, chacun dans la longueur correspondant à son immeuble, le trottoir, le ruisseau et la rue jusqu'au milieu de la chaussée; — 7° Employer pour cette opération de l'eau propre et ne faire usage de celle du ruisseau que dix minutes après l'ouverture des bouches d'arrosage ; — 8° S'abstenir d'uriner sur la voie publique ailleurs que dans les urinoirs, et ne déposer les matières fécales ailleurs que dans les lieux d'aisances ; — 9° Les entrepreneurs ou propriétaires de voitures stationnant sur la voie publique doivent nettoyer et laver fréquemment les points de stationnement.

Des arthropathies des ataxiques.

Pour compléter le compte-rendu, publié dans le n° 27, de la discussion qui a eu lieu à la Société pathologique de Londres sur les lésions osseuses et articulaires de l'ataxie, nous devons mentionner deux présentations faites à la même Société (séance du 17 février dernier, par M. Hadden) (*The Lancet*, 28 février 1880.)

Il s'agit de deux pièces, qui ont été recueillies à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot : 1° L'extrémité inférieure d'un fémur dont les condyles atrophiés et aplatis présentaient à leur pourtour un développement considérable de la substance osseuse, formant des exostoses volumineuses ; 2° un radius fracturé à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, et dont les fragments étaient réunis et consolidés. Ces deux pièces avaient appartenu à des malades atteintes depuis longtemps d'ataxie locomotrice. H. d'Olier.

FORMULES

59. Traitement local du cancer de l'utérus. Chéron.

Le cancer de l'utérus, quelle qu'en soit la nature, donne lieu à un écoulement puriforme et sanguinolent qu'il importe de modifier à l'aide de substances antiseptiques, modificatrices de la suppuration.

L'odeur qui, dans un grand nombre de cas, est caractéristique et reconnue par tout le monde, peut faire absolument défaut, ce qui ne diminue en rien la gravité de la situation. Il faut faire disparaître, ou du moins atténuer cette odeur fétide. C'est encore à l'aide des antiseptiques qu'on arrive le mieux à ce résultat, mais s'il est nécessaire de détruire cet écoulement et d'en atténuer l'odeur, il n'est pas utile de l'enrayer tout à fait, surtout lorsqu'il existe des crises de névralgie et que l'affection est déjà avancée.

En effet, si l'écoulement est enrayé, les douleurs névralgiques augmentent, et le toucher fait constater l'augmentation rapide du volume de la masse cancéreuse. Il faut alors suspendre l'emploi de l'injection modificatrice et laisser l'écoulement se rétablir. On continue ensuite à désinfecter, en employant une moins grande quantité du liquide actif de l'injection.

Mais, si la lésion est au début, s'il n'existe pas de crises névralgiques on peut, sans crainte d'accident, arrêter complètement la suppuration à l'aide de la solution suivante, qui est utile dans tous les cas :

Vinaigre blanc.	300	grammes
Teinture d'encalyptus	45	—
Acide salicylique.	1	—
Salicylate de soude.	30	—

Une à cinq cuillérées à bouche par litre d'eau tiède pour injection, deux à trois fois par jour. — Grâce à l'emploi de ce moyen on désinfecte toujours l'écoulement, et, suivant la quantité de solution qu'on emploie, chaque fois, on le diminue ou on le supprime.

Dans quelque cas de cancer utérin débutant par la muqueuse du canal cervical et n'ayant pas encore entraîné de grands désordres, l'auteur a pu maintenir l'affection, enrayer sa marche et intervenir chirurgicalement avec le plus grand avantage. (*Revue méd. chir. des maladies de femmes.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 23 juillet au jeudi 29 juillet 1880, les naissances ont été au nombre de 1111, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 441 ; illégitimes, 162, Total, 603. — *Sexe féminin :* légitimes, 364 ; illégitimes, 144. Total, 508.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 23 juillet au jeudi 29 juillet 1880, les décès ont été au nombre de 1,101, savoir : 566 hommes et 525 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 17. F. 14. T. 31. — Variole : M. 26. F. 24. T. 50. — Rougeole : M. 12. F. 13. T. 25. — Scarlartine : M. 9. F. 5. T. 14. — Coqueluche : M. 7. F. 5. T. 12. — Diphthérie. Croup : M. 27. F. 25. T. 52. — Dysentérie : M. ». F. ». T. ». — Erysipèle : M. 4. F. 2. T. 6. — Infections puerpérales : 7. — Autres affections épidémiques : M. ». F. ». T. ». — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 82. F. 70. T. 152. — Autres tubercu-

loses : M. 27. F. 23. T. 50. — Autres affections générales : M. 59. F. 63. T. 122. — Bronchite aiguë : M. 9. F. 13. T. 22. — Pneumonie : M. 19. F. 21. T. 40. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 114. F. 114. T. 223. — Autres maladies locales : aiguës : M. 39. F. 36. T. 75 ; — chroniques : M. 61. F. 73. T. 134 ; — à forme douteuse : M. 27. F. 21. T. 48. — Après traumatisme : M. 2. F. ». T. 2. — Morts violentes : M. 25. F. 5. T. 35. — Causes non classées : M. ». F. 1. T. 1.

Morts-nés et prétendus tels : qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36; illégitimes, 19. Total, 55. — *Sexe féminin:* légitimes, 28; illégitimes, 9. Total, 37.

Hôpitaux de Paris. *Concours pour trois places de médecins au Bureau central.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Homolle, Dreyfus-Brissac et R. Moutard-Martin.

Faculté de Médecine. *Concours pour une place de chef de clinique d'accouchement.* — Ce concours s'est terminé le 30 juillet, par la nomination de M. Ribemont.

Nos lecteurs accueilleront comme nous, avec plaisir, les nominations de nos amis et dévoués collaborateurs, MM. Dreyfus-Brisac, R. Moutard-Martin et Ribemont.

Hôpitaux de Paris. *Concours pour le prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves externes* (année 1880). — L'ouverture du Concours pour les prix de l'Externat et la nomination des Internes aura lieu le lundi 11 octobre, à *midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. MM. les Élèves Externes en médecine et en chirurgie de 2ᵉ et de 3ᵉ année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des Élèves des Hôpitaux et Hospices. Les Élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 4 septembre jusqu'au samedi 25 septembre inclusivement.

Concours pour la nomination aux places d'Élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1ᵉʳ janvier 1881, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.—L'ouverture du Concours pour l'Externat aura lieu le mardi 12 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administra-

ABADIE. Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-18 de 12 pages. 0 fr. 40 c. = Pour les abonnés du *Progrès*, 30 cent.

tion, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 6 septembre jusqu'au jeudi 30 du même mois inclusivement.

Hôpitaux de Paris. *Concours pour deux places de prosecteur à l'amphithéâtre de médecine.* — Le registre d'inscription pour ce Concours, qui a commencé le lundi 2 août, a été clos le 19 juillet. Neuf candidats se sont fait inscrire, ce sont : MM. Bazy, Brun, Jarjavay, Labbé, Lebec, Quenu, Ramonède et Routier.—Le jury du Concours est composé de MM. Verneuil, Tarnier, Tillaux, Ledentu, Terrillon, Brouardel et Rigal.

Hospice de la reconnaissance. *Concours pour une place de médecin.*—Ce Concours s'est terminé le 20 juillet 1880, par la nomination de M. Gilles, interne de 4e année des hôpitaux de Paris. Il devra, selon les termes du règlement, obtenir le titre de docteur en médecine avant de pouvoir entrer en fonctions.

Asile de Bron. *Concours pour l'internat.* — Le lundi 6 septembre 1880, un concours public sera ouvert à la Faculté de médecine de Lyon pour la nomination de trois élèves internes appelés à faire le service de médecine à l'asile de Bron. Les candidats devront avoir moins de 27 ans, 12 inscriptions de doctorat et avoir subi le 3e examen de fin d'année. Les candidats nommés pour trois ans, entreront en fonction le 1er janvier 1881. — Les internes nommés sont logés, nourris, chauffés et éclairés aux frais de l'établissement et reçoivent en outre un traitement de 600 fr. la première année, 800 fr. les années suivantes. Ce traitement pourra être porté exceptionnellement à 1,000 fr.

Faculté de médecine de Bordeaux — M. le Dr Davresac est nommé chef de clinique médicale en remplacement de M. Nusse, démissionnaire. — M. le Dr Dubreuilh est délégué dans les fonctions de chef de clinique adjoint (Emploi nouveau).

Faculté de médecine de Lyon. — M. Gangolphe est nommé troisième prosecteur d'anatomie pour une période de deux ans, en remplacement de M. Mondon, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Tailleur, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, pour une période de neuf années.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Brulet, professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école en remplacement de M. Morlat, relevé de ses fonctions sur sa demande et nommé directeur honoraire.

Ecole de médecine de Tours. — M. Grandin, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle pour une période de neuf ans.

Société de Biologie. *Prix Ernest Godard.* — Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard « un prix de 500 francs sera donné en janvier 1881 au meilleur mémoire se rattachant à la biologie, et aucun sujet de prix ne doit être proposé. » En conséquence, les personnes qui désireraient concourir pour le prix Ernest Godard sont invitées à faire parvenir leurs mémoires au secrétaire général de la Société de Biologie avant le 1er septembre 1880, au siége de ladite Société, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Société médicale des Bureaux de bienfaisance. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le mercredi 11 août, à 8 heures précises du soir, à l'Administration de l'Assistance publique. Ordre du jour : 1° Election de deux membres titulaires ; — 2° Constitution médicale du mois de juillet, policlinique ; — 3° Sur la réorganisation de l'assistance à domicile à Paris.

Missions Scientifiques. — M. le Dr Guillaud, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé d'une mission en Italie et en Allemagne, à l'effet d'étudier les collections de botanique et les principaux jardins de ces deux pays.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le professeur Hebra, de Vienne.

Prix Montyon. (*Décerné par l'Institut de France*).— Phénol Bobœuf. Antiseptique par excellence. Très recommandé pour désinfecter les appartements dans les cas de maladies contagieuses (variole, etc.)

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

8e ANNÉE — N° 33. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 14 AOUT 1880.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Note sur deux cas d'occlusion intestinale, traités et guéris par l'électricité;

Par le Dr M. BOUDET DE PÂRIS, ancien interne des hôpitaux.

La science compte aujourd'hui un certain nombre de cas d'occlusion intestinale guéris au moyen de l'électricité. Ce nouvel agent thérapeutique vient encore de sauver deux malades : l'un, d'une mort certaine, puisque l'opération était jugée impraticable par l'un de nos plus éminents chirurgiens; l'autre, sinon de la mort, tout au moins des chances toujours douteuses d'une opération, dont le résultat ordinaire est une infirmité à peu près incurable.

J'ai pensé qu'il serait intéressant de faire connaître au public médical les observations détaillées de ces deux malades, en insistant sur la méthode particulière d'après laquelle l'électrisation a été pratiquée.

Jusqu'ici, on a surtout utilisé la *faradisation* abdominale ou recto-abdominale en pareille circonstance, et je trouve bien peu d'observations mentionnant l'emploi des *courants continus*. Je crois cependant, que, dans l'immense majorité des cas, c'est à cette forme de l'électricité qu'il est préférable de recourir, en variant son mode d'application selon les exigences du moment, et je fonde cette opinion, non pas tant sur ce qui s'est passé dans les deux cas pathologiques que je viens d'observer, que sur les résultats des expériences physiologiques pratiquées sur les animaux.

Mais, avant d'entamer la discussion, voici les faits :

OBS. I. — *Péritonite aiguë généralisée. — Etranglement de l'instestin grêle par des brides ou des adhérences péritonéales. — Electrisation prolongée. — Guérison.*

Vers le commencement du mois de mars de cette année, Mlle G..., âgée de 15 ans, fut atteinte d'une péritonite a *frigore* qui se généralisa rapidement et qui la tint au lit pendant un mois. Elle était complètement remise et la convalescence se terminait, lorsque le samedi 10 avril, elle éprouva subitement de vives douleurs dans l'abdomen, et fut prise de vomissements abondants (bilieux et alimentaires). Le pouls devint petit, rapide, misérable : le faciès se grippa ; les selles furent supprimées.

Une purgation fut rendue avec les vomissements : des lavements purgatifs ramenèrent une certaine quantité de matières pendant les premiers jours, puis ils furent rendus avec leur coloration propre, sans contenir aucune trace de bile ni des aliments ingérés par les voies supérieures.

Les douleurs abdominales augmentant d'intensité et la peau étant sensible, au point de ne pouvoir supporter le poids des couvertures et l'apposition de la main, on combattit les douleurs par des injections hypodermiques de morphine.

Les jours suivants, les mêmes symptômes persistèrent en s'aggravant et MM. les Drs Hardy et O. Bergeron, qui soignaient la malade, conclurent à l'existence d'*un étranglement intestinal produit par une bride péritonéale* et siégeant au niveau de la première portion de l'intestin grêle; ils instituèrent sans succès un traitement dans lequel les purgatifs figuraient en première ligne.

Le mercredi 14, je fus appelé par les médecins consultants pour tenter l'application de l'électricité.

Je trouvai la petite malade dans l'état suivant : facies abdominal, yeux excavés, nez effilé et froid ; pommettes rouges, saillantes; lèvres bleuâtres. Les extrémités sont refroidies; la malade pousse des cris de temps à autre, chaque fois que l'intestin se contracte. Elle a d'ailleurs conservé toute son intelligence et indique très bien le point de l'abdomen qui est le siège de la douleur. Le ventre est modérément ballonné; la percussion, extrêmement douloureuse, dénote du tympanisme entre l'ombilic et le sternum. En déprimant la paroi à ce niveau, on sent une sorte d'empâtement qui est dû, évidemment, à la présence d'une anse intestinale pleine de gaz et de matières semi-liquides, et accolée à cette paroi. Le reste de l'abdomen est beaucoup moins tendu, et la percussion révèle une quantité de gaz peu abondante au dessous de l'ombilic.

En laissant la main à plat sur le ventre pendant quelques instants, je pus sentir très manifestement les contractions de l'intestin qui réveillèrent les douleurs et firent pousser des cris à l'enfant. Un très léger massage parut déterminer un peu de soulagement.

Je fis alors une première application (à 4 h. du soir) de courants induits, en posant l'un des rhéophores au-dessus de l'ombilic, au niveau même de l'étranglement, et en promenant l'autre sur les divers points de l'abdomen Cette application provoqua des contractions très énergiques des muscles de la paroi; quant à l'instestin, il ne parut pas se contracter plus fortement ni plus fréquemment pendant toute la durée de la séance, qui fut de 20 minutes environ.

A 7 heures, nouvelle séance d'un quart d'heure avec les courants induits, sans autre résultat que d'augmenter les douleurs.

Dans la soirée, l'état de la malade s'étant encore aggravé, il fut résolu que je lui ferais pendant la nuit plusieurs applications de courants continus.

A minuit, le pôle négatif d'une batterie de peroxyde de manganèse (de Gaiffe) étant introduit dans le rectum, et le pôle positif placé au-dessus de l'ombilic, je fais passer à travers l'intestin le courant de huit éléments (chacun de ces éléments représentant 1, 4 Volt.) pendant une dizaine de minutes. Sous l'influence de cette excitation continue, l'intestin se contracte énergiquement et ses mouvements se dessinent parfaitement au travers de la paroi abdominale. Au niveau du point étranglé, les contractions déterminent une dépression de la paroi, ce qui prouve bien que celle-ci est retenue par des adhérences avec l'intestin.

Pour augmenter l'intensité de ces contractions, je place trois rhéophores émanant du pôle positif sur l'abdomen, le rhéophore négatif étant toujours dans le rectum, et, au lieu de laisser passer le courant d'une façon permanente, je fais, avec douze éléments, et une fois toutes les demi-minutes environ, une clôture du courant suivie immédiatement de l'ouverture (courants labiles des auteurs). Dès les premières excitations, on entend un fort bruit de gargouillement indiquant que les gaz et les liquides sont fortement agités par les mouvements de l'intestin. Je continue cette application pendant une demi-heure.

A 3 h. et à 6 h. du matin, nouvelles séances d'une demi-heure à trois quarts d'heure avec les courants continus appliqués de demi-minute en demi-minute; la première, abdominale; la seconde, recto-abdominale. Après la dernière séance, la malade a un vomissement abondant de matières bilieuses, sans odeur fécaloïde; elle accuse le besoin d'aller à la garde-robe; le résultat est absolument nul.

15 *Mars.* — A 10 heures du matin, on met la malade dans un bain de son à 35° pendant vingt-cinq minutes ; les douleurs sont un peu calmées pendant quelque temps, mais elles ne tardent pas à reparaître, accompagnées de vomissements; on les combat par de fréquentes injections de morphine et par de la glace introduite en fragments dans l'estomac. Trente grammes d'huile de ricin, additionnés d'une goutte d'huile de croton, pris dans la matinée, sont rejetés en totalité par la bouche. Un lavement purgatif est également rendu tel quel, sans contenir aucune trace de bile ni de l'huile administrée le matin.

Les séances d'électricité sont reprises à 2 h. et à 5 h. pendant une heure chaque fois, abdominales et recto-abdominales. Lors de la dernière, on entend très nettement les gaz qui cheminent dans l'intestin produire une série de sifflements, comme s'ils passaient au travers de plusieurs rétrécissements, avant de venir buter contre l'obstacle. — Le bouillon et le lait sont toujours rejetés très rapidement après leur ingestion.

Dans la soirée, M. le professeur Gosselin, appelé en consultation, et se fondant sur l'existence encore récente de la péritonite, déclare toute intervention chirurgicale impossible ; il conseille l'emploi de la glace sur le ventre, l'essai du calomel à l'intérieur, et recommande surtout l'emploi de l'électricité.

On continue aussi les injections sous-cutanées de morphine, pour calmer les douleurs et assoupir un peu la malade. Les séances de courants continus (labiles) abdominales et recto-abdominales sont reprises à 11 h., à 3 h., et à 6 h., du matin.

Les vomissements sont très fréquents pendant la nuit, surtout après chaque prise de calomel qui détermine une sécrétion abondante. Malgré son extrême abattement, la malade a conservé toute sa raison ; le pouls est un peu rapide (92), surtout après l'électrisation, mais ample et plein; il n'y a pas trace de fièvre.

16 *Mars* (7me jour). — Séances d'électrisation à 10 h. et à 1 h. (toujours avec les courants labiles — 12 éléments) — ces applications sont suivies d'envies et d'efforts de défécation, sans résultat.

A 4 h. 1/2, la malade éprouve une violente douleur au niveau de l'ombilic et cette douleur est immédiatement suivie du besoin d'aller à la garde-robe. Alors a lieu la débâcle, précédée d'une abondante évacuation de gaz extrêmement fétides. Cette première selle, complètement liquide, mesurant 1400 à 1500 grammes, est fortement teintée, et l'analyse chimique (chloroforme et acide azotique) permet d'y reconnaître la présence des matières colorantes de la bile. A 8 h., à la suite d'un lavement, seconde selle un peu plus épaisse que la première. Enfin, à 10 h. du soir, il passe une petite quantité de matières solides disséminées dans une véritable solution de matières fécales.

Le ventre n'est plus ballonné ; il a recouvré toute sa souplesse. On ne sent plus d'empâtement au dessus de l'ombilic. Les coliques sont très rares et beaucoup moins douloureuses.

Les vomissements ont cessé. — Le lait et le bouillon sont gardés.

17 *Mars.* — Une dernière application de courants continus est faite dans la matinée pour provoquer les contractions intestinales. Cette séance est suivie d'une selle abondante et beaucoup plus consistante que celles de la veille.

A partir de ce moment, la convalescence marche rapidement; la guérison est complète au bout de cinq ou six jours.

Obs. II. — *Constipation habituelle. — Accumulation de matières fécales. — Paralysie de l'intestin. — Electrisation. — Guérison.*

M. S..., âgé de 60 ans, pas de maladies antérieures. Depuis plusieurs années, le malade, qui a des habitudes très casanières, est ordinairement constipé, et, au lieu de combattre cet état par des purgatifs, il se contente de provoquer l'évacuation du gros intestin au moyen de lavements simples.

Depuis quelques jours, la constipation avait augmenté, lorsque le mercredi 21 avril, après avoir ressenti quelques coliques dans la nuit, M. S... est pris, à 4 h. du matin, d'une violente douleur dont le maximum d'intensité correspond à la fosse iliaque droite. Bientôt, surviennent des hoquets et des nausées ; le pouls devient petit, très rapide ; la face se congestionne ; le ventre se ballonne ; les extrémités se refroidissent. Les docteurs Bockler, Baylard et Pepper, appelés auprès du malade, constatent la présence d'une tumeur siégeant au niveau du cœcum, et, devant la persistance des accidents, ils concluent à l'existence d'une *obstruction par accumulation de matières fécales, avec paralysie de l'intestin.*

Du mercredi au vendredi, plusieurs purgations énergiques sont administrées sans résultat ; les lavements, les douches ascendantes avec le siphon d'eau de Seltz et la pompe foulante ne produisent aucun effet.

Sur l'avis de l'un des médecins consultants, une saignée de près d'un litre est faite pour combattre l'état congestif de l'extrémité céphalique, et aussi dans l'espoir de provoquer une syncope salutaire. Cette saignée semble apporter un peu de calme au malade ; cependant, les hoquets et les éructations continuent sans vomissements. Une sonde œsophagienne, introduite par le rectum, ne laisse passer ni gaz ni matière autre que le liquide des lavements.

En somme, pendant 48 heures, aucune amélioration réelle, malgré le traitement énergique dirigé sur l'intestin.

23 *Avril.* — M. le professeur Gosselin appelé en consultation, déclare qu'il faut avoir recours à une opération ; toutefois, il est d'avis, avant d'en venir à cette extrémité, de tenter l'application de l'électricité.

Appelé le même jour (1 h. de l'après-midi), je trouve le malade très abattu et en proie à de vives souffrances ; facies abdominal, lèvres cyanosées, yeux excavés, pouls assez fort mais rapide (118). Le ventre est très ballonné, uniformément distendu par les gaz, et la tension des parois est si prononcée qu'on peut à peine les déprimer avec la main.

J'introduis dans le rectum une sonde de femme, en communication avec le pôle négatif d'une batterie au peroxyde de manganèse de Gaiffe; trois tampons, correspondants au pôle positif, sont placés sur l'abdomen. Je fais passer pendant 10 minutes, le courant de 6 éléments, puis, pendant 20 minutes, j'augmente graduellement le nombre des piles, et, pendant les cinq dernières minutes, l'intestin est traversé par le courant de 14 éléments. L'intestin, absolument inexcitable pendant la premiere moitié de la séance, commence à se contracter au bout de 20 minutes, et l'on entend alors des gargouillements dus au déplacement des gaz sous l'influence de ses mouvements. J'interromps alors le courant continu et je fais, pendant 10 minutes, une faradisation des muscles de l'abdomen.

Une demi-heure plus tard, une nouvelle faradisation abdominale de quelques minutes provoque une envie d'aller à la garde-robe ; le malade rend alors quelques grammes de liquide un peu jaunâtre (un lavement de près de deux litres administré le matin n'avait été qu'incomplètement rendu). A 4 h., nouvelle application de courants continus abdomino-rectale (10 éléments). Dès les premières minutes, l'intestin se contracte d'une manière visible, et le malade ressent de fortes coliques. L'application du courant est continuée pendant une heure et demie, mais non d'une façon permanente. Le contact est établi une fois environ toutes les demi-minutes et seulement pendant une seconde. Chaque fermeture du courant détermine une violente contraction intestinale, et la sonde placée dans le rectum indique bien ces contractions par ses mouvements de va-et-vient. Plusieurs fois, pendant cette séance, j'ai substitué aux courants de pile des courants d'induction, mais ils provoquent une douleur intolérable et ne semblent guère agir que sur les muscles de la paroi ; ils ne déterminent pas de contractions intestinales s'accompagnant de gargouillements, et la sonde rectale reste immobile pendant leur passage.

Aussitôt après cette séance, le malade expulse spontané-

ment une grande quantité de matières liquides, fortement colorées et d'une odeur fétide ; pas un seul gaz n'a encore passé. On administre ensuite plusieurs prises de calomel.

A 8 h. du soir, nouvelle application de courants voltaïques interrompus. Après quelques minutes, une grande quantité de matières liquides commence à passer par la sonde rectale ; à chaque fermeture du courant, un jet de matières s'échappe comme d'un robinet, poussé par une contraction de l'intestin. Les applications d'électricité sont renouvelées deux fois pendant la nuit, et le matin (une heure après la dernière électrisation), il y a une selle spontanée très abondante, contenant de la bile en grande quantité et quelques fragments de pulpe d'orange.

24 avril. — L'état du malade s'est beaucoup amélioré ; le visage a repris sa coloration normale ; les douleurs ont à peu près cessé, le pouls est à 82. Le ventre est toujours ballonné, mais beaucoup plus souple que la veille ; le niveau de la matité, sur les côtés, a baissé de plusieurs centimètres. A 9 heures, on administre 60 grammes d'huile de ricin.

De 10 heures à 11 heures 1/2, application abdomino-rectale de courants continus (labiles), à la suite de laquelle il y a une selle spontanée abondante (1 litre environ) de matières liquides contenant beaucoup de bile et ressemblant à une véritable solution de matières fécales. On retrouve dans ces matières une partie de l'huile absorbée le matin, ce qui indique bien, avec la présence de la bile, que le passage est au moins en partie rétabli. Dans la journée, deux autres selles spontanées.

A 4 heures, application de l'électricité, pendant laquelle un gaz s'échappe au travers de la sonde rectale. Le doigt, introduit dans le rectum, éprouve un certain degré de constriction au niveau du sphincter interne, ce qui semble devoir être attribué à une légère contracture de ce sphincter. Il y a en même temps un peu de gonflement de la prostate. D'ailleurs, aucune trace d'escharre.

On introduit alors dans le rectum une sonde œsophagienne, par laquelle s'échappent quelques gaz et une grande quantité de matières liquides. Dans la nuit, plusieurs selles spontanées avec expulsion de gaz.

25 avril. — Il n'y a plus aucune douleur ; le pouls est à 76. Le malade prend avec plaisir du lait et du bouillon. Un grand bain d'une demi-heure.

Le ventre, toujours un peu distendu par le gaz, est facilement dépressible. Par la palpation et la percussion, on délimite très nettement deux tumeurs, du volume d'une grosse noix, l'une au niveau du cul-de-sac inférieur du cœcum, l'autre au niveau de l'S iliaque. Ces tumeurs sont évidemment formées par un morcellement des matières qui constituaient l'obstacle et qui, d'après la nature des selles et la sensation qu'elles donnent au toucher, doivent avoir la consistance du mastic.

On fait encore prendre dans la journée 40 grammes d'huile de ricin, ce qui a pour résultat six selles et l'expulsion d'une grande quantité de gaz. La contracture du sphincter anal a complètement disparu.

26 avril. — Le matin, quoique l'état général continue à s'améliorer, le ballonnement du ventre a un peu augmenté. Il existe une sensibilité assez vive au niveau du cœcum. Une application d'électricité, faite pendant 3[4 d'heure, est suivie de l'expulsion de gaz abondants.

27 avril. — Purgation avec 40 grammes de sulfate de magnésie. Le pouls est à 64, le ventre complètement souple et détendu. Toujours un peu de sensibilité au niveau du cœcum. La matité est presque nulle et l'on ne sent plus qu'un peu d'empâtement.

29 avril. — Le malade va tout à fait bien. Les selles sont régulières, abondantes. Le ventre absolument normal. L'appétit est revenu. Le malade prend du poulet et une côtelette dans sa journée. *(A suivre).*

PATHOLOGIE MÉDICALE

Caractères généraux des localisations douloureuses dans les coliques hépatiques et néphrétiques (1) ;

Par J. CORNILLON.

II. Des localisations douloureuses dans la colique néphrétique.

Toutes choses égales d'ailleurs, la migration des calculs rénaux est plus longue, plus pénible que celle des cholélithes. Il n'y a rien là qui puisse nous étonner, la distance à parcourir entre le col de la vésicule biliaire et l'ampoule de Vater étant moins étendue que celle qui est comprise entre le bassinet et le méat urinaire. Le passage de ces concrétions à travers les conduits urinifères ne donne pas toujours lieu à des accidents bien sérieux. On voit, en effet, des gens qui urinent des fragments de graviers sans trop de souffrances ; mais, le plus souvent, cette émission est précédée de coliques caractéristiques, avec des points douloureux ayant un siège déterminé, se déplaçant en partie à mesure que le gravier chemine, se différenciant en cela des points douloureux de la colique hépatique qui se développent tous en même temps, et conservent leur position fixe pendant presque toute la durée de la crise.

1° *Point lombaire.* — Il est constant et correspond exactement à l'organe malade.—Rarement, au début, la douleur occupe toute la région lombaire ; elle siège habituellement sur un de ses côtés. Et, lorsqu'on recherche le maximum de la souffrance avec un peu d'attention, on le trouve généralement un peu en dehors des apophyses épineuses des deuxième et troisième vertèbres lombaires. Les irradiations que ce point envoie vers le flanc correspondant, les seules qu'on lui connaisse du reste, font qu'au moment du paroxysme de la colique néphrétique, il se confond entièrement avec le point rénal dont nous allons parler tout à l'heure.

La douleur a un caractère sourd, pongitif ; une pression énergique exercée sur les muscles de la masse sacro-lombaire avoisinant les apophyses épineuses des trois premières vertèbres lombaires, l'exagère toujours, tandis que le pincement de la peau est absolument indolent. — Dans d'autres cas, le malade perçoit des battements profonds qui semblent indiquer que le corps étranger tend à quitter le bassinet pour s'engager dans l'uretère. Quelle que soit la forme de douleur que révèle le point lombaire, jamais les mouvements du corps ne peuvent s'effectuer sans occasionner des cris, des gémissements.

Ce point douloureux persiste pendant toute la durée de la colique néphrétique, mais en diminuant d'intensité, à mesure que le gravier se rapproche du méat urinaire. Néanmoins, il est encore très appréciable lorsque l'accès est entièrement passé, si bien que, de longtemps, les malades ne peuvent monter à cheval ni aller en voiture mal suspendue, sans s'exposer à en augmenter l'acuité. Quoiqu'il ait une valeur séméiologique indéniable, il n'est point un signe pathognomonique de la lithiase rénale, car on l'observe chez les gens atteints de néphrite albumineuse.

2° *Point rénal.*— Il correspond, comme le précédent, directement à la lésion, et comme lui il est constant. Son siège habituel est le flanc gauche ; quelquefois il se trouve à droite, très exceptionnellement il occupe les deux côtés à la fois.

Ce n'est qu'au début de la colique néphrétique qu'on peut établir exactement la position du point rénal : on le

(1) Voir le n° 32.

trouve alors sur le milieu d'une ligne allant du rebord des fausses côtes à l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté.— Peu à peu, il s'étend vers l'hypogastre, l'ombilic, l'épigastre; dans ce dernier cas, il provoque des mouvements réflexes sur l'estomac qui se traduisent par des nausées, par des vomissements. Au paroxysme de la crise, toute localisation douloureuse est impossible.

Le point rénal est profond. Il consiste tantôt en élancements, tantôt en brûlure, tantôt en déchirement.— Rarement il s'accompagne d'hyperesthésie cutanée, mais, ordinairement, la pression l'augmente. Il existe cependant des cas où une pression énergique avec le dos de la main le calme, mais ces faits sont exceptionnels. — Sa violence habituelle est telle que le malade ne peut se coucher sur l'endroit affecté.

Le point rénal a une grande valeur séméiologique : son siège ordinaire, à gauche, permet d'établir presque à coup sûr qu'on a affaire à la lithiase rénale et non à des calculs biliaires; lorsqu'il existe à droite, des réserves sont nécessaires.

3° *Point inguinal.*— A mesure que le gravier descend dans l'uretère, qu'il se rapproche du bas-fond de la vessie, de nouvelles souffrances apparaissent. — Dans les violents accès de colique néphrétique toute la région iliaque devient rapidement sensible, sans qu'il soit possible d'établir un maximum douloureux quelconque.—Le malade est jeté dans un état d'angoisse inexprimable ; il se comprime énergiquement le ventre, dans l'espoir de calmer ses douleurs qui, de temps à autre, cessent pour recommencer, lorsque le gravier, chassé brusquement par l'urine, gagne des parties plus déclives.

Lorsque la colique néphrétique est moins intense, et qu'on peut suivre pas à pas le développement des accidents, on trouve fréquemment, si on procède avec méthode, un point douloureux fixe au niveau de l'orifice externe du canal inguinal correspondant au rein lithiasique, et à deux ou trois centimètres en dehors de l'épine du pubis. — La zone sensible occupe à peu près l'étendue d'une pièce de cinq francs : elle est caractérisée tantôt par des élancements, tantôt par de la brûlure. — Souvent la pression la calme, rarement elle l'exaspère. J'ai vu cette année-ci un jeune homme du Puy-de-Dôme qui faisait diminuer la violence de ce point douloureux, en enfonçant la pulpe de l'index dans le canal inguinal et en l'y maintenant quelques minutes. — La compression qu'il exerçait sur le cordon spermatique suffisait pour arrêter les souffrances.

Le point inguinal, bien qu'il ne soit pas rare, n'est pas aussi constant que les deux précédents, et la valeur séméiologique n'est pas encore nettement établie.

4° *Points douloureux du testicule et de la grande lèvre.* — L'excitation des nerfs du cordon, qui engendre le point douloureux que nous venons de signaler, est encore la cause du point testiculaire chez l'homme, et de celui de là grande lèvre chez la femme.

Dans le premier cas, la souffrance se traduit ordinairement par de la rétraction de l'organe qui monte au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Cette rétraction s'accompagne presque toujours d'un sentiment de pesanteur extrêmement pénible. D'autres fois, il y a un véritable point douloureux qui correspond à l'endroit où le cordon se confond avec l'épididyme, c'est-à-dire au niveau de la queue de ce dernier appendice. Ce point est spontané, et s'accroît en intensité par la pression, ou par les mouvements du corps. Il est rare que cette sensibilité ne s'étende pas très rapidement à toute la masse du testicule qui augmente alors de volume, devient rouge et chaud. C'est une véritable orchite qui se déclare. Les faits de ce genre sont, je l'accorde, tout à fait exceptionnels ; néanmoins, il en existe plusieurs dans la science, et pour mon propre compte j'en ai vu un cas très net, et où les accidents ne cessèrent qu'après huit jours de traitement énergique.

Quelquefois la zone douloureuse occupe d'emblée tout le testicule et la masse entière du cordon spermatique, sans qu'on puisse découvrir un maximum quelconque. La multiplicité des formes que ce point revêt, son mode de développement, sa marche si variable, suivant les cas, ne lui enlèvent rien de sa valeur seméiologique. Sa constance, en effet, le place au premier rang des signes de la colique néphrétique.

Chez la femme, le point douloureux de la grande lèvre, tenant à la même cause que le précédent, manque comme lui très rarement, comme lui, il est un symptôme évident de lithiase rénale. Vu la faible étendue de l'organe intéressé, étant connue la répugnance des malades pour l'examen des parties sexuelles, il est toujours difficile à préciser. Néanmoins, il m'a semblé que, le plus souvent, le maximum de la douleur correspondait au segment supérieur de la grande lèvre se confondant presque avec le point inguinal. Mais, aussi, il arrive parfois que toute la grande lèvre est sensible, rouge, turgide, sans qu'on trouve un endroit plus douloureux qu'un autre.

Dans tous les cas, la souffrance a un caractère aigu, le moindre attouchement l'exaspère. Toujours elle rend la malade mélancolique, inquiète, parfois elle est l'origine d'attaques convulsives.

Tous les points que nous venons d'étudier sont directs, les irradiations réflexes qui se produisent du côté de l'estomac dans le cours de la colique néphrétique, n'étant pas à proprement parler des manifestations douloureuses. Ils ont en outre un caractère commun, c'est de diminuer de violence une fois que le gravier a franchi l'uretère et qu'il est tombé dans le bas-fond vésical.

Lorsque la concrétion urique a atteint le col de la vessie, la plus grande partie de sa tâche est accomplie. En effet, sa migration au dehors s'effectue sans trop de difficulté; pendant quelques jours, le malade se plaint de cuisson, de brûlure le long du canal de l'urèthre, et tout se borne là. Cependant, il arrive quelquefois qu'une douleur fixe apparait au méat urinaire, avec accompagnement de rougeur et de chaleur. C'est un véritable point méatique, occasionné par le passage de graviers rénaux ; elle dure souvent plusieurs jours pour disparaître définitivement dès que l'expulsion est complète.

Durant le cours d'un accès de colique néphrétique, de moyenne intensité, il n'est pas rare d'observer du côté de la cuisse correspondant au rein lithiasique, tantôt du fourmillement, tantôt de l'engourdissement, et quelquefois même de véritables douleurs fulgurantes. La communauté d'origine des rameaux génital et fémoral (nerf honteux externe de Meckel), les anastomoses de cette dernière branche avec le nerf crural rendent facilement compte de l'apparition de ces souffrances; mais comme elles occupent une surface très étendue, sans maximum bien déterminé, nous nous bornons seulement à les signaler.

En terminant, nous concluons qu'il n'existe pas la moindre ressemblance entre les points douloureux de la colique hépatique et ceux de la colique néphrétique. En effet, les premiers sont incomparablement moins pénibles que les seconds ; en outre, les uns siègent à la base du thorax et au-dessus (points épigastrique, cys-

tique, dorsal, scapulaire), tandis que les autres occupent le segment inférieur du corps (points rénal, lombaire, inguinal, testiculaire, etc.). Dans les cas douteux, la détermination exacte de leur position respective, est un élément excellent de diagnostic différentiel.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des autopsies dans les hôpitaux de Paris.

Tous les médecins et les internes des hôpitaux qui cherchent à vérifier soigneusement les lésions produites par les symptômes qu'ils ont observés durant la vie de leurs malades, ont regretté bien souvent que les prescriptions légales s'opposassent à ce que l'autopsie fût pratiquée avant qu'il ne se fût écoulé 24 heures depuis la mort. L'administration de l'assistance publique ne peut, de sa propre initiative, modifier la loi. C'est aux médecins, à ceux des hôpitaux plus particulièrement, à la presse médicale, de provoquer cette modification. Pour faciliter cette tâche, nous croyons utile de placer les textes sous les yeux de nos lecteurs. L'article 77 (chapitre IV) du Code civil est ainsi conçu :

Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, *hors les cas prévus par les règlements de police*.

Le délai prescrit par la loi est surtout destiné à prévenir autant que possible les inhumations précipitées ; ajoutons qu'il laisse la porte ouverte aux exceptions, à la condition qu'elles soient prévues par les règlements de police. Or, comme on va le voir, ces règlements jusqu'ici n'ont établi aucune exception.

Ordonnance concernant le moulage, l'autopsie, l'embaumement et la momification des cadavres.

Paris, le 6 septembre 1839.

NOUS, CONSEILLER D'ÉTAT, PRÉFET DE POLICE, Considérant qu'il importe que les cadavres ne soient soumis, avant les délais fixés par la loi pour procéder aux inhumations, à aucune opération capable de modifier leur état ou de transformer en décès réel une mort qui ne serait qu'apparente ;

Considérant que l'autorité, chargée de veiller à la salubrité publique, doit fixer les délais qui peuvent être accordés, selon les circonstances, pour surseoir aux inhumations et prescrire les mesures de précaution que nécessiterait la conservation des cadavres au delà du terme d'usage ; — Vu les arrêtés du gouvernement des 12 messidor an VIII et 3 brumaire an IX ; — L'ordonnance de police du 25 janvier 1838 concernant les autopsies ; — ORDONNONS ce qui suit :

ART. 1er. — A Paris, et dans les autres communes du ressort de la Préfecture de Police, il est défendu de procéder au moulage, à l'autopsie, à l'embaumement ou à la momification des cadavres, avant qu'il se soit écoulé un délai de 24 heures depuis la déclaration des décès à la mairie, et sans qu'il en ait été adressé une déclaration préalable, au commissaire de police à Paris, et au maire dans les communes rurales.

ART. 2. — Cette déclaration devra indiquer que l'opération est autorisée par la famille, elle fera connaître, en outre, l'heure du décès ainsi que le lieu et l'heure de l'opération.

ART. 3. — Les maires et les commissaires de police devront nous transmettre ces déclarations, après avoir constaté que l'on s'est conformé aux dispositions de l'article 1er.

ART. 4. — Il n'est fait exception aux dispositions de la présente ordonnance que pour les cadavres des personnes dont le décès aurait été constaté judiciairement.

ART. 5. — Les infractions aux dispositions qui précèdent seront constatées par des procès-verbaux qui nous seront adressés pour être transmis aux tribunaux compétents.

ART. 6. — Les dispositions de la présente ordonnance ne sont point applicables aux opérations qui sont pratiquées dans les hôpitaux et hospices, et dans les amphithéâtres de dissection légalement établis.

ART. 7. — L'ordonnance de police du 25 janvier 1838, concernant les autopsies, est rapportée.

ART. 8. — Les sous-préfets des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les maires des communes rurales, les commissaires de police, le chef de la Police municipale de Paris, les officiers de paix et les autres préposés de la Préfecture de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance qui sera imprimée et affichée dans toute l'étendue du ressort de la Préfecture de Police.

Ampliation en sera adressée à M. le Préfet de la Seine, et à chacun de MM. les maires de la ville de Paris. — *Le Conseiller d'État, Préfet de Police*, G. DELESSERT.

L'art. 6 de cette ordonnance mérite de fixer l'attention. Il semble accorder à l'administration des hôpitaux et hospices la liberté de réglementer elle-même les moulages, l'autopsie, etc., qui se font dans ses établissements. Voici comment l'administration a usé de cette liberté.

Droit des médecins et des familles en ce qui concerne les autopsies.

La pratique des autopsies est réglementée par les articles 3, 4, 5 et 8, de l'arrêté du conseil général des hospices du 3 décembre 1834, lesquels disposent que :

ART. 3. Les professeurs de clinique et les chirurgiens dans les hôpitaux et hospices pourront procéder à l'ouverture de tous les corps, mais ils ne devront pas se livrer aux travaux de dissection.

ART. 4. Les médecins des hôpitaux et hospices autres que les professeurs de clinique ne pourront faire l'autopsie que du tiers des corps des personnes décédées dans les divisions confiées à leurs soins pendant la durée des travaux dans les hôpitaux.

ART. 5. Les corps réclamés par les familles seront toujours rendus, et ils ne compteront pas dans le tiers abandonné à MM. les médecins pour les autopsies.

ART. 8. Les autopsies ne pourront être faites que 24 heures après le décès.

Quant aux droits des familles, les circulaires des 15 juillet et 31 août 1850 tracent aux Directeurs des hôpitaux et hospices la conduite qu'ils ont à tenir pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent en respectant le vœu des familles, et sans méconnaître pour cela les intérêts de la science. Nous citons textuellement :

« ...... Vous devrez toujours laisser les familles à leur spontanéité, et vous abstenir de provoquer leur opposition à l'autopsie cadavérique. Il est même à propos que vous vous efforciez, au besoin, d'exercer sur leur détermination une légitime influence, en leur faisant comprendre que les investigations médicales sont autant dans leur propre intérêt et dans celui de l'humanité que dans l'intérêt de la science..... Après ces tentatives de conciliation, lorsque la volonté des familles se sera formellement prononcée pour un refus, vous devez vous y conformer, et faire mettre à part les corps ainsi réclamés. »

Et ailleurs, dans l'instruction du 31 août : « Les familles seules peuvent s'opposer à l'autopsie. Leur opposition doit être spontanée.

« La réclamation du corps pour le faire inhumer n'implique pas nécessairement le refus d'autopsie. Il faut que la volonté des parents soit formellement exprimée et que vous l'inscriviez sur le registre spécial destiné à recueillir ces sortes de déclarations.

« Vous êtes autorisé à n'accueillir les oppositions que des ascendants ou descendants en ligne directe; de l'époux survivant, des frères et sœurs, des oncles et tantes, des neveux et nièces. Si vous aviez des raisons fondées pour élever des doutes sur la parenté ou le degré de parenté, vous pourriez en exiger la justification. »

Telle est la situation actuelle. L'Administration s'est-elle toujours astreinte à suivre les prescriptions de la loi et des règlements d'une façon absolue ? Non. En effet, lors de l'épidémie de choléra, qui a sévi d'une manière si épouvantable à l'hospice de la Salpêtrière, l'Administration a autorisé l'inhumation des corps des cholériques avant l'expiration du délai légal de 24 heures, et elle a bien fait.

Il est à regretter que la Préfecture de police et l'Administration de l'Assistance publique n'autorisent pas l'inhumation des corps des varioleux avant la fin de ces 24 heures. Le retard apporté à l'enterrement, dans ces cas, est souvent préjudiciable à la santé publique. Combien il est triste, en effet, de voir des êtres vivants, adultes ou enfants, passer un aussi long temps, dans une chambre étroite, encombrée, auprès du cadavre d'un va-

rioleux! Nous avons signalé ce fait à l'attention de M. le Préfet de police, dans des rapports faits au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. Nous le lui rappelons aujourd'hui.

Le Conseil d'hygiène a eu à s'occuper de cette intéressante question, il y a une quinzaine de jours, à propos d'une lettre de M. Joffroy, chargé actuellement du service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine. Notre ami et collaborateur demandait l'autorisation de pratiquer les autopsies des varioleux 12 heures après le décès. Le Conseil d'hygiène a pensé qu'il y avait lieu d'accorder cette autorisation à des conditions qui sont indiquées dans la lettre suivante adressée à M. le directeur de l'Assistance publique au nom de M. le Préfet de police.

Autopsie des corps des malades décédés à la suite de la variole à l'hôpital Saint-Antoine.

Monsieur le Directeur,

Le 19 juillet courant vous avez bien voulu me communiquer une lettre qui vous a été adressée par M. le Dr Joffroy, médecin du bureau central, chargé du service de la variole à l'hôpital Saint-Antoine et par laquelle ce praticien demande l'autorisation de faire les autopsies des malades varioleux 12 heures après leur décès, au lieu d'attendre 24 heures ainsi que le prescrivent les règlements.

En considération des travaux spéciaux sur la variole auxquels se livre le pétitionnaire, et de la rapidité avec laquelle, par la température actuelle, les cadavres des varioleux entrent en putréfaction, je consens à accorder à M. le Dr Joffroy l'autorisation qu'il sollicite, mais à titre temporaire, et aux conditions suivantes :

1° L'autopsie des corps des varioleux ne pourra avoir lieu qu'après certitude de la mort constatée par M. Joffroy; 2° aucune autopsie de ces corps ne pourra être commencée que par M. Joffroy, ou par un de ses élèves, et en sa présence; 3° La présente autorisation ne sera valable que jusqu'au 16 septembre prochain.

J'ai l'honneur de vous prier, M. le Directeur, de vouloir bien informer M. le Dr Joffroy de cette décision.

Agréez, etc., pour le Député, Préfet de police, le chef de la 2e division. Signé : CH. LESTIBOUDOIS.

L'autorisation accordée est limitée; mais il a été convenu que, sur une nouvelle demande, elle pourra être prolongée sans qu'il y ait lieu de recourir de nouveau au Conseil d'hygiène. Cette seconde dérogation aux lois et règlements sur les autopsies est importante. Elle montre que l'administration est décidée à favoriser les recherches scientifiques. Il serait vivement à souhaiter, qu'une semblable autorisation fût donnée directement par l'Assistance publique dans certains cas, où il est du plus haut intérêt de faire l'autopsie le plus tôt possible après la mort et cela simplement sur une demande motivée des chefs de service. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

48e *Congrès : session de Cambridge* (10, 11, 12, 13 *Août* 1880).

Fondée en 1832 par Charles Hastings, la British Medical Association est une des sociétés médicales les plus prospères de toute l'Europe, elle compte actuellement plus de 8,000 membres et possède des branches secondaires jusqu'en Australie. — Son but est, ainsi que le disait il y a quelques jours le Dr David Everett, président de la branche du Worcestershire, de rassembler des matériaux pour l'étude des questions médicales aussi bien purement spéculatives que pratiques, de mettre en contact continuel les membres du monde médical, et d'assurer ainsi l'esprit de corps si nécessaire à la « *respectabilité* » de la profession.

Discours du Président. — Après quelques paroles d'adieux, le Dr O' CONNOR, président de l'association pour 1879, cède le fauteuil présidentiel au Dr HUMPHRY, qui lit aussitôt son discours dont voici le sens général.

Il est heureux de pouvoir souhaiter la bienvenue aux membres de l'Association au nom de la ville de Cambridge, au nom de cette vieille université qu'ont illustrée Newton, Bacon, Milton, Harvey, Glisson, Heberden, et tant d'autres; mais il fait remarquer que, quel que soit l'éclat de ces noms dans un centre d'instruction aussi bien organisé, l'enseignement de la médecine est resté jusque dans ces derniers temps presque absolument négligé; quelle est la cause de cet abandon? — Il faut la chercher dans l'évolution de l'université à travers les siècles, dans le peu de ressources fournies par une ville médiocrement peuplée, dans le redoutable voisinage de Londres, et aussi dans la concurrence de deux puissantes sociétés : le *College of surgeons* et le *College of physicians*. Mais avec une organisation nouvelle nul doute que la ville de Cambridge ne prenne bientôt dans les sciences médicales le rang éminent qu'elle a su conquérir dans les autres sciences.

Des progrès en médecine, par John BUCKLEY BRADBURY. — L'orateur s'est imposé la tâche de résumer dans un rapide aperçu général les progrès faits pendant les dix dernières années dans les sciences médicales, grâce aux divers instruments empruntés à la physique.

C'est à l'aide du *microscope* qu'on est arrivé à faire le diagnostic exact de l'anémie pernicieuse progressive. Quoique décrite dès 1849 par Addison, cette affection n'a été généralement reconnue comme ayant une existence propre que dans ces dernières années. Cependant il ne semble pas qu'Addison ait jamais examiné le sang dans les cas qu'il a observés, c'est seulement en 1855 peu de temps après la découverte de la leucémie par Virchow que le Dr Wilks a déclaré que, dans cette maladie, le nombre des globules blancs n'est pas augmenté, contrairement à ce qu'on aurait pu croire *a priori*.) Depuis lors, on a découvert d'autres altérations du sang dans cette affection. Mackera et Davy, ainsi que MM. Byron, Bramwel, Stephen Mackenzie et Finny, ont avancé que, dans le sang que l'on vient de tirer avec la pointe d'une aiguille du doigt d'un malade atteint de cette affection, les globules rouges au lieu de s'entasser en petites piles comme à l'Etat normal, restent séparés, ou, s'ils se rassemblent, ne forment aucune figure régulière; ces auteurs ont dit encore que le nombre de ces globules est notablement diminué, que leurs dimensions sont variables, leurs formes très diverses, les uns étant ovales, les autres fusiformes, quelques-uns ont un prolongement caudal, d'autres sont plus volumineux que les globules blancs, d'autres enfin n'atteignent pas le quart du volume normal. Dans tous ces globules anormaux, la substance colorante (hémoglobine) semble s'être collectée dans un point, laissant le reste du globule (stroma) clair et transparent, c'est peut-être à cette disposition que ces globules doivent de sembler nucléés.

L'orateur a examiné un cas d'anémie progressive très évidente, il n'a pu retrouver les petits globules rouges sphériques considérés par Eichorst comme pathognomoniques; Rosenstein, Grainger Stewart, Bradford n'ont pu voir non plus ces microcytes, tandis qu'ils ont été signalés par Cohnheim dans un cas de leucocythémie médullaire, par Litton dans un cas de phthisie, et par Greenfield dans un cas de maladie de Hodgkin; d'un autre côté, le Dr Osler (de Montréal) a trouvé des corpuscules semblables dans son propre sang, et dans celui d'autres personnes en parfaite santé. Ces corpuscules ne peuvent donc être considérés comme pathognomoniques, mais lorsque les globules rouges présentent réunies les trois conditions suivantes : diminution de nombre, coloration plus pâle, forme ou dimension anormales, le diagnostic peut être considéré comme fixé.

M. SÖRENSEN (de Copenhague) préconise, lui aussi, la numération globulaire, et dans 11 cas, il a trouvé que le nombre des globulles rouges variait du 1/4 au 1/12 du chiffre normal (Méthode de M. Malassez).

M. Stephen Mackenzie s'est occupé de la diminution du nombre des globules dans les différentes anémies, mais jamais il ne l'a trouvée aussi accentuée que dans l'anémie pernicieuse progressive.

A propos de numération globulaire, l'orateur parle du compte-globules du Dr Gowers qui présente, dit-il, de notables avantages sur ceux de M. Malassez et de M. Hayem; il ne manque pas de faire l'éloge de l'hématochromomètre de M. Malassez qui est, dit-il, un instrument d'une grande exactitude au point de vue scientifique et est en même temps tout à fait clinique, il insiste sur ce point signalé par M. Malassez, que la numération des globules ne saurait avoir de valeur qu'à la condition de connaître exactement la quantité d'hémoglobine contenue dans ceux-ci.

M. Bradbury regrette de ne pouvoir s'étendre comme il conviendrait sur les services rendus par le microscope dans l'étude du tubercule, de la pyohémie, de la septicémie, de la fièvre à rechutes, des entozoaires, du sang, du virus vaccin, etc... — Il rappelle combien l'emploi de cet instrument a été utile pour combattre en Allemagne la trichinose si souvent confondue auparavant avec la fièvre typhoïde ou d'autres entérites. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *août* 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. Livon (de Marseille) fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Recherches physiologiques sur l'action du salicylate de soude, sur la contractilité musculaire.* De l'ensemble de ce travail, il résulte que, sous l'influence d'une substance telle que l'acide salicylique qui a une action spéciale sur les centres nerveux, les muscles présentent les phénomènes suivants, sur la grenouille : 1° Accroissement de l'excitabilité : 2° Phénomènes de l'addition latente; 3° Excitabilité décroissante; 4° Epuisement prompt, mais réparation prompte ce qui donne lieu au tétanos rythmique, à la contraction initiale. — Il semble donc qu'on ne soit plus en droit, de comparer le muscle cardiaque seulement au muscle de la pince de l'écrevisse, mais aussi aux muscles de la grenouille. Ce qui tendrait à démontrer que, dans le mouvement rythmique du cœur, il ne faut pas voir une particularité de la fibre musculaire, mais bien une particularité de l'excitation.

M. A. Favre (de Lyon) donne lecture d'un mémoire sur la *dyschromatopsie dans ses rapports avec la médecine publique.* Il a examiné plus de 10,000 hommes adultes par différents procédés et il a reconnu que plus de 10 0/0 d'entre eux n'étaient pas à même de distinguer une ou plusieurs des cinq couleurs élémentaires, soit deux cas de daltonisme grave et relativement dangereux et huit cas de chromatopseudopsie nuisible ou gênante.

Les examens faits en vue des chemins de fer, de la marine ou de l'armée, seraient insuffisants si l'on avait à déterminer, par l'exploration du sens chromatique, l'aptitude des individus aux professions commerciales ou industrielles qui s'exercent sur les objets colorés. Il faudrait peut-être, dans ces cas, examiner sur 200 ou 300 couleurs ou nuances. Tout le monde sait combien sont variables pour la couleur, les vêtements des femmes suivant les modes et suivant les saisons. Parmi les erreurs très nombreuses citées par l'auteur, nous remarquons que plusieurs ont été relevées chez des marchands d'étoffes, des tisseurs, des teinturiers, des tailleurs, des bijoutiers. M. Favre a recherché les cas de dyschromatopsie, constatés en public et surtout dans les tribunaux. Des discussions, des rixes, ont eu lieu devant les écoles. Devant les tribunaux quelques cas ont été notés. L'examen du sens chromatique des personnes en désaccord doit suffire pour édifier les juges.

Les erreurs des daltoniens sur les timbres-postes ont déterminé l'administration à augmenter le diamètre des chiffres et à instituer la visite des couleurs pour son personnel. Dans la famille, les enfants daltoniens sont malheureusement plaisantés par leurs sœurs ou par leurs tantes et se désintéressent des couleurs. Arrivés à l'âge adulte et mariés, il leur arrive quelquefois de réclamer leurs droits de chefs de famille et de quereller leurs femmes à propos des couleurs.

La connaissance exacte des couleurs est nécessaire aux magistrats mais surtout aux juges de paix ; elle est indispensable aux experts, ces derniers doivent avoir un sens chromatique très exercé. Il a été donné à M. Ferrand expert-chimiste, ancien préparateur de Chevreul aux Gobelins, de rectifier dans ses rapports des erreurs très importantes commises sur la couleur des pièces à conviction, qu'il était chargé d'examiner. Les procès-verbaux de constatation avaient été rédigés par des gendarmes, des gardes-champêtres ou par d'autres agents de l'autorité.

Les botanistes, les chimistes, les micrographes daltoniens, sont souvent très embarrassés. Les médecins praticiens et les pharmaciens savent avoir recours au témoignage des personnes dont la vue est normale. Il est certain que des malheurs irréparables ont été causés par le fait du daltonisme ; que beaucoup de daltoniens se sont ruinés, ont ruiné leur famille ou qu'ils ont infligé des pertes considérables aux négociants qui les ont employés.

Il faut généraliser la visite des couleurs, rendre les daltoniens responsables de leurs erreurs par une loi. Le daltonisme pouvant être le plus souvent guéri par l'exercice, la loi réclamée deviendrait certainement un excellent moyen thérapeutique. L'on signifierait à ceux qui ne pourraient pas être guéris d'avoir à s'abstenir de porter des jugements sur les objets colorés.

M. Planchon fait la lecture de plusieurs rapports officiels sur les remèdes secrets. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 *février* 1880. — Présidence de M. Rendu.

10. **Kyste hydatique du foie, ouvert spontanément dans l'abdomen et amenant la mort par hémorrhagie foudroyante, chez un malade atteint d'insuffisance et de rétrécissement aortiques, d'insuffisance mitrale et de néphrite parenchymateuse ;** par Aimé Malherbe, aide de clinique.

Fourn... Jules, 22 ans, garçon boucher, entre le 1er décembre 1879, à la Charité, service de M. Hardy.

Antécédents héréditaires. Père mort à 47 ans, aucun renseignement; mère vivante, bien portante; deux sœurs et trois frères bien portants.

Antécédents personnels. A l'âge de six ans, il eut une maladie qu'il ne peut définir, mais pendant le cours de laquelle il eut un œdème généralisé. A l'âge de quinze ans, à la suite d'une bronchite assez intense, il eut des crachats sanglants ; mais, là encore, les indications fournies par le malade sont vagues. En 1874, il habitait dans un lieu très humide, il y couchait surtout. Il fut pris à cette époque d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, qui le força à garder le lit deux mois. Il se soigna, n'eut pas de palpitations alors; seulement, après, pendant 3 ou 4 mois, quand il se fatiguait un peu, il remarquait que ses jambes, au niveau des malléoles, étaient enflées le soir. La santé se rétablit, et, au dire du malade, il ne se sentait plus de rien. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Il y a 6 mois, il fut pris de palpitations, d'essoufflement, d'un certain degré de dyspnée, et, ce qui éveilla surtout son attention, de vertiges en marchant ou en travaillant. Il perdit même un jour connaissance en portant une moitié de bœuf, chose qu'il faisait d'habitude facilement. Depuis, les phénomènes continuèrent, la dyspnée et l'essoufflement augmentèrent, ainsi que les vertiges. Enfin, survinrent des points de côté fréquents qui décidèrent le malade à entrer à la Charité demander des soins. Il est reçu le 1er décembre 1879, salle Saint-Charles, lit n° 2, dans le service de M. Hardy.

État actuel. Ce malade présente les attributs d'une constitution robuste ; il est bien musclé, le facies a une coloration normale, quoique exprimant un peu d'anxiété. Pas d'œdème des extrémités inférieures.

Poumons. Submatité, résistance au doigt, en arrière, dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Diminution de la respiration dans toute la hauteur du côté droit. Frottement très fin dans le tiers moyen. Sous la clavicule droite, en avant, la respiration est moins nette qu'à gauche où elle est normale.

Cœur. Légère voussure dans la région précordiale. La pointe bat dans le 5e espace intercostal. Les battements sont forts, et il y a un léger frémissement systolique. La matité précordiale paraît augmentée : 9 centimètres dans le sens vertical, et 10 centimètres dans le sens transversal. Souffle systolique de la pointe en jet de vapeur. Souffle diastolique de la base ayant son maximum sur le bord droit du sternum, dans le deuxième espace intercostal. Retard de la pulsation carotidienne sur la systole ventriculaire. Pouls régulier, un peu dur, un peu bondissant, 92 pulsations. Légère exagération des battements carotidiens. Pas de souffle intermittent crural.

Foie. Le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes. Il mesure en hauteur 15 centimètres environ. La pression et la percussion sont douloureuses à son niveau.

Rate. Normale. *Tube digestif.* Un peu d'anorexie dans ces derniers temps, pas de diarrhée, plutôt de la constipation. *Urine.* Réaction acide, pas d'albumine, densité 1021.

Traitement. P., bromure de potassium 2 grammes. Teinture de digitale, 20 gouttes par jour.

23 *décembre* 1879. Le malade allait bien et demandait à sortir, quand, un matin, il se plaint d'essoufflement; à l'auscultation, on constate un bruit présystolique; dédoublement du deuxième temps à la pointe; il se plaint de courbature, de maux de reins, il présente un certain degré de boursouflement de la face, de l'œdème des paupières et un peu d'œdème périmalléolaire.

8 *janvier* 1880. L'urine est foncée, a l'aspect de bouillon. L'excrétion est d'un litre environ par vingt-quatre heures et contient une quantité notable d'albumine, 6 gr. 50 par litre et 10 grammes d'urée. Le malade est soumis au régime lacté, avec administration de 3 pilules de tannin, de 10 centigrammes chaque. Depuis cette époque, le malade s'affaiblit de plus en plus, mais sans présenter aucun symptôme urémique; du reste, jusqu'au jour de sa mort, l'excrétion s'est faite régulièrement et la quantité d'albumine varie de 7 à 8 grammes par litre.

31 *janvier*. A 6 h. 1/2 du matin, le malade accuse de violentes coliques, en même temps que mal à la tête. Il veut se lever pour aller au cabinet, mais, aussitôt revenu à son lit, il est pris d'une syncope. On lui administre un peu d'éther, il reprend connaissance. Jusqu'à 9 heures, les douleurs de ventre persistent. Au moment de la visite, la face du malade est pâle, il est dans un demi-coma; pourtant, après l'application de sinapismes sur la poitrine et les cuisses, il revient à lui. Il est bientôt repris d'une syncope qui l'emporte. La face et toutes les muqueuses étaient pâles, le mourant était couvert d'une sueur froide et, le refroidissement augmentant, il meurt à 10 heures du matin.

Examen de l'urine. Albumine, 14 grammes par litre; urée, 11 grammes par litre.

Autopsie. Le cadavre est pâle, mais pas d'amaigrissement des masses musculaires.

Foie. A l'ouverture de l'abdomen, on est tout d'abord frappé par la présence d'une hydatide de la grosseur d'une tête d'enfant, nageant librement dans les quatre litres d'ascite que contient le péritoine. Elle n'est composée absolument que de sa membrane-mère et n'est recouverte par aucune membrane fibreuse d'enveloppe. On a cherché à l'enlever sans la déchirer, mais, quand elle a été sur la main, elle s'est rompue dans toute son étendue et a donné issue à un liquide eau de roche caractéristique. De plus, dans la cavité péritonéale, au niveau du bord inférieur du foie, on rencontre un caillot considérable; en suivant ce caillot de bas en haut, on arrive à une tumeur considérable siégeant à la face postérieure du lobe droit. La paroi externe de cette tumeur est résistante, lisse : au niveau du point de rencontre avec le caillot contenu dans le péritoine, elle est déchirée sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Cette paroi n'est autre que l'enveloppe fibreuse de l'hydatide, qui, au moment de la rupture, s'est glissée dans la cavité péritonéale. L'hydatide est remplacée par un caillot volumineux qui est venu se mouler dans la cavité formée par l'enveloppe fibreuse du kyste et qui, une fois cette cavité remplie, a continué à se former en nappe dans le péritoine. La mort peut donc déjà être expliquée. L'hydatide, en quittant sa membrane fibreuse, a laissé vide une cavité à membrane suffisamment vasculaire pour que, simplement par manque d'équilibre de pression dans les organes voisins et dans la poche où le vide était fait, le sang ait pu transsuder en quantité assez considérable pour amener la mort. Le caillot, en effet, pesait environ 1,500 grammes. Et je m'empresse de faire remarquer que l'examen le plus minutieux n'a révélé aucune déchirure du foie, ni dans la face profonde du kyste, ni dans sa face superficielle. — Au niveau de la déchirure, il n'y avait de rompu absolument que l'enveloppe fibreuse du kyste, à laquelle nous avons encore trouvé adhérents quelques débris d'hydatide. Au microscope, nous avons trouvé une quantité considérable d'échinocoques armés de leurs crochets.

Cœur. Le cœur est volumineux, recouvert de graisse; pas de trace de péricardite ancienne. On est tout d'abord frappé de la petitesse de l'aorte, qui se rétrécit tout d'un coup au niveau du canal artériel et ne laisse, à partir de ce niveau, passer l'index qu'avec peine. Il n'y a pas trace d'athérome, l'aorte est absolument lisse, le rétrécissement doit donc être congénital. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont légèrement épaissies et, si on verse de l'eau dans l'aorte, on constate facilement leur insuffisance. La valvule mitrale est peu touchée, bien que ses valves soient épaissies, mais le rétrécissement est peu appréciable, on passe facilement les deux doigts à travers elle, et le bruit qu'on entendait pendant la vie peut être dû simplement à cet épaississement des valves, qui donnait au bruit normal un timbre râpeux et sourd.

Poumons. Dans les poumons, en tant que parenchyme, nous ne constatons aucune lésion. Les plèvres ne contiennent point de liquide. Mais, du côté droit, en arrière, contre le lobe supérieur, nous retrouvons encore un kyste hydatique du volume des deux poings et développé dans la plèvre; nous avons par là l'explication de la matité et des frottements, car, là, la plèvre viscérale est notablement épaissie à ce niveau. Ce kyste hydatique est absolument complet. Il est rempli d'un liquide eau de roche contenant des hydatides filles, qui toutes ont des échinocoques armés de crochets.

Reins. Les reins sont gros, blancs et présentent les lésions de la néphrite parenchymateuse.

Rate. La rate a son volume normal, mais nous trouvons à sa partie inférieure un autre kyste hydatique de la grosseur d'un œuf de dinde. Dans ce kyste, les hydatides sont en dégénérescence. On trouve les crochets séparés de leurs couronnes et le liquide du kyste contient une certaine quantité d'albumine; de plus, il est moins clair que dans les deux autres kystes. En somme, cet homme n'est mort absolument que par la rupture de son kyste, rupture ayant amené une hémorrhagie foudroyante, sans pourtant qu'aucun organe ait été lésé.

Séance du 20 *février* 1880. — Présidence de M. Rendu.

16. Fracture du crâne comminutive et compliquée de plaie — Enfoncement considérable du frontal. — Extraction de six esquilles. — Fracture du bras. — Fracture de côtes. — Albuminurie transitoire; — Guérison; par A. Mossé, interne des hôpitaux.

Bit*** Joseph, mécanicien, 46 ans, entre le 10 mars, 1879, salle Saint-Ferdinand, n° 29, service de M. Duplay. Ouvrier à la gare de l'Est, d'où on l'a transporté à Lariboisière immédiatement après l'accident. B*** a été renversé, ce matin, sur la voie, par une locomotive. Le choc paraît avoir porté directement sur le côté gauche du malade, et avoir déterminé la chute la face en avant, bien qu'il soit difficile d'affirmer cette particularité, à cause des réponses un peu confuses du malade.

A la visite du soir, cinq heures environ après la production du traumatisme, nous constatons les lésions suivantes. 1° Fracture comminutive du frontal avec plaie et enfoncement. Plaie assez régulière, transversalement dirigée, occupant à peu près le milieu de la région frontale; elle est un

peu plus rapprochée cependant des arcades orbitaires que du haut du front, et s'étend plus à droite qu'à gauche de la ligne médiane. Son étendue est de 10 cent. dans le sens transversal. L'écartement des lèvres de la plaie augmente régulièrement à partir des angles qui la terminent, et mesure 4 cent. vers la ligne médiane, où il atteint son maximum et laisse voir au fond le frontal, perpendiculairement enfoncé. A ce niveau, la profondeur de la plaie atteint près de 3 centimètres. Ecchymose conjonctivale mais sans gonflement de la paupière, à droite. Pas d'ecchymose conjonctivale à gauche. Petites plaies contuses (derme excorié) dans la partie gauche du front. Pas de paralysies oculaires ni de troubles de la vision. 2° Fracture du bras gauche : l'interne de garde a placé une gouttière, comme premier appareil, que nous ne touchons pas, à cause de l'état de gravité du blessé. 3° Fracture de la 2e et très probablement de la 3e côte droites.

Le malade, aussitôt après l'accident, a craché du sang en quantité notable ; l'hémorrhagie est maintenant arrêtée. Le pavillon de l'oreille est souillé par du sang, qui a coulé de la plaie frontale, le conduit auditif n'est pas coloré par ce liquide, il n'y a pas eu d'écoulement de sang par l'oreille. Pas d'état de choc traumatique. — Pas de phénomènes nerveux. Pas de paralysie du mouvement ni de la sensibilité dans toutes les parties que nous pouvons explorer (le membre supérieur gauche est dans une gouttière). Pas de contracture : T. 38°,6.

Après avoir nettoyé la plaie, on la recouvre d'une simple gaze phéniquée, puis d'un taffetas ciré. Bandage de corps. — 10 cent. extrait thébaïque ; une injection de morphine. Potion de Todd.

11 *mars*. Même état local et général. — Le pouls est celui de la commotion cérébrale. Même traitement. T. M. 37°,8. T. S. 38°,6.

12 *mars*. Nuit bonne. Sans agitation. Pas de contracture, pas de paralysie, pas de délire. Tuméfaction de la paupière droite assez considérable : l'ecchymose augmente d'étendue : le gonflement est beaucoup moins marqué à gauche. Les bords de la plaie frontale commencent à suppurer. Soif vive : Fièvre traumatique peu marquée. T. M. 37°,2. S. 38°,5. — Pouls 96. Mêmes caractères. Même traitement.

13 *mars*. L'état général continue à être satisfaisant, il n'est survenu aucun trouble nerveux. Soif toujours grande. Les bords de la paupière gauche, ainsi que la région sous-orbitaire correspondante, sont très tuméfiés. La rougeur qui y est apparue dans la journée d'hier augmente d'intensité et prend le caractère érysipélateux.

La plaie frontale communiquant, au niveau des os propres du nez et de l'ethmoïde, avec l'intérieur des fosses nasales, le malade rejette encore par l'expectoration des mucosités purulentes et une petite quantité de sang qui paraissent, ainsi que celles qui s'écoulent par les narines, provenir surtout de la plaie. On ne peut encore asseoir le malade pour l'ausculter. Urines peu abondantes : traitées par l'acide nitrique et la chaleur, elles donnent un précipité très abondant qui se dissout en partie par l'addition d'acide acétique. Elles ne contiennent pas de sucre. T.M. 37°, 8 ; P. 81. T.S. 38°.; P. 84.

14 *mars*. Pas de phénomènes de méningo-encéphalite ; la température et le pouls subissent une légère diminution ; à part cette légère modification, l'état demeure le même ; ni grande dépression, ni excitation. Urines, mêmes caractères qu'hier. T. M. 36°,8; P. 68. T. S. 37°.

15 *mars*. Hier; dans la soirée, légère excitation, le malade se croyait perdu. La nuit a été assez calme. La fièvre n'augmente pas ; nous sommes au 6e jour, et il semble que le pronostic devient moins grave qu'il n'était au moment de l'entrée du malade. Urines des 24 heures, 1200 gr., jumenteuses.

Etat local. Douleur au niveau de la fracture. L'ecchymose occupe maintenant tout l'œil droit, la rougeur érysipélateuse ne s'est pas étendue au delà des limites indiquées, mais il semble aujourd'hui qu'on doive craindre un phlegmon de l'œil. T. M. 37°,4; P. 75. T. S. 38°; P. 90. Même traitement.

16 *mars*. Pas de changements. T. M. 37° ; P. 72. — Soir : 37°,8; P. 80.

17 *mars*. L'état demeure sensiblement le même ; on augmente la dose de morphine. T. M. 37°,5 ; P. 66 ; T. S. 37°,7. P. 80.

18 *mars*. Les phénomènes locaux paraissent s'améliorer. T. M. 37°,4; P. 58. T. S. 37°,4; P. 80.

19 *mars*. La plaie suppure ; prend un assez bon aspect : Les esquilles sont devenues dès maintenant assez mobiles pour qu'il soit possible d'en retirer quatre, de grosseur inégale. Leur extraction a lieu sans déterminer une trop vive souffrance, et sans faire saigner les bourgeons charnus qui commencent à se montrer. Même traitement. T. M. 37°,9 ; P. 72. T. S. 37°,9; P. 78.

21 *mars*. On retire une 5e esquille assez volumineuse.

22 *mars*. L'état général et l'état local continuent à être satisfaisants. L'œil droit menacé d'un phlegmon, il y a peu de jours, est moins enflammé : l'injection des vaisseaux est beaucoup moins vive, le malade y voit assez distinctement.

Jusqu'à aujourd'hui, bien que la gouttière placée comme premier appareil ne pût suffire à remplir toutes les indications, M. Duplay, vu l'état de gravité du malade, qui contre-indiquait les mouvements, l'avait laissée en place ; l'amélioration qui s'est produite permet aujourd'hui de la retirer et d'examiner l'état des parties : On constate qu'il existe une fracture au 1/3 supérieur, avec un déplacement assez considérable. Bit*** étant assis sur le lit, on opère la réduction sans de trop grandes difficultés. Le bras est ramené contre le tronc, et la réduction des fragments étant maintenue par deux attelles et des coussins, on fixe le membre au moyen d'un bandage de Desault.

25 *mars*. La plaie bourgeonne bien, ses extrémités commencent à se réunir et son étendue, suivant le diamètre transversal, commence déjà à diminuer ; l'on voit à la partie supérieure et externe une sorte de diverticulum à surface rouge et bourgeonnante, qui ne paraît être autre chose que le sinus frontal ; la paroi osseuse qui le limite en avant est recouverte par des bourgeons charnus et par les téguments ; aussi M. Duplay, après avoir constaté qu'elle est encore maintenue assez solidement malgré sa mobilité, pense ne pas devoir essayer de l'enlever. Le fond de la plaie est formé, comme nous l'avons dit, par la partie du frontal directement et profondément enfoncée en arrière.

30 *mars*. La partie de l'os frontal enfoncée qui forme le fond de la plaie, et dont la couleur blanche tranche avec la couleur gris-rosé des bourgeons charnus qui en forment les bords, présente en son milieu un petit bourgeon charnu qui commence à se développer.

3 *avril*. La cicatrisation fait des progrès rapides : la plaie se rétrécit de plus en plus ; au fond, la surface de l'os frontal est envahie par les bourgeons charnus ; l'envahissement se fait : 1° de la périphérie vers le centre, par les bords de la plaie ; 2° du centre vers la périphérie par l'augmentation en étendue du bourgeon central, qui divise maintenant le fond de la plaie en deux parties blanches bordées de rouge. L'œil droit, longtemps menacé de phlegmon, peut être considéré comme guéri : la vision est distincte et les paupières, continuellement fermées, peuvent maintenant s'écarter spontanément et permettent de bien voir le globe oculaire. En promenant le doigt au niveau de l'arcade orbitaire, on sent une solution de continuité très nette à la partie supérieure et interne. Depuis quelque temps déjà, le malade, qui a très bon appétit et se sent beaucoup mieux, demande chaque jour à se lever.

12 *avril*. L'état général, ainsi que l'état local, continue à être très satisfaisant ; le malade se lève depuis quelques jours et reste maintenant levé presque toute la journée. La plaie, dans son plus grand diamètre, n'a plus que 7 centimètres et n'offre de profondeur que 5 centimètres d'étendue ; la partie osseuse profonde est presque entièrement recouverte par les bourgeons ; la couleur blanche ne s'aperçoit plus à droite du bourgeon central primitif que sur un petit espace triangulaire, et à gauche de celui-ci, la surface d'os encore laissée à nu ne dépasse pas le volume d'une

grosse tête d'épingle. Le sinus frontal est rempli par des bourgeons qui comblent sa cavité.

18 *avril*. La face profonde de la plaie offre maintenant une coloration rouge-rosée générale; on ne voit plus l'os en aucun point; une petite lamelle osseuse a été enlevée pendant les pansements.

23 *avril*. État local très satisfaisant. Extraction d'une sixième petite esquille. On retire l'appareil placé pour la fracture du bras; la consolidation est complète, le cal encore un peu volumineux (44e jour). Echarpe de Mayor.

28 *avril*. On enlève l'écharpe; les mouvements du bras sont libres, n'entraînent aucune douleur. L'état de cicatrisation fait chaque jour des progrès.

18 *mai*. Le malade quitte l'hôpital. Bien qu'il reste encore une petite surface de la plaie bourgeonnante et non entièrement cicatrisée, la guérison peut être considérée comme définitive. L'enfoncement du frontal, maintenant recouvert par la peau, a laissé une dépression visible à distance, mais la déformation qui en résulte est moindre qu'on ne devait s'y attendre.

Réflexions. — L'observation qui précède offre un réel intérêt à plusieurs points de vue : elle constitue d'abord un cas de guérison assurément peu fréquent, car le sujet avait non seulement une fracture du crâne avec enfoncement considérable, compliquée d'une large plaie, mais encore une fracture du bras et des fractures multiples de côtes. Aussi, le malade dont nous venons de retracer l'histoire pathologique a-t-il été présenté, après sa guérison, par M. Duplay, à la Société de Chirurgie.

Relativement au traumatisme qui a porté sur la tête, il est bien digne de remarque, qu'avec un enfoncement du frontal tel que celui dont nous avons donné plus haut la dimension et qui paraît, malgré l'existence des sinus frontaux en ce point, devoir suffire à entraîner une notable compression du cerveau, il n'y a eu, à aucun moment, ni délire, ni agitation, ni paralysie de la motilité ou de la sensibilité, ni contractures. Au début, cependant, nous avons noté l'existence d'une albuminurie transitoire, qui ne s'est jamais accompagnée de glycosurie et qui avait disparu depuis longtemps, au moment où le malade quitta les salles. Pour se rendre compte de la violence du traumatisme qui a porté sur le crâne et du délabrement consécutif, il suffit d'examiner la plus volumineuse des esquilles extraites par M. Duplay, et que je place sous les yeux de la Société. On y aperçoit nettement les éminences mamillaires de l'étage supérieur de la base du crâne, dans la région correspondant à la voûte de l'orbite. Cependant, il faut noter, en terminant, un fait qui a son importance : si l'intelligence du malade est restée saine et si la parole n'a pas été troublée, il est survenu un changement dans le caractère du malade. Bit..., qui d'après les renseignements fournis par sa famille, était d'un caractère doux et patient avant l'accident, est devenu impatient, brusque et facilement irascible.

Depuis sa sortie de l'hôpital, Bit... n'a éprouvé aucun nouvel accident, mais n'a repris son travail qu'après un assez long repos.

3. Hématome de la dure-mère; par Ledoux, interne des hôpitaux.

B., 56 ans, entré le 2 février 1880 à la Charité. Cet homme a été amené à l'hôpital dans un état comateux : perte de connaissance absolue, résolution de tous les membres, abolition de la sensibilité. La personne qui l'a accompagné dit seulement qu'il est souffrant depuis plusieurs semaines, qu'il a dû s'aliter il y a huit jours, qu'un médecin qu'on a fait appeler l'a considéré comme atteint de fièvre typhoïde, et, qu'enfin, depuis deux jours, il est dans l'état où nous le voyons aujourd'hui.

L'examen physique montre que la motilité est abolie dans les membres supérieurs et inférieurs. Les membres soulevés au-dessus du plan du lit retombent inertes. Toutefois, nous remarquons en étendant et fléchissant le membre supérieur droit, que celui-ci offre une légère roideur et résiste un peu à ces mouvements de flexion ou d'extension.

Des piqûres d'épingle faites à la plante des pieds ou à la paume des mains provoquent, lorsqu'elles sont profondes, quelques mouvements de retrait. Sur les autres parties du corps, ces piqûres demeurent sans effet.

Les pupilles sont égales. La sensibilité de la cornée persiste encore, bien qu'à un très faible degré. La température rectale est de 39°,5. Pas d'albumine dans l'urine. Rien d'anormal au cœur.

La respiration est stertoreuse. Pas de bruits morbides à l'auscultation des poumons, si ce n'est un ronflement guttural propagé qui couvre le bruit respiratoire.

Cet état de coma chez un individu âgé, sans albumine dans l'urine, fait penser à une lésion cérébrale. On peut exclure, en effet, les fièvres graves à forme comateuse chez un vieillard dont l'affection a présenté une marche progressive et continue depuis plus d'une semaine, et qui n'offre qu'une température, élevée sans doute, mais non hyperpyrétique.

L'absence complète de mouvements convulsifs, le début et la marche de la maladie permettront également d'éliminer le coma épileptique.

Le coma urémique, s'accompagnerait d'un abaissement de température. Il y aurait de l'albumine dans l'urine. Ces deux signes font défaut.

Restent les maladies cérébrales. Mais de quelle lésion s'agit-il? C'est ce qu'il nous paraît impossible de déterminer.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. A l'ouverture du crâne, on constate après avoir incisé longitudinalement la dure-mère et écarté en dehors les deux feuillets de cette membrane, une tumeur volumineuse adhérente à la face interne de la dure-mère, au niveau de la région temporo-pariétale gauche, et faisant saillie en dedans à l'intérieur du crâne, aux dépens de l'hémisphère cérébral gauche fortement comprimé.

Cette tumeur, allongée d'avant en arrière, s'étend depuis la partie antérieure de la région frontale de l'hémisphère gauche jusqu'aux limites postérieures de la région pariétale. — Considérée dans ses dimensions verticales ou transversales, elle répond à toute la hauteur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes qui sont comprimées, affaissées dans toute leur étendue, sauf à leurs extrémités supérieure et inférieure.

La compression du cerveau est bien plus manifeste encore en avant et en arrière de ces deux circonvolutions, de sorte que la région frontale et la région pariétale, au lieu d'offrir une surface convexe, présentent au contraire une surface légèrement concave. Les deux circonvolutions temporale et pariétale ascendantes qui les séparent, étant moins comprimées, forment une sorte d'arête mousse. En un mot la région fronto-pariétale de l'hémisphère gauche en rapport avec la tumeur affecte la forme d'un « dos d'âne, » d'une selle de cheval dont la ligne médiane saillante répond au sillon de Rolando. Le reste de l'encéphale est sain.

Après avoir constaté les rapports de la tumeur avec le cerveau, celui-ci a été enlevé et la dure-mère a pu être examinée avec soin.

La tumeur qui en dépend est fluctuante, sa face interne se continue avec la face interne de la dure-mère à sa périphérie et offre absolument le même aspect. L'incision montre qu'il s'agit d'une poche remplie de sang liquide, contenant à peine quelques caillots peu volumineux. Les parois du kyste sont lisses dans toute leur étendue. La paroi interne de la cavité et sa paroi externe se continuent, sans solution de continuité, au niveau de leur circonférence qui répond à la dure-mère.

Les parois de la poche ont partout la même épaisseur qu'on peut comparer à celle de la faux du cerveau.

La dure-mère est saine dans tout le reste de son étendue. Elle s'enlève facilement par dissection des os de la voûte du crâne.

En dehors de la compression que nous avons signalée, l'encéphale ne présente aucune lésion. Les autres organes sont sains.

Ce qu'il y a de particulier dans la lésion que nous venons de décrire brièvement, c'est qu'elle n'offre pas les caracté-

res des hémorrhagies méningées, des hématomes de la dure-mère, tels qu'ils se présentent d'ordinaire. Ici, en effet, le kyste sanguin paraît constitué par une sorte de dédoublement de la dure-mère. Il n'y a pas de traces de fausses membranes, ou du moins celles-ci ne peuvent être distinguées.

9. Monoplégie brachiale droite, avec contracture et tremblement, produite par un tubercule développé dans la couche optique, et comprimant la capsule interne dans sa partie postérieure ; par J. Dejerine, chef de clinique à la Faculté.

H. Marie, 25 ans, blanchisseuse, entre le 8 octobre 1879, salle Sainte-Anne à la Charité, service de M. Hardy. — *Antécédents héréditaires.* Mère morte à l'âge de 56 ans, des suites d'une métrorrhagie. S'était toujours bien portée auparavant. Père mort, aucun renseignement; la malade ne l'a jamais connu. — *Antécédents personnels.* S'est toujours bien portée dans son enfance; n'a jamais fait de maladie. Elle était même robuste. Il y a quinze mois, après s'être refroidie, elle eut un rhume qu'elle ne put guérir. Elle n'a jamais craché de sang ; mais les crachats d'abord muqueux devinrent quelque temps après purulents, nummulaires. Il y a deux mois, la main droite fut prise d'un *tremblement* léger, rhythmique, et le bras d'un léger degré de *contracture.*

Quand le froid survint, la toux redoubla, amena des vomissements après les repas, et la malade, à bout de forces, se présente à la Charité où elle est reçue salle Sainte-Anne, n° 5, dans le service de M. le professeur Hardy. — *Etat actuel.* Cette malade est dans un état d'amaigrissement très prononcé. — *Poumons.* En arrière, au sommet droit, râles sous-crépitants ; expiration soufflante à gauche; souffle cavitaire et bronchophonie intenses. Matité des deux côtés en avant. Sonorité exagérée sous la clavicule droite et râles sous-crépitants; à gauche, sous la clavicule, bruit de pot fêlé, souffle et gargouillement. — *Intestins.* Diarrhée incoercible depuis son entrée dans le service. — *Cœur.* Rien de particulier. — *Membres supérieurs.* Il existe à droite une monoplégie brachiale très prononcée et datant de deux mois environ. Le début de cet affaiblissement du membre a coïncidé avec un léger tremblement de la main droite, tremblement qui a persisté et qui, à peine sensible au repos, est exagéré par les mouvements volontaires; ce tremblement est à direction transversale et cesse par moment ; il n'existe pas tous les jours. La paralysie est très marquée. La malade peut élever son bras au-dessus de son lit, mais peut à peine serrer en fléchissant les doigts. Le bras paralysé présente un léger degré de contracture.

La jambe droite ne présente pas de paralysie comme le bras du même côté, du moins on ne constate pas qu'il y ait dans ce membre inférieur la moindre trace de faiblesse ; la malade se tient bien sur la jambe droite, et n'accuse pas de faiblesse dans son membre.

Si la motilité du membre inférieur droit est intacte, il n'en est pas de même de la sensibilité qui est fortement diminuée, beaucoup moins toutefois qu'au bras, où il y a un degré assez marqué d'anesthésie et d'analgésie. — *Sensibilité.* Anesthésie et analgésie très marquées de la main et du bras droit, surtout quand on se rapproche de l'extrémité des membres. Un peu aussi de thermo-anesthésie. Le facial est intact, bien que la malade accuse un peu de raideur de la face à droite.

Rien du côté de l'orbiculaire des paupières. La sensibilité est notablement diminuée du côté droit de la face. Les sens spéciaux sont intacts. — *Membres inférieurs.* La motilité et la sensibilité sont normales. — *Traitement.* Bromure de potassium 2 grammes par jour. La malade meurt le 14 décembre 1879.

Autopsie. — *Cerveau.* La couche corticale au niveau des points moteurs est absolument saine. Les méninges sont intactes et n'adhèrent pas à la substance cérébrale. Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes sont d'une intégrité parfaite. — Coupe pariétale : on trouve en pratiquant cette coupe, une tumeur, de la grosseur d'une noisette et siégeant sur la capsule interne entre la partie postérieure de la couche optique d'une part, et cette même capsule interne ; cette tumeur paraît développée dans le tiers postérieur de la couche optique, et se distingue très nettement du tissu cérébral voisin, bien quelle en ait un peu la couleur grisâtre. Elle est composée d'une partie périphérique dure, résistante au doigt, et elle est ramollie à son centre.

Poumons. La plèvre gauche contient une certaine quantité de liquide; le poumon, de ce côté, adhère à la plèvre pariétale. Quelques adhérences à droite aussi ; mais elles se rompent facilement, sans déchirure des poumons. A la coupe, le poumon gauche présente dans ses deux tiers supérieurs des cavernes et cavernules superficielles entourées de noyaux de pneumonie chronique. Sous la clavicule gauche, existe une caverne pouvant contenir un œuf de pigeon, et entourée d'une coque fibreuse, caverne qui, à la percussion, produisait le bruit de pot fêlé constaté pendant la vie. Dans le tiers inférieur de ce poumon, pneumonie tuberculeuse en voie de caséification. A droite, le poumon droit n'a pas de caverne, mais on constate de la pneumonie tuberculeuse, également en voie de caséification. — *Cœur.* Pas de lésions d'orifices ni des valvules. Il est simplement recouvert d'une certaine quantité de graisse. — *Foie.* Foie gras, augmenté de volume. Pas de dégénérescence amyloïde. — *Reins.* Les reins sont anémiés dans la couche corticale, et on trouve un certain degré de tuméfaction trouble des épithéliums. — *Intestins.* Ulcérations tuberculeuses nombreuses dans tout l'intestin grêle ; et granulations tuberculeuses du péritoine au niveau des ulcérations.

Rien de particulier à noter du côté du *cervelet*, du *bulbe rachidien*, ni de la *moelle épinière.*

Réflexions. — Cette observation est intéressante, car elle tend à montrer qu'il peut exister des monoplégies, sans qu'il soit besoin pour cela d'une lésion corticale, et elle démontre que les faisceaux nerveux destinés au membre supérieur, sont, dans la capsule interne, parfaitement distincts des faisceaux du membre inférieur. L'hémianesthésie observée pendant la vie, est en rapport avec la lésion constatée à l'autopsie, l'absence d'altération des sens spéciaux est explicable par la nature même de la lésion, les tumeurs, comme on le sait, peuvent quelquefois sembler faire exception à la doctrine des localisations, exception qui n'est qu'apparente, car les phénomènes de compression qu'elles produisent sont très variables, il y a refoulement des éléments nerveux voisins, dont quelques-uns peuvent échapper à la compression, et il est probable que, dans le cas actuel, il en a été ainsi pour les fibres des sens spéciaux qui passent dans la capsule interne, à sa partie postérieure.

21. Kyste hydatique du poumon ; par Barbulée, externe des hôpitaux.

S.. Alexandrine, 29 ans, couturière, entre le 18 janvier 1880, salle du Rosaire, n° 1, service de M. Gallard. A son entrée à l'hôpital, la figure est cyanosée, la respiration est fréquente, la parole trainante, embarrassée ; subdelirum, ventre augmenté de volume, les jambes œdématiées. L'œdème des jambes a marqué le début des accidents, il est survenu vers la fin de décembre. L'ascite est peu considérable.

Mais les cavités pleurales ne sont pas indemnes non plus. Il y a de la matité en arrière et aux bases, marquée surtout du côté gauche. Des deux côtés, souffle doux et chevrottement de la voix. Les battements du cœur sont très irréguliers. Il est augmenté de volume et le choc de la pointe est très violent. A ce niveau, il existe un souffle intense præsystolique qui couvre le premier bruit, et se prolonge jusqu'au second en masquant tout le petit silence.

Le diagnostic porté est : insuffisance mitrale avec rétrécissement. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine. Traitement. Julep gommeux avec teinture de scille et digitale, de chaque 1 gr.

22 *Janvier.* Elle est prise de délire de parole et d'action qui nécessite l'emploi de la camisole de force.

23 *Janvier.* Le délire a cessé hier soir, collapsus, mort à 6 heures du matin.

24 *Janvier.* Autopsie. — Encéphale, œdème sous-

arachnoïdien. — Cavité thoracique. Plèvre. Epanchement séreux aux deux bases.

Poumons. Œdème aux deux bases et forte congestion des lobes moyens.

On trouve à gauche et en arrière, un kyste hydatique dont la poche n'adhère nullement à l'enveloppe et s'échappe dès que celle-ci est incisée. Son volume est à peu près celui du poing. Il occupe la plus grande partie du lobe inférieur. — Cœur. Hypertrophie considérable du ventricule gauche. Incrustation calcaire des valvules mitrale et tricuspide.

Cavité abdominale, liquide citrin dans la cavité péritonéale. Traces d'une ancienne pelvi-péritonite du côté droit, ayant déterminé l'inclinaison du corps de l'utérus à droite, et l'adhérence de l'ovaire droit au détroit supérieur. Le foie, la rate, les reins, examinés avec soin, n'ont rien présenté d'anormal.

CORRESPONDANCE

Association française : Ouverture de la Session de Reims.

Reims, 12 août.

Jeudi 12 août, à 3 heures, a eu lieu au théâtre de Reims, la séance d'ouverture du Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences. La séance était présidée par M. Krantz, assisté de MM. Diancourt, député et maire de Reims, Poulain, Mercadier, Chauveau, Gariel, etc.

Quatre discours ont été prononcés. M. Krantz, président pour 1880, a rappelé le but patriotique qui avait guidé les fondateurs de l'Association, il a montré les services rendus jusqu'à présent, ceux qu'on pouvait opérer dans l'avenir. M. Diancourt, au nom de la municipalité, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès. Des applaudissements unanimes ont accueilli les paroles pleines de courtoisie et de sympathie du maire de Reims. M. Poulain, au nom de l'industrie rémoise, a rendu hommage à la Science, dont toutes les découvertes tournent aux bénéfices de l'humanité.

M. Mercadier, secrétaire annuel, en termes excellents, a rendu compte du Congrès de Montpellier, et exposé la situation de l'Association. La séance a été terminée par le compte rendu financier de l'année 1879, qui a été lu par M. Gancé au nom de M. Masson, trésorier.

Après la séance, les membres du Congrès se sont rendus au Lycée, où se tiendront les séances ordinaires, et, répartis dans leurs sections respectives, ils ont procédé à l'élection des bureaux. Le bureau de la section des sciences médicales est composé comme il suit : *Vice-Présidents* : MM. Parrot et Rochard (de Paris) ; Galliet et Henrot (de Reims) ; — *Secrétaires* : MM. F. Franck, et L.-H. Petit (de Paris) ; Habran et Bulteau (de Reims).

Le soir à 8 h. 1/2, la municipalité de Reims faisait à ses invités une réception splendide. C'est dans les salons de l'Hôtel-de-Ville, élégamment décorés pour la circonstance, que la fête a eu lieu. Les membres du Congrès emporteront un charmant souvenir de cette fête où la magnificence était égalée par la courtoisie et la cordialité.

A. B.

Exercice illégal de la pharmacie. — Les religieuses de Saint-Charles, à Saint-Germain-Laval (Loire), ont été condamnées à 25 fr. d'amende par le tribunal correctionnel de Roanne. Elles étaient inculpées d'exercice illégal de la pharmacie (*Union méd.*).

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Accouchements.

IV. **De l'influence de la grossesse sur la tuberculose**; par le Dr L. Gaulard. 1 vol. 157 p., chez O. Doin, éditeur, Paris 1880.

V. **De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement**; par M. le Dr Poullet. 1 vol. 152 pages, chez O. Doin, éditeur. Paris. 1880.

VI. **De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies de cœur**; par le M. Dr Porak. 1 vol. 151 pages, chez Germer-Baillière. Paris, 1880.

IV. Après avoir rappelé dans quelques considérations générales où en est la question de la tuberculose ; après avoir résumé les principales modifications imprimées par la grossesse à l'organisme, et avoir montré qu'elle était une cause puissante de débilitation et qu'arrivée à une certaine période elle rétrécissait mécaniquement le champ de l'hématose, M. le docteur Gaulard rappelle quelles ont été les diverses opinions professées relativement à l'influence de la grossesse sur la tuberculose. Les anciens auteurs croyaient que la grossesse s'opposait au développement de la phthisie ou en arrêtait l'évolution déjà commencée; mais, après l'accouchement, la tuberculose reprenait sa marche, et on observait même une certaine recrudescence. (Cullen, Bordeu, Dugès, etc.) Depuis, une opinion absolument opposée prédomine : la grossesse accélèrerait la marche de la tuberculose. (Louis, Stoltz, Grisolle, Dubreuilh, etc.) Une troisième opinion, qui se rapproche beaucoup de la précédente, a été émise. Il faudrait diviser la grossesse en deux périodes: pendant les quatre premiers mois ; elle aurait sur la tuberculose une action suspensive, pendant la fin de la gestation une aggravation se produirait.

M. Gaulard démontre que l'opinion de Cullen et des anciens auteurs n'est pas fondée : Les femmes enceintes sont loin de jouir, pour les maladies aiguës et chroniques, de l'immunité qu'on avait invoquée; la grossesse n'exerce sur la tuberculose aucune action salutaire. Quant à l'état puerpéral, il aggrave la phthisie ; il en est de même de l'allaitement. L'auteur rapporte un assez grand nombre d'observations qui viennent confirmer son opinion. Dans une première série de faits, trente-deux cas, la phthisie existait avant la grossesse, l'aggravation a été pour ainsi dire constante. Dans une seconde série, la tuberculose a pris naissance à une période plus ou moins avancée de la gestation, elle s'est notablement aggravée jusqu'à terme. Enfin, dans une troisième série de faits, la phthisie ne semble s'être déclarée que plus ou moins longtemps après l'accouchement. Il semble hors de doute à M. Gaulard que l'état puerpéral a encore joué là, pour la production de la tuberculose, un rôle important. On peut donc dire que la grossesse et l'état puerpéral aggravent considérablement la tuberculose, c'est ce que démontre encore ce fait, fondé sur des statistiques, que chez les femmes enceintes, la tuberculose marche plus vite que chez les autres femmes.

Ces conclusions de M. Gaulard paraissent rigoureusement déduites de l'ensemble de son mémoire qui est nettement conçu, facile et intéressant à lire.

V. Ce sujet vient d'être, dans ces dernières années, traité assez longuement par MM. Ouvrier et Herrgott : le travail de ce dernier auteur était trop bien fait et trop récent pour que M. Poullet eût beaucoup de choses à y ajouter. Nous nous contenterons donc de signaler les points nouveaux ou ceux sur lesquels il a le plus insisté. Au point de vue historique, M. Poullet assure que les auteurs sont tous tombés dans une erreur commune en attribuant à Smellie la publication des premiers faits intéressants d'hydrocéphalie. C'est en réalité Delamotte qui en aurait le premier rapporté des observations. M. Poullet insiste ensuite beaucoup plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici chez nous, sur une variété d'hydrocéphalie, appelée par Cruveilhier : hydrocéphalie anencéphalique et dans laquelle une partie de l'encéphale faisant défaut, la substance cérébrale est remplacée par du liquide

séreux. Quelques observations détaillées, une planche qui représente la disposition des parties, etc., montrent qu'il y a là une variété anatomique qui n'est pas sans intérêt au point de vue clinique, car il en résulte que l'accouchement est quelquefois un peu laborieux.

Après avoir montré l'influence de l'hydrocéphalie sur la grossesse et le travail, quelle que soit la présentation, après avoir étudié la symptomatologie et le pronostic, M. Poullet arrive à l'exposé du traitement. Je pense qu'après avoir perforé la tête qui se présentait, on pourrait l'amener au dehors en faisant usage du bâtonnet de Danavia ou de l'instrument analogue, mais plus perfectionné, d'Hubert (de Louvain), introduits dans la cavité crânienne. M. Poullet ajoute : « Toutefois, ce procédé de traction ne permet pas de déployer assez de force pour amener le fœtus rapidement, car on romprait facilement la boîte crânienne qui n'offrirait plus alors aucune prise. Cependant, il y aurait peut-être, suivant moi, possibilité d'utiliser ce moyen et quand j'en aurai l'occasion, voici comment je me propose de procéder : Dans la perforation du crâne, faite sur un os et non sur une suture, j'insinuerai la cheville de Danavia ou celle de Hubert et sur le ruban qu'elle porte, j'établirai une traction élastique. Cette traction pourra s'obtenir à l'aide d'un tube de caoutchouc, prenant point d'appui sur la malade elle-même ; par exemple, une jarretière placée au-dessus du genou. Ce tube, de grosseur suffisante, plus ou moins redoublé, produira une traction continue, facile à interrompre de temps en temps, s'il y a lieu. » Il serait facile de critiquer ce procédé de la *jarretière* : d'une part, les parois du crâne d'un enfant hydrocéphale n'offriraient pas, M. Poullet l'indique lui-même plus haut, une résistance assez grande à la traction ; d'autre part, on ne voit pas pourquoi la perforation du crâne faite, on ne pratiquerait pas de suite l'extraction au lieu de laisser le fœtus mort pendant plusieurs heures dans la cavité utérine. M. Poullet a ajouté à sa thèse des tableaux résumant cent six cas d'hydrocéphalie : quelques-uns sont inédits, les autres ont été recueillis dans les auteurs.

VI. L'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur est une question qui est de date récente, qui a été beaucoup étudiée dans ces dernières années et qui est maintenant à l'ordre du jour : il était donc possible de résumer un certain nombre de travaux publiés sur ce sujet, et d'arriver, pour certaines parties au moins, à une solution plus ou moins complète ; c'est ce que M. Porak s'est efforcé de faire. Dans un premier chapitre intitulé « des modifications de la circulation pendant la grossesse dans ses rapports avec les maladies du cœur » M. Porak a étudié les modifications chimiques du sang pendant la gestation et les modifications des lois mécaniques de la circulation pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. C'est dans un second chapitre, qui a pour titre « de *l'influence* de la grossesse sur les maladies du cœur, qu'on trouve exposé tout ce qui se rapporte à cette question si controversée : le cœur s'hypertrophie-t-il, ou non, pendant la grossesse normale ? Sans se prononcer bien nettement, M. Porak se range à l'opinion récemment défendue par M. Letulle dans un mémoire encore inédit : « La symptomatologie, dit-il, semble plutôt plaider pour l'existence d'une dilatation que d'une hypertrophie cardiaque.

Les maladies du cœur ont une influence évidente sur la gestation, en provoquant des métrorrhagies, en déterminant très souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré, en produisant peut-être des lésions placentaires, mais en nuisant bien certainement au fœtus, qui tantôt meurt avant sa naissance ou naît dans des conditions de développement peu favorables et le disposant, plus que les autres enfants, à une mort prématurée. Le pronostic des troubles gravido-cardiaques est l'objet du quatrième chapitre. Suivant le siège de la lésion valvulaire, ce pronostic peut être considéré comme plus ou moins grave. Du relevé fait par M. Porak, il résulte qu'avec les lésions aortiques, la mort est survenue 23 fois pour 100 ; dans les cas de rétrécissement mitral, la mortalité est de 61/5 pour 100. Elle est de 14 pour 100 dans l'insuffisance mitrale. Lorsqu'il y a à la fois insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral, on trouve une mortalité de 45 pour 100. M. Porak conclut en disant : « Qu'il faut attacher surtout de l'importance à l'état général de la malade, à quelques particularités dépendant de la grossesse (abdomen trop distendu, rétrécissement du champ de l'hématose), pour apprécier d'une façon exacte le pronostic des maladies du cœur pendant la grossesse. Le siège de la lésion valvulaire, ajoute-t-il, a cependant aussi de l'importance. Ces lésions sont d'autant plus graves qu'elles sont plus complexes. On trouve ensuite dans le chapitre V quelques considérations thérapeutiques. L'auteur se rapprocherait de l'opinion de M. Peter, qui refuse à une cardiopathe le mariage ; si elle est mariée, il l'engage à ne pas être mère ; si elle est mère, il l'engage à ne pas nourrir son enfant. Lorsqu'il existe une grossesse et une maladie du cœur, s'il n'y a pas troubles graves, M. Porak conseille de ne pas intervenir, il faut attendre. Si au contraire, la femme présente des phénomènes inquiétants, la conduite variera suivant que le travail sera déclaré ou non. Si le travail est déclaré, il faut terminer l'accouchement aussitôt que possible, en ayant recours au forceps ou à la version, suivant le cas. Si le travail n'est pas déclaré, et si les jours de la femme sont menacés, il faut provoquer l'accouchement prématuré et même l'avortement. Après avoir dit quelques mots des maladies rares du cœur, M. Porak a réuni dans des tableaux quatre vingt-onze observations qui lui ont présenté des garanties suffisantes et dont il s'était servi à quelques-unes de ses conclusions.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS

Séance du 4 août 1880. — Présidence de M. Cernesson.

Rapport présenté par M. Bourneville au nom de la quatrième Commission sur un projet de travaux à exécuter à l'hôpital de la Pitié, pour la transformation du bâtiment de la communauté et de diverses localités au logement de surveillantes et de sous-surveillantes (1).

Les religieuses de la Communauté de Sainte-Marthe quittant l'hôpital de la Pitié, l'Administration va les remplacer par des surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes laïques. Cette transformation exige des travaux d'aménagement pour ce personnel : c'est là l'objet du projet qui nous est soumis et qu'expose M. le Préfet dans le Mémoire ci-après que votre commission a été d'avis de reproduire.

« Messieurs,

« M. le Directeur de l'Administration de l'Assistance publique m'a communiqué tout dernièrement une lettre par laquelle Mme la Supérieure générale de la Congrégation de Sainte-Marthe l'informe qu'en raison des difficultés que présente le recrutement des sœurs de son ordre, celles-ci devront cesser, à partir du 1er octobre prochain, de desservir l'Hôpital de la Pitié. En me faisant cette communication, M. le Directeur de l'Assistance publique fait remarquer qu'il y a là une occasion toute naturelle de *commencer* (2) une réforme demandée depuis longtemps, qui consiste dans la laïcisation du personnel servant des établissements hospitaliers. Cette réforme s'appliquerait ainsi sur une grande échelle dans un des plus anciens et des plus célèbres des hôpitaux de Paris. « Cette expérience, dit-il, conduite avec soin, avec discernement et avec vigilance ne peut manquer de réussir. »

« M. le Directeur de l'Assistance publique s'est donc immédiatement occupé de constituer le cadre du nouveau personnel dans les conditions de la plus stricte économie, et il a profité du changement pour apporter dans l'organisation du service, quelques améliorations.

« Le nombre des sœurs occupées tant dans les salles que dans les services généraux, était de 24. Dans l'organisation nouvelle figureront 5 surveillantes et 12 sous-surveillantes auxquelles seront adjointes par substitution à des infirmiers et pour renforcer le service de nuit qui laisse à désirer, 13 filles suppléantes.

« Vous savez, Messieurs, que la substitution des infirmières aux infirmiers dans la plus large mesure possible a plusieurs fois déjà fait l'objet de vœux du Conseil (3).

(1) Voir le n° 32. — Il s'est glissé une erreur dans la première partie : p. 654, ligne 54, il faut lire : « les ayant vues à l'œuvre pendant deux ans à l'hôpital St-Antoine et, etc. »

(2) Nous avons vu que la laïcisation avait été commencée en 1878 (hôpital Laennec) et poursuivie dans les premiers mois de cette année (hospice Lenoir-Jousseran).

(3) Bourneville. — *Rapp. sur le budget de l'assist. publ.*, pour 1879, p. 31, etc., et *Progrès médical*, 1880, p. 424.

« Le recrutement des nouvelles sous-employées se fera parmi les plus expérimentées et les plus zélées des divers établissements qui possèdent un personnel laïque.

« M. le Directeur de l'Assistaace publique pense qu'il y aurait imprudence à ne pas songer, dès à présent, à l'avenir. Il veut préparer à l'avance la transformation des autres établissements hospitaliers, créer un personnel laïque instruit, discipliné, pouvant répondre aux exigences des services hospitaliers. Pour cela, M. le Directeur croit indispensable d'installer à l'Hôpital de la Pitié, une école d'infirmières, placée sous la direction et la surveillance du corps médical de cet établissement hospitalier. Les médecins et chirurgiens de l'Hôpit al qu'il a consultés, se sont empressés de promettre leur concours, ce qui assure le succès. Une autre école sera créée à l'Hôpital Laënnec, dont le personnel est laïque depuis quelque temps déjà, et où les chefs de service veulent bien également se mettre à sa disposition pour aider l'Administration à former de bonnes hospitalières.

« Pour en revenir à la transformation du personnel, voici quelles en seront les conséquences : aujourd'hui ce personnel se compose de 119 personnes, à partir du 1er octobre, il ne se composera plus que de 114. Aujourd'hui la dépense se divise ainsi, en chiffres ronds :

Traitements.	31,000. »
« Prestations	82,000. »
Total.	113,000. »
« Elle sera à l'avenir :	
« Traitements.	35,000. »
« Prestations	80,000. »
Total.	115,000. »

« Il y aura donc sur les traitements un excédant de 4.000 fr., expliqué par la plus-value du salaire attribué aux surveillantes et sur les prestations une économie de 2,000 fr. provenant de la réduction apportée dans l'ensemble du pesonnel.

« M. le Directeur fait justement remarquer que l'Administration arrivera ainsi à une organisation laïque, sans s'obérer sensiblement. Elle n'aura à demander à son budget aucun subside nouveau : le disponible du crédit affecté au personnel suffira amplement pour faire face au supplément, en somme bien insignifiant, qui vient d'être signalé, en ce qui concerne les traitements.

« Mais à un autre point de vue le départ des sœurs doit imposer un sacrifice, et le but principal de ce mémoire est de vous en donner les motifs et de prendre votre avis sur les mesures à prendre.

« L'Administration de l'Assistance publique, en effet, devra pourvoir au logement du personnel de surveillantes, de sous-surveillantes et de suppléantes, qui va remplacer les sœurs.

« Le bâtiment de la communauté est tout indiqué pour les recevoir, mais il doit pour cela être transformé et subir des modifications. De l'étude que M. le Directeur a faite d'urgence avec l'architecte de l'établissement, il résulte que ce bâtiment, après l'exécution de certains travaux, pourra fournir la plus grande partie des logements des nouvelles sous-employées : le surplus pourra être installé à peu de frais dans diverses localités libres de l'hôpital.

« En raison du peu de temps qui lui a été donné, l'architecte n'a pu encore dresser un devis détaillé de la dépense, mais en attendant que cette formalité soit remplie, il en a évalué le maximum, en s'en tenant, bien entendu, à l'indispensable, à la somme de 30,000 fr.

« Le Conseil de surveillance, dans sa séance du 29 juillet, a émis l'avis, vu l'urgence, qu'il y avait lieu d'exécuter les travaux dans la limite de ce chiffre de 30,000 fr., sauf production ultérieure d'un devis et d'imputer la dépense sur le reliquat des subventions municipales transporté au budget de l'exercice 1880.

« J'ai l'honneur de vous prier, Messieurs de vouloir bien en délibérer d'urgence.

Paris, le 31 juillet 1880.

« Pour le Sénateur Préfet de la Seine, et par délégation :

« *Le Secrétaire général de la Préfecture,*

« J.-G. Vergniaud. »

Votre commission doit vous présenter plusieurs remarques au sujet du Mémoire qui précède.

Il est d'abord à regretter qu'il ne soit fait aucune mention des deux écoles d'infirmiers et d'infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière, dont la 3e année scolaire finit dans quelques jours, et qu'il ne ne soit pas dit que ce sont ces écoles qui, précisément, permettent de laïciser l'hôpital de la Pitié avec des chances de succès.

En ce qui concerne la création d'une école d'infirmières laïques à l'hôpital de la Pitié, la question a été soumise à la Commission du Budget qui consent, en principe, à élever le crédit inscrit à l'article du *Projet de Budget de l'Assistance publique*, relatif aux Ecoles d'infirmières de Bicêtre et de la Salpêtrière. La Commission du Budget, ainsi que la 4e Commission, est d'avis qu'il y a lieu de donner à l'école de la Pitié, — qui complétera l'enseignement des deux écoles anciennes, — le même caractère qu'à celles-ci, c'est-à-dire de les faire rentrer dans le groupe de nos écoles professionnelles, sous le nom d'*Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques*.

Relativement au *recrutement du personnel enseignant* de l'Ecole d'infirmières de la Pitié, votre Commission pense qu'il serait convenable de le faire, s'ils y consentaient, parmi les professeurs de la Salpêtrière et de Bicêtre : 1° parce qu'ils ont rendu de réels services à l'Administration pendant trois ans, et cela, presque tous gratuitement; 2° parce qu'ils auront ainsi l'occasion de perfectionner un enseignement auquel ils se sont généreusement consacrés, en un mot, de couronner leur œuvre. Ils offrent, d'ailleurs, toutes les garanties scientifiques que l'on peut souhaiter. Inutile de dire que tous sont républicains.

Quant à la création d'une *Ecole à l'hôpital Laennec*, c'est une question à réserver, et votre commission vous propose d'en renvoyer l'examen à la Commission du Budget.

M. le Préfet dans son Mémoire déclare que le *recrutement des nouvelles sous-employées* se fera parmi les plus expérimentées et les plus zélées des divers établissements *qui possèdent un personnel laïque*. Votre 4e Commission vous propose d'inviter l'Administration à faire bénéficier de ce choix, dans la mesure la plus grande possible, les élèves des écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière et de prendre en sérieuse considération l'instruction primaire et professionnelle de manière à avoir à l'hôpital de la Pitié le personnel le plus capable.

En procédant ainsi, l'Administration actuelle tiendra les engagements spontanés de l'ancienne Administration et encouragera les infirmiers et les infirmières à fréquenter assidument les écoles que leur ouvrent le Conseil Municipal et l'Administration.

Les vides créés à la Salpêtrière et à Bicêtre pourront être comblés par les sous-employées méritantes des autres établissements, dont l'instruction est suffisante et qui auront, aux Ecoles primaires de Bicêtre et de la Salpêtrière, les moyens de perfectionner à la fois leur instruction primaire et leur instruction professionnelle.

Enfin, pour assurer le succès de la laïcisation de nos établissements hospitaliers, votre 4e commission est d'avis qu'il serait très avantageux que l'Administration fît ses choix aussitôt après la distribution des prix aux écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière et que, jusqu'à son entrée en fonction le 1er octobre, le personnel choisi fût perfectionné par des exercices quotidiens.

Grâce à l'esprit libéral de MM. Michel Möring et d'Echérac, qui nous ont donné toute latitude pour l'organisation des Écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière ; grâce au dévouement des professeurs de ces écoles et au concours de M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière qui nous a si largement aidé depuis trois ans, de M. Ventujol, directeur de Bicêtre qui a pris part cette année à l'enseignement de l'école de Bicêtre, grâce enfin à nos institutrices et instituteurs primaires et à nos surveillantes, particulièrement à Mlle Thérouenne, l'Administration est en mesure de faire face aujourd'hui, sans difficulté, à la laïcisation de l'Hôpital de la Pitié. Et, si rien ne vient entraver les efforts de ceux qui se sont intéressés à la création de ces écoles, vous pouvez être assurés, Messieurs, que la laïcisation de tous les établissements hospitaliers de Paris, pourra s'effectuer rapidement, et que vous aurez un personnel non seulement tout aussi dévoué que l'ancien, mais encore possédant une instruction primaire et professionnelle supérieure à celle de l'immense majorité des religieuses.

Le chiffre de la dépense exigé par l'emploi des surveillantes laïques ne diffère que de 2,000 fr. de celui qui était attribué au personnel religieux ; nous devons ajouter même que ce minime excédant est motivé par l'amélioration du service de nuit « qui laissait à désirer ». Ceci vous prouve l'exactitude de l'opinion que nous avons déjà émise devant vous, à savoir que, d'une façon générale, les surveillantes laïques n'entraineront pas une dépense plus considérable que les religieuses (1).

Nous espérons que, s'inspirant de vos désirs maintes fois exprimés, l'Administration a pris les mesures nécessaires pour donner aux sur-surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes laïques des logements convenables, et nous constatons avec plaisir, en terminant, que l'Administration s'applique, conformément à votre désir, à substituer les infirmières aux infirmiers. *Le Rapporteur*, Bourneville.

PROJET D'AVIS.

Le Conseil municipal, — Vu le mémoire en date du 31 juillet 1880, etc. ; — Vu l'avis du Conseil de Surveillance, en date du 29 juillet 1880 :

Est d'avis qu'il y a lieu 1° d'autoriser l'exécution d'urgence dans la limite d'une dépense maxima de 30,000 fr., sauf production ultérieure d'un devis, des travaux nécessités par la transformation en logements de surveillantes, de sous-surveillantes, etc., du bâtiment affecté à la Communauté des sœurs et de diverses localités à l'hôpital de la Pitié ; 2° d'imputer la dépense sur le reliquat des subventions municipales transporté à l'exercice 1880.

Invite l'Administration de l'Assistance publique : 1° à prendre le personnel laïque de la Pitié, surtout parmi les élèves actuelles et anciennes des Écoles de la Salpêtrière et de Bicêtre ; — A recruter le personnel

(1) Bourneville. — *Rapport sur le Budget des asiles d'aliénés pour* 1880 ; 2 décembre 1879, p. 65.

enseignant de l'École d'infirmiers et d'infirmières laïques qui sera créé à l'hôpital de la Pitié parmi les professeurs des Écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière; — A accorder la nourriture en nature aux surveillantes, sous-surveillantes qui le demanderont; — A améliorer la nourriture des infirmiers et infirmières. — Le conseil a adopté ce projet d'avis.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale des infirmières laïques de la Salpêtrière.

La distribution des prix à cette Ecole a eu lieu le 6 août dans l'amphithéâtre de la Salpêtrière, orné de drapeaux, d'un buste de la République et de plantes décoratives prêtées par la Ville de Paris. Au fond de l'estrade, et posé de la veille, était le tableau de Robert Fleury : *Le Dr Ph. Pinel faisant enlever leurs fers aux folles de la Salpêtrière.* La cérémonie était présidée par M. Ch. Quentin, directeur de l'administration de l'Assistance publique. L'assistance était nombreuse : MM. Charcot, Delasiauve, Legrand du Saulle, Moreau (de Tours), A. Voisin, médecins de la Salpêtrière; MM. les docteurs Joffroy, médecin des hôpitaux, Frère, Molloy, etc.; MM. Blondeau et P. Regnard, professeurs de l'École, M. le Secrétaire général, M. Le Bas, directeur, et M. Billon, architecte de l'établissement; plusieurs des bienfaiteurs ou bienfaitrices de l'Ecole, Mme et Mlle Charcot, M. Laurent Richard, MM. les internes en médecine, M. Lefranc, etc., étaient présents à cette fête. Au commencement de la cérémonie, la musique militaire du 130e de ligne a joué la *Maaseillaise;* puis M. Ch. Quentin a prononcé le discours suivant :

Mesdames,

J'ai tenu à honneur de présider en personne la distribution des prix de l'école d'infirmières de la Salpêtrière. Je ne voulais laisser à personne le soin de manifester le vif intérêt, la profonde sympathie que je professe pour vous, mesdames,qui avez donné cette année une nouvelle preuve d'assiduité et de travail ; pour vos maîtres, dont le dévouement n'a pas eu une minute de lassitude et de défaillance et qui ont puisé, dans leur amour du progrès, la force de mener de front leurs études, leurs travaux professionnels et l'enseignement dans les écoles d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre et de la Salpêtrière; enfin, et surtout pour l'œuvre elle-même, qui est une œuvre d'avenir.

C'est là, mesdames, ce qui explique l'empressement qu'on a mis à répondre aux invitations de l'Administration. Beaucoup sont venus, beaucoup plus encore auraient voulu venir; mais à l'époque de l'année où nous sommes, les distributions de prix se font concurrence, et un bon nombre de nos invités — non pas des moins illustres — ne sont pas ici, uniquement parce qu'ils avaient pris antérieurement l'engagement de présider des cérémonies analogues. Tous ont exprimé leurs regrets.

C'est parce qu'ici, dans cette modeste école, on travaille à une œuvre d'avenir et de progrès,que le président du Conseil municipal avait manifesté le désir d'être au milieu de nous aujourd'hui; il est malheureusement retenu par une obligation légale: celle d'assister, en sa qualité de conseiller général, à la formation de la liste de Jury.

Même les absents sont, pour ainsi dire, présents à cette fête. Monsieur le préfet, ou plutôt son secrétaire général, (car M. Hérold n'arrivera à Paris que dans quelques jours) ne pouvant venir, a donné l'ordre d'envoyer, pour orner cette salle, les fleurs et les plantes de la ville de Paris.

M. le ministre de la guerre a mis avec empressement à ma disposition l'une des meilleures musiques militaires de la garnison de Paris. M. le président de la Chambre des Députés se faisait une joie d'être au milieu de nous; il m'a fait exprimer tout à l'heure ses regrets dans des termes qui montrent l'intérêt qu'il attache à cette utile création.

Quant à M. le ministre de l'Intérieur, il m'a tout spécialement chargé de témoigner la sympathie qu'il porte à notre école d'infirmières. Comme je le pressais de faire un effort pour assister à notre distribution, il m'a répondu en souriant : si par hasard, il m'est impossible d'aller jusqu'à l'école, vous pouvez compter que j'enverrai ma carte de visite. »

Vous savez qu'il a tenu parole, il nous a envoyé sa carte de visite; il nous l'a envoyée par le *Journal Officiel*. Par un procédé délicat, dont je lui ai témoigné ma reconnaissance, il a attendu la veille de notre distribution des prix pour publier le décret qui confère à M. Lebas, votre professeur, la croix de la légion d'honneur. Et afin qu'on ne pût se méprendre sur son intention, M. le ministre, après avoir rappelé les services rendus par M. Lebas à l'Administration, a soin d'ajouter « pour la part qu'il a prise au développ[ement des écoles] d'infirmières » de sorte, mesdames, que, dans la d[istinction dont] M. Lebas est si justement l'objet, il y a une petite part [pour vous,] j'allais presque dire pour vous.

Ces sympathies unanimes doivent vous être d'autant plus pr[écieuses] qu'elles sont plus méritées.

Sans doute la plus grande part revient aux initiateurs, à ceux [qui,] suivant l'impulsion donnée par M. Bourneville, ont apporté à c[ette] création leur temps, leur expérience, leur savoir, leur talent, leur infatigable bonne volonté; mais ceux là avaient un but, ils savaient nettement ce qu'ils voulaient; ils savaient que leurs fatigues et leurs efforts ne seraient point perdus, et, les yeux fixés sur l'avenir, ils attendaient, ils attendent encore aujourd'hui, pleins de confiance, que l'œuvre ait porté tous ses fruits. L'heure est propice.

Il y a une quarantaine d'années, ici même, à la Salpêtrière, une première tentative eut lieu; elle ne dura pas moins de dix années. Elle échoua malgré de louables efforts. Quelle fut la cause de l'insuccès? On s'empressa naturellement de l'attribuer à l'insouciance des élèves. Permettez-moi de dire que les élèves sont presque toujours, et presque partout, ce que les font leurs maîtres. Si le maître a l'élan, la persévérance, il communique toujours un peu de son ardeur à ses élèves. Mais il faut pour cela que les maîtres se sentent encouragés, appuyés, soutenus. C'est ce qui a manqué alors; les classes dirigeantes qui avaient confisqué le pouvoir, regardaient d'un œil peu favorable cette tentative d'émancipation populaire; on prit à tâche de décourager les maîtres et la petite lumière qu'on venait d'allumer dans ce coin de la Salpêtrière s'éteignit.

On s'empressa de proclamer partout que cette tentative qu'on avait empêchée d'aboutir avait avorté, que l'expérience était faite, et qu'il était inutile de songer jamais à faire soigner les malades de nos hôpitaux par des infirmières laïques.

Aujourd'hui, les temps sont heureusement changés; c'est l'honneur de M. Bourneville et de ses collaborateurs d'avoir compris que le moment était bon, favorable, opportun, pour recommencer la tentative, et que, dans les conditions où la nouvelle expérience allait se faire, elle ne pouvait manquer de réussir (1).

L'appel fut entendu. Dès 1878, 60 élèves arrivent au cours. Quelques-unes étaient complètement ignorantes; et, grâce à leur assiduité, à la sollicitude des professeurs, elles firent de remarquables progrès. De suite les filles de service consentirent à consacrer à leur instruction primaire et professionnelle leurs heures de repos, et elles se mettaient courageusement à l'étude après les fatigues d'une journée consacrées aux labeurs parfois si rudes de leur métier.

Dès lors il était facile d'entrevoir que le problème serait résolu.

Non le dévouement n'est le monopole d'aucune classe, d'aucune institution; il se rencontre à un même degré sous la robe de la fille de service et sous la robe des sœurs. Je n'entends diminuer aucun mérite, mais je me plais à constater que le sentiment du devoir, la patience, l'abnégation, la compassion pour ceux qui souffrent, en un mot les vertus qui font les bonnes hospitalières se retrouvent aussi bien chez les hospitalières laïques que chez les hospitalières congréganistes; et partout où il se trouve il a droit à un égal respect.

Voilà, Mesdames, ce que votre exemple a prouvé.

Pour ceux qui avaient pu suivre de près ce qui se passe dans les hôpitaux, la démonstration était faite depuis longtemps. Dans nos établissements hospitaliers, ce sont les infirmières qui sont le plus souvent au lit du malade exposées aux reproches amers et souvent injustes des malheureux aigris par la souffrance, — exposées aux dangers des maladies contagieuses. Combien parmi les infirmières aussi bien que parmi les sœurs ont payé de leur vie les soins prodigués aux malheureux !

Mais la preuve avait besoin d'être publique, éclatante; elle l'est aujourd'hui. Le préjugé est déjà à demi déraciné.

Je n'oublierai jamais l'émotion qui m'a saisi, lorsque, dans la séance publique de l'Institut, le 7 août 1878, j'ai entendu le rapporteur de l'Académie française prononcer ces paroles qui arrachèrent des larmes de tout l'auditoire : « L'Académie, avec le plus profond respect, décerne « un prix de vertu à Mlle Léontine Nicolle. »

Un de mes premiers soins, quand je fus appelé à la direction de l'Assistance publique fut d'aller voir Mlle Nicolle. Je l'ai surprise au milieu de ses pauvres enfants idiotes et épileptiques; elle faisait la classe et s'ingéniait pour faire reconnaître à ses petites élèves, les lettres de l'alphabet. Son visage rayonnait quand elle parvenait à arracher à l'une de ces infortunées un éclair d'intelligence; elle semblait payée de ses peines.

Mlle Léontine Nicolle est toujours à la Salpêtrière, et j'espère pouvoir lui trouver bientôt une situation digne d'elle. En attendant, elle fait partie des professeurs de nos écoles d'infirmières.

Hier à l'Institut, un autre prix de vertu, avec une médaille de 500 fr., était décerné à Mlle Elisa Célestine, infirmière à l'hôpital Saint-

(1) La tentative à laquelle M. le Directeur fait allusion n'était nullement comparable à ce que nous avons fait. Il s'agissait uniquement d'une *École primaire* et non pas d'une *École professionnelle.* (B.)

…onc, devant de tels exemples, oserait nier le dévoue… infirmières ?

…de la Salpêtrière a des droits acquis, des titres qui seront …. C'est ici que le progrès a commencé; c'est ici qu'il s'est …ppé; c'est ici qu'il est appelé à se développer de plus en plus. …xemple sera suivi. Je compte fonder dans les hôpitaux, laïcisés, écoles primaires d'infirmières placées sous la surveillance du corps …édical de chacun des établissements; et, comme il faut un centre à toute institution, l'école de la Salpêtrière serait une sorte d'école normale par où passeraient toutes les infirmières avant d'arriver au grade de surveillante. L'école de la Salpêtrière remplirait un rôle analogue à celui que joue aujourd'hui pour nos sages-femmes notre école d'accouchement de la Maternité.

Les élèves y viendront de tous les points de la France avec des bourses départementales ou municipales apprendre ce noble métier d'hospitalière, suivre les cours de médecins distingués qui ont déjà ici même fait leurs preuves, et s'inspirer en même temps des exemples des Nicolle et des Célestine.

« C'est un beau rêve, me disait-on hier.

« Eh bien, ai-je répondu, nous tâcherons d'en faire une réalité. »

Pour y arriver, Messieurs les Professeurs de l'école de la Salpêtrière, je ferai appel à votre concours. Guidés par votre foi démocratique, vous avez tracé la voie, grâce à vous la grande réforme peut être tentée prudemment, mais sûrement. L'administration reconnaissante n'oubliera pas que vous avez été les ouvriers de la première heure.

Au nom de l'Administration, je vous remercie; au nom de l'Administration, j'affirme que l'œuvre que nous avons fondée à la Salpêtrière sera féconde. (*A suivre.*)

Éloge d'Andral; par J. Béclard (1).

M. Andral fut au premier rang de ceux qui organisèrent la résistance. A cette thérapeutique active, emportée, impatiente d'en venir aux prises avec la maladie, il fit succéder des procédés plus conciliants, et dont le malade du moins n'avait pas à subir les violences. L'expectation, ainsi s'appelait la méthode nouvelle, c'est-à-dire la prudence, la temporisation, le régime, l'emploi raisonné des agents de l'hygiène, préparait une victoire que quelques-uns trouvent aujourd'hui trop complète.

Cette campagne, M. Andral la conduisit avec un grand discernement, non sans quelques concessions aux nécessités du temps. Nous étions, en 1840, attaché à son service en qualité d'élève stagiaire; il était rare que nous n'eussions pas quelques saignées à faire avant de quitter l'hôpital. Or, chacun sait que, de nos jours, beaucoup de jeunes docteurs n'ont jamais pratiqué ni vu pratiquer cette opération.

La réserve d'aujourd'hui, l'observera-t-on demain? Ce qui semblait à jamais enseveli s'est tant de fois ranimé, la voix de la sagesse a été si souvent méconnue, tant de fois la modération a eu tort, qu'il faut se garder de prédire l'avenir.

Depuis longtemps placé au premier rang, M. Andral partageait sa vie entre une clientèle des plus actives et de laborieuses études. Nul mieux que lui ne connut le prix du temps; jamais il ne restait un instant inoccupé. En hiver, dès que tombait le jour, on pouvait le voir un livre à la main, dans sa voiture éclairée à l'intérieur, utiliser les loisirs forcés que donne au médecin répandu les obligations de son ministère. Comme au début de sa laborieuse carrière, levé tous les jours de très bonne heure, il allumait son feu et consacrait au travail, avant de se rendre à la Charité, les seuls moments qu'il pouvait dérober à ses occupations professionnelles.

Fidèle au culte des lettres, nourri des classiques français et latins, lié d'amitié avec les hommes les plus éminents de l'époque, MM. Molé, Cousin, Villemain, Guizot, et plus particulièrement avec M. Thiers, qui lui avait voué la plus vive et la plus respectueuse affection, M. Andral aimait à se délasser des travaux du jour dans des entretiens auxquels sa haute raison, son goût épuré, sa mémoire fidèle, son jugement sûr et son libéralisme éclairé donnaient à la fois le charme et l'autorité.

Nous répéterons ce que l'un des derniers représentants, l'une des gloires de cette grande époque, notre éminent collègue, M. Bouillaud, disait ici même, en rendant à son contemporain, son émule, un hommage où l'on sentait vibrer toutes les émotions du temps passé : « Quelle fut donc belle cette première moitié de la vie médicale d'Andral! hélas! pourquoi ne fut-elle pas plus longue! »

Tout à coup, en effet, au plus beau moment de sa vie scientifique, dans la vigueur de l'âge et du talent, M. Andral disparut de la vie active. Cette séparation se fit tranquillement, sans éclat, comme il faisait toutes choses, et ce renoncement ne devait pas durer moins de vingt ans. L'indivisible flamme qui ne s'élève que d'un seul foyer, l'amour, devait lui inspirer cette héroïque résolution. Le politique n'oublie guère son ambition, l'homme de lettres son amour-propre, l'homme d'affaires ses intérêts; le médecin, il faut le dire à sa louange, est mieux préparé aux coups de la fortune : chaque jour il affronte d'invisibles périls; il a l'habitude, la passion du sacrifice silencieux.

C'est vers l'année 1846 que Mme Andal ressentit les premières atteintes du mal cruel qui, pendant de si longues années, devait la tenir étendue sur son lit de douleur. Depuis longtemps, elle avait voué à l'homme supérieur auquel elle était unie, une affection profonde, absolue, exclusive; son état exigeait des soins de tous les instants, elle ne consentit à les recevoir que de lui.

Tout d'abord, M. Andral s'efforça de concilier les devoirs de sa profession avec les témoignages de tendresse qu'il prodiguait à sa chère malade; et c'est ainsi que, pendant près de dix ans, il mena l'existence la plus pénible et la plus troublée.

Loin de s'améliorer, l'état de Mme Andral s'aggravait. En 1856, le sacrifice fut complet, absolu; M. Andral descendit de sa chaire, et se consacra, sans partage, à son œuvre de dévouement.

Assidu jusque-là aux séances de l'Académie des sciences, où il siégeait depuis 1843, on l'aperçut encore de loin en loin, mais ce n'était guère que pour prendre part à la discussion des titres, défendre les candidatures qui lui paraissaient les plus dignes, et remplir ainsi ce que cet homme, profondément honnête, regardait comme le plus impérieux de ses devoirs.

Lors de la guerre de 1870, et sous la menace des événements, on dut songer à transporter la malade hors de Paris. Le voyage fut long et pénible. On atteignit, enfin, Châteauvieux. Dans cette résidence, qu'elle tenait de sa famille maternelle, Mme Andral vécut encore deux années. C'est là que M. Andral reçut le dernier soupir de cette femme supérieure, dont la maladie avait à la fin brisé l'intelligence. Jamais dévouement ne fut plus infatigable, plus inutile et plus admirable.

Tous les liens qui rattachaient M. Andral au passé étaient depuis longtemps brisés; il resta dans sa retraite. La mort de celle qui avait si complètement rempli sa vie venait tout-à-coup d'y faire un grand vide; M. Andral chercha à le combler par le travail. Sa liberté, si douloureusement recouvrée, il la consacra tout entière à la rédaction d'une œuvre qui, dans sa pensée, devait être comme le résumé et le testament de sa carrière médicale. L'ouvrage avait pour titre : *Notes et souvenirs*. Pendant les quatre années qu'il survécut à Mme Andral, et comme s'il eût voulu racheter ses douloureux loisirs et son inaction forcée, il y travailla sans relâche et avec une ardeur extrême.

Il ne sortait guère. Souvent on venait le consulter. S'il eût désiré moins d'empressement, il ne savait pas refuser ses conseils aux malheureux.

C'est à la suite d'une ces visites qu'il puisa le germe de la maladie qui devait l'emporter. On était au mois d'octobre; la journée était chaude; la distance assez grande; les chemins détestables; il se mit en route à pied. Surpris au retour par la pluie, il dut prendre place dans une voiture ouverte et rentra refroidi, se coucha tout frissonnant et se réveilla le lendemain avec une bronchite. Il n'était pas complètement guéri, lorsqu'en plein hiver il se mit en route pour Paris. Sa santé ébranlée, l'avenir incertain, tout le pressait. Son livre était à peu près terminé; il avait hâte de mettre sous presse ce dernier-né, objet de toutes ses pensées et de toute sa sollicitude. Il ne voulut pas attendre plus longtemps.

Il arriva, en effet, parmi nous. Chacun fut heureux de revoir ce beau visage, à l'expression à la fois si sérieuse et si douce; il ne nous parut pas changé. Quelques jours plus tard, le lundi 31 janvier 1876, au sortir de la séance de l'Académie des sciences, il s'attarda dans la cour glacée de l'Institut et rentra chez lui avec un grand malaise; sa bronchite se réveilla, et le mal prit rapidement une extrême gravité. En vain son élève, son ami, un maître (1), déjà marqué lui-même du sceau de la mort, lui prodigua les soins les plus affectueux et les plus éclairés; tout espoir fut bientôt perdu. Le 13 février, M. Andral expirait en pleine possession de lui-même, avec le calme et la sérénité de l'homme de bien.

Ainsi s'éteignit l'un des hommes qui ont le plus honoré la médecine. Avec lui disparaissait une intelligence forte, élevée, pénétrante, d'une activité sans égale. M. Andral fut, parmi nous, le type achevé du professeur. Esprit judicieux, clair, net, précis, ouvert aux nouveautés, rebelle aux engouements, riche des connaissances les plus variées, servi par la langue des maîtres, ne s'attardent ni à peindre au lieu de décrire, ni à prodiguer les images là où il fallait des preuves, il recherchait la vérité seule, et sous les sévérités de sa parure, celle-ci se montrait plus éclatante encore.

Homme de science aussi bien qu'homme de devoir, il marcha toujours escorté de deux guides d'une infaillible clarté : l'évidence, cette lumière de l'esprit, la conscience, cette lumière du cœur. Un fils était né de son mariage. L'éducation de cet enfant, doué d'une rare et précoce intelligence, avait été le charme des premiers jours. De brillants succès remportés dans la carrière du barreau, et, plus tard, l'une des plus hautes charges de l'État dignement et noblement remplie, furent pour lui le soulagement des jours d'épreuve. C'est

(1) Voir les nos 30, 31, 32.

(1) M. le professeur Béhier.

dans les bras de ce fils, formé à son image, que M. Andral eut la suprême consolation de rendre le dernier soupir ; c'est par ses soins, qu'après la cérémonie funèbre, ses restes mortels furent transportés à Châteauvieux. Ils reposent pour toujours auprès de celle qu'il a tant aimée !

Congrès international d'Hygiène de Turin.

Programme général des Thèmes proposés pour les discussions des séances générales et des diverses sections. — Suivant les règles annoncées le 12 avril 1879 par le Comité d'organisation dans sa première publication, nous présentons le programme complet des questions qui seront traitées dans chaque Section. Voici d'abord, pour simplifier le travail des Membres du Congrès, la répétition des articles du Règlement du Congrès.

Séances générales. Séances des Sections. — X. Le Congrès tiendra des séances générales et des séances de Sections. Dans les premières on traitera les questions d'ordre général ; dans les secondes, les différentes spécialités de la science trouveront plus de développement. On pourra faire des conférences et des démonstrations expérimentales, si le Congrès le désire.

XI. Les Sections sont réparties de la façon suivante, tout en laissant pleine liberté au Congrès de les modifier, ou d'en réunir ensemble quelques-unes, ou d'en ajouter d'autres : 1e SECTION. *Hygiène générale et internationale.* — 2e *Hygiène domestique et privée.* — 3e *Hygiène professionnelle.*—4e *Hygiène des écoles, hygiène des enfants.* — 5e *Hygiène appliquée à l'Agriculture.*—6e *Hygiène appliquée à l'Industrie.* — 7e *Hygiène vétérinaire.* — 8e *Hygiène militaire et navale.* — 9e *Sauvetage sous toutes ses formes.* — 10e *L'architecture et la Chimie appliquées à l'hygiène.*

XII. Les thèmes pour les discussions seront choisis d'après les conseils et les propositions des Hygiénistes étrangers et nationaux, qui seront expressément interrogés, et d'après les propositions, des Universités, Académies et Sociétés d'hygiène de l'Italie et de l'étranger.

XIII. Quatre mois avant l'ouverture solennelle du Congrès, le programme détaillé des thèmes choisis pour les discussions des séances générales et spéciales sera imprimé et envoyé à tous les membres inscrits et à leur adresse, pour que chacun puisse se préparer au travail en commun.

XIV. Chaque membre du Congrès sera libre de présenter telle question d'hygiène qu'il lui plaira de porter en discussion, pourvu qu'il en indique le titre à une Commission élue par le Congrès dans sa première séance. Commission chargée de l'examen des propositions *extra ordinem.*

Thèmes pour les séances générales. — 1. M. FAUVEL (de Paris) : *De la prophylaxie internationale au point de vue des maladies pestilentielles exotiques.* — 2. M. CH. ZUCCHI (de Milan) : *De l'organisation de l'administration sanitaire dans les Etats.*—3. M. FINKELNBURY (de Berlin) : *Quels sont* les buts pratiques de l'hygiène internationale et par quels moyens d'organisation pourra-t-on atteindre ces buts.—4. M. VIGNARD (de Sulina). De la nécessité dans l'Etat moderne de la création d'un Ministère de médecine publique.—5. M. BONNAFONT : Réflexions sur la nécessité de réunir un Congrès International dans le but d'assainir les contrées insalubres (sources de toutes les épidémies), d'augmenter la production du sol, d'améliorer les conditions hygiéniques des peuples, et finalement de créer dans chaque Etat un Ministère ou une Direction générale de la Santé publique. — 6. M. SPALUZZI (de Naples) : Organisation des Bureaux médico-hygiéniques municipaux et provinciaux pour établir sur des bases uniformes l'hygiène nationale et internationale. — 7. M. A. J. MARTIN (de Paris) : Programme de l'enseignement de l'hygiène.

Thèmes pour les séances de sections. — SECTION I. *Hygiène générale et internationale.* — M. LABORDE (de Paris) : De la nécessité et du rôle des études physiologiques et expérimentales pour la constitution de la Science de l'Hygiène.

M. LOUIS PAGLIANI (de Turin) : De l'alimentation convenable aux classes ouvrières et des règles hygiéniques pour les cuisines populaires.

M. CATELLA (de Turin). De la prophylaxie internationale de la Syphilis.

M. LOUIS BRAMBILLA (de Turin) : De la Statistique sanitaire.

M. G. DROUINEAU (de La Rochelle) : Question financière des Conseils d'hygiène en France ; Rapports de la météorologie et de l'hygiène (organisation et application pratiques).

M. VIDAL (de Paris) : Des moyens légaux ou d'initiative privée à opposer à la falsification des denrées alimentaires.

Vaccination et revaccination obligatoires.

SECTION IIIme *Hygiène professionnelle.* — M. JACQUEMART (de Paris) : Thème lu et soutenu par M. J. MARTIN au nom de la *Société contre l'abus du tabac.*

SECTION IV. *Hygiène des Ecoles. Hygiène des Enfants.*—M. GAETANO PINI (de Milan) : De la prophylaxie de la scrofule et du rachitisme.

M. ALBERT GAMBA (de Turin) : Ecole des rachitiques et Hospice marin de Turin.

M. HENRI NAPIAS (de Paris) : Etude et critique des tives prises dans les divers pays de l'Europe, pour la enfants travaillant dans l'industrie.

M. ANTOINE AGOSTINI (de Vérone) : De l'exposition des ent la manière de diriger les Hospices des enfants-trouvés.

MM. MARBEAU et le Dr MOYNIER (de Paris) : De l'installation maté des crèches et des conditions à observer pour y sauvegarder la sa des enfants.

M. JACQUES ARNAUDON (de Turin) : Horaire pour les écoles ; durée des récréations ; travail manuel, comme gymnastique éducative ; ouverture et clôture des cours. Mobilier scolastique. Enseignement avec des objets, son influence sur le développement physique et intellectuel.

M. G. DROUINEAU (de La Rochelle) : Du mobilier scolaire.

M. ROTH (de Londres) : Sur l'inspection médicale obligatoire dans les écoles.

Sur la LADIES SANITARY ASSOCIATION de Londres et ses œuvres.

Sur l'introduction des éléments de l'Hygiène et de l'éducation physique scientifique dans toutes les écoles primaires et secondaires.

Des moyens de prévenir la cécité.

Tracer le plan d'une école primaire modèle, réalisant *tous les désidérata* de l'Hygiène.

SECTION Vme. *Hygiène appliquée à l'agriculture.* — M. DURAND-CLAYE (de Paris) : Desséchements et colmatages. — Bonifications. — Leur influence sur l'hygiène et sur la culture. — Exemples en France et à l'étranger.

M. CHAMBERLENT, fils (de Bordeaux) : Assainissement des landes de Gascogne.

De l'organisation de l'Hygiène dans les campagnes. — COMITÉ DE SALUBRITÉ DE L'AGGLOMÉRATION BRUXELLOISE.

M. ALLBUTT L. (de Leeds) : De la pellagre et des moyens de la prévenir et de relever les conditions des agriculteurs en Italie, avec des remarques sur la concurrence et l'émigration.

SECTION VIme. *Hygiène appliquée à l'industrie.* — M. E. VALLIN (de Paris) : Le rouissage, et surtout la comparaison, au point de vue hygiénique, entre le *rouissage agricole et le rouissage industriel.*

M. VIDAL (de Paris) : Des moyens légaux ou d'initiative privée à opposer à la falsification des denrées alimentaires.

M. DELPECH (de Paris) : Assainissement des fabriques dans lesquelles se préparent les produits saturnins.

M. DROUINEAU (de La Rochelle) : Des moyens de remédier à l'insuffisance de la ventilation dans les filatures.

SECTION VIIme. *Hygiène vétérinaire.* — M. LANZILLOTTI-BUONSANTI (de Milan) : De la salubrité et de l'inspection sanitaire des viandes.

M. VALLADA (de Turin) propose les thèmes suivants : Etiologie et prophylaxie de la rage des animaux étudiée surtout en rapport avec la santé publique ; Etablir par la discussion quel parti on puisse encore tirer des différents produits animaux pris chez les brebis varioliques pour l'usage industriel et alimentaire, sans danger pour l'hygiène publique ; Dissertation sur les différentes espèces de gale qui peuvent se communiquer des animaux à l'homme, et sur les moyens prophylactiques pour empêcher cette communication ; Discussion sur les différentes maladies épizootiques qui dans ces dernières années ont détruit les volatiles de basse-cour soit en Italie, soit à l'étranger, et surtout sur le typhus des poules, qui a été aussi nommé choléra, dysenterie épizootique, etc., etc., et indication de l'usage industriel et alimentaire auxquels peuvent encore servir les produits qu'on en tire ; Indication des différents cas dans lesquels le lait fourni par les mammifères domestiques et surtout par la vache, peut devenir nuisible à la santé de l'espèce humaine.

SECTION VIIIme. *Hygiène militaire et navale.*—Influence spéciale sur le soldat des causes typhoïgènes engendrées ou entretenues dans les villes de garnison.

M. EMILE TRÉLAT (de Paris) : Hygiène des casernes.

Thèmes formulés par le Comité de Santé militaire et proposés au IIIe Congrès International d'Hygiène par S. E. le Ministre de la Guerre :

Les cas fréquents de tuberculose qui cause une perte considérable d'hommes tous les ans, peuvent-ils être considérés comme plus ou moins dépendants de la vie militaire ? ; En cas affirmatif, quelle serait la circonstance spéciale de la vie militaire qui peut favoriser le développement de la tuberculose ? par quels moyens peut-on en éviter et diminuer les conséquences ? ; Les épidémies de scorbut qui se montrent de temps à autre dans une garnison, doivent-elles être attribuées à la constitution des hommes détériorée précédemment par les fatigues, les maladies, ou autres causes ; aux conditions des casernes ; à l'alimentation réglementaire ; ou bien à tous trois ces éléments ? De quelle manière peut-on les prévenir ? ; La plus grande partie de nos casernes, dans l'origine construites pour servir à d'autres buts, ne présentant pas les conditions voulues de salubrité, comment peut-on en corriger les défauts pour que les troupes puissent les habiter sans danger ? Par quels moyens devra-t-on pourvoir à l'aération, insuffisance et mauvaise construction des latrines, etc. ? Comment de-

...onstruites (les casernes), pour qu'elles soient en rap... les exigences de l'hygiène ?

...me. *Sauvetage sous toutes ses formes.*—M. G. De Beau... ...aris) : Du traitement spécial des asphyxiés par l'oxyde de ... au moyen des inhalations d'oxygène.

...a meilleure organisation des Comités de secours avant et pen...t la guerre. Personnel de service médical et matériel à préparer. ...esures à prendre pour éviter les abus signalés dans la dernière guerre. Fédération des Comités. Des meilleurs moyens de transport des blessés du lieu du combat à l'ambulance volante ou fixe, ou aux hôpitaux. Des meilleurs modes de construction, installation et aménagement des tentes et des baraques. Quels soins faut-il prendre des cadavres sur les champs de bataille pour prévenir les dangers de la putréfraction ? Inhumation provisoire ? définitive ? crémation ? Des moyens plus faciles pour éteindre les incendies et sauver les personnes en danger. Échelle Porta. Exercices de nos pompiers devant le Congrès.

Section Xme. *L'Architecture et la Chimie appliquées à l'Hygiène.* — Des règles à observer dans l'élaboration des plans pour l'érection de Quartiers nouveaux ou la transformation des Quartiers insalubres. (Comité de Salubrité de l'Agglomération Bruxelloise.)

M. Marié Davy (de Paris) : Résultats des analyses chimiques et microscopiques de l'air et des eaux de Paris, au parc de Montsouris, dans la ville, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, dans les cimetières, dans les égouts et à Gennevilliers ; résultats d'expériences relatives à l'épuration des eaux d'égout par le sol en culture.

Du gaz comme moyen d'éclairage et de chauffage dans les habitations privées, au point de vue de l'hygiène. Tracer les lignes principales du meilleur système d'égouts pour une grande ville, avec les plus grands avantages pour l'hygiène publique et l'agriculture. Combien de malades *au maximum* peut-on entretenir hygiéniquement dans une salle d'hôpital à pavillons, pourvu de lumière, du nécessaire cubage d'air, d'une bonne ventilation, illumination, de bains, de water closets, etc. ?

Les sous-officiers de santé d'Algérie.

Le président de le République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu la loi du 20 décembre 1879 ; vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique ; le conseil d'Etat entendu, décrète :

Art. 1er. — L'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger décerne un certificat d'aptitude permettant d'exercer la médecine en territoire indigène. Le gouverneur général de l'Algérie détermine les circonscriptions d'exercice par des arrêtés individuels qu'il a toujours la faculté de rapporter.

Art. 2. — Le certificat d'aptitude ne peut être délivré à un Européen.

Art. 3. — Un enseignement sera organisé dans l'école en vue de ce certificat.

Art. 4. — Les candidats pour se faire inscrire, doivent : 1° Avoir vingt ans accomplis ; 2° Passer un examen constatant qu'ils parlent et écrivent le français et possèdent les éléments du calcul.

Art. 5. — L'enseignement dure quatre trimestres consécutifs, après lesquels sont subis les examens probatoires. Ces examens sont au nombre de deux, et peuvent être subis dans la même session. Le premier porte sur la connaissance élémentaire des parties du corps humain et sur leurs fonctions.

Le second, sur la connaissance des principales maladies externes et internes, sur l'emploi des médicaments usuels, sur les soins chirurgicaux, sur les règles élémentaires d'hygiène.

Art. 6. — En cas d'échec au premier examen, le candidat ne peut se représenter qu'après un délai de six mois. En cas d'échec au deuxième examen, le bénéfice du premier lui demeure acquis, mais il ne peut être admis à ce représenter à ce second examen qu'après un délai de trois mois.

Art. 7. — Les droits sont de trente francs pour chaque examen.

Art. 8. — Un arrêté spécial fixera le programme de l'enseignement qui sera aussi le programme de l'examen.

Ari. 9. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

— C'est avec le plus grand regret que nous portons à la connaissance de nos lecteurs cet arrêté qui crée un 3e ordre de médecins.

Le Jeûne du Dr Tanner.

Les surveillants du Dr Tanner, dit *The Medical Record* de New-York, déclarent à la date du 28 juillet, que M. Tanner a passé 30 jours sans prendre de nourriture. Sa situation, durant les sept derniers jours, n'a pas changé sensiblement. Le pouls, la température et la respiration sont restés normaux. Le dynamomètre a enregistré 77 à 88 kilogr. Nulle marque de souffrances ; coloration bonne. Il a encore assez de vigueur pour se promener un peu. Il est devenu plus faible, pourtant, et prend moins d'exercices, il dort ou sommeille davantage. La quantité d'eau ingurgitée et d'urine rendue, avec la diminution du poids sont consignés dans le tableau suivant :

Jours du jeûne.	Quantité d'eau absorbée.	Quantité d'urine rendue.	Poids en livres.
20 juillet	15 onces	19 onces 3/4	133 1/4
21 —	29 »	20 »	132 1/2
22 —	20 »	19 » 1/4	131 1/2
23 —	15 »	19 » 1/2	130 1/2
24 —	13 »	16 »	130 1/2
25 —	23 »	9 » 3/8	129 3/4
26 —	21 »	22 » 1/4	130
Totaux :	136 onces	126 onces 5/8	

Depuis le 14 juillet, le Dr Tanner n'a perdu que deux livres.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 30 juillet au jeudi 5 août 1880, les naissances ont été au nombre de 1075, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 415 ; illégitimes, 146. Total, 561. — *Sexe féminin :* légitimes, 373 ; illégitimes, 140. Total, 513.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 30 juillet au jeudi 5 août 1880, les décès ont été au nombre de 1,114, savoir : 503 hommes et 521 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 19. F. 14. T. 33. — Variole : M. 20. F. 18. T. 38. — Rougeole : M. 21. F. 20. T. 41. — Scarlatine : M. 6. F. 5. T. 11. — Coqueluche : M. 7. F. 3. T. 10. — Diphthérie. Croup : M. 26. F. 31. T. 57. — Dysentérie : M. ». F. ». T. ». — Erysipèle : M. 4. F. 1. T. 5. — Infections puerpérales : 10. — Autres affections épidémiques : M. ». F. ». T. ». — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 91. F. 69. T. 160. — Autres tuberculoses : M. 28. F. 25. T. 53. — Autres affections générales : M. 62. F. 58. T. 120. — Bronchite aiguë : M. 11. F. 13. T. 24. — Pneumonie : M. 28. F. 15. T. 43. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 106. F. 107. T, 213. — Autres maladies locales : aiguës : M. 31. F. 41. T. 72 ; — chroniques : M. 77. F. 65. T. 142 ; — à forme douteuse : M. 25. F. 21. T. 46. — Après traumatisme : M. 3. F. ». T. 3. — Morts violentes : M. 23. F. 4. T. 27. — Causes non classées : M. 5. F. 1. T. 6.

Morts-nés et prétendus tels : 69 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34 ; illégitimes, 9. Total, 43. — *Sexe féminin :* légitimes, 15 ; illégitimes, 11. Total, 26.

Médecins Conseillers généraux. — *Allier* : MM. Cornil (Cusset) ; Penneton (Marcillat). *Alpes-Maritimes* : M. L. Thaon (Utelle). — *Eure :* M. Guindey (Evreux) ; — M. Isambart (Pacy-sur-Eure). — *Eure-et-Loir* : MM. Maunoury père et Salmon ; M. Fleury, a été nommé conseiller d'arrondissement. — *Isère* : M. Dufour (La Mure), médecin en chef de l'asile de Saint-Robert. — *Haute-Loire* : M. Fr. Maigne ; notre ancien collaborateur, M. le Dr Devins (Brioude). M. Noir et M. Vidal, ont été nommés conseillers d'arrondissement. — *Haute-Vienne* : Labuze (Bellac). — *Seine-et-Oise* : MM. Vermeil (Gonesse). — Boutet (Monfort-l'Amaury). — MM. Berigny (Versailles) et Fiaux (Montmorency) ont été nommés conseillers d'arrondissement.

— Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous adresser les renseignements qu'ils possèdent, afin de compléter cette liste.

Hôpitaux de Lyon (*Concours*). — Le lundi 14 mars 1881, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin appelé à faire le service dans les établissements de l'Administration des hospices civils.

Le lundi 11 octobre 1880, il sera ouvert un concours pour la nomination de douze élèves internes, et d'un nombre d'élèves internes provisoires à fixer au moment du concours, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon et de Saint-Etienne.

Le mardi 26 octobre 1880, il sera ouvert un concours pour la nomination d'élèves externes appelé à faire le service de médecine et de chirurgie dans les établissements de l'Administration. Le nombre d'élèves externes à nommer sera fixé, d'après les besoins du service, au moment de l'ouverture du concours. — Ils sont nommés pour deux ans et reçoivent un traitement de 25 fr. par mois.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon (*Concours*). — Le lundi 8 novembre 1880, commenceront des concours pour cinq places de clinique : deux de clinique chirurgicale, une de clinique médicale, une de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, une des maladies mentales. La durée des fonctions est de deux ans ; mais par exception, et pour cette année seulement, le second candidat nommé à la clinique chirurgicale ne restera qu'une année en fonctions. Le traitement qui y est attaché est de 1,000 fr. par an.

Missions scientifiques. — Par décision du 4 août 1880, M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, a chargé M. le prof. Regnard d'aller étudier l'organisation des établissements d'instruction agricole de la Russie, de la Suède, de la Norwège et du Danemarck. — M. R. Blanchard a reçu du Conseil municipal de Paris, la mission de visiter les Universités des mêmes pays.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Concours pour une place de Chef de clinique médicale. — Un concours pour une place de Chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux le vendredi 5 novembre 1880.

Clinique chirurgicale. — M. Terrillon, suppléant M. Verneuil à la Pitié, commencera ses leçons mardi prochain 17 août, mardi, jeudi et samedi à 9 heures.

Prix Montyon. (*Décerné par l'Institut de France*). — Phénol Bobœuf. Antiseptique par excellence. Très recommandé pour désinfecter les appartements dans les cas de maladies contagieuses (variole, etc.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et Cᵉ
108, boulevard Saint-Germain

Hanriot (M.). — Hypothèses actuelles sur la constitution de la matière. Vol in-8 de 128 pages avec figures. Prix : 3 fr. Paris, 1880.

Hirigoyen (L.). — De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin. Vol. in-8 de 190 pages avec figures. Prix : 4 fr. Paris, 1880.

Porak (Ch.). — De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. Vol. in-8 de 148 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1880.

Adrien DELAHAYE et E. LECROSNIER, éditeurs
place de l'École de Médecine

Bergeaud (J.). — Mémoire sur la fièvre pernicieuse en Haïti, d'après des documents recueillis dans le sud de l'île. Vol. in-8 de 140 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1880.

Darin (G.). — Sur les anesthésiques. Vol. in-8 de 56 pages. Prix : 1 fr. 50. Paris, 1880.

Delore (X.). — Etude sur le bassin rachitique. Broch. in-8 de 28 pages. Prix : 1 fr. Paris.

Demange (E.). — Mélanges de clinique médicale et d'anatomie pathologique. Vol. grand in-8 de 70 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1880.

Descosse (F.). — Des troubles nerveux locaux consécutifs aux arthrites. Vol. in-8 de 60 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1880.

Engelmann (J.). — Les hystéro-névroses et leurs rapports avec l'hystéro-névrose menstruelle de l'estomac, traduit de l'anglais par M. Raoul Fauquez. Brochure in-8 de 32 pages. Prix : 1 fr. 50. Paris, 1880.

Goldschmidt (J.). — Madère étudiée comme station d'hiver. Broch. in-8 de 28 pages. Prix : 1 fr. Paris, 1880.

Kingsford (A). — De l'alimentation végétale chez l'homme. Vol. in-8 de 88 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1080.

Kirmisson (E.). — De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures. Vol. in-8 de 142 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1880.

KJELLBERG (G.). — Influence du régime scolaire et des méthodes de l'enseignement actuel sur la santé de la jeunesse. Brochure in-8 de 30 pages. Prix : 1 fr. Paris, 1880.

LANGLEBERT (E.). — Syphilis et mariage, nouvelle étude sur les conditions d'aptitude au mariage des sujets syphilitiques. Broch. in-8 de 24 pages. Prix : 50 cent. Paris, 1880.

LEMARCHAND. — Des inconvénients de l'application des douches par des gens étrangers à la médecine. Broch. in-8 de 36 p. Prix : 1 fr. 25. Paris, 1880.

LEVRAT (J.). — Des embolies veineuses d'origine traumatique. Vol. in-8 de 154 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1880.

MONTAZ (L.). — Recherches sur la trace indélébile du chancre syphilitique, ses caractères. Vol. in-8 de 90 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1880.

MOREAU-WOLF. — De la sychnurie ou sychno-micrurie et de son traitement par la dilatation lente progressive de la vessie au moyen des injections forcées. Broch. in-8 de 32 p. Prix : 1 fr. 25. Paris, 1880.

NIVELET. — Molière et Gui Patin. Etude médico-littéraire. Vol in-8 de 62 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1880.

PASQUET (E.). — Etude sur une affection non encore décrite des mains considérée comme eczéma dégénéré. Vol. in-8 de 60 pages, avec une planche photographiée hors texte. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1880.

PIÉCHAUD (T.). — Que doit-on entendre par l'expression de choc traumatique. Vol. in-8 de 90 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1880.

PETITCLERC (C.). — Des réflexes tendineux. Vol. in-8 de 96 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1880.

RAIMBERT (R.). — Les nouvelles acquisitions sur les maladies charbonneuses. Vol. in-8 de 86 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1880.

SABATIER (A.). — Etude sur la descente dans les bassins normaux. Vol. in-8 de 126 pages. Prix : 3 fr. Paris, 1880.

TEDENAT (Em.). — Des gelures. Vol. in-8 de 160 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1880.

WEISS (G.). — De la tolérance des tissus pour les corps étrangers. Vol. in-8 de 214 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1880.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 34. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 21 AOUT 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. J. PARROT.

La syphilis héréditaire et le rachitis (1).

Diagnostic de la syphilis.

Leçon recueillie par M. le Dr H. MARTIN.

Messieurs,

I. Le Rachitis n'est pas une maladie, mais simplement l'une des affections du système osseux que produit la syphilis héréditaire. — Voilà ce que je me suis engagé à vous démontrer. Pour le faire, je dois étudier la marche de la syphilis et ses transformations successives; ce qui d'ailleurs n'exige pas un exposé complet de son histoire, mais simplement la détermination précise de ses étapes, de ses manifestations cliniques et des lésions révélées par l'examen cadavérique.

C'est en réalité la question du diagnostic qui se trouve ainsi posée, tel qu'on le fait pendant la vie, ou seulement après la mort, à l'aide de l'autopsie. Cette question, ne vous y trompez pas, est beaucoup plus vaste et complexe que, de prime abord, elle ne semble l'être, car la maladie doit être reconnue, non seulement durant sa période d'activité, alors que, sous une modalité aiguë ou chronique, elle sévit avec des apparences diverses; mais encore lorsqu'elle a cessé d'exister, et que l'organisme n'en porte plus que des traces. — Le diagnostic de la maladie *en éruption* est le seul qui, à quelques exceptions près, ait jusqu'ici préoccupé les praticiens; l'autre, celui qui consiste à la reconnaître lorsqu'elle est éteinte, et que pour celà je qualifierai volontiers de posthume, est à peu près ignoré, bien qu'il soit, à plus d'un titre, d'une importance capitale. Il sera facile de vous en convaincre, lorsqu'à l'aide de quelques stigmates, de quelques empreintes morbides, j'évoquerai dans tous ses détails, les scènes éruptives qui s'accomplissaient parfois un grand nombre d'années avant le moment actuel. C'est pour ne s'être occupé que de la maladie vivante, c'est pour avoir négligé ses débris, ses restes, ses cendres, si je puis ainsi dire, que l'on a méconnu ses conséquences éloignées et son influence pathogénique.

Certes, je ne négligerai pas le mal à sa période d'activité, j'y insisterai même longuement, mais je m'attacherai surtout à la période éteinte, parce que, je le répète, elle est encore peu connue et que j'y dois trouver des renseignements très précieux pour le but que j'ai en vue.

II. Avec la plupart des auteurs, j'appelle *syphilis héréditaire* celle qui date de la vie intra-utérine, quel que soit le moment où le produit a été infecté, qu'il coïncide avec la conception ou qu'il lui soit postérieur. Je n'accepte donc pas la distinction que l'on a cherché à établir en qualifiant, comme l'a fait par exemple M. Bœck, la maladie d'*héréditaire*, quand elle est transmise par une mère qui était syphilitique avant la conception; et de *congénitale*, celle venant d'une mère infectée seulement dans le cours de la grossesse.

Il me suffit de vous avoir donné la définition de la syphilis héréditaire; je n'en veux pas aborder l'étiologie, n'ayant pas à la faire intervenir ici. Son diagnostic repose sur des règles dont la certitude est à la hauteur de celles qui régissent les sciences naturelles, l'enquête qui a servi à les établir est faite, et je ne m'attarderai pas à la reproduire pour chaque cas particulier. Connaissant ces règles, vous les appliquerez sans hésitation : et rien ne devra prévaloir contre elles. Les dénégations les plus obstinées, qu'elles soient sincères ou non; la condition sociale de la famille; et ce que l'on est convenu d'appeler la moralité, qu'il s'agisse du père ou de la mère; tout cela devra vous laisser parfaitement impassibles, en présence d'un cas où, après un examen attentif, vous aurez reconnu l'existence de la syphilis héréditaire. Forts de votre conviction, vous maintiendrez votre dire et vous agirez en conséquence.

Laissez-moi donner l'appui de deux exemples, à ces conseils d'une importance capitale. Ce ne sont pas des faits rares : vous en rencontrerez certainement de semblables dans votre pratique; et c'est là, précisément, ce qui fait l'utilité du récit que je vais en faire.

Il y a quelques années, j'étais appelé par deux de mes confrères, pour voir un enfant de six semaines environ, dont la santé les préoccupait justement. Sa cachexie profonde avait éveillé dans leur esprit l'idée de syphilis, mais ils n'avaient pu trouver sur les parties apparentes des téguments, la justification de leurs craintes; et puis ils croyaient la famille à l'abri de tout soupçon.

Le cas était grave et une décision devait être prise immédiatement, car l'enfant avait une nourrice, qui, s'il était en réalité syphilitique, pouvait être infectée d'un moment à l'autre. — Un examen minutieux du petit malade me fit reconnaître deux lésions, que j'avais appris à regarder comme ne pouvant être produites que par la syphilis héréditaire, c'étaient : sur les lèvres des fissures très peu profondes il est vrai, mais très nettes; et au pourtour de l'anus, ainsi que sur la partie voisine des fesses, une éruption de petites plaques, légèrement indurées, luisantes et différant de l'érythème athrepsique, en ce que celui-ci est essentiellement constitué par de petites vésicules qui s'affaissent, se desquament et ne laissent à leur suite aucune induration. — Fort de l'existence de ces lésions, j'affirmai que l'enfant éteit atteint de syphilis héréditaire et qu'il fallait immédiatement le séparer de sa nourrice, l'élever au biberon et le soumettre à un traitement spécifique. Mes confrères voulurent bien accepter ma manière de voir, mais non sans une certaine résistance, car le père, qui, d'ailleurs, paraissait être en cela de très bonne foi, interrogé par nous, niait comme il l'avait fait antérieurement toute atteinte syphilitique.

Cependant la consultation ayant été rédigée, et lecture lui en ayant été faite, il nous pria d'examiner sa gorge, où, depuis un certain temps, il ressentait de la gêne. Or il y avait sur les amygdales quatre plaques muqueuses des mieux caractérisées. — Il me semble inutile d'insister sur l'importance de ce fait. La détermination précise de la maladie de l'enfant fit découvrir celle du père, qui, méthodiquement traité, a probablement guéri et a pu

(1) Voir le n° 32.

avoir des enfants sains, tandis que, dans l'ignorance où il était de son mal, il était peut-être irrémédiablement frappé dans sa personne et dans sa descendance.

Le second cas est celui d'un enfant de trois ans, atteint de violentes attaques d'épilepsie, à propos desquelles le médecin habituel de la famille voulut bien prendre mon avis. Le petit malade portait en outre une éruption ecthymateuse qui couvrait les mollets, et qui, depuis huit mois, époque à laquelle elle s'était montrée pour la première fois, avait résisté à tous les traitements, à l'aide desquels on combat d'ordinaire ces affections, en dehors, bien entendu, de toute idée de spécificité.

La localisation des pustules exactement circonscrites aux régions que je viens d'indiquer, leur aspect, des cicatrices profondes laissées par elles, me permirent d'affirmer qu'elles avaient une origine syphilitique. — Le père, homme intelligent et très éclairé, nous affirma qu'il n'avait jamais eu la vérole, et l'enfant n'avait eu d'autre nourrice que sa mère. Tout cela faisait hésiter mon confrère, qui, pourtant frappé de ma conviction, accepta le traitement antisyphilitique que je proposai. En moins de trois semaines, l'ecthyma disparut, non toutefois sans laisser des traces profondes; et il ne s'est pas reproduit jusqu'ici, c'est-à-dire près de 18 mois après le début du traitement.

Cette cure n'avait pourtant pas fait tomber tous les doutes de mon confrère, lorsque la famille s'accrut d'une petite fille, qui au bout de quelques semaines, présentait sur les fesses et les cuisses, une syphilide lenticulaire des plus nettes. Cette fois l'hésitation n'était plus permise, il s'agissait bien d'une infection syphilitique par les parents. Le père, interrogé de nouveau et d'une manière pressante, répondit négativement, comme au premier appel fait à ses souvenirs. Or, à quelque temps de là, ayant été mandé dans la maison, pour voir la mère dont la poitrine était gravement atteinte, je constatai des plaques muqueuses incontestables, autour de l'une des narines, et déterminai ainsi la source du mal.

III. Avant d'entrer dans l'étude détaillée du diagnostic, je crois devoir vous présenter, à son sujet, quelques considérations générales, qui abrégeront notre tâche et la rendront plus facile.

Je commence par la topographie, car elle joue un rôle considérable dans toute l'histoire clinique de la syphilis héréditaire, surtout lorsqu'il s'agit des manifestations cutanées; le *siège* d'une éruption étant, dans quelques cas, l'indice le plus certain que l'on ait de sa nature.

La surface tout entière de la peau peut être atteinte, à des degrés divers, mais il en est rarement ainsi, et dans le plus grand nombre des cas, le mal est limité à certains points, toujours les mêmes. Ce sont, par ordre de fréquence : les fesses, les cuisses et les jambes en arrière et un peu en dedans, le pourtour de l'anus, la région sacro-coccygienne, les grandes lèvres et le scrotum, la face, la plante des pieds et la paume des mains. Eu égard à l'intensité relative des lésions, l'ordre est le même que pour la fréquence. Cette prédilection des syphilides pour certaines parties, et la gravité plus grande qu'elles y affectent, sont sous la dépendance de deux causes, dont on voit, à chaque instant, se manifester l'influence dans la pathologie des jeunes enfants. — La première est la tendance qu'ont toutes les éruptions, aiguës ou chroniques, fébriles ou non, à se montrer sur les parties habituellement irritées. Or, il est incontestable que les régions dont je viens de vous donner la liste, se trouvent dans de semblables conditions. Voyez, par exemple, ce qui arrive pour la face postérieure des membres inférieurs, surtout chez les petits enfants, même lorsqu'ils sont l'objet de soins assidus. Les urines et les matières fécales les souillent et partant les irritent; chez ceux dont les fonctions digestives sont régulières, le contact est peu fréquent; mais dès qu'un trouble digestif survient, s'il se prolonge, si les garde-robes sont fréquentes, aqueuses, vertes ou constituées par un lait à peine digéré, comme on l'observe si souvent en pareil cas, les parties du tégument qui subissent ce contact, constamment irritées, deviennent un terrain très favorable à l'éclosion des produits diathésiques. — Il en est de même pour la face, dont certaines parties sont exposées à une irritation habituelle. Cela est de toute évidence pour le limbe buccal et la peau voisine. Lorsque les lèvres, au moment de la succion, s'appliquent sur le sein, le muscle orbiculaire les fronce et y détermine des sillons, au niveau desquels l'épiderme a de la tendance à se fendre; et que, pour cela, l'on peut considérer, comme l'origine des fissures labiales, si fréquentes chez les enfants atteints de syphilis héréditaire; vous verrez de quelle importance sont ces fissures, au point de vue du diagnostic et de la contagion. — Mais ce n'est pas tout, la salive et le lait, en s'écoulant sur la peau voisine, les prédisposent aux éruptions.

La seconde cause est l'*âge* des sujets. Ce qui précède, en effet, s'applique surtout aux enfants très jeunes et qui tètent encore. Chez ceux qui sont plus âgés, les garde-robes et les urines sont moins fréquentes et les troubles intestinaux plus rares. — Cependant les éruptions ont toujours une grande tendance à se montrer sur les parties que je vous ai fait connaître, parce que les inévitables souillures des premiers temps de la vie y ont, pour ainsi dire, fixé la cause provocatrice des éruptions.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur deux cas d'occlusion intestinale, traités et guéris par l'électricité (1);

Par le Dr M. BOUDET DE PARIS, ancien interne des hôpitaux.

Voilà certes deux cas bien dissemblables comme pathogénie, comme état de l'intestin et comme symptômes terminaux.

Dans l'un, à la suite d'une de ces péritonites si bien décrites par Rondot (1), il y a étranglement subit par des brides et des adhérences péritonéales; l'intestin a conservé toute sa contractilité; de fortes excitations augmentent ses contractions et le détachent de ses adhérences; la débâcle a lieu et aussitôt tout rentre dans l'ordre.

Dans l'autre, des matières s'accumulent peu à peu au niveau du cœcum; l'intestin, dont la contractilité est depuis longtemps émoussée, se paralyse complètement et se laisse distendre par les gaz; l'électricité lui rend progressivement son énergie, et, après chaque séance, il se vide en partie de son contenu; mais il faut quatre jours pour obtenir un résultat complet.

L'électricité a-t-elle agi de la même manière dans les deux cas? évidemment non. Chez notre petite malade, elle a fouetté un organe en pleine activité; chez M. S..., elle a ranimé un organe épuisé. C'est précisément sur cette différence d'action d'un même agent que je veux in-

(1) Voir le n° 33.
(2) Rondot. — *De la péritonite aiguë généralisée primitive.* Thèse de Paris, 1878.

sister. Mais auparavant, voyons rapidement ce qui a déjà été dit à ce sujet.

Jusqu'à présent, l'électricité occupe une bien petite place dans tous les livres, thèses ou mémoires qui traitent de l'occclusion intestinale; on conseille son emploi avant d'avoir recours à l'intervention chirurgicale, mais, c'est en des termes généraux et, la plupart du temps, sans aucun détail sur son mode d'application (1). Trousseau lui-même dit que ce moyen est peu fidèle et c'est à peine s'il le mentionne dans ses cliniques.

Cependant, un certain nombre de succès obtenus par l'électrisation avaient été signalés, et les plus incrédules voulurent en essayer. Malheureusement il en est de ce moyen comme de beaucoup d'autres; il faut savoir s'en servir; et comme on l'applique aveuglément et de la même façon pour tous les cas d'occlusion, les insuccès arrivèrent, l'incrédulité reprit le dessus, et les tentatives devinrent plus rares. Depuis quelque temps toutefois, on a fait de nouveaux essais, et, bien que le mode d'application n'ait pas subi de grandes modifications, le nombre des guérisons est assez grand pour encourager les médecins à électriser leurs malades avant de les livrer aux chances d'une opération dangereuse.

En effet, dans l'espace de quelques années seulement je relève quatorze cas d'occlusion guéris par l'électricité. Ajoutons-y les deux cas dont je viens de rapporter l'observation et l'on verra que ce chiffre est relativement fort, étant donné le petit nombre des tentatives.

L'opportunité de ce traitement me paraît donc suffisamment prouvée.

Mais comment agit l'électricité? et comment faut-il l'employer? Les expériences physiologiques répondent à la première question. Il est évident que l'excitation électrique fait naitre des contractions de l'intestin et les mouvements ainsi provoqués ont pour résultat de réduire les volvulus, les invaginations et les étranglements ou de chasser les matières qui occupent le calibre de l'organe. Les faits rapportés par Duchenne (de Boulogne), par Legros et Onimus, par Tripier et par Henrot viennent tous à l'appui de cette théorie.

Mais l'unanimité cesse lorsqu'il s'agit de déterminer à quelle sorte de courants on doit avoir recours. La plupart des cas de guérison ont été, il est vrai, obtenus avec des *courants induits* et les trois derniers faits relatés par M. Bucquoy (2) rentrent dans cette catégorie.

Le *galvanisme*, au contraire, compte peu d'adhérents et je ne trouve guère, au moins dans les travaux français, qu'une ou deux observations récentes dans lesquelles il ait été mentionné comme agent curatif. Et cependant, c'est sous cette forme que l'électricité avait été employée la première fois en 1825 par Le Roy d'Etiolles.

Mais si nous comparons maintenant les effets purement physiologiques des deux ordres de courants, le galvanisme ou, si l'on veut, le courant continu, aura bien des chances de se relever de ce premier échec infligé par la statistique clinique.

En effet, la contraction des muscles lisses, comme le fait très bien remarquer M. le professeur Marey, ne se compose pas, comme celle des muscles striés, d'une série de secousses musculaires, mais d'une seule secousse dont la durée est plus ou moins longue. A quoi sert donc d'appliquer sur des muscles, dont les contractions sont lentes, rhythmiques, séparées par des intervalles de repos, des courants qui représentent 80 à 100 excitations par seconde. Bien plus, j'ai souvent observé que des intestins d'animaux, qui ne se contractaient pas sous l'influence de courants fréquemment interrompus, recouvraient leurs mouvements péristaltiques lorsqu'ils étaient traversés par des courants continus. Erb et Niemeyer ont d'ailleurs démontré que les muscles paralysés peuvent avoir perdu leur excitabilité pour des courants intenses de courte durée alors qu'ils l'ont conservée pour des courants faibles mais plus persistants.

Duchenne (de Boulogne) s'était bien rendu compte de ce fait, car il conseille « la faradisation pratiquée énergiquement et avec des intermittences éloignées les unes des autres d'une seconde (1). »

Lorsque les courants induits sont à la fois très énergiques et très rapides, ils provoquent la *contracture* de l'intestin, et non pas ses mouvements péristaltiques ; or, ce n'est pas la contracture qui pourra produire le résultat cherché, mais bien la *contraction*, qu'il faut tâcher de rendre aussi énergique que possible.

En outre, je relève dans presque toutes les observations que les malades, soumis à la faradisation recto-abdominale, ont conservé pendant plusieurs jours du ténesme et de l'irritation de la muqueuse rectale. Je n'insiste pas sur la douleur provoquée par le passage d'un courant induit au travers de l'intestin pendant plusieurs minutes; elle est tellement atroce, qu'il faut la crainte d'une mort prochaine pour que les malades consentent à la supporter.

Les courants continus sont certainement préférables pour exciter la contraction des muscles lisses ; appliqués par la méthode abdomino-rectale, ils déterminent sur la peau de l'abdomen une sensation de chaleur peu douloureuse, lorsque le courant a une intensité moyenne. Mais on a reproché à ces courants de produire des eschares! Or, que l'on veuille bien penser à la période de temps, relativement très longue, pendant laquelle ils ont été appliqués chez mes deux malades, et l'on verra si cette crainte doit être prise en considération. D'ailleurs, avec les précautions qu'un électricien doit connaitre, ce danger n'est jamais à courir. La présence d'une escharre électrique indique un maniement inhabile de l'électricité, comme une incision mal faite révèle une maladresse du chirurgien.

J'opine donc pour l'emploi des courants continus dans le traitement de l'occlusion intestinale, et je réserve l'usage des courants induits pour exciter les muscles de la paroi abdominale, dont les contractions sont souvent très précieuses pour aider celles de l'intestin.

Mais ce n'est pas tout ; *les courants continus permanents* (ou stabiles, comme on les a aussi appelés) *doivent être plus spécialement employés lorsqu'il y a paralysie de l'intestin*. Car, d'après l'opinion de Erb, de Remak, d'Heidenhain, ce sont eux qui pourront le mieux rétablir la tonicité des muscles lisses et déterminer leurs premières contractions péristaltiques. Il ne s'agira plus alors que d'entretenir et de renforcer ces contractions, et, pour ce faire, c'est encore aux courants continus que nous aurons recours, mais en ayant soin d'espacer leur action, en ne les faisant passer qu'à des intervalles plus ou moins éloignés et pendant un temps très court ; en remplaçant, en un mot, par un flux électrique l'excitation nerveuse qui, à l'état normal, est envoyée par la moelle (2). C'est ainsi que nous avons agi dans le cas

(1) Je dois faire une exception en faveur des thèses de Fleuriot (1875) et de Bulteau (1878) qui consacrent un long chapitre à ce mode de traitement.

(2) Bucquoy. — *Journal de thérapeutique*, 1878.

(1) Duchenne (de Boulogne). — *L'électrisation localisée*, p. 928.

(2) On sait que M. Onimus a conseillé déjà l'emploi des courants continus stabiles appliqués d'après la méthode recto-abdominale. Il

rapporté à l'observation II, et nous avons pu voir revivre l'intestin peu à peu, recouvrer son énergie et la conserver définitivement sous l'influence de l'excitation électrique.

Lorsque, au contraire, l'intestin a conservé sa contractilité intacte, la permanence du courant continu n'est plus utile ; ce qu'il faut, comme dans les cas de volvulus, d'étranglement ou d'invagination, c'est déterminer de fortes contractions, afin d'amener l'organe à se dégager de lui-même. Le courant induit, appliqué selon l'indication de Duchenne et d'Onimus (avec des interruptions rares), peut alors remplir le but ; il agit en donnant de véritables coups de fouet à l'intestin. Cependant, je préfère encore, dans ce cas, l'emploi des courants continus interrompus, dont on peut beaucoup plus facilement régler l'énergie et qui ont toujours cet avantage de causer moins de douleur, d'être moins brusques, et par conséquent d'agir mieux sur les fibres lisses.

Il résulte de tout ceci qu'il ne doit pas y avoir une seule façon d'appliquer l'électricité dans les cas d'occlusion intestinale et qu'il faut modifier cette application d'après l'état de l'intestin et aussi d'après la nature de l'occlusion, puisque le but à atteindre peut être souvent très différent.

Dans la plupart des cas de guérisons obtenues par la faradisation, le succès doit surtout être rapporté à ce qu'il n'y avait pas de paralysie de l'intestin ; l'action des muscles de la paroi, directement excités par le pôle appliqué sur l'abdomen, a dû certainement jouer un grand rôle en aidant puissamment les mouvements intestinaux. Mais il faudrait s'attendre à de fréquents insuccès, si l'on s'en tenait toujours à cette méthode.

De la lecture des deux observations rapportées ici, on peut encore tirer cette conclusion qu'il ne faut pas désespérer du succès lorsque les premières tentatives n'aboutissent à aucun résultat.

Si, dans le deuxième cas, l'électricité a rapidement réussi à vaincre la paralysie et à désobstruer partiellement l'intestin, en revanche, ce n'est que le septième jour que notre petite malade de l'observation I a éprouvé le bénéfice du traitement. Peut-être la nature se serait-elle chargée toute seule de la guérison, mais, après tout ce qui avait été tenté, je reste persuadé que notre insistance r'a pas été inutile. Il est donc nécessaire de renouveler les séances beaucoup plus souvent que cela n'est indiqué dans les traités spéciaux et de prolonger chacune d'elles en se réglant sur l'état de l'intestin.

Enfin, je crois que dans certains cas il est préférable d'employer un rhéophore rectal *creux*. On a vu que chez le second malade la sonde placée dans le rectum a joué le rôle d'un syphon pour vider le gros intestin, encore paresseux. A chaque excitation, on voyait sortir au travers de cette sonde un flot de matières liquides et, plus tard, des gaz abondants. C'est là un bon moyen pour arriver plus vite à débarrasser l'intestin de son contenu.

En terminant, je rappellerai que l'électricité peut être aussi appliquée avec succès au traitement de certaines hernies étranglées. M. le Dr Lefeuvre a publié une très intéressante observation de hernie inguinale, de la grosseur du poing, contre laquelle le taxis, les ponctions avec la seringue de Pravaz et tous les autres moyens classiques avaient échoué ; le troisième jour, le malade avait des vomissements fécaloïdes. C'est alors que M. Lefeuvre pratiqua la faradisation de la tumeur, pendant une heure et demie, et, la nuit suivante, survint la débâcle. L'auteur de cette observation pense que « l'électricité a dû à la fois déterminer des contractions « énergiques dans le bout inférieur et *détruire le spasme* « au niveau du point étranglé ; s'il n'y avait eu que des « contractions du bout supérieur, il y aurait eu réduc- « tion ; cela n'a pas eu lieu et n'arrivera jamais avec l'état « de choses existant. Aussi, je crois devoir attribuer la « prépondérance à la seconde action (1) ».

Je ne sais si un courant induit, assez intense pour contracter énergiquement une portion d'intestin, est capable de faire en même temps disparaître le spasme d'une autre portion ; cette double action en sens contraire me paraît difficile à admettre. Certes, le courant d'induction peut modifier un état spasmodique, mais ce n'est que secondairement et par une sorte d'épuisement du système nerveux, à la suite d'une application prolongée ; il ne peut donc agir alors en déterminant aussi des contractions musculaires. Le courant continu, au contraire, est, de l'avis de tous les électrothérapeutes, le véritable modificateur du spasme.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le résultat est là pour démontrer que l'électricité peut être utile dans des cas semblables, et je crois qu'il y a lieu de renouveler souvent cette tentative.

conseille aussi les interruptions du courant continu et la faradisation avec 2 ou 3 interruptions par seconde.

(1) Lefeuvre. — *France médicale*. 1875, p. 836.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'anesthésie par le protoxyde d'azote. — Thèse de M. Blanchard.

C'est une *idée*, qui a pu poindre en l'esprit de ceux que préoccupe la recherche d'un mode d'anesthésie chirurgicale parfait, que l'agent employé doit présenter une rapide solubilité dans le sang et être d'une élimination facile. Il est nécessaire aussi qu'une combinaison trop intense, trop durable, n'ait pas lieu au contact de l'élément nerveux, dont le fonctionnement ne saurait être interverti que pendant quelques courts instants.

Les anesthésiques, ordinairement employés, pénètrent dans le milieu sanguin sous forme de *vapeurs :* celles-ci, dès que leur point de saturation est voisin, peuvent s'y condenser, s'y déposer sous forme de gouttelettes liquides. Le chloroforme, en particulier, est dense, huileux, et, s'il revient à l'état liquide dans les tubes vasculaires, n'est-il pas à craindre que ces gouttelettes forment des embolies, redoutables au voisinage du bulbe? Il convient aussi de tenir compte de l'action particulière qu'il exerce sur les substances grasses, et il semble que la myéline des centres nerveux puisse entrer en combinaison plus ou moins stable avec lui. Assurément, le nombre immense des chloroformisations pratiquées chaque jour avec succès peut rassurer ; mais, un certain nombre d'accidents (très rares, nous le voulons, mais cependant qu'il eût mieux valu éviter) sont venus troubler une quiétude trop complète.

La légèreté spécifique des *gaz* semble indiquer que leur innocuité doit être plus grande que celle des vapeurs. A cause de cela, le protoxyde d'azote, jouissant du privilège d'anesthésier, aurait assurément la faveur, si l'insensibilisation qu'il produit avait une durée suffisante. Mais la fugacité de son action avait d'abord con-

traint de borner son emploi aux opérations instantanées, et il était resté uniquement aux mains des dentistes. Encore, l'accusait-on, avec quelque justice, de ne rendre insensible qu'en produisant l'asphyxie.—M. Bert a montré récemment qu'en élevant la pression sous laquelle le gaz est absorbé, on prolongeait indéfiniment l'anesthésie, et cela sans danger d'asphyxie, si on l'avait mélangé à des proportions déterminées d'oxygène.

En d'autres termes, oxygène et protoxyde d'azote mélangés et en pression suffisante circulent avec le sang, passent au contact de l'élément nerveux, produisent l'insensibilisation, et, dès qu'on cesse l'inhalation, s'échappent au dehors par la voie pulmonaire.

M. Blanchard, élève de M. Bert, et notre collaborateur au *Progrès*, vient de consacrer son excellente thèse inaugurale à l'étude de cette importante découverte.

Dans une première partie, il traite l'histoire des anciennes recherches sur l'action physiologique du protoxyde d'azote : les premières expériences de Davy et de Beddoës, celles contradictoires de Thenard, de Berzelius, de Proust et de Vauquelin qui, employant sans doute des gaz impurs, accusèrent le protoxyde d'azote de déterminer des accidents graves. L'anesthésiation par ce gaz est alors abandonnée pour un temps assez long. En 1844, l'infortuné Horace Wells entreprend sa réhabilitation. Colton fonde dans les principales villes d'Amérique un grand nombre d'établissements, où, à la faveur des inhalations de ce gaz, on extrait les dents sans douleur. Preterre se fait son défenseur en France. Partout, l'usage du protoxyde d'azote par les dentistes se généralise.

En même temps, les physiologistes entreprennent des recherches pour se rendre compte de ses effets intimes sur l'organisme. En 1864, Hermann démontre que le protoxyde d'azote est un gaz indifférent, que le sang l'absorbe sans le décomposer, qu'il se dissout simplement dans le plasma, mais qu'il est dangereux de le respirer pur. En 1867, Patruban (de Vienne) veut recommander de nouveau ce gaz aux chirurgiens : mais, Hermann s'élève contre ce conseil : « Respirer pur le protoxyde d'azote est dangereux, écrit-il, car on obtient, outre l'enivrement, l'*asphyxie*, qui peut tuer la personne ; administré à l'état de mélange avec l'oxygène, seul procédé qui, à mon avis, ne serait pas un crime de la part de l'opérateur, il constitue un très faible anesthésique, dont on reviendra bientôt. » En 1867, Krishaber déclare le protoxyde inférieur au chloroforme, et ses expériences chez les animaux lui permettent d'affirmer que c'est un gaz irrespirable, qui entraîne la mort à la fois par intoxication et asphyxie. En 1874, Jolyet et Blanche, puis Golstein, en 1876, démontrent par leurs expériences que le protoxyde d'azote n'entretient pas la vie, pas plus chez l'homme que chez les animaux ; que l'*anesthésie est une propriété inhérente au gaz lui-même* ; elle n'est pas nécessairement, comme on l'a prétendu, le résultat de l'asphyxie. Au point de vue chimique, il est indifférent et n'a aucune action sur les tissus. Fait important : mélangé avec une proportion suffisante d'oxygène ou d'air, le protoxyde d'azote n'asphyxie pas, mais il n'y a pas anesthésie.—La *découverte* de M. Bert a donc consisté à démontrer qu'il suffit d'*élever la tension* de ce gaz mélangé à l'oxygène pour produire l'anesthésie, et conserver cette propriété précieuse, un temps suffisant pour entreprendre une opération chirurgicale de longue durée.

Dans la seconde partie de son travail, sans chercher à se défendre d'un enthousiasme bien naturel, M. Blanchard relate les recherches de son savant maître et indique ses procédés. Il décrit avec détails les appareils employés pour l'administration du protoxyde d'azote, la pompe à refoulement, la chambre à pression où on fait respirer le gaz, et où le chirurgien, placé avec ses aides, opère le malade.

Dans cent cinquante opérations chirurgicales les plus diverses, ce mode d'anesthésie a été employé avec succès, sans accidents remarquables, par MM. Labbé, Péan, Perrier, Ledentu et Deroubaix (de Bruxelles).

D'après M. Blanchard, les avantages de la nouvelle méthode sont les suivants : la phase d'excitation est supprimée ; on peut régler à volonté et mathématiquement la marche de l'anesthésie ; on peut la prolonger presque indéfiniment sans inconvénients. Le réveil est rapide, le patient revient à lui en quelques secondes. Le protoxyde d'azote se dissolvant simplement dans le plasma sanguin, dès que l'inhalation a cessé, il s'échappe par le poumon. Son emploi n'amène aucun trouble dans la nutrition, ou aucune modification dans la composition chimique des organes.

Tous ces précieux avantages sont réels et nullement exagérés par M. Blanchard. S'il plaide sa cause avec chaleur, il est sincère, et on ne voit pas trop quelle contradiction élever. Il ne reste qu'un vœu à émettre : une plus grande simplification dans les appareils pour permettre une généralisation rapide du procédé.

Nous pouvons, toutefois, dire, dès à présent, que l'*idéal* que nous évoquions au début, l'anesthésie par un gaz d'une élimination facile, est bien près d'être atteint.

H. DURET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session de 1880 : Reims

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 13 août 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

M. P. LANDOWSKI communique un cas intéressant de *Purpura d'origine hémorrhagique*. Un homme jeune et bien constitué est pris entre deux omnibus et, sans être contusionné, s'évanouit de frayeur. Depuis, il vaque à ses affaires et rien de particulier ne se manifeste, à l'exception d'un léger malaise, survenant de temps en temps et considéré comme sans importance. Sept à huit semaines après, cet homme est atteint de purpura dont les premières plaques apparaissent sur le voile du palais. Ce purpura se généralise rapidement, prend une forme gangréneuse et le malade perd dans l'espace de quelques jours, le prépuce, le gland et la moitié de la verge. La gangrène se serait généralisée certainement sans les soins intelligents que le malade a reçus à Saint-Louis. M. P. Landowski croit que le cas qu'il vient de rapporter est digne d'attention : 1° comme un cas de purpura survenant longtemps après l'accident ; 2° comme purpura à forme gangréneuse ; 3° comme purpura se manifestant primitivement dans la cavité buccale.

M. QUINQUAUD, qui soigne actuellement ce malade, est plutôt porté à

croire qu'il s'agit d'une éruption par influence nerveuse; le malade présente en effet, depuis son traumatisme, des douleurs sur le trajet du nerf lombo-abdominal.

Du traitement des phthisiques en Algérie. M. E. Landowski attribue la grande efficacité du climat d'Alger dans le traitement des affections pulmonaires, surtout à la stabilité barométrique et thermométrique, à l'égalité et à la douceur du climat. Ces qualités permettent au malade de rester en plein air presque toute la journée et elles se sont maintenues même pendant l'hiver dernier, si rigoureux en Europe. Le climat d'Alger étant intermédiaire entre un climat sec et excitant, et un climat humide et sédatif, convient parfaitement aux deux formes de la phthisie : la forme critique et la forme torpide. M. E. Landowski cite à l'appui 16 observations intéressantes, recueillies sur ses malades à Mustapha supérieur, dont 11 se rapportent à la phtisie torpide et 5 à la phtisie critique. Le traitement se composant dans tous ces cas d'une bonne hygiène, de la cure lactée, de la médication symptomatique, etc... L'auteur attribue les bons résultats obtenus surtout à l'efficacité du climat.

Modifications de la qualité de l'hémoglobine. — M. Quinquaud signale certaines lésions qui affectent la qualité de la matière active des globules sanguins. Au point de vue pathologique, l'hémoglobine peut être : 1° *active*, c'est-à-dire absorber l'oxygène; — 2° *inactive*, c'est-à-dire ne pas absorber ce gaz dans les vaisseaux, mais se laisser oxyder au contact de l'air ; 3° *inerte*, c'est-à-dire n'absorber en aucune circonstance; — 4° *dissoute*, c'est-à-dire ayant quitté le globule pour se rendre dans le plasma et, de là, hors du vaisseau. De ses diverses expériences, l'auteur est arrivé à des conclusions qui lui ont permis de formuler les quatres lois suivantes :

1re *loi*. A l'état physiologique, dans les vaisseaux sanguins, une petite quantité d'hémoglobine est *inactive*.

2e *loi*. Pendant la fièvre, la partie *inactive* absorbe l'oxygène et devient *active* dans le torrent circulatoire.

3e *loi*. Dans certaines maladies, l'hémoglobine devient inerte : il en est ainsi à la dernière période de la variole confluente, du croup, du choléra, de la péritonite, du puerpérisme infectieux suraigu ; dans ces cas, les malades succombent avec de la cyanose ou avec le facies de l'asphyxie dite vulgairement blanche ; l'hémoglobine absorbe beaucoup moins, une grande partie devient *inactive*, puis *inerte*.

4e *loi*. L'hémoglobine peut s'altérer à un si haut degré qu'elle quitte le globule sanguin, se dissout et transsude facilement hors des vaisseaux sanguins. C'est ce qui se produit dans les maladies à grandes hémorrhagies, variole hémorrhagique, scorbut, etc. La cause principale de la dissolution de cette matière active des globules parait, d'après les analyses, résider surtout dans les lésions de *minéralisation* des globules et du plasma sanguin. Dans ces cas, les albuminoïdes corpusculaires et plasmatiques sont aussi altérés.

Le pronostic peut donc être assis sur des bases certaines. Lorsque l'hémoglobine inerte s'élève à 5, 10, 15, 20 et 40 grammes, la mort est la règle et la guérison l'exception.

Ces résultats, impossibles à trouver il y a quelques mois, ont été obtenus grâce aux méthodes de dosage par l'hydrosulfite et à la décolorimétrie.

M. Parrot demande à M. Quinquaud comment il se procure le sang nécessaire pour ses expériences.

M. Quinquaud. La quantité de sang nécessaire est d'environ 4 centimètres cubes. Je l'obtiens simplement avec ma seringue aspiratrice en ponctionnant une veine de l'avant-bras gonflée au moyen d'une ligature placée au-dessus du coude.

M. Courty (de Montpellier) fait une première communication *sur un pessaire contre la rétroflexion de l'utérus*. M. Courty a apporté un perfectionnement important au pessaire métallique, levier, à anneau cervical, dont les avantages sont depuis longtemps connus des gynécologistes. M. Courty avait d'abord essayé d'incurver le bord postérieur de l'instrument de manière à en faire porter la pression sur la face postérieure du col utérin et non sur le cul-de-sac postérieur. Cette modification ne fut pas suffisante : le col franchissait le rebord du pessaire et passait en avant de lui en reproduisant la rétroflexion. M. Courty a alors imaginé un instrument d'un nouveau modèle qui paraît jusqu'ici répondre à toutes les indications. Ce pessaire est recourbé à son extrémité postérieure de manière que celle-ci présente sa concavité en arrière, qui embrasse solidement le col utérin.

M. Courty conseille en outre le décubitus abdominal comme facilitant beaucoup la réduction de l'utérus rétrofléchi. Il fait remarquer, à ce propos, qu'il arrive néanmoins fréquemment de voir la position vicieuse de l'utérus persister malgré la situation prise par la malade. Il suffit dans ce cas d'introduire dans la cavité vaginale un petit spéculum de Fergusson ou seulement le doigt, la femme étant dans la position génu-pectorale pour que, l'action de l'air se produisant, l'action de la pression atmosphérique exercée au niveau du cul-de-sac postérieur faisant équilibre à celle qui s'exerce sur la paroi abdominale suffise à mobiliser le corps utérin qui retombe en avant avec la masse intestinale. Telle est au moins, d'après M. Courty, l'explication la plus simple du phénomène qu'on peut observer couramment chez la plupart des malades.

M. Courty lit un second travail sur le *traitement résolutif des fibro-myomes utérins*. Après quelques considérations générales sur cette affection, l'auteur indique son mode de traitement qui se compose d'un ensemble de moyens ayant tous une action spéciale et convergente par l'association de toutes ces actions réunies vers une action générale puissamment résolutive. L'ensemble de ces moyens par lesquels il propose de suppléer aux opérations graves qu'on a dirigées contre les fibro-myomes (hystérectomie, etc.), sont de deux sortes : 1° *Moyens généraux*, régime, laxatifs, purgatifs, iodure et bromure de potassium ; badigeonnages à la teinture d'iode; eaux alcalines en boissons, en bains et en injections, hydrothérapie; toniques : quinquina, fer et perchlorure de fer, etc.; — 2° *Moyens spéciaux*. *a*) Injections d'eau chaude phéniquée (25/1000) à une température aussi élevée que la malade peut la supporter (45°). Ces injections vaginales sont à la fois hémostatiques et décongestives. *b*). Ergotine d'Yvon ergotine d'Yvon 1 gr., glycérine 7 gr., eau distillé 7 gr). Prendre 1 gr. de cette solution par jour, soit à l'intérieur dans de l'eau sucrée, soit en injections hypodermiques. *c*). Application de courants continus traversant l'utérus du col à la région du fibrome pendant environ 10 minutes. M. Courty a remarqué que ce courant est beaucoup plus actif et hémostatique, quand il est rendu intermittent, par exemple au moyen d'un métronome.

M. Verneuil dit que ce traitement peut certainement réussir, mais seulement dans le tiers de la moitié des cas. Il est surtout d'une efficacité remarquable lorsqu'il s'agit de fibromes à la période congestive. On arrive alors à conjurer les hémorrhagies et même à entraver la marche de la tumeur Mais il est loin d'en être de même dans les vieux fibromes durs qui sont absolument rebelles. M. Verneuil ajoute que M. Courty a omis sans doute involontairement de citer parmi ses hémostatiques utérins, la morphine. L'ovaire qui, dans les fibromes de l'utérus, suit la tumeur dans ses déplacements et peut occuper presque tous les points de l'abdomen, est quelquefois douloureux. Ces injections hypodermiques de morphine, faites dans le point correspondant au maximum de la douleur, calment celle-ci en même temps qu'elles arrêtent l'hémorrhagie. — Quant à la chaleur considérée comme moyen hémostatique, Malgaigne l'avait signalée il y a déjà longtemps. — M. Verneuil a pu arrêter des pertes énormes en plongeant des malades dans des bains aussi chauds que possible.

M. Courty dit que, dans les cas mêmes où le traitement ne réussit pas complètement, il amène toujours du soulagement et qu'il n'y a pas de malade chez laquelle on n'arrive à diminuer les hémorrhagies. Mais il est certain que la guérison complète du fibrome est en effet purement impossible.

M. Millard demande à M. Courty quelle est son opinion sur l'action thérapeutique des eaux minérales de Salins, Saint-Nectaire, etc., sur les fibromes utérins.

M. Courty répond que les eaux alcalines donnent de bons résultats, mais que l'on a considérablement exagéré leur efficacité.

M. Denucé (de Bordeaux) demande que l'on fasse dans le traitement des fibromes une plus large part à l'ergotine qui lui a presque toujours réussi dans les cas d'hémorrhagie.

M. Leudet (de Rouen) fait une communication des plus

ntéressantes sur les *hydropisies et les accidents rénaux dans la convalescence de la variole*. Pour la première fois depuis 25 ans, l'auteur a vu de l'anasarque se développer chez des varioleux à la période de convalescence. Il a pu en observer quatre cas. Le premier malade qui présentait une anasarque assez étendue sans albuminurie concomitante mourut subitement. Le deuxième avait de l'anasarque avec albuminurie et guérit. Le troisième, qui présentait de l'anasarque sans albuminurie, guérit également. Enfin, dans un quatrième cas, l'anasarque coïncidait avec une hématurie, et la mort survint à la suite de convulsions urémiques. A l'autopsie, on ne trouva, chez le premier malade, aucune lésion cardiaque ni aortique. Le rein était congestionné et présentait des lésions inflammatoires. M. Leudet insiste longuement à propos de ces malades sur le cachet spécial que présentent les complications de la variole et plus généralement des fièvres éruptives, dans certaines épidémies. Il paraitrait résulter de l'ensemble des observations publiées jusqu'à ce jour, que l'albuminurie et les néphrites sont des phénomènes passagers, survenant surtout dans la période confirmée de la maladie ou dans sa forme hémorrhagique. (Trousseau, Rayer, Frerichs, Jaccoud.) Les cas précédents doivent être absolument distingués, puisqu'il s'agit d'hydropisie, et de néphrites survenant lentement, chez des individus sains antérieurement et à la période de convalescence.

Des complications analogues se produisent dans la rougeole, la scarlatine et la fièvre typhoïde où l'on voit l'anasarque apparaître avant toute manifestation rénale. M. Leudet termine par les conclusions suivantes :

1° La variole, la rougeole, la fièvre typhoïde peuvent présenter dans leur convalescence des hydropisies, des albuminuries, des néphrites. 2° Ces complications, assez rares par elles-mêmes et relativement aux diverses maladies, se montrent plus spécialement dans certaines épidémies. 3° D'autres complications, comme le gonflement de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques se montrent quelquefois dans la convalescence de la fièvre typhoïde, plus rarement de la rougeole. 4° Ces accidents se rencontrent plus spécialement dans certaines épidémies. 5° Le caractère propre à certaines épidémies de variole, de rougeole, de fièvre typhoïde, tend donc à provoquer dans la convalescence de ces maladies certaines complications plus rares dans leur forme sporadique.

M. Parrot demande quelles étaient les lésions du tissu rénal et comment l'examen du cœur a été fait. Il demande également quel a pu être le rôle du rein dans l'anasarque dès lors qu'il n'y avait pas d'albuminurie.

M. Leudet répond que l'étude histologique n'a pas été pratiquée. Peut-être y aurait il eu une albuminurie transitoire qui aurait échappé, malgré l'examen fréquent des urines.

M. Potain est tenté de croire que la présence de l'albumine dans l'urine n'est pour rien dans la production de l'anasarque. Il se fonde pour soutenir cette théorie, sur une série de cas d'albuminurie d'origine traumatique. — Un traumatisme sur la région rénale a produit de l'albuminurie et une anasarque limitée au côté correspondant. Il est bien évident que la modification du sang, produite par l'albuminurie, n'a aucune influence sur la localisation de l'anasarque. Il y a donc quelque probabilité que l'anasarque se produit par l'intermédiaire du système nerveux.

M. Verneuil rappelle que, dans une épidémie de dysentérie qu'il a observée à Saint-Antoine où il était interne, il a vu quatre cas d'hydarthrose symptomatique. M. Huette (de Montargis) a observé des cas analogues. Pour répondre à M. Potain au sujet de l'hémi-anasarque, il dira que l'albuminurie est souvent très passagère, et qu'il ne l'a jamais observée après le 8e jour à compter du traumatisme ; il doit donc arriver souvent qu'elle passe inaperçue. M. Verneuil, a encore dans son service un garçon de 14 ans, entré pour un abcès sous-périostique du creux poplité qui fut ouvert et traité par les pansements antiseptiques. Au 15e jour, le malade enfla des pieds à la tête, sans qu'il y eût ni albumine dans l'urine ni lésions du cœur. 15 jours plus tard, hématurie et polyurie et 5 jours après disparition de l'albumine. Celle-ci aurait donc pu passer inaperçue, s'il n'y avait pas eu un examen quotidien. L'anasarque était évidemment due dans ce cas à une néphrite interstitielle.

M. Parrot a observé dans son service une série d'enfants atteints de diphthérie. Dans la majorité des cas, il y a eu dépôt d'albumine, mais jamais ni œdème localisé ni anasarque, ce qui est la contre-partie de ce qu'a dit M. Potain. Il n'y a donc pas d'anasarque dans tous les cas d'albuminurie.

M. Potain. Tout traumatisme du rein, qu'il entraîne ou non de l'albuminurie, peut produire de l'anasarque, mais il faut généralement une cause adjuvante, rhumatisme ou froid.

M. Verneuil. C'est ce qu'on pourrait appeler une maladie *trumatico rhumatismale*.

M. Henrot (de Reims). Il est assez difficile d'expliquer pourquoi certaines lésions se localisent à un seul côté du corps. Deux malades actuellement dans mon service présentent des lésions scrofuleuses et syphilitiques limitées, sans cause apparente à un seul côté.

M. C. Paul donne le résultat de ses expérience sur le *traitement du tremblement par les bains galvaniques*. Jusqu'à présent, la thérapeutique est restée impuissante dans les cas de tremblements, de myélites, de dégénérescences systématiques de la moelle. Seule, l'électricité a donné quelques succès, mais dans des conditions déterminées. Les courants farsadiques ordinaires et les courants continus ont presque constamment échoué, tandis que le bain galvanique a donné des succès remarquables. M. C. Paul définit ce qu'il entend par bain galvanique et ce qui le différencie du bain électrique. Le bain galvanique se compose essentiellement d'un bain d'eau, traversé par un extra-courant ; le malade qui y est placé est constamment traversé par des courants interrompus dont la direction est ascendante. Ce bain peut se graduer à volonté, et est donné tous les deux jours pendant une demi-heure. Les résultats obtenus par M. C. Paul ont été les suivants : Tremblements mercuriels, succès constant. — Tremblement alcoolique, guérison. — Sclérose en plaques disséminees, amélioration presque constante. — Paralysie agitante, amélioration. — Chorée, 1 succès, un insuccès. — Tremblement dans un cas de paraplégie incomplète, guérison. — Tremblement par irritation spinale, succès presque constant. — Ataxie locomotrice, insuccès. L'auteur se propose de poursuivre cette série d'expériences, et conseille d'employer le bain galvanique, qui nécessite d'ailleurs peu de frais d'installation, et qui se recommande par des succès dans des cas où la médication ordinaire n'avait produit aucun résultat.

M. Dransart (de Soumain) lit une note intitulée : *Considérations cliniques et pathogéniques sur les rapports pathologiques entre l'œil et l'oreille*. Le travail présenté par l'auteur repose sur quatre faits qui peuvent ainsi se résumer : 1° un chaudronnier perd l'œil droit en 1870 (plaie par paillette de fer ; cataracte traumatique) ; à la suite de cet accident, il devient sourd de l'oreille droite. En 1880, il reçoit également une paillette dans l'œil gauche ; il devient sourd de l'oreille gauche. Ce sujet était alcoolique. 2° Un enfant de 12 ans reçoit une boule de neige sur l'œil droit ; il devient sourd de l'oreille droite. Père et mère syphilitiques ; 3° jeune fille de 18 ans, scrofuleuse, sourde et presque aveugle. Lésions multiples de la cornée, de la sclérotique et de l'iris. Double iridectomie ; la vue est rendue à la malade et l'ouïe redevient meilleure ; 4° Fille de 8 ans, sourde, lésion de l'œil, double iridectomie ; la vision s'améliore et la surdité diminue. — Après avoir rappelé les relations anatomiques qui existent entre l'œil et l'oreille par l'intermédiaire du trijumeau qui fournit à l'œil et à l'oreille (par le ganglion otique), l'auteur présente quelques considérations sur les effets réflexes de la dentition et de certaines plaies. Il pose, sous toutes réserves, les conclusions suivantes :

Il existe entre l'œil et l'oreille des rapports pathologiques de nature réflexe ; ces rapports qui se font par l'intermédiaire du trijumeau sont tels qu'une plaie de l'œil peut entrainer la surdité ou bien améliorer une surdité déjà existante. Cette action de l'œil sur l'oreille qui parait capable de produire ce que nous appellerons volontiers la *surdité réflexe* ou bien qui peut améliorer la surdité quand elle existe, semble devoir se produire de préférence sur certains terrains pathologiques, tels que la syphilis, l'alcoolisme, le lymphatisme, la scrofule.

En terminant, l'auteur cite, à l'appui de ses conclusions, trois nouveaux faits qu'il a observés tout récemment. — Pour lui, les troubles auriculaires consistent surtout en bourdonnements d'oreilles, sensation de brûlure et surdité plus ou moins grande. Tous ces phénomènes augmentent quand l'œil est le siége d'une poussée inflammatoire. Ils diminuent dans le cas contraire. M. Dransart n'a jamais rien observé de spécial dans le conduit auditif externe ni

sur la membrane du tympan. Son examen aurait d'ailleurs été des plus imparfaits.

M. Franck se demande si c'est bien le trijumeau qui doit être mis en cause, et si dans le cas même, il suffirait à expliquer la surdité. Ne vaudrait-il pas mieux invoquer une cause périphérique agissant sur l'organe central de l'audition et le nerf acoustique. Le trijumeau ne doit intervenir que très indirectement dans l'audition.

M. Esterc (de Montpellier) lit une observation détaillée d'*ataxie locomotrice d'origine syphilitique.* A l'autopsie, on a constaté une congestion très intense des méninges rachidiennes, commençant à la région dorsale et s'accentuant à partir de ce point jusqu'à l'extrémité inférieure de la moelle. La pie-mère est épaissie et adhère à la substance nerveuse; elle comble le sillon postérieur. A l'œil nu, les cordons postérieurs ont une couleur grise et une transparence spéciale, appréciable surtout sur une coupe transversale. A la région dorso-lombaire, toute la partie comprise entre les cornes postérieures des deux côtés est sclérosée. Au niveau du renflement brachial et à la région cervicale, les cordons de Goll sont atteints et une zone blanche s'étend de chaque côté entre la partie grise malade et les racines postérieures. A la face postérieure du bulbe, on trouve une teinte grise; elle part de la moelle et s'élève jusqu'à l'évasement du plancher du quatrième ventricule. Au cerveau, dans chaque hémisphère, la substance corticale est ramollie et adhérente aux méninges, au niveau de la face convexe, et de la face interne des lobes cérébraux. Blondeau et d'Olier.

Séance du 14 août 1880. — Présidence de M. Denucé.

M. Hoel présente un *pince-nez à plaquettes mobiles* permettant de corriger le défaut de parallélisme des axes visuels, dans l'astigmatisme.

M. Lefebvre (de Louvain) lit une notice sur le *Traitement chirurgical des hypertrophies de la prostate.* Il se sert à cet effet d'un instrument compresseur de son invention. Cet instrument se compose de deux branches analogues à des cathéters. L'une des branches est introduite dans l'urèthre et presse par sa face convexe contre la prostate; la glande tend à fuir en arrière, mais elle rencontre l'autre branche, légèrement concave qui été introduite dans le rectum. La branche uréthrale et la branche rectale s'articulent en avant du gland, à la manière des forceps. On peut graduer la compression à l'aide d'un petit mécanisme analogue à celui des pinces hémostatiques. On fait la compression tous les jours pendant un temps variant de 5 à 15 minutes.

M. Lefebvre présente également un autre instrument, dont il se sert habituellement pour le *cathétérisme de la vessie.* Cet instrument se compose de deux parties : la tige et l'olive. La tige est une sonde ordinaire, mais d'un très petit diamètre, 3 millimètres environ. L'olive est creuse et présente deux petits orifices, l'un en avant, l'autre en arrière. Elle se visse sur la tige avec facilité, et est plus ou moins grosse. En plongeant l'olive dans l'huile, elle se remplit de ce liquide. On procède au cathétérisme d'après les règles ordinaires. L'auteur choisit l'olive la plus volumineuse que le canal admette sans peine. On a ainsi l'avantage des grosses sondes qui pénètrent mieux que les sondes fines dans le canal de l'urèthre, parce qu'elles déplissent la muqueuse et ne s'engagent pas dans ses lacunes; mais on évite également les inconvénients des grosses sondes parce que le frottement et les contractions uréthrales ne portent que sur un seul point, l'olive. Celle-ci, en outre, est un réservoir d'huile qui assure un graissage complet et permanent.

M. Rousseau (d'Epernay) lit un travail très étendu sur l'*inflammation.* Il insiste principalement sur le mode de traitement qu'il emploie et qui peut se résumer ainsi :

1° Laisser l'organe enflammé dans un repos complet, si cela est possible. — 2° S'abstenir de l'alimentation. — 3° Recourir aussitôt que possible à des évacuations sanguines, en se réglant pour la quantité de sang à tirer, plutôt sur l'état général du sujet que sur son état local. — 4° Dans beaucoup de cas, recourir aux vomitifs et aux purgatifs. — 5° Donner des émollients intérieurement et extérieurement. — 6° Administrer des opiacés. 7° Bains tièdes prolongés, quand il n'y a pas de contre-indication formelle.

M. Charpentier (de Nancy) fait une très intéressante communication sur le *sens de la lumière* et le *sens des couleurs.* On sait qu'au point de vue physique la couleur blanche est composée par le mélange de plusieurs couleurs simples; mais en est-il de même au point de vue physiologiques? Non, et la sensation de blanc (plus ou moins intense, blanc et gris) est une sensation simple, tandis que la notion de couleurs est le résultat d'une fonction différente et plus complexe. En voici les preuves :

1° Le blanc n'est pas une couleur composée, parce qu'il agit sur la rétine autrement que les couleurs; les couleurs ont un champ visuel restreint et variable avec la nature et l'intensité de chacune d'elles; le blanc a un champ visuel constant et plus étendu. — 2° La sensibilité de la rétine pour la lumière blanche est la même pour toutes les parties du champ visuel; la rétine est de moins en moins sensible pour les couleurs à mesure qu'on s'éloigne du point de fixation (Landolt et Charpentier). — 3° On connaît des cas pathologiques où le sens des couleurs est entièrement aboli (achromatopsie totale), tandis que la sensibilité lumineuse persiste; l'auteur a même observé, à la clinique de M. Landolt, un cas d'hémiopie portant uniquement sur la sensibilité aux couleurs. — 4° Une lumière colorée, même monochromatique, que l'on fait croître seulement d'intensité à partir de zéro, commence, pour une certaine intensité très faible, par produire une sensation lumineuse simple, la même pour toutes les couleurs; ce n'est que pour une intensité plus considérable (et d'autant plus considérable qu'on s'éloigne davantage du centre de la rétine) qu'elle donne une sensation de couleur spécifique.

La lumière possède donc deux modes d'action sur l'œil; elle agit d'une part sur la sensibilité lumineuse, d'autre part sur la sensibilité chromatique; ce sont là deux fonctions distinctes, la première étant la plus simple et la plus générale, la sensibilité chromatique étant une fonction de perfectionnement. Les faits suivants prouvent cette manière de voir :

1° On peut augmenter l'action d'une lumière sur la sensibilité lumineuse, l'action sur le sens chromatique restant la même; il suffit pour cela de faire séjourner l'œil pendant 15 à 20 minutes dans l'obscurité. La sensibilité lumineuse est alors exaltée, la sensibilité chromatique n'a pas changé. — 2° Au sortir de ce séjour dans l'obscurité, il s'ajoute à toute sensation de couleur une sensation de blanc, qui donne aux couleurs les plus pures une teinte lavée et blanchâtre. — 3° Enfin l'addition d'une certaine quantité de lumière blanche, même assez forte, à une couleur simple, ne change pas la sensibilité de l'œil pour cette couleur.

On voit qu'il existe ainsi un sens de la lumière distinct du sens des couleurs. On sait de même, du reste, que la peau apprécie d'une manière distincte le contact et la chaleur, et que l'oreille perçoit avec deux organes différents les bruits et les sons musicaux. La sensation du blanc correspondrait donc, d'après cela, à l'inaction de la sensibilité chromatique, soit par manque d'une excitation assez forte, soit le plus souvent par la neutralisation l'une par l'autre, au point de vue chromatique, de deux couleurs complémentaires.

M. Trélat expose un nouveau manuel opératoire qu'il emploie pour passer une anse élastique dans l'épaisseur des *rétrécissements du rectum,* de manière à les sectionner sans produire les lésions graves de la rectotomie linéaire et des autres opérations préconisées en pareil cas. Le procédé de M. Trélat consiste essentiellement dans l'emploi de deux instruments, l'un, un anneau monté sur une longue tige métallique et dont la fenêtre est garnie d'une toile résistante; l'autre, une pointe d'aiguille courte présentant un chas où l'on passe une anse de fil et également portée sur un long support dont elle peut être facilement séparée. L'opération se fait de la manière suivante : La fenêtre étant d'abord portée au-dessus du rétrécissement, on traverse l'épaisseur de la muqueuse dans le point rétréci avec l'aiguille et on traverse ensuite la fenêtre garnie de toile qui se trouve plus haut. Le manche de l'aiguille étant alors enlevé, celle-ci est retenue dans la toile et il suffit de retirer l'instrument qui porte cette dernière pour que le rétrécissement se trouve traversé en un point déterminé, par une

anse de fil qui va maintenant être remplacée par l'anse élastique destinée à produire la section du rétrécissement. Deux sections de ce genre peuvent être pratiquées en deux points de la paroi intestinale. M. Trélat a obtenu dans plusieurs cas un excellent résultat de ce procédé qui évidemment n'est pas applicable à toutes les formes de rétrécissement. L'opération serait certainement impraticable et d'ailleurs inutile dans des rétrécissements irréguliers et anfractueux comme ceux du cancer ou des affections analogues.

M. Trélat fait une seconde communication sur le *traitement des abcès chauds par le pansement de Lister*. L'auteur a eu l'occasion de traiter par cette méthode un nombre assez considérable d'abcès chauds ganglionnaires et autres, et la guérison s'est produite dans un très court espace de temps (phlegmon suppuré de l'aisselle guéri en six jours). Dès le lendemain des premiers pansements, M. Trélat a vu la rougeur, la douleur et le gonflement disparaître de la façon la plus inattendue. Il opère de la manière suivante : large incision, injections et lavages phéniqués (5 pour 100), gaze phéniquée, etc. Il engage donc à renoncer à tous les cataplasmes et épithèmes plus ou moins calmants. Il ne sait d'ailleurs si le pansement de Lister pourrait être qualifié d'antiphlogistique, ce qu'il y a de sûr c'est qu'il enraye, dans l'espace de vingt-quatre heures, le processus inflammatoire.

M. Rochard avait l'intention de faire une communication sur le traitement des abcès du foie par le pansement de Lister, mais les documents qu'il attendait n'ont pu lui être fournis à temps. Il se contentera d'indiquer les résultats obtenus dans l'Inde et notamment à Shanghai par les chirurgiens Anglais. On sait que les abcès considérables du foie sont aussi communs dans l'Inde que la pleurésie purulente dans nos pays. Autrefois, la mortalité était 9 sur 10 avec les anciennes méthodes de pansement : aujourd'hui, le résultat est inverse et 9 malades sur 10 guérissent par l'emploi du pansement de Lister. Actuellement les chirurgiens Anglais n'attendent plus la dernière heure pour opérer, grâce : 1° à l'emploi du pansement de Lister qui permet de faire sans danger de grandes incisions, 2° à l'aspirateur de Dieulafoy qui vient éclairer le diagnostic généralement très difficile de l'affection. — Dès qu'apparaissent avec le gonflement considérable du foie les troubles digestifs graves caractéristiques de l'hépatite suppurée, on intervient sans retard. Selon que l'abcès parait proéminer vers la face concave ou la face convexe un trocart volumineux (trocart à hydrocèle) est porté dans l'une ou l'autre de ces directions et si la ponction reste sans succès l'instrument est enfoncé jusqu'à 3 fois. — Sa collection une fois vidée, on fait, en glissant un bistouri le long du trocart, une large incision suivant l'espace intercostal. Une injection phéniquée à 1/10 est poussée dans le foyer purulent, un gros drain est placé dans l'ouverture et le pansement de Lister est appliqué.—La guérison se fait en 15 jours ou 3 semaines. M Rochard cite en terminant le cas d'un médecin de ses amis, atteint d'un vaste abcès du foie, qui put revenir en France un mois après l'opération.

M. Nicaise dit qu'il a eu l'occasion depuis quelques mois de traiter plusieurs abcès chauds par la méthode antiseptique. Toutefois sa méthode diffère un peu de celle de M. Trélat; il ne rejette pas complètement l'usage du cataplasme. L'abcès étant incisé avec toutes les précautions voulues, une injection est poussée dans sa cavité avec une solution au 50e, puis on applique un cataplasme enduit d'huile phéniquée. — La suppuration diminue rapidement et lorsque le pus devient séreux, M. Nicaise applique le pansement de Lister, ce que M. Trélat faisait dès le début. — Dans un cas, M. Nicaise a employé l'acide borique (3 0/0), chez un malade atteint de phlegmon des paupières survenu dans un érysipèle de la face. Au bout du 2e jour, le phlegmon était entré en résolution. — M. Nicaise cite en terminant, l'observation d'une femme qui 3 semaines après une fausse couche présentait un vaste phlegmon suppuré de la fosse iliaque gauche et de la région inguino-abdominale. L'incision donna issue à une énorme collection purulente située sous le grand oblique et des injections furent faites avec la solution d'acide borique. — On fit en outre des injections hypodermiques de créosote et il est à remarquer en passant que ces injections n'ont jamais produit la moindre irritation locale. — En somme, il s'agissait d'un phlegmon diffus considérable de la fosse iliaque et de la paroi abdominale ; de vastes lambeaux de tissu cellulaire sphacélé furent éliminés; néanmoins, cette malade a complètement guéri malgré l'adynamie profonde et le muguet qu'elle avait présenté. — M. Nicaise est disposé à attribuer ce résultat remarquable à l'usage des injections de créosote.

M. Maurel (de Cherbourg) a ouvert récemment un abcès de l'aisselle qu'il a traité avec un succès rapide par les injections et les pansements au coaltar saponiné. Il se demande donc s'il ne faut pas rapporter ces divers succès à la méthode antiseptique en général plutôt qu'à l'acide phénique en particulier.

M. Houzé de l'Aulnoit (de Lille) dit que, depuis 18 ans, il n'emploie dans son service que les pansements à l'eau salée qui est d'ailleurs un agent antiseptique au même titre que les précédents. — M. Houzé ajoute qu'une pareille solution présente, en outre, l'avantage à cause de sa densité notablement supérieure à celle du pus, de produire une sorte de *ramonage* des clapiers.

M. Gayet (de Lyon) dit que l'acide phénique n'est évidemment pas le seul antiseptique qui mérite l'attention. Il a entendu Lister lui-même dire qu'il recherchait un agent antiseptique qui n'ait pas les inconvénients de l'acide phénique, celui-ci produisant quelquefois des érythèmes qui empêchent d'en généraliser l'usage.

M. Trélat ajoute, pour terminer la discussion, que personne n'ignore combien de substances ont été préconisées comme agents antiseptiques. La question qu'il a voulu soulever est autre ; les cas qu'il a cités ont spécialement trait au *Traitement* des abcès chauds. D'ailleurs, l'acide phénique est incontestablement le plus puissant connu jusqu'ici.

La syphilis dentaire. — M. Parrot. Il est une affection des dents, connue depuis un temps que l'on ne peut fixer et qui, dans la première moitié du siècle dernier, a été qualifiée d'*érosion* par Fauchard d'abord, puis par Bunon (1743). Cette question, restée dans l'oubli, fut remise au jour en 1858 par Hutchinson. Dans les cas en question, c'est dans l'émail que prédominent les altérations. L'émail peut, en effet, pécher par *défaut* ou par *qualité*. Dans le premier cas, le revêtement de la dentine est incomplet et l'ivoire est à nu sur certains points; dans le second, l'émail est friable, mat, plâtreux, peu adhérent, quelquefois craquelé, de couleur enfumée, jaune et brune. On dirait que la lésion a été produite par le feu. Cette altération occupe d'abord la première molaire, puis les canines, puis les deuxièmes prémolaires.

La dentine est également altérée par amincissement. M. Magitot a constaté cette altération à l'aide du microscope et Steinberger (1877) a pu voir que le développement de l'ivoire avait également souffert. Les deux dentitions sont atteintes ; cependant un grand nombre d'auteurs n'admettent pas les altérations de la première. L'anatomie pathologique fournit des résultats très importants et prouve que, dans cette première dentition, il existe des altérations *systématiques*. Dans la deuxième dentition, qui a servi de type à toutes les descriptions, cette systématisation est très nette et suit un ordre constant : premières molaires toujours très altérées, puis incisives médianes, latérales, et enfin canines. Ces lésions sont plus marquées à la mâchoire supérieure ; les autres dents sont très rarement atteintes. La hauteur de la lésion, qui atteint parfois de 6 à 7 millim., est d'une importance capitale, car elle marque la durée de la cause. Au point de vue clinique, la lésion n'existe vierge que dans l'alvéole ; dès que la dent est sortie, elle est modifiée par des actions physiques (chocs, frottements) ou des actions chimiques (salive, matières introduites). Il y a une lésion remarquable, dans la première dentition qu'on observe, c'est la *forme en hache* due à l'absence de l'émail à la partie inférieure de la dent. Une des conséquences les plus ordinaires de cette absence d'émail est la carie constante, mais à des degrés divers. Elle est quelquefois si considérable que les mâchoires sont complètement privées de dents; il y a à cela deux causes, la maladie des dents et la maladie des maxillaires qui font que, dans certains cas, le maxillaire inférieur est semblable à celui d'un cheval.

L'étiologie de l'odontopathie est des plus importantes. Les auteurs anciens et modernes l'ont rapportée aux pyrexies de l'enfance, d'autres à la scrofule. M. Magitot rejette sans miséricorde toutes ces causes et dit que l'érosion dentaire est la trace indélébile et permanente d'une affection infantile à invasion brusque de *forme convulsive* et tout spécialement de l'éclampsie. Cet ordre d'idées a été généralement adopté et M. Quinet a pu avancer qu'il n'y avait pas de dents syphilitiques, mais plutôt des dents *éclamptiques*. Enfin on a invoqué le rachitisme. M. Parrot réfute ces différentes étiologies. Les pyrexies de l'enfance surviennent à un âge où la lésion dentaire est déjà avancée. Quant aux convulsions, il nie leur action en raison de la hauteur

et de la continuité de la lésion. Si on considère la première molaire qui se couvre d'émail dès le septième mois de la grossesse, on sait que la couronne de cette dent présente 1 ou 2 millim. de haut dans la vie intra-utérine. Si on suppose que, dans la vie extra-utérine, il faille trois mois pour faire 1 millim. de dent, il faudra pour faire une lésion de 7 millim. une cause agissant pendant vingt et un mois. Y a-t-il une maladie convulsive de l'enfance qui dure vingt et un mois? Il faudrait pour produire une pareille lésion environ 43,200 attaques convulsives d'une minute de durée, ce qui est un minimum. De plus, la systématisation des lésions à certaines dents et à certaines régions de ces dents ne paraît pas du tout en rapport avec des convulsions. Quelle est donc la cause? La syphilis héréditaire. Voilà pourquoi M. Parrot n'a pas combattu le rachitisme qu'il considère comme une des dernières phases d'évolution de la syphilis héréditaire. Cliniquement, les enfants qui présentent ces altérations dentaires sont rachitiques, présentent des taches sur la peau aux lieux d'élection, des crânes natiformes, des ostéophytes, etc., toutes lésions qui permettent d'affirmer la syphilis héréditaire. Il est absolument rare de n'en pas trouver quelque trace. Cette étiologie syphilitique rend très bien compte de ces lésions et de leur systématisation. Les lésions qui viennent d'être étudiées permettent en outre de faire des diagnostics posthumes de la syphilis héréditaire, laquelle ne préserverait pas d'ailleurs de la syphilis acquise, ainsi que le prouvent deux observations de M. Horteloup. Ces mêmes altérations dentaires, observées sur des dents de l'époque des crânes perforés, ont permis de faire remonter la syphilis aux temps préhistoriques.

M. Magitot. Les dents subissent très facilement des troubles de nutrition et cela d'une manière indélébile. M. Parrot appelle érosions toutes les altérations dentaires; pour moi, elles ne sont constituées que par un sillon unique ou multiple et parfaitement déterminé dans sa forme. Ce sillon n'est jamais produit que par l'éclampsie. Quant à la brièveté des attaques, il faut considérer que l'attaque éclamptique n'est que la manifestation d'un état qui a ses précédents et ses conséquences et qui est par conséquent d'une durée assez longue. Il faut donc continuer à bien distinguer le sillon dentaire caractéristique de l'éclampsie des diverses lésions produites par la syphilis.

M. Magitot cite en terminant son propre cas; il a eu dans la première enfance des attaques d'éclampsie qui ont duré environ un mois et dont il porte encore la trace sur ses dents.

M. Gayet (de Lyon) a observé un certain nombre de kératites parenchymateuses d'origine syphilitique; 8 fois sur 10, ces affections ont coïncidé avec les altérations dentaires décrites par M. Parrot. Ces kératites sont restées immodifiables par tous les moyens thérapeutiques, sauf quelquefois par l'iodure de potassium qui a pu amener une guérison incomplète et d'ailleurs inespérée.

M. Constantin Paul apporte quelques faits à l'appui de la théorie des lésions systématiques des dents. Il s'agit des ouvriers confiseurs et des anciens *cuiseurs de sucre* (profession qui a disparu depuis que l'évaporation des lessives de sucre se fait dans le vide). Tous ces ouvriers présentent une carie dentaire commencée par les 4 incisives supérieures qui finissent par se couper à l'union de la couronne et de la racine; la carie affecte ensuite les incisives inférieures, puis les molaires. Les incisives supérieures manquent chez beaucoup d'anglais.

M. Magitot dit que dans le diagnostic rétrospectif de la syphilis fait par M. Parrot, il y a eu une erreur. Les altérations des dents qui ont motivé ce diagnostic étaient des altérations dues à l'éclampsie. La preuve c'est que ces dents appartenaient à des crânes trépanés et que, de toute antiquité, on sait que la trépanation a été appliquée à la cure des accidents convulsifs.

M. Parrot. Broca s'est rangé à l'avis de M. Magitot, mais il faut remarquer que les dents en question ont été ramassées dans un endroit où avaient été enterrés un grand nombre de cadavres; quelques crânes seulement ont présenté des trépanations et rien ne prouve que les dents en question leur aient appartenu.

Séance supplémentaire du 14 *août* 1880. — Présidence de M. Denucé.

Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools. — MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé reviennent sur les intéressantes expériences dont ils ont déjà exposé les résultats à la Société de Biologie. Il avait été objecté à ces expériences, que, faites sur des chiens, au moyen de la méthode hypodermique, elles déterminaien une intoxication aiguë qui n'avait rien de comparable à l'empoisonnement lent et graduel que l'on désigne sous le nom d'alcoolisme. C'est pour répondre à ces objections que MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé ont entrepris de nouvelles recherches. Ils ont administré, par la voie stomacale, les différents alcools du commerce, et leur expérimentation était faite sur des cochons. L'alcool, mélangé à la nourriture ordinaire, était administré au repas du matin, les doses ont été de 1 gr. à 2 gr. 70 par kilog. du poids de l'animal. Ces expériences ont duré plus d'une année, mais elles n'ont pas été assez longtemps poursuivies pour permettre de conclure définitivement. Les auteurs terminent ainsi :

Chez le cochon, l'usage de l'alcool, continué pendant une année et à doses assez élevées (200 gr. par jour) ne suffit pas pour amener des troubles viscéraux. Ce fait, en lui-même, n'a rien d'extraordinaire. Si, en effet, on se reporte à l'homme qui s'adonne à l'abus de boissons alcooliques, ce n'est pas au bout de quelques mois que l'on voit survenir les phénomènes graves de l'alcoolisme, mais bien après plusieurs années. Il ne faut pas non plus oublier l'énorme différence qui, au point de vue du système nerveux, sépare l'homme de l'animal en expérience. La prédominance du cerveau chez l'un, comparée aux petites dimensions de cet organe chez l'autre, doit modifier profondément les conditions de l'ivresse dans l'un et l'autre cas. L'excitation cérébrale produite par l'abus des alcools, excitation qui précède la période de collapsus, entraîne probablement des désordres multiples ; chez le cochon, au contraire, dont le cerveau par rapport au poids total du corps, est extrêmement peu développé, il ne se produit pas d'excitation et c'est par un sommeil lent et profond que se produit tout d'abord l'action de l'alcool.

M. F. Franck présente, au nom de M. Gairal père (de Carignan), un *anneau diadème* pour combattre les *prolapsus utérins* et *vaginaux*. C'est un anneau à charnière, dont la charnière antérieure, légèrement courbée en avant pour pouvoir conserver plus facilement ses rapports avec le pubis et le vagin est plus élevée que la postérieure et que tout le corps de l'anneau, afin que le vagin, se réfléchissant plus haut, maintienne l'utérus plus élevé. La charnière postérieure, plus haute aussi que le corps de l'anneau, mais moins que l'antérieure, est droite ; elle se loge dans le cul de sac postérieur, pour, d'une part, contribuer à s'opposer à l'abaissement de l'anneau en avant, et d'autre part, faire que la réflexion du vagin s'opère plus haut que si elle avait lieu seulement sur le corps de l'anneau ; en outre, le vagin, en se réfléchissant dans le champ de cet anneau, y forme une tente qui supporte l'utérus en tenant son col à l'abri de tout frottement.

M. Dumontpallier reconnaît que M. Gairal père a le premier imaginé les pessaires élastiques, il croit devoir cependant rappeler que autrefois Hodges a fait un pessaire métallique rigide dont les extrémités antérieures s'appuyaient sur les branches descendantes du pubis. Marion Sims a démontré les inconvénients de ces appareils, qui ont perforé le vagin et le rectum. Metz a fait un anneau métallique à un seul tour de spire métallique, recouvert de caoutchouc. Sims a fait plus tard un anneau rigide, comme celui de son maître Hodges, mais ovalaire, pour mieux s'adapter à la forme du vagin. Lorsque Gairal a fait son anneau, M. Dumontpallier a cherché à conserver à cet anneau ses avantages et à en faire disparaître les inconvénients. Il pense avoir réalisé ces désidérata avec son anneau à spires multiples, formé d'un ressort de montre très souple recouvert d'une couche plus ou moins épaisse de caoutchouc.

M. Dumontpallier fait une seconde communication relative à son *appareil de réfrigération*. On sait depuis longtemps, dit l'auteur, tous les inconvénients que présente l'hypothermie dans les maladies. Dans la fièvre typhoïde, en particulier, l'excès de chaleur produite entraîne des lésions et notamment des dégénérescences qui sont signalées dans tous les auteurs. Le problème de la soustraction de la chaleur en excès a donc été posé depuis longtemps. Les bains froids, longtemps employés par des médecins allemands, ont joui en France d'une faveur beaucoup moindre et sont même aujourd'hui presque abandonnés. Convaincu de l'excellence du principe, M. Dumontpallier a pensé qu'il ne fallait pour remettre à l'ordre du jour la pratique du refroidissement artificiel dans les maladies, que créer

un appareil simple et d'un emploi facile. La couverture de caoutchouc contenant un tube serpentin de caoutchouc, construit par M. Galante remplit exactement les conditions du problème. On en trouvera la description détaillée dans les *Bulletins de l'Académie de Médecine* et la *Gazette hebdomadaire* (1880). L'appareil de MM. Dumontpallier et Galante permet d'obtenir un abaissement d'un dixième de degré par 10 minutes pendant plusieurs heures (Voir à ce sujet les *Bulletins de la Société de Biologie*, juillet 1880). Chose remarquable, lorsque l'appareil a été retiré, la température continue à baisser, ce n'est guère qu'au bout d'une heure qu'elle commence à remonter. Il était intéressant dans de pareilles conditions de s'assurer si l'abaissement de température entraînait réellement une diminution des déchets organiques. Le dosage de l'urée et autres matières extraites contenues dans l'urine a pleinement confirmé les prévisions de l'auteur comme le prouvent les tableaux suivants, extraits de deux observations :

	Températ.	Urée.	Acide phosphat.	Albumine.	Densité de l'urine.	Urine des 24 h.
1er jour..	39. 4	30. 6	5. 4	».62	1020	1250
2e jour. .	38. 1	15. »	3.40	».27	1010	2000
3e jour. .						
1er jour..	38. 8	24 40	2.16	» 54	1012	1200
2e jour. .	39. 8	29. 5	3.44	».52	1011	1300
3e jour. .	37. 9	12. 9	1.35	1.92	1010	2050

M. Franck demande à dire quelques mots du point de vue historique au sujet de la réfrigération artificielle qui est d'origine toute française. C'est M. Petigaud qui a le premier mis en usage des appareils de ce genre en 1856. Il s'agissait alors de tubes en caoutchouc qu'on enroulait en spirale autour des membres dans le but de produire la résolution de diverses inflammations ; à cette époque, la réfrigération n'était employée que dans la thérapeutique chirurgicale. Il y a quelques années, ces appareils depuis longtemps abandonnés, nous sont revenus d'Allemagne, ce qui ne doit pas nous faire oublier leur origine. M. Franck ajoute, à propos d'expériences, qu'il a faites sur des animaux, qu'on peut obtenir facilement un abaissement très notable de la température par l'emploi des lavements froids, un courant continu d'eau froide, par exemple.

M Gayet dit qu'à Lyon, on emploie fréquemment les lavements dans la réfrigération de la fièvre typhoïde.

M. Javal présente en son nom et au nom de M. Schlötz un *nouvel* ophthalmomètre.

M. Maurel (de Cherbourg) lit un long travail sur la valeur comparative des *différents pansements* des plaies. Il classe ces dernières en cinq grands groupes et apprécie leur valeur thérapeutique de la manière suivante :

1er *Groupe*. Le pansement simple doit être à peu près abandonné. 2e Les irrigations continues, froides ou tièdes, à la condition qu'elles soient maintenues à une température constante peuvent rendre de véritables services.

2e *Groupe* : Le principe de la filtration mécanique de l'air doit être conservé, mais en cherchant à substituer au coton une substance moins chaude et moins encombrante.

3e *Groupe*. Le pansement de Lister donne de bons résultats, mais il est compliqué, d'une application difficile et ne paraît devoir rester que dans les hôpitaux.

4e *Groupe*. Les atmosphères artificielles doivent être abandonnées.

5e *Groupe*. Les moyens occlusifs et surtout les pansements au collodion paraissent mériter la préférence.

Mais ce que M. Maurel s'attache surtout à faire ressortir, c'est la nécessité d'abriter les plaies du contact des germes ou de leur production. A cette condition, en effet, il pense que tous les pansements peuvent conduire à la guérison, et que tous peuvent mettre l'économie à l'abri des accidents des plaies, mais que tous, s'ils sont efficaces, ne le sont que parce qu'ils remplissent cette condition, à ce point que leur efficacité commence et finit avec elle et qu'à elle seule elle suffit. M. Maurel termine par cette phrase qui résume son travail : « Qu'on me donne un moyen quelconque d'abriter une plaie du contact des germes, et je la guérirai. »

M. Lancereaux lit un travail intitulé : *Phtisie héréditaire. Habitus. Localisation et évolution.* Ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Le descendant du phtisique se distingue par la débilité, la minceur, la petitesse du corps, l'aplatissement du thorax et principalement par une ténuité, une rareté des poils qui concordent avec un faible développement des organes génitaux. Partout, la tuberculose imprime un cachet particulier à l'être qu'elle atteint dès le moment de la conception, et crée, pour ainsi dire, une race à part.

2° Les principales modifications apportées dans l'organisme par l'hérédité phtisique se révèlent principalement à l'époque de la puberté, et consistent dans un arrêt de développement non pas d'un organe ou d'un système, mais de l'ensemble de l'individu qui conserve les apparences d'une jeunesse relative, et reste dans une sorte d'état neutre, désigné par les noms d'*infantilisme* ou de *féminisme*.

3° Les représentants de ce type, spécialement prédisposés à la tuberculose, doivent être soumis à une hygiène préventive tant au point de vue de l'alimentation que de l'aréation et des exercices corporels.

A. Blondeau et H. d'Olier.

Séance du 16 *août* 1880. — Présidence de M. Denucé.

M. Catillon expose les résultats de ses expériences d'*alimentation par le rectum*. Cette importante question a soulevé d'intéressantes discussions dans la presse et dans les sociétés, les uns affirmant, les autres niant. M. Catillon a nourri avec des lavements d'œufs, au laboratoire de M. Vulpian, deux chiens pendant deux mois. L'un qui recevait les œufs purs a vécu péniblement avec une déperdition de poids considérable ; l'autre, auquel les œufs étaient injectés, mélangés de pepsine à la glycérine a vécu normalement, le poids et la température restant constants. Après 37 jours, la pepsine ayant été supprimée, l'animal a perdu 2,750 grammes en 15 jours et la température s'est abaissée de 39° à 37°,2. Donc, pour que la nutrition s'effectue bien par l'intestin, il faut associer aux aliments des ferments digestifs, c'est-à-dire les transformer en peptones.

Dans une autre série d'expériences, M. Catillon démontre qu'on arrive au même résultat avec des peptones préparées. Avec une alimentation quotidienne régulière composée de 300 gr. de viande, 350 gr. de pain, 300 gr. de pomme de terre, il a constaté qu'il excrétait une quantité d'urée variant de 23 gr. 50 à 24 gr. 50, son poids étant de 71 k., 900. Pendant trois jours, il supprime la viande : l'urée descend à 15 gr. 60, le poids à 71 k 400. Les huit jours suivants, il remplace la viande par des peptones de viande : l'urée monte jusqu'à 30 gr. 05 et le poids à 72 k. 300. Pendant quatre jours il prend la peptone en lavements : le poids reste constant, et la proportion d'urée est la même pour la même proportion de peptone. Enfin, il reprend le régime maigre, l'urée redescend à 15 gr. et le poids à 71 k. 800. Pour la ration d'entretien, il faut 160 gr. de solution saturée de peptone, marquant 19° à l'aréomètre de Baumé et représentant 3 fois son poids de viande.

M. Gayet (de Lyon) apporte un *nouveau procédé d'Iridotomie dans les cas de cataracte secondaire*. Après quelques considérations sur la disposition des parties sur lesquelles la manœuvre opératoire doit s'exécuter, l'auteur insiste sur la tendance, en quelque sorte fatale, qu'ont à se fermer les ouvertures faites dans l'iris cicatriciellement transformé. Il discute ensuite le procédé imaginé par de Græfe et décrit ainsi son mode d'opérer :

Comme de Græfe, j'enfonce mon couteau à l'extrémité du diamètre convenable avec sa lame dans le plan du méridien passant par le point d'attaque, seulement au lieu de diriger le tranchant en arrière, je le porte en avant. — Je pique l'iris immédiatement et dans une direction très favorable, puis, ramenant mon couteau au parallélisme avec le plan équatorial, je le fais glisser derrière la membrane à trancher ; arrivé à l'autre extrémité de la chambre antérieure, je renverse encore un peu plus mon instrument en arrière, je fais une autre ponction à l'iris, puis à la cornée, et je coupe en avant en produisant des mouvements de va et de vient.

M. Verneuil fait une importante communication sur le *rôle étiologique du traumatisme*. L'étude de l'étiologie est une des parties les moins avancées de la pathologie générale d'abord parce que des études de ce genre sont en elles-mêmes très difficiles et aussi parce que peu d'esprits sont

disposés à porter leurs recherches de ce côté. M. Verneuil qui trouve justement dans cette voie à exercer ses brillantes facultés de généralisation, prend aujourd'hui comme sujet d'étude les *deutéropathies* du traumatisme. Sa remarquable exposition se termine par les conclusions suivantes :

1° Le rôle étiologique du traumatisme très anciennement et très universellement reconnu exagéré par les gens du monde et trop réduit par les hommes de l'art, n'est pas encore rigoureusement déterminé. On sait, de temps immémorial, que les blessures lèsent tous les tissus, affectent tous les organes, engendrent des états généraux et des maladies plus ou moins graves, pouvant aller jusqu'à la mort inclusivement; on soupçonne encore que ces cas ne sont pas rares, car les blessures sont très fréquentes, n'épargnent ni âge, ni sexe, ni conditions sociales quelconques, affectent les formes les plus variées et mettent à contribution dans leur marche ultérieure toutes les propriétés et fonctions organiques; enfin, l'expérience montre l'influence directe ou indirecte, immédiate ou tardive du traumatisme dans un grand nombre de cas pathologiques, et, cependant, on ne trouve nulle part, dressée avec exactitude, la liste des lésions, affections et maladies auxquelles on peut ajouter l'épithète *traumatique*, indiquant la part que le traumatisme a pris à leur genèse. C'est cette liste qu'il faut établir, cette lacune qu'il est utile de combler.

2° Dans ces derniers temps, on a beaucoup et très utilement étudié l'influence exercée sur le traumatisme, sa marche et sa terminaison par l'état antérieur, sain et morbide des parties vulnérées, par les conditions de santé bonne ou mauvaise des sujets blessés ; il convient actuellement, et c'est par là même qu'il eût été préférable de commencer, il convient d'examiner la réciproque, c'est-à-dire les effets produits par le traumatisme sur les tissus et organes sains ou déjà altérés, sur les sujets bien portants ou préalablement atteints d'une maladie générale. Lorsque la liste complète de ces effets sera dressée, on appréciera aisément la puissance pathogénique des traumatismes, et on verra, non sans quelque surprise, combien est grande cette puissance. Les documents relatifs à cette question se trouvent épars et, en assez grand nombre, dans les écrits sur la traumatologie, mais je ne sache pas qu'ils aient été jamais réunis, classés et présentés méthodiquement.

3° Les constatations faites et l'inventaire achevé, il sera possible de prendre isolément chacune des deutéropathies traumatiques, lésions, affections ou maladies et de rechercher les causes particulières et le mécanisme de sa production, de faire en un mot la pathogénie de ces deutéropathies. Il faut s'attendre à rencontrer sur ce point des difficultés sérieuses, le pourquoi et le comment étant partout malaisés à connaître; toutefois, les recherches sont peut-être ici rendues plus faciles par la connaissance de plusieurs des termes du problème.

En effet, lorsqu'il s'agit d'affection traumatique, on sait de quelle nature est la cause, à quel moment précis elle s'applique à nos organes et quels sont les désordres initiaux qu'elle produit. En d'autres termes, on sait où, comment et quand le mal débute. Aussi il y a lieu d'espérer que l'étude présente, procédant du simple au composé fournira des résultats et qu'elle poursa servir de guide dans des investigations étiologiques et pathologiques plus compliquées.

4° Considérée en elle-même, la notion exacte du rôle étiologique du traumatisme et de la pathogénie des deutéropathies traumatiques est d'une importance pratique très grande et très directe. En effet, des lésions, affections de maladies traumatiques, quelques-unes sont constantes, nécessaires, mais la plupart sont contingentes et susceptibles d'être prévues et prévenues ; cela conduit à une prophylaxie très étendue, très efficace, présentant surtout ce caractère précieux de pouvoir être mise en action à tous les moments, depuis la première minute qui suit la production de la blessure, jusqu'à la terminaison de cette blessure et même bien au-delà de la guérison apparente.

M. Verneuil indique en terminant combien de problèmes secondaires soulève cette grande question du traumatisme considéré comme cause des maladies, tous problèmes qu'il a dû nécessairement laisser de côté dans sa communication. Ainsi les rapports du traumatisme avec les parasites et les corps étrangers, comme facilitant leur introduction, le traumatisme considéré comme cause de sa propre récidive, comme augmentant la réceptivité pour d'autres maladies, comme créant des *loci minoris resistentiæ*, du traumatisme enfin s'associant à d'autres causes pour engendrer des lésions ou des maladies. Ainsi l'on se trouve conduit à considérer le traumatisme comme l'un des plus grands fléaux de l'humanité.

M. Onimus vient appuyer l'opinion de M. Verneuil en faisant remarquer que les phénomènes nerveux qui succèdent quelquefois au traumatisme diffèrent très notablement suivant le mode d'action de la cause.

M. Potain lit un travail des plus intéressants sur l'*emploi du régime lacté dans les maladies du cœur.* Il divise les maladies du cœur en quatre grands groupes : 1° Celui des maladies organiques comprenant, outre les lésions d'orifice qui font obstacle à la progression régulière du sang à travers les cavités cardiaques, toutes les altérations de la musculature qui diminuent la puissance contractile et les symphyses péricardiques ou autres lésions extérieures qui entravent les mouvements. 2° Celui des névroses primitives englobant toutes les palpitations des hystériques et des cardiaques, les différentes hypochondries, voire même la maladie de Basedow. 3° Celui des inflammations aiguës du cœur, endocardiques ou péricardiques. 4° Le dernier, beaucoup plus complexe, contient tous les cas d'hypertrophie simple du cœur, c'est-à-dire d'hypertrophie sans lésions d'orifice dont la cause se trouve non plus dans le cœur lui-même ou dans les lésions de son péricarde, mais dans les lésions du système artériel ou les troubles de la circulation périphérique. Cette classification posée, il étudie le mode d'action du lait, et les résultats que l'on peut attendre du régime lacté, dans ces différents cas. M. Potain conclut de son étude :

Que le régime lacté est particulièrement efficace dans les maladies secondaires du cœur, hypertrophies ou dilatations simples ayant une origine rénale ou gastrique; — Que ce régime modifie dans un cas l'état du rein, dans l'autre celui de l'estomac, en ce sens surtout qu'il apporte à ces organes un repos plus complet; que, par suite, pour être véritablement efficace, il doit être absolu et plus ou moins prolongé. — Qu'il peut intervenir utilement dans le cas de simples palpitations réflexes, quand le point de départ de la perturbation réflexe, est gastrique; — Que l'on peut utiliser son action diurétique dans les cas d'hydropisie, surtout et peut-être exclusivement quand l'hydropisie est la conséquence d'un trouble rénal secondaire ou d'une phlogose intercurrente des séreuses; — Enfin que le régime ne peut être efficace qu'à la condition d'être bien toléré, c'est-à-dire, de trouver des facultés digestives et assimilatrices capables d'utiliser convenablement le lait.

M. Maurel (de Cherbourg). Je puis appuyer l'opinion de M. Potain par quelques observations montrant bien que le régime lacté est suffisant pour soutenir l'organisme.

Le régime lacté est souvent employé dans les hôpitaux de la marine contre la diarrhée et la dysentérie chroniques. Or, j'ai pu me convaincre que si, avec deux litres de lait, les malades perdent de leur poids, avec 2 litres 1/2 beaucoup restent stationnaires, qu'avec 3 litres quelques-uns augmentent de poids. Qu'enfin avec plus de 3 litres le poids augmente chez tous. Je pense donc qu'il est inutile d'arriver à donner 5 ou 6 litres de lait par 24 heures comme on le fait quelquefois.

M. Leudet (de Rouen) fait remarquer que chez la plupart des cardiaques alcooliques le régime lacté fait merveille.

Résultat du traitement des anévrysmes de l'aorte par la galvano-puncture. — M. L. H. Petit a réuni 114 observations de ce genre ; dans 111 cas, on a employé les courants interrompus. Les 114 cas ont donné 60 améliorations; 38 malades sont morts sans altération notable; on n'eut aucun résultat dans 3 cas ; dans 4 cas, les résultats sont douteux. 38 malades sont morts en moins d'un an, quoique très améliorés, et 10 après 1 à 2 ans ; les autres ont survécu de 2 à 5 ans. Chez les malades qui ont été suivis assez longtemps pour qu'on puisse constater leur mort, la rupture du sac anévrysmal a été notée environ 40 fois. C'est la cause de mort la plus fréquente, dans ces cas.

Après la disparition des accidents immédiats, ou même immédiatement après la séance, l'amélioration s'est manifestée dans un certain nombre de cas par la diminution des douleurs, des battements, l'augmentation de la consistance de la tumeur, puis, sa diminution progressive. Cette marche rétrograde du mal a continué dans 24 cas après une seule séance et a duré de 2 à 17 mois; dans d'autres, on a dû faire 3, 4, 5 séances; dans d'autres, on a été jusqu'à 11 et même 12, mais, c'est parce que l'amélioration était de courte durée après chacune d'elles, et que l'on intervenait de nouveau après la réapparition des accidents. Les sujets de cette catégorie ont tous succombé peu de temps après la dernière séance. Les anévrysmes intra-thoraciques ont donné 30 succès et 7 insuccès. Ceux qui s'étaient fait jour

à l'extérieur ont donné 36 succès et 31 insuccès; on voit donc que si la proportion des succès est plus grande lorsque l'anévrysme est encore renfermé dans le thorax, on peut néanmoins espérer de bons résultats dans la moitié environ des cas d'anévrysme de l'aorte avec tumeur externe.

Les 114 cas représentent 292 séances qui se répartissent ainsi, quant au résultat immédiat : Amélioration, 186 ; aggravation, 61 ; *statu quo*, 14 ; non-indiqués exactement, 31. L'amélioration a surtout porté sur le symptôme douleur ; on a aussi constaté la cessation d'accès d'angine de poitrine, le retour du sommeil , de l'appétit. Parmi les accidents qui ont caractérisé l'aggravation, on a vu : l'augmentation du volume de la tumeur, l'inflammation du trajet des aiguilles, le sphacèle circonscrit, des hémorraghies assez persistantes. Ces accidents ont été observés surtout lorsqu'on avait fait communiquer les aiguilles avec le pôle négatif; au contraire, ils ont été très rares, lorsque le pôle positif seul a été employé. M. Petit conclut donc, avec Anderson, Dujardin-Beaumetz, Teissier, etc., que la galvano-puncture positive est le meilleur procédé que l'on ait employé jusqu'ici.

M. Potain pense que l'on attribue, à tort, à la congulation, les améliorations survenues après l'emploi de l'électrolyse dans le traitement des anévrysmes. Il cite un fait à l'appui de cette manière de voir et ajoute qu'il est heureux qu'il n'y ait pas de caillot dans ces cas où la poche anévrysmale communique largement avec l'aorte, et où les caillots pourraient donner lieu à des embolies.

M. Onimus. L'action du courant est d'importance secondaire et la coagulation du sang n'est pas la cause des améliorations. Le caillot ne doit d'ailleurs pas être toujours attribué à l'électrolyse, car on en a trouvé dans des cas où ce moyen n'a pas été employé.

M. Henrot soutient, et cela d'après des observations personnelles, que l'action électrolytique produit des caillots. En tout cas, l'électrolyse calme toujours et merveilleusement les douleurs.

M. Ollier dit que les statistiques ont toutes le grand inconvénient de ne pas être intégrales; on publie les succès et on cache les insuccès. Il ne croit pas aux guérisons complètes et durables ; à son avis, le régime lacté et l'iodure de potassium doivent être préférés à l'électrolyse.

M. Henrot fait remarquer que la galvano-puncture est surtout un moyen palliatif; à ce titre, il est extrêmement précieux. On l'a employé surtout dans les cas désespérés, lorsqu'on craignait la rupture du sac, ou que la vie des malades était insupportable à cause des douleurs vives, de la dyspnée, etc., et toujours on a amélioré l'état des sujets.

M. Petit répond que, dans la plupart des cas qu'il a recueillis, on a noté la coagulation du sang dans le sac anévrysmal, la diminution des battements, du souffle, etc. Les statistiques sur lesquels il a basé son travail étaient intégrales. Il ajoute que la guérison complète n'a guère été observée que dans 2 ou 3 cas, mais que l'amélioration a été très longue dans un grand nombre d'autres cas.

M. Denucé a traité récemment deux cas d'anévrysme par la galvano-puncture. Dans le premier cas, il a obtenu d'assez bons résultats; il n'en a pas été ainsi pour le second.

M. Gailliet (de Reins) fait une communication sur la *taille prérectale*. Il présente de nombreux calculs vésicaux qu'il a extraits dans les opérations qu'il a pratiquées par cette méthode, et donne des détails sur les procédés employés. Il ajoute que, chez les vieillards, il ne faut pas craindre de pratiquer la taille à travers la prostate ; ce procédé réussit souvent à faire disparaître des cystalgies rebelles et des rétentions d'urine. Pour prévenir les hémorrhagies et rétentions consécutives à cette opération, il laisse à demeure dans la place, une sonde munie de deux petites éponges.

M. Verneuil félicite vivement M. Gailliet des beaux résultats qu'il a obtenus, et surtout d'avoir posé si nettement les indications de cette opération si grave chez les vieillards. Il ajoute qu'il a eu occasion de tailler un malade atteint de la pierre et présentant en même temps une hypertrophie prostatique tellement considérable qu'on ne pouvait atteindre la partie supérieure de la prostate par le toucher rectal. Trois mois après l'opération, la prostate avait considérablement diminué de volume. Quand on considère les moyens préconisés pour combattre l'hypertrophie de cette glande (injections interstitielles, prostatotomie interne, etc.), procédés qui tous peuvent entrainer les conséquences les plus graves, on voit que la proposition de M. Gailliet doit être prise en sérieuse considération. M. Verneuil croit que la taille bilatérale, avec incisions multiples de la prostate, doit être surtout mise en usage.

M. Houzé de l'Aulnoit dont l'attention a été attirée par le nombre relativement considérable des tailles pratiquées, en si peu de temps, par M. Galliet, tandis que les opérations sont très rares dans le Nord, croit devoir en rapporter la cause à l'influence locale des terrains crétacés et des vins blancs. Il serait intéressant de dresser une carte de la France à ce point de vue spécial, pour juger d'un coup d'œil le rapport entre la nature des terrains et des productions du sol et le nombre des calculeux.

M. Ollier dit qu'il lui est arrivé plusieurs fois de pratiquer la taille bien qu'il sût pertinemment qu'il n'existait pas de pierre, mais pour combattre des hypertrophies considérables de la prostate chez des sujets dont la rétention d'urine avait résisté à tous les moyens de traitement palliatif (grosses sondes, etc.). Il pense donc que les débridements de la prostate peuvent souvent être employés pour rétablir le cours de l'urine et généralise la proposition de M. Galliet.

M. Verneuil. Les opérations de taille, faites sans avoir pour but l'extraction des calculs vésicaux, sont fréquentes en Amérique et en Angleterre. Ce sont là des faits communs et tout récemment encore le *Medical Record* de New-York en publiait 54 cas. Comme il l'a dit plus haut, la prostatotomie interne est un procédé dangereux qui a été proposé depuis longtemps ; il n'en sera pas de même de la prostatotomie externe avec les méthodes antiseptiques dont on dispose aujourd'hui. C'est là une question qui est aujourd'hui absolument mûre.

M. Ollier dit que la sonde à demeure recommandée par M. Galliet est excellente ; mais il fait des réserves sur la question des éponges. Il préfère employer, comme il le fait depuis 1865, un petit ballon de caoutchouc qui est toujours facile à enlever tandis que les éponges sont quelquefois difficiles à retirer de la plaie.

M. Denucé cite un cas d'hypertrophie de la prostate où la prostatotomie externe lui a parfaitement réussi.

M. H. Henrot (de Reims) lit un travail sur le *taxis abdominal dans la hernie étranglée et l'étranglement interne*. Deux moyens ont déjà été mis en œuvre pour remplacer le taxis et dans le but d'agir comme lui : 1° la pression sur l'abdomen au-dessus de la hernie, comme le fait Lannelongue avec des sacs de plomb; 2° l'inversion incomplète du corps, pour faire agir l'action de la pesanteur sur l'intestin hernié. L'auteur propose un troisième moyen, qui consiste à exécuter avec les mains des manœuvres sur l'abdomen, une sorte de massage au voisinage de la région de la hernie. Il signale deux cas dans lesquels ce mode de taxis lui a été fort utile. — 1er *cas*. Femme de 60 ans, hernie étranglée avec corde allant des parties profondes de l'abdomen à l'orifice péritonéal de la hernie ; insuccès du taxis méthodique ordinaire pendant 12 ou 15 minutes ; réduction rapide par la pression brusque exercée immédiatement au-dessus de l'arcade crurale à l'aide des doigts. — 2e *cas*. Femme de 27 ans, étranglement interne instantané. Douleurs abdominales, besoin d'aller à la selle, mais impossibilité de rendre des matières ou des gaz ; vomissements fécaloïdes, sueurs froides, menaces de syncope ; tumeur dure, irrégulière, bosselée, remontant au-dessus de l'ombilic. Malaxation de l'abdomen pendant 4 ou 5 minutes ; disparition de la tumeur et des accidents. M. Henrot pense que, dans des cas analogues, on pourra combiner le taxis abdomidal au taxis ordinaire. Ce moyen ne pourra peut-être pas être généralisé, mais souvent il pourra être de la plus grande utilité.

M. Ollier croit que la malaxation de l'abdomen pourra, dans certains cas, permettre de détruire l'obstacle, surtout dans les cas où l'on ne connaît pas la cause de l'étranglement. Dans la hernie étranglée, le taxis abdominal uni au taxis ordinaire pourra donner de bons résultats, mais il ne faudra l'employer que quand on sera sûr que l'intestin n'est pas ulcéré, c'est-à-dire dans les hernies récentes.

Séance supplémentare du 16 août. — Présidence de M. Denucé.

M. Plonquet (d'Ay) lit un long travail sur l'*alcoolisme considéré au double point de vue individuel et héréditaire.*

M. David présente un travail sur la *transplantation des dents.* Il conclut de la manière suivante :

1° La transplantation des dents réussit par un processus d'ordre vital, celui de la greffe. — 2° Cette greffe d'emprunt permet de substituer à une dent altérée une dent saine, prise sur le sujet même (transposition) ou sur un autre individu de la même espèce (transplanta-

tion). — 3° Il convient surtout de choisir pour greffes les dents saines dont l'extraction est devenue nécessaire, dans les cas notamment où elle est motivée par la régularisation des arcades dentaires. — Cinq faits de transplantation nous ont donné cinq succès.

M. Gouguenheim communique un travail sur le *spasme glottique chez les hystériques* et en particulier le spasme grave. Il lit une observation très longue de spasme grave qui a failli amener la trachéotomie et conclut ainsi :

1° L'aphonie nerveuse accompagne aussi bien la spasme que la paralysie glottique. — 2° Quand le spasme glottique est léger, il peut passer inaperçu et alors les troubles vocaux sont le symptôme dominant de l'affection laryngienne. — 3° L'examen laryngoscopique est alors le seul moyen de reconnaître si l'aphonie est symptomatique d'un spasme ou d'une parésie musculaire. — 4° Le spasme grave de la glotte, chez les hystériques, est parfois aussi redoutable que le spasme infantile. C'est une complication très rarement observée. — 5° Il a pu causer la mort ou tout au moins il a pu nécessiter la trachéotomie. Cette dernière résolution peut être prise chez des sujets dont les antécédents sont inconnus et chez lesquels le spasme peut simuler une laryngosténose de nature organique. — 6° Des moyens anodins, tels que l'application de révulsifs à la partie antérieure du cou, ou même l'imminence et les apprêts d'une trachéotomie peuvent amener la sédation presque définitive de l'accès. — 7° Il faudra toujours penser à un accident de ce genre chez une femme dont les antécédents seront inconnus ; et préalablement à une opération d'urgence, pratiquer l'opération laryngoscopique.

M. Blondeau rappelle que, dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, on détermine facilement, chez les hystériques, préalablement endormis par l'hypnotisme et en état d'hyperesthésie, des spasmes de la glotte, en touchant les muscles du larynx, ou en introduisant un doigt dans la glotte. Ces spasmes qui se manifestent au réveil de l'hystérique, cessent facilement à l'aide des inhalations de chloroforme données jusqu'à résolution musculaire. Ne pourrait-on pas user de ces inhalations dans des cas semblables à celui décrit par M. Gouguenheim, soit comme moyen de diagnostic, soit comme moyen thérapeutique?

M. Bacquias dit que, en 1853, il a cité dans sa thèse inaugurale des cas de spasmes de la glotte suvenus chez des enfants et contre lesquels on a pratiqué la trachéotomie, l'enfant étant amené à l'hôpital en imminence d'asphyxie. A l'autopsie, on n'a jamais constaté de lésions du larynx ni de la trachée.

M. Denucé a soigné trois hystériques chez lesquelles il s'est manifesté des attaques de spasme du larynx semblables à celles décrites par M. Gouguenheim. Il s'est contenté d'enfoncer le doigt dans l'arrière-gorge et de soulever l'épiglotte. Le spasme a cessé. Quelquefois on a calmé le spasme en électrisant le larynx. Le chloroforme pourrait être employé avec utilité, car le spasme cesse de lui-même dans certains cas à cause de la résolution générale diterminée par l'imminence d'asphyxie.

M. Gouguenheim. On doit néanmoins se rappeler que la simple application du laryngoscope suffit quelquefois à augmenter le spasme d'une manière alarmante.

M. Onimus fait une communication *sur le rôle de l'avant-pied pendant la marche.*

L'auteur présente une série de tracés obtenus en faisant poser le pied d'un homme en marche sur des papiers recouverts de noir de fumée. Il résulterait des empreintes recueillies aux divers temps du pas que la région antérieure du pied se rétrécirait dans le sens de la largeur au moment où le talon quitte le sol. On sait que cette opinion est en contradiction avec la notion généralement admise de l'aplatissement et de l'écartement des orteils dans ce temps de la marche. M. Onimus entre à ce propos dans une série de considérations relatives à l'action des différents muscles de la jambe et à leur rôle dans la production des diverses formes de pied-bot.

M. J. Landowski demande à M. Onimus quelques renseignements sur la manière dont il recueille ses empreintes. On comprend difficilement au premier abord que la région plantaire de l'avant-pied se rétrécisse au moment où elle supporte le poids entier du corps. Il craint que la deuxième et la troisième empreintes soient d'une exactitude moins rigoureuse que la première à cause des difficultés causées par l'obligation de changer la feuille à empreinte.

M. Vautrin (de Giffaumont) présente une étude sur la *topographie et l'hygiène du canton de Saint-Rémy en Bouzemont.* Il entre dans des détails intéressants sur les moyens à employer pour assainir les marais de ce canton qui sont l'origine d'un assez grand nombre d'affections palustres. *(A suivre).* Blondeau et H. d'Olier.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1)

48e *Congrès : session de Cambridge* (10, 11, 12, 13 *Août* 1880).

Passant maintenant au *thermomètre*, le Dr Bradbury signale les immenses services rendus à la science par Wunderlich ; il insiste sur l'utilité de cet instrument, tant au point de vue du diagnostic des maladies (récemment le Dr Waters, de Liverpool, aurait trouvé que, dans la phtisie aiguë, le maximum de température a toujours lieu vers 5 heures du soir, tandis que dans la fièvre typhoïde, c'est vers 9 heures du soir) qu'au point de vue de leur marche et même de la simulation.

C'est encore au thermomètre que l'on doit la méthode si précieuse des bains froids dans les hyperpyrexies ; en Allemagne, Jürgensen, Liebermeister, Ziemssen, etc..., ont publié plusieurs milliers de cas de fièvre intense traités par cette méthode ; d'après eux, la mortalité aurait été abaissée de moitié environ ; en Angleterre, le public médical est encore très partagé sur la valeur de cette méthode.

L'orateur rappelle que, récemment, la clinique a été redevable aux recherches de M. Peter, puis de M. Vidal, de notions nouvelles sur les températures locales dans la pleurésie aiguë, dans la phtisie et dans quelques affections abdominales ; il énumère les conclusions auxquelles est arrivé M. Peter.

Il parle des recherches de M. Broca sur la détermination des centres cérébraux au moyen du thermomètre et de celles du Dr Carter Gray sur le même sujet ; celui-ci s'est assuré (ainsi que l'avait vu M. Broca) que la température du côté gauche du crâne était, de près d'un degré, supérieure à celle du côté droit ; et, celle des régions frontale et pariétale, de près de deux degrés supérieure à celle de la région occipitale. Lombard ne semble pas cependant ajouter une grande foi aux températures prises ainsi sur la surface du crâne et les critiques de M. Rendu sont dignes d'attention ; cependant, certains auteurs et notamment le Dr Franck Rockwell ont publié des cas où la thermométrie crânienne les ont conduits au diagnostic local d'affections du cerveau.

La thermométrie générale a été très utile dans le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale avec l'intoxication alcoolique, la température générale (prise dans le rectum) baissant d'abord au dessous de la normale dans l'apoplexie cérébrale, ce qui n'a pas lieu dans l'ivresse. (Voir Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, new Sydenham Society, 1877, p. 209, ainsi que les indications bibliographiques contenues dans ces leçons ; — Bourneville : *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*. Paris, 1872).

La thermométrie générale vient encore à notre aide dans le diagnostic différentiel de l'apoplexie vraie avec les attaques apoplectiformes observées dans la paralysie générale progressive, la sclérose disséminée, le ramollissement cérébral, et aussi le coma urémique. L'orateur cite les lignes suivantes, de M. Charcot :

« J'ai montré par des observations répétées, que, dans l'apoplexie vraie, surtout lorsqu'elle est due à l'hémorrhagie cérébrale, la température baisse constamment quelques instants après l'attaque, puis reste généralement au moins pendant 24 heures au-dessous de l'état normal, même lorsque ont lieu des convulsions intenses et réitérées » tandis que dans les attaques congestives ou apoplectiformes de la paralysie générale ou de la sclérose en plaques « la température au contraire s'élève au-dessus de l'état physiologique, et tend à s'élever de plus en plus pendant toute la durée de l'attaque. »

M. Bradbury cite ensuite les recherches de M. Bourneville, d'après lesquelles, dans le ramollissement cérébral, la période d'abaissement initial de température, constante dans l'hémorrhagie est ou absente ou à peine marquée et peut s'élever rapidement, deux ou trois heures après l'attaque, pour revenir à la normale et subir ainsi des oscillations irrégulières. Dans le coma urémique, au con-

(1) Voir le n° 33.

traire, la température ne cesse de s'abaisser dans les cas à terminaison fatale. (1)

C'est encore à la physique que l'on doit l'*ophthalmoscope*, cet instrument si précieux non seulement pour le diagnostic des maladies des yeux proprement dites, mais aussi pour celui d'autres affections générales : tuberculose aiguë, méningite tuberculeuse, mal de Bright, embolie cérébrale, tumeurs cérébrales, syphilis, ataxie locomotrice, etc.

L'orateur rapporte plusieurs observations de malades, réputés atteints de maladies cérébrales plus ou moins graves et soignés comme tels, qui avaient vu disparaître tous les phénomènes morbides après que l'examen ophthalmoscopique eût permis de reconnaître qu'ils étaient simplement atteints d'un trouble de la réfraction bien vite corrigé par l'emploi de lunettes appropriées.

Il cite des cas où le mal de Bright a été diagnostiqué, grâce à l'avertissement donné par l'ophthalmoscope ; d'autres, où une embolie de l'artère centrale de la rétine a été le seul phénomène qui donnât lieu de rechercher une maladie du cœur. Les hémorrhagies rétiniennes sont fréquentes dans la septicémie et la pyohémie, tandis qu'on ne les trouve pas dans les affections aiguës spécifiques, telles que la fièvre typhoïde, c'est un symptôme qui acquiert ainsi une grande valeur pronostique.

Quant au *laryngoscope*, l'orateur déclare que, malheureusement, les progrès accomplis dans ces dix dernières années ont été bien peu importants ; il dit quelques mots de la tuberculose laryngée et fait allusion aux discussions récentes sur le croup et la diphthérie. (*British med. Journ.*, 21 février 1880).

Le *sphygmographe* se trouve, lui, dans une phase tout opposée, depuis que Galabin, Mahomed, etc..., sont venus confirmer les idées de Burdon Sanderson et de George Johnson, sur le parti qu'on peut tirer de cet instrument pour évaluer la tension artérielle, celle-ci serait mesurée, d'après les auteurs, par la hauteur de l'ondulation présystolique ; en effet, on pourrait surveiller ainsi l'état de la circulation, épier le début du mal de Bright, dans les cas où la tension devient et demeure trop forte ; on pourrait encore profiter des renseignements obtenus ainsi sur la pression artérielle pour pratiquer la saignée trop délaissée de nos jours, ou donner les médicaments qui font rapidement baisser la tension artérielle, tels que le nitrite d'amyle et la nitro-glycérine ; le Dr Brunton a guéri un malade de ses attaques d'angine de poitrine au moyen du nitrite d'amyle ; le Dr Murrel (*Lancet*, 1879) a montré que la nitro-glycérine avait le même effet.

C'est probablement à un manque de tonicité vasculaire qu'il faut attribuer l'albuminurie des adolescents, qui ne s'accompagne généralement d'aucun autre symptôme et qui est due soit à l'influence du froid, soit à une nourriture trop animalisée, soit à une dyspepsie invétérée, etc... Il est probable aussi que, comme le pensait Murchison, les maladies du foie sont une cause assez fréquente d'albuminurie.

L'orateur rappelle en quelques mots, les services rendus par la *méthode aspiratrice*. Il signale le *stéthomètre*, inventé et préconisé par le Dr Rausome de Bowdon.

Passant à l'*électricité*, M. le Dr Bradbury rappelle les services qu'elle peut rendre dans le diagnostic des maladies du système nerveux, pour reconnaître, tant la nature de la maladie, que son siège ; il mentionne les faits rapportés par Vigouroux, Dujardin-Beaumetz, Erlenmeyer, dans lesquels l'électricité statique s'est montrée plus active, au point de vue thérapeutique que l'électricité dynamique ; quant au traitement des anévrysmes intrathoraciques par l'électropuncture, quelque tentants que soient les résultats qui ont été déjà publiés, il n'a pas encore eu le courage d'en faire l'essai.

Métallo et Magnéto-Thérapie. — L'orateur rappelle la part prise par M. Charcot dans les recherches faites sur ce sujet ; il fait un bref historique des expériences de métallothérapie, et rappelle les conclusions auxquelles était arrivée la commission instituée en 1876 pour contrôler les assertions du Dr Burq ; M. P. Regnard a montré qu'il se produisait, en pareil cas, des courants électriques (1) ; d'un autre côté, Westphal a montré qu'un sinapisme, appliqué sur la peau, pouvait amener le transfert ; aussi, Adler et quelques auteurs pensent-ils que les effets observés sont dus à une irritation mécanique ; Carpenter est même allé jusqu'à prétendre que tout est dû à « l'expectant attention » mais MM. Charcot et Schiff se sont mis, aussi soigneusement que possible, à l'abri de cette cause d'erreur dans leurs expériences. «L'*expectant attention* peut expliquer certaines choses, dit l'auteur de l'article du *Birmingham Medical Review* (avril 1879), mais elle ne saurait expliquer ni le retour dans l'ordre physiologique de la vision des couleurs, ni le transfert découvert par hasard et au grand effroi de la malade, ni l'action spéciale de tel ou tel métal, ou des deux pôles de l'aimant. » Quant à présent, la cure de l'hystérie n'a pas profité beaucoup de ces recherches ; mais on a obtenu le retour de la sensibilité et même du mouvement dans certains cas d'hémorrhagie cérébrale, d'alcoolisme, de saturnisme. (Debove, *Union Médicale*, novembre 1879 et Rumpf, dans *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 30 1879.)

L'orateur pense que c'est par des recherches du genre de celles de Ferrier, de Fritsch, de Hitzig, de Charcot, de Erb, de Kutherforp, qu'on arrivera à créer une médecine vraiment scientifique et vraiment utile à l'humanité : il termine en remerciant chaleureusement le Dr Hart, rédacteur en chef du *British medical Journal*, pour le puissant secours qu'il apporte à l'association : ce sont là des sentiments auxquels sont heureux de s'associer tous ceux qui ont eu le plaisir d'être en rapport avec M. le Dr Hart et d'apprécier sa parfaite affabilité.

Discours sur la chirurgie par Timothy HOLMES(2).—L'orateur qui, dans sa jeunesse a reçu le titre de maître ès arts dans cette même Université de Cambridge, est reçu par de vives acclamations ; il commence par remercier les assistants et entre de suite dans le sujet qu'il a choisi, le rôle de la chirurgie anglaise et l'éloge de Fergusson.

Il rappelle les services rendus à l'humanité et à la chirurgie conservatrice par Fergusson ; on sait que c'est surtout à ce chirurgien qu'est due la faveur dont ont joui les résections en général ; Fergusson pratiquait les résections pour éviter les amputations ; nous sommes allés plus loin actuellement et nous les pratiquons même dans les cas où l'expectation seule aurait permis de ne pas recourir à l'amputation, mais c'est qu'alors nous avons en vue des résultats plus satisfaisants encore que nous obtenons le plus souvent : c'est ainsi qu'un malade, auquel le professeur Holmes avait fait la résection du genou pour une tumeur blanche 19 ans auparavant, était capable de faire une course de 45 kilomètres avec l'aide d'un talon plus élevé que l'autre de 8 centimètres.

L'orateur émet cette opinion qu'il est préférable de réséquer sans attendre la guérison par ankylose, car la présence de la tumeur blanche suffit, à elle seule, pour porter une atteinte grave à la santé générale ; il résume ses opinions dans les propositions suivantes :

A. La résection du genou est une ressource indispensable dans les trois cas suivants : dans ceux où l'amputation est nécessaire ; dans ceux où l'expectation peut réussir mais d'une façon douteuse ; dans les cas d'ankylose vicieuse.

B. Pour remplacer l'amputation, elle est indiquée dans le jeune âge ; chez des sujets non tuberculeux ; dans les cas de caries limitées des os, de dégénération de la membrane synoviale et dans certaines conditions de nécrose des sur-

(1) L'auteur aurait pu citer aussi les services rendus par la thermométrie pour différencier l'état de mal épileptique, de l'état de mal hystéro-épileptique, et aussi pour séparer l'urémie de l'éclampsie (B).

(1) M. Bourneville avait fait voir que des courants électriques faibles produisaient des phénomènes analogues.

(2) Ayant été retenu dans la section de médecine pendant que M. le prof. Holmes lisait son adresse, j'ai dû faire le compte-rendu suivant d'après les notes que mon excellent ami le Dr A. Watson a bien voulu me communiquer.

faces articulaires et même dans les cas d'abcès dans les extrémités des os.

C. Pour remplacer l'expectation, la résection semble justifiée et est usitée, en effet, dans les cas où l'état du patient et la lenteur de la marche rendent le chirurgien sans espoir de guérison par ankylose convenable.

D. Elle est aussi usitée dans les cas d'ankylose vicieuse.

E. On fait des tentatives pour limiter l'étendue de la résection en ouvrant l'articulation et en drainant; ces essais ont été souvent couronnés de succès et méritent d'être adoptés plus qu'ils ne l'ont été généralement.

F. En même temps, la mortalité a diminué de telle sorte qu'on peut sans crainte reculer la limite d'âge beaucoup plus loin et opérer même les arthrites rhumatismales chroniques beaucoup plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

L'orateur termine en disant que, tout en n'adoptant pas absolument les idées de Lister, il reconnaît cependant autant que qui que ce soit, les services rendus par la méthode de ce chirurgien et il est heureux de tous les honneurs qui lui ont été accordés de toutes parts et surtout de celui qui vient de lui être accordé par l'Université de Cambridge. (Lister vient d'être nommé membre honoraire de cette Université, ainsi que MM. Brown-Sequard, Chauveau (de Lyon) et Donders). MARIÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 juillet 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Recherches expérimentales sur les suites éloignées de la section des nerfs ciliaires et des nefs optiques. — M. REDARD déclare avoir pratiqué sur un assez grand nombre d'animaux (40 environ) des sections du nerf optique et des nerfs ciliaires. Sur des chiens et des lapins, il a sectionné les nerfs ciliaires seuls, en respectant le nerf optique; chez d'autres animaux, il a atteint à la fois le nerf optique et les nerfs ciliaires qui l'entourent. Voici les principaux résultats obtenus :

I. *Section isolée des nerfs ciliaires.* — Sur les animaux, et particulièrement sur le chien, cette section est relativement facile. Il suffit de fendre la commissure externe, et le cartilage qui ferme en dehors la cavité orbitaire pour arriver près du pôle postérieur du globe oculaire. On introduit alors un crochet recourbé (ténaculum mousse), manœuvre qui permet de saisir le nerf optique et les nerfs ciliaires voisins. On peut ensuite, à l'aide de ciseaux, sectionner tous les rameaux vasculaires et nerveux qui entourent le nerf optique, et dénuder ainsi le pôle postérieur. De ces expériences, il résulte que les nerfs ciliaires sont sensibles; lorsqu'on les excite, le sujet n'ayant pas été préalablement soumis à l'action du chloroforme, manifeste de la douleur.

Après la section totale, la cornée perd immédiatement après l'expérience, sa transparence et son éclat habituel. De plus, elle est insensible. La pupille se dilate. Chez les lapins on peut observer au début une contraction, suivie bientôt de dilatation de la pupille. Si la section est partielle, on obtient une anesthésie et une dilatation partielles : la pupille est alors irrégulière. Si on sectionne les filets ciliaires en dehors, la pupille est paralysée *en dehors seulement*, et peut se contracter encore en dedans sous l'influence de la lumière. La nutrition de la cornée et de l'œil se fait régulièrement, à la condition que le traumatisme opératoire et l'hémorrhagie rétro-oculaire n'aient pas été considérables.

Quant aux suites éloignées de ces sections, elles peuvent, d'après M. Redard, se résumer ainsi : La circulation de la papille est troublée, la vision de l'animal est diminuée au début; M. Redard n'a jamais observé de cécité complète. La pupille reste dilatée pendant un temps assez long (4 ou 5 mois). *La sensibilité revient vers le troisième mois, par place d'abord, pour devenir générale. Chez les animaux que nous présentons, la sensibilité de la cornée est aujourd'hui parfaite. Opérés il y a un an et demi.*

Chez plusieurs des animaux mis en expérience, la vision est tée intacte, ce qui prouve que l'on peut priver le nerf optique, à son entrée dans l'œil, de ses nerfs ciliaires et de ses vaisseaux, sans qu'il en résulte des troubles sérieux du côté de la vision. Chez d'autres (mais assez rarement), on observe de la névrite, avec atrophie partielle consécutive, irrégularité des bords de la papille, taches noires (hémorrhagiques). Les veines sont dilatées, les vaisseaux irrégulièrement disposés.

II. *Section simultanée du nerf optique et des nerfs ciliaires.* — Voici, d'après M. Redard, ce que l'on observe à la suite de la section :

Immédiatement après l'opération, on constate une anesthésie complète de la cornée, une dilatation énorme de la pupille. Le fond de l'œil et la papille sont anémiés, quelques veines restent gorgées de sang. On obtient assez fréquemment des insuccès, la cornée se perfore, l'iris s'enclave, le globe de l'œil s'atrophie rapidement. Ces insuccès arrivent surtout dans les cas où du sang épanché en arrière du globe oculaire empêche la réunion immédiate, ou bien alors que le globe oculaire a été dénudé à sa partie supérieure, et au voisinage de l'insertion du droit supérieur.

Dans un grand nombre d'expériences où M. Redard a dénudé le globe oculaire au point indiqué, il est survenu des troubles nerveux de la cornée. La cause des accidents paraît tenir à *la lésion des vaisseaux ciliaires antérieurs* qui pénètrent par la partie supérieure du globe, au voisinage du droit externe.

Dans un grand nombre de cas la cornée a conservé sa transparence; ce qui paraît important à signaler, c'est que le globe oculaire a *conservé sa forme, et ne s'est nullement altéré.* Chez les animaux présentés à la société, la section a été pratiquée *il y a un an et demi*, et *le globe oculaire n'offre pas la moindre atrophie.* Le cristallin est transparent. Au bout de 3, 4 mois, le corps vitré se trouble légèrement. A l'ophthalmoscope, on trouve des points noirs hémorrhagiques autour de la papille atrophiée. En divers points, on observe des plaques d'atrophie choroïdienne. Les veines sont dilatées, les vaisseaux irrégulièrement disposés. La pupille reste dilatée pendant un temps assez long; au bout de 6 mois, un an, elle reprend en partie sa contractilité, mais très faiblement.

La sensibilité revient par place au bout de 3, 4 mois. *Chez les animaux opérés il y a un an et demi, elle est presque complète. Les nerfs ciliaires paraissent régénérés.* CH. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 août 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. BOUCHARDAT lit plusieurs rapports officiels sur les eaux minérales dont les conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. A. GUÉRIN fait la lecture de son rapport sur un travail de M. le Dr Sébastien Caunizaro (de Catane), ayant pour titre : *Blessure de l'estomac par arme à feu, guérie au moyen d'une opération d'anaplastie.* Dans ce rapport, M. A. Guérin, montre que le chirurgien s'est contenté d'aviver les bords de la peau et la surface bourgeonnante de la paroi profonde de la plaie, sans aviver les bords de la solution de continuité de l'estomac. On pouvait donc craindre que les matières contenues dans l'estomac, poussées vers la plaie, ne fussent un obstacle au succès de l'autoplastie. Une compression méthodique habilement pratiquée, s'est sans doute opposée à cette issue des matières alimentaires, et M. Caunizaro est fondé à réclamer pour lui et pour l'opération l'heureux résultat obtenu.

M. TILLAUX fait au nom de M. Millard, médecin de l'hôpital Beaujon et en son nom personnel une intéressante communication sur un cas de *gastrotomie.* Il s'agit d'un homme, âgé de 31 ans, employé de commerce, qui, le 25 mai dernier, jouissait de la santé la plus parfaite. A cette époque, se promenant sur le boulevard Bonne-Nouvelle, il ressent tout à coup une douleur abdominale tellement vive qu'il est obligé de s'arrêter; il reste en quelque sorte cloué sur place. Cette situation pénible dura un quart

d'heure environ. Il rentre alors chez lui où il passe toute la nuit à se rouler par terre. Les soins intelligents qui lui furent immédiatement prodigués par un médecin de la ville ne produisirent aucune amélioration ; aussi, le surlendemain de son accident, le malade effrayé de ne pouvoir aller à la selle, se décide-t-il à se faire transporter à la consultation de l'hôpital Lariboisière. Là, l'examen minutieux auquel on se livra permit de reconnaître l'existence d'une tumeur abdominale qu'on prit pour un rein flottant. Du 25 mai au 11 juin, l'état du malade ne s'étant nullement modifié, celui-ci se décide à venir consulter M. Millard « pour son rein flottant ». Le malade accusait des crises douloureuses de l'abdomen, revenant d'une façon intermittente et durant un quart d'heure, une heure même ; il ne pouvait prendre aucune nourriture, ni se coucher sur le dos, sans provoquer une crise intolérable ; en un mot, il était contraint à rester courbé, le menton appuyé sur les genoux. Ce tableau pathologique ne subit aucune modification jusque vers la fin de juin. Aussi, M. Millard, interprétant les symptômes observés chez son malade, c'est-à-dire une tumeur abdominale survenue brusquement et s'accompagnant de douleurs abdominales persistantes et de constipation opiniâtre, crut devoir porter le diagnostic d'*invagination intestinale chronique*. Le traitement, qui fut institué et qui consiste dans l'application de courants continus et dans l'administration de douches rectales, n'amena aucun résultat. C'est alors que, tenant compte d'une part du diagnostic clinique et, d'autre part, des supplications lamentables du malade, M. Tillaux se décide à pratiquer l'opération de la *gastrotomie*. Le malade fut opéré, au fond du jardin de Beaujon, en présence de MM. Millard, Féréol et Peyrot. Toutes les précautions antiseptiques furent prises, conformément aux préceptes de Lister. Après avoir incisé la paroi abdominale, M. Tillaux introduisit sa main gauche dans la cavité abdominale, à l'effet de rechercher la tumeur. Il attira, en effet, une tumeur qui était située sur la partie latérale droite du mésentère et qui avait les dimensions d'une tête de fœtus. — Il s'agissait donc d'une tumeur du mésentère.— Une ponction exploratrice ayant été négative, M. Tillaux se décida à ouvrir la poche suspecte et put ainsi reconnaitre qu'il avait affaire à un kyste. — Il le sectionna largement et détermina l'issue d'une matière ayant toutes les apparences de la matière caséeuse. A l'aide de plusieurs fils de catgut, sept environ, la tumeur fut cernée de toutes parts, étreinte en quelque sorte, puis détachée avec le bistouri. — La portion restante, qui correspondait au fond du kyste détaché, fut touchée avec une solution phéniquée au 1/50me, puis réintroduite dans la cavité abdominale. — La plaie addominale elle-même fut suturée et pansée comme d'habitude.— Deux jours après, quelques phénomènes de péritonite se déclarèrent pour disparaître heureusement et la guérison s'acheva complète et durable. — Cette communication est curieuse à plus d'un titre ; elle relate, en effet, l'existence d'un fait pathologique rare et démontre la puissance et l'efficacité d'une opération chirurgicale appropriée au cas actuel. — L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Merklen, interne distingué des hôpitaux, a révélé que nous étions en présence d'un ganglion lymphatique renfermant une matière grasse, une véritable crème très épaisse.

M. Lancereaux, avant de connaître le résultat de l'examen histologique, avait pensé qu'il s'agissait d'une tumeur ganglionnaire ou d'un kyste dermoïde. En ce qui concerne la cause des douleurs accusées par le malade, il croit pouvoir admettre la possibilité de l'existence antérieure de la tumeur préalablement maintenue dans une région favorable, puis déplacée dans un point voisin ou correspondant au plexus solaire.

M. Leroy de Méricourt croit que l'interprétation de M. Lancereaux pourrait être justifiée, si le malade, dès le début de ces accidents, avait éprouvé de la toux, du hoquet, des vomissements, tous phénomènes résultant de l'irritation du plexus solaire.

M. Tillaux répond qu'aucun de ces phénomènes n'a été observé.

M. Gosselin est d'avis qu'une description détaillée de l'examen histologique serait capable d'établir nettement et définitivement le diagnostic anatomique.

M. Tillaux insistera ultérieurement sur les résultats histologiques de la tumeur en question, bien qu'il lui semble démontré qu'il s'agit d'un kyste développé dans un ganglion lymphatique et renfermant de la graisse.

M. Bouley soulève la question de savoir si, à l'exemple de ce qu'on observe communément chez les animaux, une larve vivante n'aurait pas perforé l'intestin pour aller se fixer en un point quelconque du mésentère et provoquer un travail inflammatoire plus ou moins circonscrit.

Election des commissions de prix pour l'année 1880. — *Prix de l'Académie*, MM. Bourdon, Guéneau de Mussy (Henry), Hérard, Lancereaux et Woillez.

Prix Portal, MM. Bouley, Duplay, Guyon, Richet et Robin.

Prix Civieux, MM. Bouillaud, Charcot, Peter, G. Sée et Vulpian.

Prix Barbier, MM. Colin (d'Alfort), Fournier, J.Guérin, Hervieux et Lefort.

Prix Capuron, MM. Blot, Depaul, Guéniot, Sappey et Tillaux.

Prix Godard, MM. H. Roger, Jaccoud, Moutard-Martin, Raynaud et Villemin.

Prix Desportes, MM. Dujardin-Beaumetz, Marotte, Oulmont, C. Paul et Pidoux.

Prix H. Buignet, MM. Gauthier, Giraud-Teulon, Planchon, J. Regnaud et Riche.

Prix Falret, MM. Baillarger, Blanche, Lasègue, Luys et Peisse.

Prix Huguier, MM. Gosselin, Tarnier, Trélat, Ricord et Verneuil. — La séance est levée à cinq heures. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 février 1880. — Présidence de M. Rendu.

17. Fièvres intermittentes anciennes. — Congestion pulmonaire. — Accès intermittents, d'abord à type tierce, puis quotidien, subintrants ; fièvre hectique ; gangrène de la bouche. — Mort. — Autopsie. — Splénite chronique ; bronchopneumonie ; par M. le Dr Rendu.

Auguste Aubé, 26 ans, entré salle Gérando, n° 4, à l'hôpital Tenon, le 10 janvier 1880.

Ce malade est amené à l'hôpital le 10 janvier, atteint d'une affection aiguë de la poitrine qu'il a contractée depuis quelques jours, au moment des grands froids de la fin de décembre. Il a été pris, il y a quinze jours environ, de malaise, de courbature, de frissons et d'un appareil fébrile qui s'est bientôt compliqué d'un point de côté à gauche, et d'une dyspnée assez considérable. C'est dans ces conditions qu'il se fait transporter à l'hôpital.

C'est un homme de moyenne taille, bien constitué, ne présentant aucun antécédent diathésique de scrofule, de tuberculose ou de syphilis. La seule maladie dont il ait été atteint c'est l'impaludisme. Soldat en Afrique pendant plusieurs années, il y contracta des fièvres intermittentes graves qui durèrent une dizaine de mois et se compliquèrent même, d'après ce qu'il dit, d'accidents pernicieux. A plusieurs reprises, il absorba de très fortes doses de sulfate de quinine, et, de guerre lasse, on dut l'évacuer sur le continent, un peu avant l'expiration de son service. Il était de retour à Paris, seulement, depuis le mois de juillet 1879.

Les fièvres palustres dont il a été atteint ont laissé leur empreinte sur ce malade : il a le teint bistré et terreux, la face pâle, un peu plombée, et se présente dans un état d'anémie manifeste. Mais c'est surtout vers l'appareil respiratoire que l'attention se trouve attirée : il a la respiration haute et fréquente, le pouls rapide, la température élevée. Les signes physiques constatés lors de son entrée sont les suivants. Matité dans le tiers inférieur du poumon gauche, diminution du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques en ce point, mais persistance des bruits d'auscultation, qui offrent seulement un timbre voilé : quelques râles

sibilants disséminés. Les crachats sont visqueux, non aérés, légèrement striés de sang. On diagnostique une congestion du parenchyme pulmonaire et une légère bronchite concomitante. (Prescription : 8 ventouses scarifiées ; potion morphinée avec 20 centig. de kermès.)

Les jours suivants, sous l'influence de l'émission sanguine, le point de côté a presque disparu, et la respiration est plus libre : au lieu d'un souffle doux, voilé, qui était perceptible le 12 janvier, il n'y a plus que des râles sibilants et bulleux : le malade se trouve soulagé ; cependant le thermomètre continue à indiquer des températures élevées, surtout le soir, et le pouls reste très fréquent entre 120 à 130 pulsations.

Du 13 *janvier* au 23, l'état reste le même : le tracé thermique montre, pendant cette période, cinq ascensions manifestes de la température, qui s'élève à 39°,6 et 40° le 13, le 16, le 18, le 21, le 23. Il y a donc une certaine tendance au retour d'accès périodiques, à type tierce, mais sans régularité bien nette. Il est vrai de dire que, dès le 14 janvier, en raison des fièvres intermittentes anciennes dont ce malade avait été atteint, le sulfate de quinine avait été donné à la dose de 50 à 60 centigrammes, puis progressivement jusqu'à 1 gramme, quatre heures environ avant la période d'état de l'accès fébrile. D'ailleurs, à l'inverse de vrais accès périodiques, il n'y a pas d'intervalles d'apyrexie complète : le thermomètre marque toujours au minimum 38°, c'est donc une fièvre rémittente à allures irrégulières. Néanmoins, tout en admettant la possibilité d'une fièvre symptomatique, deux signes physiques militent en faveur de l'idée de l'intoxication palustre; ce sont la tuméfaction considérable du foie et celle de la rate : le foie mesure plus de 15 centimètres de matité verticale, et la rate donne une matité de 16 à 18 centimètres.

Pendant toute cette période, les phénomènes thoraciques, au lieu de s'atténuer, persistent en présentant des caractères très variables. La matité a disparu à gauche, mais des râles humides et secs se font entendre maintenant dans les deux côtés de la poitrine, aussi bien au sommet qu'à la base. Sous l'influence de la fièvre et des sueurs qui suivent chaque accès, le malade s'affaiblit et son appétit se perd : la face devient de plus en plus bouffie et plombée, bref, on a le tableau de la fièvre hectique.

Quelques modifications sont apportées au traitement pendant cette période. Le sulfate de quinine fatiguant l'estomac, on lui substitue la poudre de quinquina à la dose de 4 grammes d'abord, puis de 6 et 8 grammes ; pour faire baisser la température, on emploie les lotions vinaigrées froides deux fois par jour, le tout inutilement. Il en est de même des préparations de ratanhia et de digitale, qui sont essayées dans le même but. L'inefficacité de toutes ces médications me fait supposer que nous sommes en face d'une phthisie aiguë granuleuse, compliquée d'un élément palustre antérieur (lequel se traduit par la prédominance des accès fébriles le matin, dans la deuxième partie de la nuit).

Le 28 *janvier*, le malade se plaint de nouveau d'un point de côté à gauche, et il semble, à l'examen de la poitrine, qu'il s'est fait un léger épanchement à la base de la plèvre (matité, souffle voilé, voix légèrement criarde, sans égophonie vraie). Un vésicatoire, appliqué sur le point douloureux, soulage le malade, sans modifier l'état général.

A ce moment se place le début d'une complication qui, par ses progrès, est devenue la cause immédiate de la mort du sujet. Le matin du 29 *janvier*, le malade se plaint d'une vive douleur à la mâchoire, vers les dernières molaires supérieures : on y constate de la gingivite ulcéreuse. Les jours suivants, apparaît un gonflement œdémateux de la joue, empiétant jusqu'à la paupière inférieure qui présente un notable degré de chémosis. En même temps, une sécrétion fétide, ichoreuse, se produit au niveau des dernières molaires et donne lieu à une haleine d'une odeur gangréneuse.

Dès les premiers jours de *février*, il est facile de voir que l'on a affaire à une stomatite gangréneuse, ayant donné lieu à une nécrose partielle du maxillaire. Malgré les gargarismes phéniqués, les attouchements au perchlorure de fer, les badigeonnages avec du jus de citron, le mal progresse, l'œdème s'étend, et une teinte livide gagne les téguments des joues. En même temps, l'état général s'aggrave, l'appétit est nul : de la diarrhée survient, et le malade meurt dans le marasme le 17 février. Dans les derniers jours de la vie, la température, tout en restant fort irrégulière, s'était abaissée et, quelques heures avant la mort, elle n'était plus que de 37°,4.

Autopsie le 19 février. — Les *poumons* ne sont pas infiltrés de tubercules miliaires, comme on l'avait supposé, et ils ne présentent absolument aucune trace de granulations tuberculeuses, mais ils offrent toutes les lésions de la bronchopneumonie. Sur un fond de tissu emphysémateux se détachent des ilots lobulaires et pseudo-lobaires d'atélectasie, qui tranchent par leur teinte violacée sur la couleur pâle du parenchyme simplement congestionné. Ces ilots de bronchopneumonie occupent de préférence le bord postérieur du poumon gauche, la partie postérieure du lobe inférieur, et la languette antérieure de ce même poumon. A la coupe, tout le tissu de l'organe est spumeux, sauf les points atteints d'emphysème : les régions hépatisées sont au contraire denses et on voit sourdre du pus des bronchioles dilatées. Mêmes lésions, moins accentuées, du côté droit ; aucun épanchement pleurétique ; mais quelques adhérences du lobe inférieur pulmonaire gauche.

Cette apparence rappelle complètement celle des lésions pulmonaires consécutives à la coqueluche chez les jeunes enfants. Ces ilots de bronchopneumonie ne sont pas la conséquence d'une altération du *cœur*, car, sauf des caillots fibrineux formés vraisemblablement pendant l'agonie et occupant les cavités ventriculaires, cet organe était absolument sain.

Les lésions les plus importantes existent au niveau du foie et de la rate.

Le *foie* est très volumineux : il pèse 2750 grammes ; il est d'un jaune ocreux pâle et renferme peu de sang : à la coupe il offre un éclat gras qui indique un certain degré de stéatose. Examiné à l'œil nu, il montre une structure lobulée des plus reconnaissables : chaque lobule est manifestement beaucoup plus gros qu'à l'état normal : plusieurs atteignent et même dépassent 1 millimètre de diamètre. La veine centrale intralobulaire est dilatée et d'un calibre double du calibre normal : autour d'elle la substance hépatique est colorée en rouge ocreux : le tissu conjonctif intralobulaire se voit à l'œil nu, sous forme d'une bandelette grisâtre entourant le lobule. En un mot, ces altérations indiquent une hypertrophie générale de l'organe avec hyperplasie vraie des lobules : la dilatation des veines semble en rapport avec un état congestif habituel. Pourtant, il faut noter que la capsule de Glisson n'était pas plus épaisse que de coutume ni rattachée aux autres viscères par des adhérences.

La *rate* est encore plus altérée que le foie. Elle est énorme et pèse 1320 grammes. Elle est de couleur brune, lie de vin, et présente une consistance assez dure. Sur sa face externe et postérieure se voient deux ou trois larges plaques blanchâtres, qui ne sont pas dues à des dépôts périspléniques ni à de l'épaississement de la capsule de Glisson, mais qui sont le résultat de modifications se passant dans le tissu de la rate elle-même. En coupant le parenchyme de la glande, en effet, on voit que cette masse, d'un blanc jaunâtre, d'apparence fibrineuse, pénètre dans le tissu splénique sur une épaisseur de 2 à 4 centimètres. Cette lésion, au premier abord, ressemble complètement à des infarctus en voie de régression, mais elle en diffère, croyons-nous, par plusieurs caractères. Elle est uniformément disposée en nappe, et n'a pas l'aspect cunéiforme des vrais infarctus. Elle se termine dans le parenchyme splénique par une ligne festonnée et crénelée, au lieu de la forme triangulaire classique des infarctus ; enfin, elle n'est pas en rapport avec des branches oblitérées de l'artère splénique. Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il s'agit là de lésions inflammatoires, d'exsudats fibrineux et leucocytiques déposés dans le tissu de la rate, d'une véritable splénite chronique en un mot. Des marbrures analogues ont, en effet, été signalées plusieurs fois chez des individus atteints d'inflammations anciennes

de la rate. Peut-être est-ce à la formation de ces exsudats intraspléniques qu'il faut attribuer les douleurs de côté qui, à plusieurs reprises, ont été relevées dans l'observation clinique du malade.

Les *reins* n'offrent rien à signaler : ils sont pâles, un peu exsangues, peut-être un peu gras, mais ne présentent aucune trace de néphrite ni d'infarctus.

La *gangrène de la bouche*, comme nous l'avions supposé, reconnaissait pour point de départ une altération du périoste du maxillaire supérieur, au voisinage des dernières dents molaires. Celles-ci étaient déchaussées, à nu, au milieu d'un putrilage noirâtre. La gangrène avait son maximum au niveau du muscle ptérygoïdien interne qui était réduit en bouillie ; elle avait fusé de là jusqu'au voisinage de l'excavation amygdalienne, en suivant le trajet du péristaphylin interne. La joue commençait à être atteinte, ainsi que la muqueuse buccale, au niveau de sa réflexion sur la gencive.

Ce fait nous a paru important à signaler, au point de vue clinique et anatomique, parce qu'il jette un certain jour sur les lésions des fièvres intermittentes graves. L'altération de la rate et celle du foie relevaient manifestement de cette influence. Nous croyons même que les lésions de broncho-pneumonie étaient imputables à la même cause, et qu'il s'est peut-être agi, dans ce cas, d'une de ces affections pulmonaires d'origine palustre dont M. Grasset a retracé l'histoire.

18. Cystite purulente ammoniacale. — Autopsie. — Existence d'une épaisse valvule au niveau de la partie postérieure du trigone vésical et d'une large cellule vésicale en arrière de la valvule; par M. Louis Dubar, interne des hôpitaux.

Lav... Victor, âgé de 42 ans, journalier, se trouve à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 44, depuis le 20 novembre 1879, pour une cystite muco-purulente, que l'on regarde comme consécutive à un rétrécissement uréthral. — En effet, l'exploration du canal de l'urèthre révèle un premier rétrécissement peu serré en arrière d'un hypospadias, puis un second rétrécissement plus profond à 12 centimètres 1/2 du méat, admettant la sonde n° 16 de la filière Charrière. — Depuis son entrée à l'hôpital, le malade a été soumis à un traitement rationnel : Capsules de térébenthine d'abord, puis acide benzoïque à l'intérieur, de manière à modifier l'état de la muqueuse vésicale; d'autre part, passage de sondes de façon à dilater progressivement ses rétrécissements. — Tout cela sans résultat. — Le 26 décembre, au moment de la visite, le malade est pris subitement d'une envie d'uriner. — Il rend en un seul jet une quantité de pus que l'on peut évaluer à 35 grammes. — Ce pus, très fétide, n'était mélangé qu'à une quantité minime d'urine. On pensa alors à la possibilité d'un abcès extra-vésical ouvert dans la vessie. Nous verrons tout à l'heure la véritable signification qu'il faut donner à ce phénomène, dont nous avons été témoin une fois, mais qui, au dire du malade, se reproduisait de temps en temps.

Cependant, à partir du commencement de janvier 1880, l'état du malade s'aggrave de jour en jour. Il est pâle, très amaigri, mange à peine. Chaque soir, il a un accès de fièvre, pendant lequel sa température axillaire marque de 39°, à 40°. L'examen attentif de la poitrine ne peut pas nous permettre de rattacher ces symptômes généraux à un état tuberculeux des poumons.

La ténacité des symptômes vésicaux, l'état purulent des urines que rien ne peut modifier, le peu d'importance relative de deux rétrécissements de l'urèthre, joint aux symptômes généraux, nous font songer à la possibilité d'une tuberculisation des organes urinaires, bien que nous ne trouvions rien ni du côté de la prostate, ni du côté du testicule.

L'hecticité fait des progrès rapides. L'urine toujours purulente devient ammoniacale à la sortie de l'urèthre. — La fièvre est vive; l'appétit nul. La mort arrive le 13 février.

Autopsie. — Les organes génitaux urinaires sont enlevés d'une seule pièce. — La verge est fendue longitudinalement du côté de sa face dorsale, ce qui permet d'étudier l'urèthre. — L'incision est prolongée sur la face antérieure de la vessie jusqu'à son bas-fond. Nous constatons immédiatement, en arrière de l'hypospadias, un premier rétrécissement peu serré, nous en trouvons un second plus étroit dans la portion membraneuse de l'urèthre. Dans ces deux points, la muqueuse uréthrale est plus épaisse, moins extensible que dans les autres parties du canal.

La vessie, à première vue, paraît divisée en deux loges incomplètes par une sorte de repli ou valvule. — La loge située en avant et au-dessus de la valvule est vaste, spacieuse, et est formée par la plus grande partie de la cavité vésicale. — La 2e loge, située en arrière et en contre-bas de la valvule, est au contraire petite, et pourrait contenir une grosse châtaigne. Les deux loges communiquent l'une avec l'autre au niveau du bord libre de la valvule par un orifice qui a 2 centimètres 1/2 de diamètre.

Etudions maintenant la valvule, qui établit une ligne de démarcation bien tranchée entre les deux cavités que nous venons de signaler. — Comme siège, elle n'a aucun rapport avec les valvules du col, dites de Mercier. — Elle est située en effet à 3 centimètres 1/2 du vérumontanum et à 1 centimètre 1/2 en arrière du bord postérieur du col vésical. Elle a la forme d'un croissant dirigé transversalement, à concavité regardant en haut, du côté de la deuxième loge. La partie centrale du croissant n'a pas moins d'un centimètre d'épaisseur; les extrémités moins volumineuses, vont en s'effilant. — Les uretères se comportent vis à vis de cette valvule d'une manière bien différente à droite et à gauche. L'uretère droit chemine dans l'épaisseur de la corne droite du croissant et vient s'ouvrir sur sa face convexe, c'est-à-dire que l'urine venant du rein droit tombait fatalement dans la première loge ou vessie proprement dite. — L'uretère gauche, après avoir cheminé dans la corne gauche du croissant valvulaire, vient s'ouvrir sur la face concave de la valvule, du côté de la 2e loge, en sorte que l'urine provenant du rein gauche tombait dans la vessie secondaire et dans la situation couchée, elle devait forcément stagner.

Ce n'est pas tout. — En examinant avec soin la 2e loge ou vessie secondaire, on trouve en arrière de la corne gauche de la valvule un orifice admettant le doigt indicateur. Cet orifice conduit dans une ampoule profonde du volume d'un gros œuf de poule, qui repose dans la plus grande partie de son étendue sur la vésicule séminale gauche. — En bas, elle s'étend jusqu'à la prostate; en haut, elle remonte jusqu'à 1/2 centimètre du cul de sac péritonéal vésico-rectal. — L'uretère gauche chemine dans une étendue de deux centimètres dans l'épaisseur de sa paroi latérale gauche, il est contigu à l'orifice de communication avec la vessie secondaire. Cette cavité est remplie d'un liquide urineux et purulent. — En résumé, la vessie de notre malade se trouvait constituée par trois cavités, la seconde servant d'intermédiaire entre la première et la troisième. — L'urine du rein droit alimentait directement la première cavité. L'urine provenant de l'uretère gauche tombait dans la deuxième et la troisième cavité. Là, cette urine pouvait rester, jusqu'à ce qu'un mouvement brusque du malade, un changement de position, en évacuât une quantité plus ou moins considérable.—Le pus, rendu par lui un matin, n'avait pas d'autre provenance.

Il nous reste à signaler l'état des voies urinaires supérieures bien différent à droite et à gauche.

L'uretère gauche a le volume du petit doigt. Il est 8 à 10 fois plus volumineux que l'uretère droit. — Les calices et le bassinet du côté gauche sont également très dilatés. Le rein lui-même est beaucoup plus congestionné que le droit. Nous nous sommes demandé si les rapports de l'uretère gauche avec la troisième poche, ne pouvaient pas nous expliquer cet état anatomique.— Distendue par l'urine et le pus, cette arrière-cavité devait fatalement comprimer l'uretère gauche, que nous avons vu compris dans l'étendue de deux centimètres dans la paroi même de la poche.

L'histologie des parois vésicales nous a montré :

1° Que la valvule était formée par la muqueuse doublée d'une couche épaisse de fibres musculaires;

2° Que la troisième poche ou arrière-cavité n'était qu'une cellule vésicale, et non une cavité d'abcès ayant communi-

qué à un moment donné avec la vessie. En effet, des coupes pratiquées sur la partie la plus reculée (la plus éloignée de l'orifice de communication) de la troisième poche nous ont fait voir. *a*) Une couche épithéliale nettement conservée par places. *b*) Un chorion muqueux mince, formé surtout par des faisceaux de tissu conjonctif et du vaisseau. *c*) Une couche peu épaisse des faisceaux de fibres musculaires séparées les uns des autres par des faisceaux épais de fibres conjonctives;

3° Enfin, les parois des première et deuxième loges épaissies ont subi une sorte de sclérose. Les faisceaux musculaires sont presque partout séparés par d'épais faisceaux de fibres conjonctives; dans quelques points, ce sont des corps fibro-plastiques, qui séparent les unes des autres les différentes fibres d'un même faisceau musculaire.

Nous n'avons trouvé de tubercules en aucun point de l'organisme.

19. Rein unique; par R. Durand-Fardel, interne provisoire.

La pièce présentée provient d'un malade mort de la variole dans le service de M. Raymond, à l'Hôtel-Dieu.

Les deux reins sont fusionnés sur la ligne médiane, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, dont le corps est recouvert par l'isthme de réunion. La fusion a lieu, comme c'est le cas le plus ordinaire, par la partie inférieure des deux reins, de telle sorte que ces organes forment un croissant dont la concavité, tournée en haut, embrasse la colonne vertébrale. Ce n'est donc qu'un cas de plus ajouté à ceux qui ont été mentionnés dans les livres classiques.

Mais il est, ici, un point spécial qui sort de la règle; celle-ci veut, en effet, que dans les cas d'ectopie congénitale des reins, les artères rénales prennent naissance de l'aorte, au point le plus rapproché du hile de l'organe.

Or, ici, on voit bien l'artère rénale droite naître, en effet, à 4 centimètres au-dessus de la bifurcation de l'aorte, au-dessous de la mésentérique inférieure.

Mais l'artère rénale gauche, au contraire, prend naissance bien plus haut, immédiatement au-dessous de la mésentérique supérieure, c'est-à-dire à peu près à son point d'émergence normale, comme si le rein gauche était en ectopie accidentelle.

Enfin, mentionnons que l'on voit se détacher de l'origine de chacune des iliaques primitives, une petite artère qui se rend dans la partie inférieure de chaque rein et va se perdre dans la substance médullaire.

20. Variole hémorrhagique; par R. Durand-Fardel, interne provisoire.

Le nommé Hub... (Ulysse), 32 ans, menuisier, vacciné dans son enfance, entre le 8 février 1880, dans le service de M. le Dr Raymond, salle Saint-Bernard, Hôtel-Dieu annexe.

Ce malade est au sixième jour d'une variole dont l'invasion a été caractérisée par une fièvre intense, avec délire et mictions fréquentes.

8 *février*. L'éruption, qui a débuté le 7 février, est plus abondante, mais la face est marbrée de taches livides et le corps est couvert de macules ecchymotiques.

9 *février*. Dans la nuit se sont manifestées plusieurs hémorrhagies assez abondantes: hémoptysie, hématurie, épistaxis. Le matin, la dyspnée est extrême. Les conjonctives palpébrales, soulevées par un dépôt sanguin, forment un bourrelet saillant, rouge, volumineux, et laissent suinter du sang. Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Les poumons sont congestionnés, les bronches remplies de sang. Le *cœur* normal. Le *foie*, volumineux, est graisseux. *Encéphale* et *méninges* sans lésions. Le *rein droit* est volumineux et déformé; lorsqu'on veut le saisir pour le dégager du tissu cellulaire périrénal, il se crève, en laissant échapper un liquide abondant, jaune-citrin, inodore. C'est un rein kystique dont la substance est réduite à une poche d'un demi centimètre d'épaisseur et cloisonnée par des tractus nombreux. Le *rein gauche* est recouvert, masqué par le tissu cellulaire périnéphrique, infiltré de sang. Cette infiltration se prolonge le long de l'uretère jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin. Elle s'étend également en arrière du rein et le sang extravasé imbibe l'enveloppe celluleuse du psoas. Pas d'odeur urineuse.

Dans les tractions légères que l'on fait pour dégager ce rein de l'atmosphère celluleuse, l'uretère se rompt à son origine, indice d'une friabilité extrême des parois de ce conduit. Le rein présente un volume considérable: 17 centimètres de long, et une forme à peu près régulière. La coupe pratiquée sur le bord convexe montre le bassinet distendu par un énorme caillot sanguin, qui envoie des prolongements dans toutes les parties anfractueuses du réservoir. Ce caillot se continue dans l'uretère en le dilatant un peu, sur une longueur de 6 centimètres. Le point intéressant est de savoir si l'on peut établir une liaison quelconque entre cette hémorrhagie périrénale et les conditions anormales que vient créer ici le non fonctionnement du rein droit. Doit-on, en effet, voir là une localisation toute fortuite de l'hémorrhagie, l'effusion sanguine s'étant produite là comme elle aurait pu le faire dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire? Pourrait-on, au contraire, admettre que, le rein droit étant inactif depuis longtemps, l'hyperfonctionnement du rein gauche ait agi comme point d'appel congestif dans la région rénale gauche? Enfin, ne pourrait-on pas penser que, en raison des connexions anatomiques qui existent entre la circulation intra et périrénale, l'abondance de l'hémorrhagie interne ait pu produire une sorte d'obstruction passagère, dont la conséquence aurait été la distension et la rupture des ramuscules se rendant au tissu cellulaire ambiant.

21. Adénopathie trachéo-bronchique. — Mort subite; par le Dr Debierre, aide-major à Vincennes.

Ché..., soldat au 117e de ligne, mort subitement le 11 février 1880 au fort de Vincennes, était entré à l'hôpital militaire de Vincennes, le 27 janvier, pour embarras gastrique. — Sorti le 5 février complètement rétabli.

Fait son service et s'amuse avec ses camarades dans la soirée du mardi gras. Rentre à la caserne sans être, ni pris de boisson, ni indisposé. — Meurt subitement la nuit sans pousser une plainte, en remontant dans son lit, d'où il était descendu pour satisfaire un besoin pressant.

Autopsie. — *Cerveau :* Rien, si ce n'est un peu de sérosité dans les ventricules.

Cœur et *péricarde :* Rien dans le cœur, pas de valvules insuffisantes; un peu de sérosité post-mortem dans le péricarde.

Poumons et *bronches :* Ganglions tuberculeux, de la grosseur d'un œuf de poule, comprimant la bifurcation de la trachée et spécialement la bronche droite à son origine. La muqueuse bronchique et trachéale, au lieu de la compression, est rouge-brun et épaissie. Second ganglion tuberculeux, gros comme une noix, aplatissant la bronche droite de l'artère pulmonaire au point de rétrécir son calibre à la grosseur d'une plume de corbeau; multitude de petits ganglions tuberculeux autour des bronches, de l'artère pulmonaire, de l'aorte, etc. Pas d'embolies.

La partie antérieure du premier ganglion est contournée par le nerf pneumogastrique droit qui est légèrement tendu (1).

Noyau tuberculeux au sommet du poumon droit. Rien de pathologique dans les autres organes splanchniques.

Réflexions. — L'hypertrophie tuberculeuse des ganglions bronchiques (tuberculose bronchique) peut-elle expliquer la mort par compression de la bifurcation de la trachée, de l'artère pulmonaire? Par tiraillement du pneumo-gastrique? Si nous réfléchissons que cette compression est essentiellement chronique et qu'elle s'est établie lentement, nous ne nous arrêterons pas à cette supposition.

Les ganglions bronchiques tuberculeux gênant les bronches, les vaisseaux, les nerfs, les plexus pulmonaires, auraient-ils été la cause d'un *réflexe* qui aurait amené une syncope suivie de mort? C'est l'hypothèse à laquelle s'est rattaché l'honorable président de la Société anatomique.

(1) V. Album de la Société.

23. Anomalie musculaire; par Albert PETIT, étudiant en médecine.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une anomalie musculaire, dont on ne trouve la description dans aucun traité d'anatomie. Le sujet, étudié à l'amphithéâtre des hôpitaux, dans le pavillon de M. le prosecteur Henriet, était une jeune femme d'environ 25 ans. Les sujets destinés aux études anatomiques sont livrés dans des conditions telles, qu'il est impossible de fournir aucun renseignement. L'étude de la partie postérieure et profonde de l'avant-bras droit, permit à M. Albert Petit, de constater sur son sujet, l'existence d'un muscle digastrique. Ce muscle possède à sa partie supérieure, un ventre charnu qui partage les insertions supérieures du muscle long abducteur du pouce et un tendon mince arrondi; le ventre inférieur fait suite à ce tendon dans sa partie supérieure et va s'insérer, après avoir contourné le radius, sur le ligament annulaire antérieur du corps, et en partie sur le trapèze. La direction de ce muscle est opposée à celle des muscles radiaux. Il eut été intéressant de constater si la même anomalie musculaire existait sur l'avant-bras du côté gauche, mais il a été impossible de retrouver cette partie du corps du sujet. Ce muscle paraît être un muscle supinateur.

CORRESPONDANCE

De la gymnastique dans les écoles de filles de Reims.

A Monsieur le docteur BOURNEVILLE, *rédacteur en chef du* Progrès médical, *membre du Conseil municipal de Paris.*

13 août 1880.

Mon cher Rédacteur,

Je reviens du Congrès de Reims auquel il m'aurait été si agréable de participer et d'où, vous le savez, me rappelait le service d'hôpital. Je n'ai pu rester là-bas que vingt-quatre heures qui ont passé vite, à voir et à entendre une foule de choses intéressantes. Vous ne pourrez compter sur moi pour vous parler de la réception faite au Congrès, des fêtes préparées par la ville de Reims, des excursions qu'on y organise, des communications et des lectures qu'on y annonce, de sa remarquable exposition, ni des Maîtres ni des amis que j'y ai rencontrés : je laisse ce soin à nos collaborateurs le Dr Blondeau et d'Olier qui s'acquitteront de leur tâche en exacts et fidèles reporters.

Je vous parlerai seulement d'une visite que j'ai faite aux écoles communales de filles, sous la conduite de mon hôte le docteur Doyen, adjoint, qui a dans ses attributions toutes les choses ressortissant à l'instruction municipale. Ce que j'ai vu, touche de trop près aux intérêts si considérables de l'hygiène générale et de l'hygiène scolaire, pour ne pas vous préoccuper à un double titre, comme médecin et comme mandataire de la ville de Paris.

Ce matin, avait lieu, dans une des écoles communales de filles, une leçon de gymnastique à laquelle prenaient part cent petites filles — de 8 à 16 ans — appartenant indistinctement aux sept écoles congréganistes et laïques municipales, chacun des cours de gymnastique ayant envoyé 12 enfants commandées par une élève-moniteur, et conduites par une maîtresse.

La leçon se donnait dans le préau de l'école, sablé et dépourvu de tout appareil, les exercices consistant simplement en mouvements rhythmés, combinés de façon à mettre en action, isolément ou synergiquement, les divers muscles ou groupes musculaires des membres, de la tête et du tronc.

Toutes ces fillettes étaient vêtues de même façon, d'un costume confectionné de leurs mains avec de la toile fournie par la ville : pantalon tombant à mi-jambe, large blouse maintenue à la taille par une ceinture de même étoffe, le tout, soutaché de petits passements violets destinés, sans doute, à rappeler que sous ces petits corps aux formes indécises se cachaient des filles.

Cette courte description suffit pour vous montrer, qu'au point de vue économique, esthétique et physiologique, tout, dans cette gymnastique scolaire, a été bien étudié et que tout peut être, *partout*, réalisé à peu de frais.

Rangées par taille, ces fillettes, au commandement de l'une d'elles... quelles objections tiendront maintenant devant la gymnastique des filles enseignée par les femmes ?... défilent en ordre parfait en une cadence marquée, non par le bruit du pied sur le sol, mais par le rhythme de leurs chants, lents ou rapides, doux ou forts, suivant l'allure commandée.

Après le défilé, le bataillon se masse en carré sur dix rangs ; rien, je vous assure, n'est merveilleux comme la correction, la souplesse et le naturel des attitudes ; le tronc droit, le corps d'aplomb, les mains sur les hanches, la tête fixant le moniteur, chaque élève attend le commandement et exécute des mouvements simples ou compliqués qui, se fondant en une seule et même ondulation, témoignent, que chez chacune de ces enfants, l'attention, la volonté et la force ont été si bien exercées et si bien assouplies qu'elles ne font qu'un et marchent étroitement de pair.

Dans une infinie variété de mouvements que je ne puis vous décrire, chacun des muscles et groupes musculaires est mis en action, et cela, dans un ordre physiologique réglé avec une grande intelligence du sujet par M. Defrançois qui, depuis vingt-cinq ans, professe à Reims la gymnastique avec un dévouement auquel on ne saurait trop rendre hommage.

Ces exercices simples ou compliqués sont commandés par les moniteurs et faits par les élèves sans la moindre fatigue; les mouvements sont tous exécutés avec la même ponctualité, la même aisance et le même entrain, cette gymastique semblant aux enfants plutôt une récréation qu'un travail.

La raison de ce résultat (très important, car la gymnastique ne passera dans nos mœurs que quand on l'aura définitivement débarrassée de tout ce qu'elle portait, autrefois, avec elle de contrainte et de fatigue) doit, à mon sens, être moins cherchée dans ce fait qu'on ne se sert ici d'aucun appareil, ou bien encore dans ce fait que les élèves sont commandées par leurs compagnes, la raison doit être cherchée dans ce fait qu'aucun mouvement n'est exécuté sans accompagnement de chant.

Flexion, extension du pied sur la jambe, flexion, extension de l'avant-bras; supination et pronation de la main, flexion et extension des doigts, circumduction du bras, tout est chanté, et cela en vue de régler, de rhythmer et de soutenir le mouvement. Rien ici encore n'a été laissé au hasard, chacun des airs a été l'objet d'une étude consciencieuse, et quoiqu'elle vise surtout ici l'éducation du corps, la musique sert encore à l'élévation de l'âme : la patrie, la charité, le dévouement maternel, la piété filiale, le travail, les fleurs, les moissons, voilà ce que chantent gaiement toutes ces fillettes.

L'expression du chant est toujours mise en rapport avec l'exercice qu'on exécute : courte et gaie, par exemple, dans l'extension et la flexion des doigts, longue et forte dans les mouvements qui font agir les bras dans leur plus grande extension, vive et alerte dans la flexion et l'extension des jambes, lente et traînante dans les mouvements de circumduction de la tête, rapide enfin et énergique dans la marche accélérée.

Ce qui nous intéresse particulièrement, c'est que ces exercices sont, chaque jour, dans chacune des écoles, exécutés par toutes les élèves, sous le commandement des moniteurs, sous la surveillance des maîtresses de classe, sous la direction du professeur de gymnastique qui, une fois par semaine, inspecte chaque école, celle-ci trouvant, de cette façon et à bien peu de frais, le moyen d'avoir toute l'année une leçon quotidienne.

A tous points de vue, cette organisation paraît excellente avant qu'il soit longtemps, elle portera ses fruits et il en sera pour les filles comme pour les garçons : elles seront plus fortes et plus vigoureuses que l'étaient leurs aînées. Personne à Reims, où la gymnastique a pris, en ces derniè-

res années, un si rapide essor, personne ne me démentira, quand je dirai que la génération actuelle des adolescents paraît plus vaillante et mieux venue que la génération d'hier : ce résultat, pour être naturel et prévu, n'en mérite pas moins d'être relevé, il témoigne des bienfaits de la gymnastique, de l'excellence des méthodes employées, de la nécessité enfin de les appliquer dans les écoles et d'en faire profiter tous les enfants.

Puisque nous parlons de résultats, je voudrais, maintenant que la gymnastique tend à prendre droit de cité dans toutes les villes et dans toutes les écoles, je voudrais, que les bienfaits qu'on lui doit, au lieu d'être proclamés, puissent être *montrés et chiffrés;* pour cela, il faudrait que, chaque année, au premier cours, on relevât sur une fiche ou sur un livret (le procédé serait indifférent pourvu qu'on arrivât à collecter les renseignements) l'âge, le poids et la taille de chaque enfant, la circonférence du thorax et la force musculaire, appréciée au dynamomètre. Il y aurait d'instructifs rapprochements à faire entre les enfants de même âge, exercés ou non à la gymnastique. Je ne sais vraiment pas quelles objections on pourrait faire à cette proposition : ne voit-on pas, que, chaque enfant suivant la gymnastique pendant ses quatre ou six années d'école, on arriverait à posséder sur l'hygiène générale et scolaire, sur les lois de développement et de *grandissement* des écoliers des renseignements qui, pour la plupart, font encore défaut?

Les données comparatives qu'on ne manquerait pas d'avoir sur le développement des enfants, envisagés dans leurs diverses conditions d'âge, de sexe, d'intelligence, et d'éducation citadine ou rurale, toutes ces données, dis-je, seraient pleines d'avertissements dont la médecine, la pédagogie et la morale n'ont pas le droit de se désintéresser, puisqu'ils ne tendent à rien moins qu'à faciliter leur tâche commune, l'éducation de l'enfance, le mot éducation étant pris dans son sens le plus élevé et le plus compréhensif.

Il est une autre idée qui vous serait venue, si vous aviez vu comme moi l'entrain et le plaisir avec lesquels ces enfants prenaient leur leçon. Je me disais alors, que, les nécessités de la vie enlevant de bonne heure les élèves aux écoles primaires, la gymnastique allait forcément cesser pour les filles à une époque, où, touchant à l'adolescence et astreintes aux occupations habituellement sédentaires de l'apprentissage, les exercices réglés pourraient avoir une influence si favorable sur leur croissance, sur la rectitude de leur maintien, sur la régularité de leur développement et la souplesse de leurs mouvements. Eh bien, ces filles qui quittent l'école, il faut qu'elles ne délaissent pas la gymnastique, il faut, le jeudi et le dimanche, les rappeler aux exercices, comme on convie les adultes aux cours du soir ; il faut, quoique sorties de l'école, les admettre et les appeler aux exercices d'ensemble qui s'y donnent, et auxquels elles reviendront d'autant plus volontiers qu'elles y retrouveront, demain, leurs maîtresses et leurs compagnes d'hier. Ce qu'il faut, à côté de la gymnastique telle qu'on l'organise aujourd'hui, c'est ce que j'appellerai, entre nous, *une gymnastique de persévérance*, le mot, pour juste qu'il soit, risquant fort d'être accueilli par le sourire. Qu'on accueille le mot comme on voudra, je ne tiens pas à l'expression, mais je tiens à la chose : qu'on laisse le mot, qu'on prenne l'idée, qu'on la mette en pratique et qu'on la féconde. Je crois que ce rappel des grandes filles à l'école ne peut donner que de bons résultats, et cela à tous les points de vue : au reste, nous ne tarderons pas à le savoir. Cette idée, je l'ai jetée sur la terre rémoise où, j'en suis certain, elle germera et fructifiera avant peu. J'ai confiance, parce que la cause de la gymnastique dans les écoles ne saurait trouver d'adepte plus convaincu, d'avocat plus autorisé et d'apôtre plus dévoué que notre confrère Doyen.

Je m'en voudrais de la longueur de cette lettre si je ne croyais qu'il y a un intérêt considérable à ce que nous ne restions pas étrangers à ce qui se fait dans les écoles afin de pouvoir appeler les réformes, encourager et servir les améliorations de tous ordres. Si l'opinion des médecins est faite sur ce point, si nous savons ce que coûtent au budget de l'Etat aussi bien qu'aux budgets des particuliers, maintes infractions aux règles de l'hygiène, il s'en faut que l'opinion publique soit éclairée, et, pour en revenir à la gymnastique, ce n'est pas en province seulement qu'on trouve des esprits soi-disant avisés, qui, assistant à des exercices comme ceux dont j'aurais désiré que vous fussiez témoin, vous demandent d'un air de pitié : « Est-ce bien nécessaire? « A quoi cela peut-il bien servir? » Laissons dire, mais ne nous lassons pas de répéter et surtout de *prouver* ce que je disais, ce matin même, à l'un de ces sceptiques qui, n'ayant la force de rien entreprendre, ont la faiblesse de tout empêcher. « Ce qu'on fait ici, lui disais-je, on y fait des femmes, « on y prépare des mères pour le pays, on y fait des « femmes qui auront plus de muscles que de nerfs et plus « de volonté que de vapeurs! Ce qu'on y fait... la santé, « l'énergie et les forces de la patrie! »

A ce propos, je vous dirai que, vu l'intérêt si considérable de toutes les questions d'hygiène scolaire, je suis étonné de ne leur voir pas occuper une place plus grande dans le programme du Congrès international de Turin, où vous allez, demain, représenter la ville de Paris. Je sais, qu'en revanche, des questions de premier ordre et d'actualité sont annoncées comme devant être traitées avec tout le soin qu'elles méritent, témoin la question de la crémation dont le public français commence à s'occuper et sur laquelle vous ne pourrez manquer de nous rapporter des documents importants.... Dr Landouzy.

—La lettre, remarquable à tant de titres, que nous remercions notre ami, M. Landouzy, de nous avoir adressée, mérite assurément la plus sérieuse attention de tous nos lecteurs. Elle porte sur des points aussi nombreux qu'intéressants. Aussi, profiterons-nous de l'occasion qu'il nous offre, pour continuer la campagne que nous avons entreprise et décrire l'enseignement de la gymnastique dans les écoles et les établissements hospitaliers de Paris. B.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Chirurgie.

V. Des ostéosarcomes des membres; par E. Schwartz. Vol. in-8°. Paris, 1880. — J. B. Baillière et fils, éditeurs.

V. Nous n'avons pas la prétention de donner en quelques lignes, une analyse même incomplète de la volumineuse thèse que M. Schwartz vient de publier sur les ostéosarcomes des membres; la question est encore trop obscure et trop complexe pour pouvoir être condensée en quelques propositions précises. Dans ce résumé consciencieux des travaux antérieurs, l'auteur n'a pas cherché à généraliser; il a suivi son sujet pas à pas, en nous donnant successivement la monographie de chaque variété d'ostéosarcome; c'était là une méthode peut-être plus sûre, mais peu favorable à l'analyse.

M. Schwartz se place de suite sur le terrain clinique, en ne comprenant dans son sujet que le sarcome des os des membres. Après nous avoir rappelé comment les travaux de Boyer, de Dupuytren, de Gerdy, de Bérard, de Nélaton avaient fait de l'ostéosarcome une pure conception clinique, il nous montre la question entrant dans une nouvelle phase avec les travaux de Lebert, Paget, Robin, Virchow, qui, en cherchant à établir une classification anatomo-pathologique des tumeurs, arrivent à distinguer plusieurs variétés parmi lesquelles il faut citer en première ligne les tumeurs à myéloplaxes. Enfin, depuis quelques années, nous sommes entrés dans une troisième phase avec Gillette (1876), Poinsot (1877), Gross, de Philadelphie (1879), qui essaient d'établir un rapport entre la constitution anatomique de ces tumeurs et leur évolution clinique. Le mémoire de Gross, qui est le plus récent et le plus complet, renferme des conclusions intéressantes, tirées de nombreuses statistiques; M. Schwartz le prend pour base de son travail.

Les ostéosarcomes des membres peuvent se diviser en

centraux ou myélogènes et en périphériques ou périostaux; ces tumeurs se divisent, d'apres l'élément prédominant, en sarcomes à cellules rondes et sarcomes à cellules fusiformes. En outre, une variété se rencontre uniquement parmi les sarcomes centraux, c'est la tumeur à myéloplaxes; une variété est spéciale aux sarcomes périostaux, c'est la tumeur ostéoïde.

Chacune de ces variétés a une évolution particulière, ou du moins elle présente certaines différences que M. Schwartz nous indique d'après Gross. Citons comme caractères saillants : la bénignité relative des tumeurs à myéloplaxes, la gravité extrême des sarcomes périostaux à cellules fusiformes, la grande fréquence de la récidive des sarcômes périostaux, relativement à celle des sarcômes myélogènes, la gravité particulière des tumeurs ostéoïdes, tenant à la production de noyaux secondaires dans l'épiphyse opposée à celle qui était primitivement atteinte, et même dans l'os voisin.

M. Schwartz s'étend longuement sur la différence du siège d'élection de ces différentes tumeurs, sur leur généralisation et leur récidive. Dans la symptomatologie, se trouvent quelques lignes sur l'élévation de la température locale des sarcomes (Estlander), sur la fièvre symptomatique d'un sarcome (Verneuil). Toutes les questions se rattachant à la marche de l'affection, telles que le mode de début, la production de fractures spontanées, la généralisation, la récidive, etc., sont éclairées par les tableaux statistiques de Gross.

Nous dirons la même chose à propos du traitement. Après avoir parlé des contre-indications à l'opération, de l'époque de l'intervention, M. Schwartz discute la question du mode opératoire. Est-il préférable de réséquer, d'amputer dans la continuité ou dans la contiguïté? Là encore, les statistiques servent à résoudre le problème, et les conclusions sont conformes à ce qu'indique depuis longtemps la clinique : Amputer à distance presque toujours, et en cas de variété maligne, amputer le plus haut possible.

G. Maunoury.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale des infirmières laïques de la Salpêtrière.

Après avoir remercié M. le Directeur de l'Assistance publique des éloges qu'il venait d'adresser aux professeurs de l'Ecole, M. Bourneville a prononcé le discours suivant.

Mesdames, Messieurs,

La cérémonie de ce jour emprunte un éclat tout exceptionnel à la présence d'une assistance nombreuse, et en particulier, de notre éminent maître M. Charcot, et de nos distingués collègues, médecins de la Salpêtrière, qui vous voient tous les jours à l'œuvre et ont voulu vous donner une marque de leur sympathie pour les efforts incessants que vous faites afin de vous perfectionner dans votre profession.

Mon intention était de me borner simplement à résumer les travaux de cette année — la troisième depuis la création de l'Ecole — mais l'interêt de de cette école et de l'école de Bicêtre, exige que, mettant à profit les circonstances, je rappelle une fois de plus les phases successives par lesquelles nous avons dû passer pour arriver au degré que nous avons atteint.

Connaissant par les publications périodiques anglaises l'existence des écoles d'infirmières en Angleterre; sachant aussi combien était défectueux le recrutement du personnel des infirmiers et des infirmières des hôpitaux et que rien n'était fait pour son instruction, bien des fois, nous avons appelé, comme journaliste, l'attention de l'Administration sur l'urgence d'une réforme complète et cité l'exemple de nos voisins.

Ces appels réitérés à l'initiative de l'ancienne administration demeurant sans résultats, nous essayâmes d'un autre procédé. En 1875, notre ami, M. Talandier, consentit, sur notre demande, à porter la question devant le Conseil municipal. Mais, le hasard fit que l'examen de son vœu tomba dans les mains de l'un des rares conseillers municipaux hostiles à toute réforme inspirée par l'esprit moderne, qui s'empressa naturellement de ne pas faire de rapport.

(1) Voir le n° 33.

Le 10 novembre 1877, nous avons soumis de nouveau la question au Conseil municipal (1) qui, par son vote conforme, a invité l'Administration à créer deux écoles d'infirmières, l'une à Bicêtre, l'autre à la Salpêtrière.

Forts du vote du Conseil municipal, nous avons insisté auprès de l'Administration pour l'engager à étudier ces créations et nous avons eu la bonne fortune de trouver un écho sympathique dans la personne du secrétaire général de cette époque, M Bailly. A son invitation, votre directeur, M. le Bas, notre ami, fut chargé, d'examiner avec nous les voies et moyens pour créer l'école de la Salpêtrière. Nous rappelons la participation de M. Bailly avec d'autant plus de plaisir que, à la fin de la même année, devenu maire de Courbevoie, il a remplacé toutes les religieuses par des laïques dans les services municipaux de sa commune asile, crèche, écoles, bureau de bienfaisance, hôpital.

En mars 1878, quand M. de Nervaux fut remplacé par M. Michel Möring, toutes les dispositions étaient prises pour le fonctionnement de l'Ecole (2). Mis de suite au courant de ce qui avait été préparé, M. Möring, avec un empressement, dont lui avons toujours été reconnaissant, donna les ordres pour l'ouverture de l'école primaire. Elle eut lieu le 1er avril 1878 et l'enseignement fut confié à Mlle Nicolle, directrice de l'école des enfants, à Mlle Pruneau, Mme Lhuillier et Mlle Florenza, ses aides fidèles et dévouées.

Dès que le fonctionnement de l'école primaire fut assuré, afin de gagner du temps et de vous faire bien saisir le but de l'Ecole, nous avons introduit dans l'enseignement primaire l'*enseignement professionnel*, en attendant que des cours spéciaux puissent être organisés : de là, les *dictées* sur des sujets relatifs à votre profession et empruntées au *Manuel des Infirmières anglaises* de miss Weitch; — de là aussi la composition du *Manuel des Infirmières*, fait avec le concours de quelques-uns de nos amis (3) et qui a servi aux *lectures courantes;* — de là enfin, un autre livre destiné à vous familiariser avec la *lecture manuscrite*. Ce livre était la traduction du Manuel des infirmières de Domville, copiée par une trentaine d'enfants de l'école des idiotes et des épileptiques.

Dictées, lectures imprimées, lectures manuscrites, portaient donc sur des sujets concernant votre profession et tout en servant à votre instruction primaire, vous préparaient à recevoir l'*enseignement professionnel*. Cet enseignement fut inauguré le 23 juillet, et vous avez gardé le souvenir des conseils si bienveillants qui vous furent donnés alors par le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, M. Michel Möring.

Cet enseignement, tel que nous l'avons organisé, comprenait : 1° le *cours d'administration*, dont M. Le Bas, malgré son travail quotidien si lourd déjà, a bien voulu se charger; — 2° un *cours de pansements* et *de petite chirurgie* fait surtout par M. Poirier et par nous; — 3° un *cours d'anatomie* qui vous a été fait par M. Duret; — 4° enfin, un *cours de physiologie* fait par M. Regnard. C'est à la collaboration de ces excellents amis, c'est au concours de chaque instant de M. Le Bas que sont dus les résultats acquis. Aussi est-ce avec bonheur que nous le voyons obtenir aujourd'hui une récompense qu'il a si bien méritée par des services véritablement exceptionnels et c'est du fond du cœur que nous remercions l'ami illustre et l'amie dévouée qui la lui ont fait donner à l'occasion de cette distribution des prix.

Pour réaliser ce programme, nous avons dû nous hâter, faire des leçons en quelque sorte coup sur coup. Votre zèle n'a pas failli, et jusqu'au bout, vous avez suivi les cours avec le plus grand empressement. Nous avons vu aussi avec le plus vif plaisir se joindre à vous un grand nombre des surveillantes et des sous-surveillantes de la Salpêtrière : amenées là par le désir de s'instruire, de compléter leurs connaissances, elles répondaient aux intentions de l'Administration et enfin stimulaient votre zèle par leur leur présence.

Tous ces efforts méritaient une récompense. Le 6 août, sur un Rapport que nous eûmes l'honneur de lui présenter (4), le Conseil municipal vota les fonds nécessaires pour le fonctionnement régulier de l'Ecole et pour permettre de procéder à une distribution de prix. Elle eut lieu, vous le savez, le 12 septembre, sous la présidence de M. d'Echérac, secrétaire général de l'Administration, remplaçant M. Möring.

(1) *Rapport sur le Budget de l'Assistance publique pour* 1878, p. 35 et 37.

(2) « Déjà, disions-nous, dans un *Rapport sur le budget des asiles d'aliénés de la Seine*, des études ont été faites à la Salpêtrière ; nous devons inviter M. le préfet à intervenir auprès de l'Administration de l'Assistance publique pour que ces études aboutissent promptement et, afin d'aider à la création de ces écoles, nous vous proposons de voter une subvention de 1,000 fr. pour chacune d'elles. » (16 Février 1878).

(3) Blondeau, de Boyer, E. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon.

(4) *Rapport sur une proposition déposée par lui et tendant à allouer une subvention de 2 000 fr. à l'Ecole d'Infirmières de la Salpêtrière et à l'Ecole d'Infirmiers et d'Infirmières de Bicêtre.*

Ajoutons enfin que des prix particuliers, dus à la générosité de MM. Charcot, Clin, d'Echérac, Laurent Richard, Monod, Michel Möring, etc., sont venus témoigner combien on vous portait d'intérêt, combien on était heureux de vous voir travailler avec ardeur, afin de vous rendre de plus en plus capables de soigner, non seulement avec dévouement, mais encore avec intelligence, les malheureux malades.

Tel est le bilan des travaux accomplis du 1er avril au 12 septembre 1878, c'est-à-dire durant la *première année* de cette école.

Dans le cours de la *seconde année scolaire* qui, commencée à la fin d'octobre 1878, finit le 13 août 1879, différentes améliorations furent introduites par nous dans l'enseignement professionnel, d'accord avec l'Administration que nous avons toujours eu soin de tenir complètement au courant de ce qui se faisait ici. Je citerai les *exercices pratiques* à l'Infirmerie générale ; — les *vaccinations* faites sous ma direction, dans le service de mon vénéré maître M. Delasiauve, que je remplaçais alors. Enfin, quelques-unes d'entre vous ont été convoquées à la Pitié où la sœur Ursule leur a appris à recueillir le vaccin.

Les cours professionnels ont été faits par les mêmes professeurs, sauf le cours d'anatomie pour lequel M. Duret, empêché par ses concours, a été remplacé par notre ami M. P. Reclus. Enfin, un autre de nos bons amis, M. Budin, dans trois leçons, vous a enseigné les *soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés.*

Les éléments d'instruction mis à votre disposition ont été accrus. Aux trois volumes qui forment le *Manuel* proprement dit, au *Manuscrit,* nous avons ajouté le *Programme de l'enseignement* qui vous remet aisément en mémoire l'ensemble des questions qui vous ont été enseignées; — puis un *Appendice au Manuel,* embrassant quelques sujets qui avaient été laissés de côté.

Cette seconde année s'est terminée par une distribution des prix qui a eu lieu le 13 août 1879, sous la présidence de M. d'Echérac, remplaçant M. le Directeur, malade.

Vous n'avez, certes, pas oublié les paroles chaleureuses, prononcées dans cette occasion par M. le secrétaire général ; les encouragements qu'il vous a donnés, les promesses qu'il vous a faites au nom de l'administration, l'horizon qu'il a ouvert devant vous.

J'arrive maintenant aux travaux de la *troisième année scolaire* que va clore cette distribution des prix.

Vous avez reçu un nouvel exemplaire du *programme des cours* complété ; — la suite de la traduction du manuel de miss Weitch, qui vous a été donnée en dictées ;— de plus, un nouveau cours, cours d'hygiène, a été institué. A ma demande, M. Michel Möring a bien voulu le confier à M. le Dr Blondeau qui vous a fait une quinzaine de leçons. J'avais espéré vous faire faire, par M. Yvon, un *cours de petite pharmacie.* Cela n'a pas été possible. Mais cette lacune sera comblée l'an prochain, j'en ai la promesse.

Les *exercices pratiques* ont été développés sérieusement sous l'habile direction de Mlle Thérouenne, aidée de Mme Vavasseur. L'institution de 10 *infirmières volantes* a permis, plus particulièrement aux élèves du 1er cours, de les suivre très régulièrement. Les rigueurs de l'hiver ont empêché cette organisation de se faire aussitôt que nous l'aurions désiré ; mais aujourd'hui elle fonctionne parfaitement et régulièrement. C'est grâce à ce moyen que vous avez pu successivement passer plusieurs jours à l'infirmerie générale, à la cuisine, à la lingerie, etc., et vous initier à la pratique des services généraux.

L'administration, se conformant à un vœu du conseil, a autorisé les personnes du dehors à suivre les cours professionnels. 27 dames se sont inscrites ; quelques-unes ont pris part aux compositions et nous devons mentionner tout spécialement Mlle Raoult. Tout nous fait espérer qu'à l'avenir le nombre des *élèves externes* sera plus considérable, soit à cette école, soit à celle qui va être prochainement fondée à l'hôpital de la Pitié.

La lecture des rapports qui m'ont été adressés tous les mois par votre institutrice, Mlle Nicolle, dont le dévouement pour vous n'a pas faibli un seul instant (1) ; — votre assiduité aux cours de l'enseignement professionnel que j'ai constatée maintes fois ; — les appréciations de vos professeurs sur vos compositions ; — enfin la façon brillante dont vous avez passé vos examens, témoignent que vous avez sérieusement profité des sacrifices faits par la Ville et par l'Administration pour votre instruction. C'est avec une vive satisfaction que vos professeurs et moi, nous avons vu que vous aviez plus de sang-froid à vos examens, que vos réponses étaient précises, vos explications raisonnées, en un mot, que vos connaissances s'étaient accrues et par conséquent, que vous méritiez bien les récompenses qui vont vous être distribuées. En plus des dons du Conseil, nous disposons comme toujours des prix de MM. Charcot, Clin, Laurent Richard, Liouville, Molloy, du prix de MM. les internes en médecine, auquel est venu s'adjoindre le prix de M. Lefranc. Enfin M. le directeur et M. le secrétaire général ont bien voulu continuer ce qui avait été fait par leurs prédécesseurs. Nous les en remercions.

Quels que soient les perfectionnements apportés dans cet enseignement, il n'est pas encore aussi parfait que nous le désirerions. L'an prochain, comme je le disais tout à l'heure, le cours de petite pharmacie pourra avoir lieu. Je vous remettrai en dictée la fin du manuel de Miss Weitch, et il sera possible, à ce moment, de le faire autographier, ce qui ajoutera un volume intéressant à ceux que vous possédez déjà et viendra enrichir la *Bibliothèque des infirmières laïques.* Puis, M. Blondeau vous donnera, sous forme de dictées, également, les fragments les plus en rapport avec votre profession, de ses intéressantes leçons sur l'hygiène. De la sorte, son enseignement oral se fixera mieux dans votre mémoire et nous serons en mesure de créer un nouveau sujet de prix.

Outre les exercices pratiques qui vous seront faits dans cet hospice, il sera possible de multiplier ceux qui se faisaient jusqu'à ce jour à l'hôpital de la Pitié.

Nous vous avions fait pressentir l'an dernier que des *diplômes* d'imfirmières seraient délivrés après examen. Nous espérons pouvoir, d'ici à quelques mois, donner satisfaction à vos légitimes désirs à cet égard. Ces diplômes, d'ailleurs, ne seront donnés qu'à la suite de nouveaux examens, portant sur le programme de l'enseignement.

L'enseignement créé ici et à Bicêtre par le Conseil municipal, avec la subvention du Conseil général et le concours empressé de l'Administration a beaucoup plus fixé l'attention publique qu'on ne le pense. En voici la preuve :

L'an dernier, à pareille époque, M. d'Echérac vous disait qu'une nation voisine avait demandé sur cette école des renseignements complets, afin de lui emprunter son organisation. Dans le courant de cette année, des renseignements nous ont été demandés de plusieurs villes : de Magnac Laval, dans la Haute-Vienne, du Havre, d'Auxerre. Dans ces villes les municipalités ou les commissions administratives des hospices veulent remplacer les religieuses par des laïques. A Auxerre, la laïcisation s'est opérée et une lettre récente de M. le Dr Drouin m'annonçait que l'on n'avait qu'à se louer de cette transformation.

Par l'intermédiaire de notre excellent collègue du Conseil municipal, M. Leneveux, l'un des membres de la municipalité de Mons, nous a également demandé dans la même intention, des renseignements sur l'organisation des écoles municipales d'infirmières de Paris. Enfin, dans quelques villes, à Troyes, à Rouen, etc., les municipalités, en attendant mieux, ont organisé des cours théoriques pour les garde-malades. Si j'ai groupé ces faits, c'est parce qu'ils démontrent que, de divers côtés, on se préoccupe d'organiser l'*enseignement professionnel des infirmières et des garde-malades,* à l'exemple des pays étrangers. A un autre point de vue, c'est là, suivant moi, une réforme importante, car la *laïcisation* des *établissements hospitaliers,* de toutes les *institutions de bienfaisance,* appelées à revêtir partout le caractère municipal, viendra compléter heureusement la *laïcisation des écoles* (1).

Je vous rappelais, il y a quelques instants, les engagements pris naguère au nom de l'Administration par M. Michel Möring et par M. d'Echérac, à la condition que vous fussiez assidues et à l'école primaire et à l'école professionnelle. Ces engagements, je l'ai reconnu, ont été tenus par vous. Voyons, si de son côté, l'Administration a été fidèle à sa promesse.

Déjà, je vous faisais voir l'an dernier que ces engagements avaient été remplis puisque l'Administration vous avait confié l'hôpital Laennec. Cette année, conformément à l'invitation du Conseil municipal, dont la vigilance vous garantit l'avenir, l'hospice Lenoir-Jousseran, qui renferme 112 lits, a été confié à des laïques.

La nouvelle Administration suivra certainement la même voie. Les vieilles convictions républicaines de notre ancien collègue M. Ch. QUENTIN, directeur actuel de l'Assistance publique, nous en sont un sûr garant. Un fait que vous connaissez toutes, vous en fournit la preuve.

Les sœurs de la communauté de Saint-Marthe, les plus dévouées et les plus tolérantes des religieuses hospitalières, ne pouvant plus se recruter par suite de la persécution des Jésuites, qui ne leur pardonnent pas une certaine indépendance, ont demandé à être relevées de leurs fonctions. M. le directeur, s'inspirant des vœux du Conseil municipal, lui a demandé l'autorisation de remplacer les religieuses par des

(1) Aux noms de Mlle Pruneau, de Mme Lhuilier et de Mlle Florenza, nous devons ajouter celui de Mlle Prompt (Eugénie), suppléante au service de l'atelier de couture ; elle mérite les plus grands éloges pour le dévouement avec lequel elle a rempli ses fonctions de monitrice à l'école des infirmières.

(1) Le jour même de la distribution des prix de la Salpêtrière, notre ami, M. le Dr Dupuy, médecin à St-Denis, est venu nous demander les renseignements nécessaires, pour instituer un enseignement spécial à St-Denis, afin de fournir à la municipalité le moyen de confier à des laïques le nouvel hôpital de cette ville. — Il y a 2 ans, nous avons adressé à M. le professeur Tibaldi (de Padoue) le programme de l'enseignement qui se fait dans les Ecoles d'Infirmières de Paris. Enfin, le 18 août, M. le professeur Morselli nous priait de lui envoyer tous les documents relatifs à ces Ecoles.

surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes laïques. Le Conseil municipal, qui sait ce que vous faites, a invité l'Administration à reruter le personnel nécessaire à la Pitié, parmi le personnel des établissements laïques et surtout parmi les élèves de la Salpêtrière et de Bicêtre.

Cette transformation s'opérera le 1er octobre. Et avant la fin de l'année, si, comme j'en ai la conviction, le Conseil municipal vote les fonds qui lui sont demandés par la commission du budget, une nouvelle *École municipale d'infirmières laïques* sera créée à la Pitié : ce sera, en quelque sorte, une *École de perfectionnement* où il sera indispensable de faire passer, au fur et à mesure, toutes les élèves de la Salpêtrière et de Bicêtre. J'espère que vous y retrouverez la plupart de vos professeurs : MM. Poirier et Regnard qui, depuis trois ans, vous enseignent le premier les pansements, les bandages, etc., le second des notions de physiologie; vous y retrouverez aussi, M. le Dr Blondeau qui vous apprend l'hygiène et qui, dès l'année dernière, nous a aidé pour les examens; — M. de Boyer qui non seulement a collaboré au *Manuel* mais encore a traduit, pour vous, la plus grande partie du manuel de Domville; — votre ancien professeur, M. H. Duret : Tous saisiront avec empressement cette occasion de poursuivre l'œuvre à laquelle ils se sont consacrés *gratuitement* avec cet entier dévouement qu'on est en droit d'attendre de républicains.

L'école de la Pitié, plus centrale, pourra recevoir plus aisément les élèves externes qui trouveront là, d'ailleurs, plus de facilités pour l'enseignement pratique. Il en résultera que l'Administration sera en mesure de répondre aux demandes d'infirmières qui lui sont faites fréquemment et auxquelles elle ne peut répondre que d'une manière insuffisante (1). Car il importe de ne pas perdre de vue que les Ecoles municipales d'infirmières, doivent fournir des infirmières instruites, capables, non seulement aux hôpitaux et aux hospices, mais encore à la Ville.

Une autre circonstance, favorable pour vous, va se présenter prochainement. Hier, le Conseil municipal a voté les fonds nécessaires pour la création à Montmartre d'un hôpital de 200 à 220 lits et a décidé, conformément à ses principes, que cet hôpital serait confié à des laïques. L'installation devant avoir lieu au commencement du mois de janvier 1881, il est de votre devoir de travailler sans relâche. Aussi, afin que l'Administration puisse choisir parmi vous avec confiance, sera-t-il indispensable de recommencer les cours dès le 1er octobre.

Si, aujourd'hui, l'Administration est dans la possibilité de pouvoir remplacer les religieuses de la Pitié par des surveillantes et sous-surveillantes laïques, si au mois de janvier elle sera à même de confier le nouvel hôpital de Montmartre à un personnel laïque, c'est grâce à cette école et à celle de Bicêtre qu'elle pourra le faire avec sécurité. Par là, je veux dire qu'elle remplacera les religieuses par des femmes connaissant mieux leur profession, plus exercées, plus habiles et plus dociles aux instructions des médecins et de l'Administration que la majorité des religieuses.

On a voulu faire du dévouement aux malades, l'apanage exclusif des religieuses. Bien des fois, connaissant par un long séjour dans cet hospice comment vous vous acquittez de vos fonctions, je me suis élevé contre ce préjugé. Dans les circonstances les plus périlleuses, les surveillantes laïques ont fait leur devoir. Vos aînées n'ont-elles pas fait face au danger lors de l'épidémie épouvantable de choléra en 1849? N'est-ce pas des infirmières laïques, prises surtout ici, qui sont allées, en 1866, à Amiens, donner des soins aux cholériques? Est-ce que les anciennes surveillantes de la Salpêtrière, auxquelles a été confié l'hôpital Laennec, ne sont pas restées fidèles à leur poste, malgré l'existence, dans cet hôpital, d'un service de varioleux?

Non, ni l'esprit de charité, ou mieux la fraternité, ni le dévouement aux malades ne sont le monopole des religieuses : ces sentiments appartiennent à toutes les femmes.

J'ai la ferme conviction, mesdames et mesdemoiselles, que vous apprécierez de plus en plus les efforts qui sont faits par le Conseil municipal et par l'Administration pour améliorer votre situation matérielle, pour développer votre instruction et que par votre conduite, votre travail, votre dévouement, vous nous fournirez promptement les moyens de réaliser l'œuvre entreprise par le Conseil municipal et l'Administration : *la laïcisation des hôpitaux et hospices de Paris.*

Après ce discours, il a été procédé à la distribution des prix. Nous aurions voulu citer les noms de toutes les élèves récompensées; mais le défaut d'espace nous oblige à ne citer que celles qui ont eu le plus de récompenses. Ce sont Mes Ruffier (prix Charcot), Tarissan (prix Lefranc), Paillard, Prompt, Hirvois, Bertèche, Grand-Girard (prix Molloy), Brébant, Bazaud (prix Liouville), Reto, Derville, Le Meur, Richard, Thévenaz, Ormancey, Claus, Hoffmam, Tournassat, Morarel (prix Clin), Trégouet, Laligant, Bouvet (prix Laurent Richard), Meline, Roux, Cloppet, Petit-Barat, Kerdudo, (prix de MM. les internes en médecine, Felger, Fontaine, Lemoigne (prix de M. le Directeur); Jiron, Marrec, (prix de M. le secrétaire général), Patureau, Brochard (prix Bourneville), Lépine, etc., etc.

Durant les intermèdes, la musique du 130e a joué brillamment quelques-uns des morceaux les plus choisis de son répertoire et, la distribution des prix terminée, notre ami M. Regnard, l'un des professeurs fondateurs de l'école a, dans une allocution pleine d'humour, remercié tous ceux qui avaient prêté leur concours à la distribution des prix.

(1) A la *Maison municipale de santé*, l'Administratation met à la disposition du public quelques garde-malades.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux

Concours pour deux places de chefs de clinique chirurgicale. — Un concours pour deux places de chefs de clinique chirurgicale sera ouvert à la faculté de médecine de Bordeaux le mardi 9 novembre 1880. Les épreuves constisteront en : 1° Une opération chirurgicale pour laquelle il sera accordé un quart d'heure ; 2° Une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie pathologique chirurgicale, après examen anatomique, microscopique et chimique de trois heures ; (Ces deux premières épreuves sont éliminatoires.) 3° Une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après vingt minutes d'examen et vingt minutes de réflexion.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la faculté au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours.

Aux termes de l'arrêté du 4 août 1868, est admis à concourir tout docteur en médecine qui n'est pas âgé de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours. Les candidats devront déposer, en s'inscrivant, leur acte de naissance et le diplôme de docteur en médecine.

La durée des fonctions est de deux années. Un traitement annuel de 1,000 fr. est alloué au chef de clinique. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur et de chef interne.

Les chefs de clinique assistent le professeur ; en l'absence du professeur, ils sont responsables vis-à-vis de l'administration des hospices de l'ordre et de la régularité dans le service.

Enseignement médical libre.

Clinique chirurgicale. — M. Terrillon, suppléant M. Verneuil à la Pitié, a commencé ses leçons mardi 17 août; mardi, jeudi et samedi à 9 heures.

Clinique chirurgicale. — M. C. L. Richelot, remplaçant M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, a commencé ses leçons cliniques le mardi 10 août et les continue les mardis et samedis.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 6 au jeudi 12 août 1880, les naissances ont été au nombre de 1064, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 410; illégitimes, 146. Total, 556. — *Sexe féminin :* légitimes, 378; illégitimes, 130. Total, 508.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 6 au jeudi 12 août 1880, les décès ont été au nombre de 1054, savoir : 139 hommes et 515 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 16. F. 9. T. 25. — Variole : M. 14. F. 28. T. 42. — Rougeole : M. 12. F. 15. T. 27. — Scarlartine : M. 5. F. 2. T. 7. — Coqueluche : M. 4. F. 9. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 26. F. 32. T. 58. — Dysentérie : M. 1. F. 2. T. 3. — Erysipèle : M. 4. F. 7. T. 11. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. 0. F. 0. T. 0. — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 76. F. 61. T. 137. — Autres tuberculoses : M. 28. F. 38. T. 66. — Autres affections générales : M. 50. F. 53. T. 103. — Bronchite aiguë : M. 12. F. 19. T. 31. — Pneumonie : M. 16. F. 16. T. 32. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 117. F. 86. T. 203. — Autres maladies locales : aiguës : M. 33. F. 29. T. 62 ; — chroniques : M. 67. F. 73. T. 140 ; — à forme douteuse : M. 31. F. 18. T. 49. — Après traumatisme : M. F. T. — Morts violentes : M. 21. F. 7. T. 28. — Causes non classées : M. 3. F. 5. T. 8.

Morts-nés et prétendus tels : 69 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26; illégitimes, 13. Total, 39. — *Sexe féminin :* légitimes, 23; illégitimes, 10. Total, 83.

Faculté de Médecine de Paris. — Par décret du 7 août 1880, M. Trélat (Ulysse), professeur de pathologie externe, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale vacante à ladite Faculté, par suite du décès de M. Broca.

Faculté de Médecine de Montpellier. *Affaire Amagat.* — On mande de Montpellier, le 8 août : « Le conseil académique, après lecture du rapport de la commission de discipline élue au scrutin secret, après avoir entendu la défense de M. Amagat, présentée par M. Carcassonne, a eu d'abord à se prononcer sur la question suivante : M. Amagat a-t-il manqué à ses devoirs professionnels et encouru une répression disciplinaire en apposant, le 22 mai 1880, une affiche annonçant un cours non autorisé par le ministre, dans les circonstances relevées par le rapport de la commission ? Sur 24 membres présents, 23 ont répondu affirmativement, et 1 a été pour la négative.

La commission a alors formulé le projet de jugement ci-après : Le conseil académique, blâmant sévèrement M. Amagat, décide que les fonctions d'agrégé près la faculté de médecine de Montpellier lui sont retirées ; qu'en conséquence il est rayé du cadre de l'agrégation de ladite faculté ; décidant, en outre, qu'il conserve son titre d'agrégé près les facultés de médecine et le traitement y afférent, laisse M. Amagat, comme tel, à la disposition de M. le ministre.

Trouvant la peine trop sévère, un membre a développé l'amendement suivant : « Suspension de M. Amagat pendant un an, sans privation de traitement. » — Cet amendement a été rejeté par 21 voix contre 3 (24 votants). (*Gaz. hebd.*)

Enseignement des sourds-muets. — Un sourd-muet, M. Maurice Kœchlin fils d'un honorale médecin de Mulhouse, âgé de 16 ans, a subi ces jours derniers le premier examen pour le baccalauréat ès-lettres ; il a été reçu avec la note bien.

C'est un des élèves présentés à la Société des sciences médicales de Lyon, par M. Hugentobler, directeur du pensionnat des sourds-muets pour l'enseignement par la parole. (*Lyon médical*)

Statue de Pinel. — Sur la proposition de M. le Dr P. Dubois, le conseil municipal de Paris a voté une somme de 2000 fr. pour l'érection d'une Statue à Philippe Pinel, célèbre médecin aliéniste mort en 1826. Cette subvention s'ajoute à celle que le Conseil général a déjà votée. Nous rappellerons que la souscription est toujours ouverte.

Inspection Médicale des Ecoles. — M. le Dr Audigé (R. H. J.) vient d'être nommé inspecteur des écoles et des salles d'asiles communales du VIIe arrondissement, par arrêté préfectoral en date du 16 juillet.

Prix de la Société de Médecine de Gand. — 1° *Prix-Guislain.* Clôture du concours 1 mars 1882. Etablir par des faits cliniques les relations existant entre les lésions cadavériques trouvées chez les aliénés et les symptômes psychiques qu'ils ont présentés. Déterminer jusqu'à quel point les données acquises sous ce rapport peuvent être utilisées pour caractériser certaines formes de maladies mentales, et servir de base à une classification méthodique.

2° *Concours Bisannuel.* Clôture, 1 décembre 1880. — 1° Question. « Discuter, en s'appuyant sur des observations et des expériences nouvelles, la question de la localisation des propriétés physiologiques dans les hémisphères cérébraux. » — 2° Question. « Etudier, en se basant sur des observations et des expériences, la valeur relative des pansements modernes des plaies. » — 3° « Question se rapportant à une branche quelconque des sciences médicales, abandonnée au choix de l'auteur. »

Les mémoires envoyés en réponse à ces questions doivent être écrits lisiblement en français, en flamand ou en latin.

Ils seront adressés, francs de port, dans les formes académiques, avant les termes fixés, au docteur H. Leboucq, secrétaire de la société, Coupure, 155, à Gand. Il sera accordé à l'auteur du mémoire couronné : 1° Un prix de 500 fr. pour la question du Prix Guislain et de 400 fr. pour les autres questions. 2° Le titre de membre correspondant. 3° Cinquante exemplaires de son mémoire. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand.*

Prix a décerner en 1881. — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au Concours la question suivante : *Des soins hygiéniques à donner aux enfants du premier âge.*

Les développements apportés à cette question devront former un petit traité *clair et succinct*, destiné principalement aux mères et aux nourrices. Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1881, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1881, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

Le scorbut dans l'armée de Bosnie. — Les journaux de médecine de Vienne annoncent l'apparition ou plutôt la réapparition du scorbut dans l'armée d'occupation de la Bosnie. L'affection, due à l'uniformité de la nourriture et à l'humidité des logements, fait des progrès rapides surtout parmi les troupes qui sont dans le pays depuis le début de la campagne ; les officiers eux-mêmes sont atteints. Les soldats, obligés de faire un service très pénible ne mangent depuis deux ans que du bœuf et du riz, sans légumes d'aucune sorte. Les conserves qui ont été distribuées à plusieurs reprises étaient d'une qualité tellement inférieure que l'on a préféré les laisser de côté. Le gouvernement a l'intention de provoquer pour la troisième fois (?) un mouvement considérable dans l'armée d'occupation. (*Gaz. Hebdomadaire.*)

Nécrologie. — Le corps médical Italien vient de perdre en peu de jours trois de ses plus illustres membres, le commandeur Francesco Rizzoli, un des plus savants chirurgiens de l'Europe, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Bologne. Dans son testament, il lègue toute sa fortune, s'élevant à près de six millions, à la municipalité de Bologne, pour achever, dans sa magnifique villa de San Michele in Basco, un hôpital orthopédique modèle, dont il avait lui-même, de son vivant, tracé le plan et auquel il avait affecté deux millions de sa fortune pour entreprendre les travaux. La mort ne lui a pas permis de voir son œuvre philanthropique accomplie. — Le commandeur Giovani Polli, chimiste distingué, fondateur depuis 1845, des Annali di chimica applicata alla medicina ; inventeur d'une nouvelle méthode pour la crémation des cadavres. — Le commandeur Sebastiano de Luca, professeur de chimie à l'Université de Naples. (*Nice Médical*).

— L'internat en médecine vient de faire une nouvelle perte. — Philippe Lavalhée, interne de première année à l'hôpital Tenon, est décédé à Rennes le 14 août, à l'âge de 24 ans. Lavalhée, dont la santé était chancelante depuis longtemps, s'était retiré à Rennes où habite sa famille. Malheureusement, les lésions pulmonaires auxquelles notre collègue a succombé étaient trop avancées pour permettre le moindre espoir à ses nombreux amis. Lavalhée, dont nous avions pu apprécier les qualités généreuses, avait su se concilier les sympathies de ceux qui l'on connu. La perte sera douloureusement ressentie par l'Internat, auquel Lavalhée était si heureux d'appartenir depuis le premier janvier. Son bonheur a été bien éphémère ! Nous exprimons aux parents de notre regretté collègue, la part sincère que nous prenons au deuil cruel qui vient de les frapper. A. Josias.

— M. le Dr Lapeyrère, ancien rédacteur de la *France médicale*, auteur des *Notes d'un journaliste sur la chirurgie et la médecine contemporaine*, vient de mourir à Boulogne-sur-Seine, laissant sa famille dans une situation des plus tristes. Une souscription est ouverte au bureau de l'*Hygiène pour tous*, 20, passage Saulnier.

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Mont-Dore et Contrexéville.

loin de faire disparaître la pierre ou d'en masquer la présence en revêtant sa surface d'un enduit soyeux, ainsi qu'on l'observe à Vichy, elles exaspèrent ces symptômes, souvent même en donnent le premier et utile éveil.

Disons en terminant que les deux époques les plus propices, pour faire dans ces stations un traitement sérieux, sont les mois de juin et d'août. Le mois de juillet, qui est choisi par le plus grand nombre des malades, offre par cela même tous les inconvénients, quelquefois graves, de l'encombrement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Rauber (P.).—Des nerfs du cœur, anatomie et physiologie; vol. in 8° de 171 pages; prix 4 fr. Paris, 1880.

Regis (E.).—La folie à deux ou folie simultanée avec observations recueillies à la clinique de pathologie mentale (asile Sainte-Anne). Vol. in-8° de 94 pages, prix 2 fr. Paris, 1880.

Naegele (H.) et Grenser (L.).—Traité pratique de l'art des accouchements. Traduit sur la huitième et dernière édition allemande par G. A. Aubenas, ouvrage précédé d'une introduction par J. A. Stoltz. Vol. in-8° de 816 pages, 229 figures et 1 planche, prix 12 fr. Paris, 1880.

Nothnagel (H.) et Rossbach (M.). — Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique; exposé de l'action physiologique et thérapeutique des médicaments. Ouvrage traduit et annoté par le Dr J. Alquier; précédé d'une introduction par Ch. Bouchard. Vol. in-8° de 860 pages, prix 14 fr. Paris, 1880.

Victor ROZIER, Éditeur, 26, rue Saint-Guillaume

Debaussaux (H.). — Manifestations rhumatismales blennorrhoïques sur la conjonctive et l'urèthre. Brochure in-8° de 16 pages. Paris, 1880.

Librairie F. SAVY, 77, boulevard Saint-Germain

Brame (Ch.). — Traité pratique des affections cutanées ou maladies de la peau, basé sur un nouveau traitement. 1 vol. grand in-8° de 128 pages et 1 planche coloriée, prix 4 fr. Paris, 1880.

Calendar of the university of Michigan for 1879-1880.

Medical Register. New York new Jersey and Connecticut, 1880-1881. Vol. in-12 de 264 pages, New York, 1880.

ROBERT HEATHER BIGG. — The orthopragms of the spine. Vol in-8° de 149 pages cartonné. London, 1880.

FROELICH (L.). — Ueber Tonsillarpolypen und Geschwulste des weschen gaumens. Vol in-8° de 56 pages avec deux planches. Göttingen, 1880.

Publications du Progrès Médical.

REPRODUCTIONS PLASTIQUES DE CERVEAUX PAR M. LOREAU, MODELEUR DU MUSÉE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE ET DE BICÊTRE

N° 1.	Deux hémisphères normaux. Laboratoire Dr CHARCOT	7 fr.
N° 2.	Hémisphère gauche normal réduit. Dr MATHIAS DUVAL	2 fr.
N° 3.	Cas d'Aphasie. Laboratoire Dr CHARCOT	3 50
N° 4.	Monoplégie de la jambe. C. DE BOYER	3 50
N° 5.	Encéphale d'une idiote 18 ans. Dr BOURNEVILLE	5 »
N° 6.	Encéphale Orang-Outang Laboratoire Dr CHARCOT	5 »
N° 7.	Deux hémispheres Orang-Outang	5 »
N° 8.	Encéphale de chien. Dr JOLYET	1 25
N° 9.	— Chat. —	1 25
N° 10.	— Lapin. Dr LAFONT	1 25
N° 11.	— Cochon d'Inde	1 25
N° 12.	— Singe. Lab. Dr CHARCOT	2 »
N° 13.	Deux hémisphères, anomalies remarquables des circonvolutions. Laboratoire Dr CHARCOT	7 »
N° 14.	Hémisphère gauche avec anomalies des circonvolutions. Laboratoire Dr CHARCOT	3 50
N° 15.	Série de 13 cerveaux decriminels, musée de la Salpétriére	

Pour la reproduction des pièces du Musée de la Salpêtrière, ou pour la commande des pièces en cire ou en plâtre, s'adresser au **Progrés Médical** ou à M. LOREAU à l'**Hospice de la Salpêtrière**.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

BÉHIER. Études de quelques points de l'urémie (clinique, théories, expériences), leçons recueillies par H. LIOUVILLE et I. STRAUS. In-8° de 24 pages, 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, 40 cent.

8e ANNÉE. — N° 35. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 28 AOUT 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MEDICALE

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. A. PROUST.

Note sur l'œdème aigu rhumatismal;

Par J. COMBY, interne des hôpitaux.

Dans une thèse fort intéressante, M. Davaine, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, s'est attaché à démontrer l'existence de l'œdème rhumatismal essentiel (1). Avant lui, Monneret (2) et MM. Ferrand (3), Fernet (4), Guyon (5), avaient eu l'occasion d'observer cette complication assez rare du rhumatisme articulaire aigu.

Nous venons, après ces auteurs et à leur exemple, essayer de prouver l'indépendance et l'essentialité de cet œdème aigu, de ce pseudo-érysipèle rhumatismal, qui ne tient ni à la fluxion articulaire avec laquelle il n'a souvent aucune connexion, ni aux complications cardio-vasculaires qui peuvent manquer, ni aux éruptions concomitantes qui peuvent aussi faire défaut ou n'apparaître qu'à un titre secondaire et contingent.

Les faits, encore peu nombreux, recueillis par les observateurs que nous venons de citer, nous ont engagé à rapporter deux cas inédits que nous avons observés dans le service de notre excellent maître, M. le Dr PROUST, médecin de l'hôpital Lariboisière.

OBS. I. — *Rhumatisme articulaire. Œdème aigú. — Purpura. — Mort accidentelle.* — Kauff..., 25 ans, cocher, entre le 2 mars 1880, salle Saint-Charles, n° 8. Habituellement très bien portant, il exerce depuis un an la profession de cocher, qui l'expose à toutes les injures et vicissitudes du temps. Il ne présente aucun antécédent morbide héréditaire. Quant à lui, il n'a jamais eu de rhumatisme, mais il a été affecté, au mois de juin dernier, d'un écoulement aujourd'hui parfaitement guéri. Ajoutons que son cheval est bien portant et nullement suspect de morve ou de farcin.

Il y a 15 jours, Kauff... éprouva, pour la première fois, des douleurs lombaires; depuis 4 jours, ces douleurs ont envahi les articulations des genoux, des poignets et des épaules, et le malade, qui avait jusqu'alors tenu bon, a été obligé de renoncer à son travail. Au moment de son entrée à l'hôpital, il accuse de très-vives souffrances, une grande soif et une anorexie absolue. Pouls 96; — température axillaire 38°,5. Ce qui frappe tout d'abord, c'est le gonflement et la déformation des mains ; les doigts, fléchis en griffe, ne peuvent être redressés sans douleur. Sur le dos des mains, existe un empâtement œdémateux rouge et douloureux à la pression. Une tuméfaction rose, chaude, douloureuse et dépressible au doigt occupe toute la face antérieure de l'avant-bras gauche. Le thermomètre appliqué sur cette masse œdémateuse, marque 37°,6 et seulement 36°,1 sur la peau restée saine autour de la plaque. Sur la face dorsale du même avant-bras, existent deux autres plaques plus petites, plus pâles et moins sensibles. Sur l'avant-bras droit, on trouve également une grande plaque d'œdème douloureux, moins colorée que celle du côté gauche ; une autre plaque occupe la saillie du biceps. La rougeur de ces plaques œdémateuses est tendre, discrète ; elle ne se termine pas à pic, comme dans l'érysipèle, elle ne forme pas des traînées et des réseaux, comme dans la lymphangite, mais elle se continue insensiblement avec la teinte pâle des parties voisines.

Au niveau des saillies olécrâniennes, on aperçoit quelques papules d'érythème, larges comme des lentilles. Quant aux articulations des membres supérieurs, elles ne présentent aucun gonflement, aucun changement de coloration appréciable des parties molles qui les entourent. Mais la pression sur les interlignes articulaires et les mouvements spontanés ou provoqués sont douloureux. Les nombreuses plaques d'œdème, situées sur la continuité des membres et dans l'intervalle des jointures, n'ont donc aucune relation avec ces dernières.

Membres inférieurs. — On observe, à la face interne des cuisses, quelques taches de purpura ; plus bas, près des malléoles, les taches purpuriques sont plus nombreuses et ulcérées au centre. Les articulations des pieds et des genoux ne sont pas gonflées, mais douloureuses à la pression et aux mouvements.

En résumé, nous relevons, du côté de la plupart des grandes articulations des membres, les caractères d'une atteinte rhumatismale légère, remontant à 4 jours. Concurremment, nous observons quelques taches d'érythème et de purpura rhumatismal, et enfin, aux membres supérieurs, de larges plaques d'œdème aigu rhumatismal, qui auraient débuté deux jours après les douleurs articulaires, si l'on en croit le malade. Ces plaques sont bien constituées par de l'œdème et non par de l'érythème simple, car la pression digitale laisse un godet. Nous avons déjà donné les caractères qui différencient ces œdèmes de l'érysipèle et de la lymphangite ; ajoutons que l'exploration attentive des veines, des troncs et des ganglions lymphatiques ne nous a révélé aucune lésion de ce côté. On ne peut invoquer un trouble circulatoire dû à une cause centrale ; le cœur paraît absolument normal, les bruits sont nettement frappés et sans mélanges de souffles ou autres bruits pathologiques.

La marche un peu insolite du rhumatisme articulaire, l'existence des œdèmes, du purpura, la profession du malade, etc., pouvaient faire penser au farcin. Mais, ce diagnostic, admis provisoirement par quelques-uns, fut bien vite repoussé et personne ne put méconnaître des manifestations si nettement rhumatismales.

3 *mars.* — L'état local s'est peu modifié : pouls 104; T.A. 38°,6. — Prescription : salicylate de soude 8 grammes. Le soir, pouls 102; T.A. 38°,5.

4 *mars.* — Les douleurs sont calmées, les plaques sont moins rouges et moins saillantes. Matin : pouls, 104; T.A. 38°. — Soir : pouls, 108; T.A. 37°,8.

5 *mars.* — Amélioration très-sensible ; les douleurs n'existent plus; le gonflement des membres supérieurs a disparu. T.A. 37°,7. — 6 *mars.* Même état.

7 *mars.* — Le malade a passé une très mauvaise nuit, a mal dormi, a souffert du ventre et a vomi une grande quantité de liquide verdâtre. L'abdomen, en effet, est très-sensible à la pression, mais non ballonné. Pouls, 114; T.A. 37°,3.

A partir de ce moment, nous n'avons plus rien à dire de la maladie pour laquelle Kauff... est entré à l'hôpital. Toutes les manifestations rhumatismales ont été supprimées et nous restons en présence d'une complication subite

(1) Davaine. — *Contribution à l'étude du rhumatisme.* Paris, 1879.
(2) Monneret. — *Pathologie interne*, t. II.
(3) Ferrand. — *Des exanthèmes du rhumatisme*, thèse de Paris, 1862.
(4) Ch. Fernet. — *Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations*, thèse de Paris, 1865.
(5) Guyon. — Kirmisson (*Progrès médical*, 1876.)

ou plutôt d'un accident très grave, qui va rapidement entrainer la mort. Les vomissements bilieux continuent toute la journée; les fesses et les genoux présentent des taches rouges, puis violacées et ecchymotiques.

8 *mars.* — Le ventre est extrêmement douloureux; les vomissements sont incessants, jaunâtres, fécaloïdes Aucun gaz, aucune matière ne sont rendus par l'anus; les urines se suppriment. Le facies est grippé; le pouls est très petit et très-fréquent; l'apyrexie est complète; le thermomètre ne peut monter à 37° dans l'aisselle.

9 *mars.* — Les vomissements sont nettement fécaloïdes: le ventre se ballonne et les anses intestinales se dessinent sous la peau; le pouls est insensible, les extrémités sont froides. Le malade, ayant de pressantes envies d'uriner et ne pouvant les satisfaire, demande à être sondé; nous pratiquons le cathétérisme et nous ne parvenons pas à retirer de la vessie une seule goutte de liquide; l'anurie est complète depuis deux jours. La mort arrive à 11 heures du soir.

Autopsie *le* 11 *mars.* — Ouverture de l'abdomen : les anses intestinales sont très distendues, l'estomac est dilaté, il n'existe pas trace d'exsudat ni d'épanchement liquide dans la cavité péritonéale. Sur plusieurs points des anses intestinales, nous remarquons une congestion intense et des ecchymoses. Dans la fosse iliaque droite, nous sentons une tumeur dure qui repousse en avant les anses intestinales. Il s'agit d'un gros boudin d'invagination. Faisant sur l'intestin une double ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur, nous enlevons celle-ci et nous constatons que la dernière portion de l'iléon s'est invaginée dans le cœcum et dans le côlon ascendant. Il existe trois cylindres épais, adherents, infiltrés de sang, emboités l'un dans l'autre, Telle a été la cause de la mort rapide qui est venue surprendre le malade en pleine convalescence. Notons, en passant, qu'il existait une anurie complète et cependant l'occlusion portait sur la fin de l'iléon. Il est donc impossible d'accorder une valeur quelconque à l'anurie au point de vue du diagnostic du siège de l'étranglement. Nous n'avons trouvé aucune autre lésion dans les différents viscères: quant aux plaques d'œdème, il n'a pas été possible d'en observer la moindre trace sur le cadavre.

Sans insister davantage sur la redoutable complication, ou mieux sur l'accident qui est venu frapper notre malade, accident qui n'avait pas, je pense, la moindre relation avec la maladie primitive, nous ferons ressortir les caractères les plus saillants de cette observation.

Dans le cours d'un rhumatisme articulaire subaigu, sans complication du côté de l'appareil cardio-vosculaire, ni du côté des plèvres, ni du côté du système nerveux; dans une forme très bénigne, en un mot, nous avons vu survenir, en même temps que des éruptions assez communes (purpura, érythème), des plaques d'œdème aigu douloureux sur la continuité des membres. Ces œdèmes rouges, chauds, sensibles à la presssion, rappelant certaines formes de phlegmon ou d'érysipèle, s'en distinguaient par leur origine, par leur marche, par leur terminaison, sans parler des caractères objectifs. Comme le phlegmon, ces plaques étaient rouges, gonflées, douloureuses; mais ces caractères étaient moins marqués que dans le phlegmon et ne s'accompagnaient pas de tension, d'étranglement, de fièvre vive. De plus, jamais la suppuration n'a été signalée. — La rougeur peu accusée, mal limitée, sans retentissement ganglionnaire, faisait repousser l'idée d'un érysipèle ou d'une lymphangite. La thrombose veineuse et la phlébite ne pouvaient être admises, quand on considérait l'absence de cordons douloureux sur le trajet des veines, et l'inégale répartition des plaques.

Cet œdème rhumatismal appartient à la classe des œdèmes inflammatoires partiels, et reconnait sans doute pour cause une exsudation séro-fibrineuse dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané. Cette exsudation, dont nous ne pouvons saisir la cause prochaine, puisqu'elle se fait sur la continuité d'un membre, en dehors de la fluxion articulaire, reconnait pour cause éloignée, générale, le rhumatisme, comme l'ont établi avant nous les auteurs que nous avons cités. C'est pourquoi nous avons adopté comme le meilleur, le nom d'œdème aigu rhumatismal. On en verra un exemple aussi remarquable dans la deuxième observation, malgré les différences que présentent les deux cas.

Obs. II. — *Rhumatisme articulaire aigu généralisé. — Complication tardive d'œdème rhumatismal. — Guérison.* — Mol... François, 27 ans, charpentier, entre le 24 février 1880, salle Saint-Charles n° 30 (service de M. Proust). Cet homme est atteint de rhumatisme pour la première fois; ses parents en ont toujours été exempts. Il a eu, quatre mois auparavant, une blennorrhagie aujourd'hui guérie. Le début de la maladie qui l'amène à l'hôpital remonte à 12 jours; le malade venait de travailler, quatre jours durant sous une pluie incessante. A la suite de cette action prolongée du froid humide, il éprouva, en voulant soulever un fardeau, une douleur lombaire violente; le soir même, les articulations des pieds et des genoux étaient prises; le lendemain toutes les jointures étaient envahies, et notre homme ne pouvait quitter son lit. L'appétit, le sommeil disparurent en même temps que se montrèrent une soif vive et une diaphorèse très abondante. Tous ces symptômes existent au moment de l'entrée à l'hôpital, le malade accuse de plus un mal de gorge très pénible, de la dysurie, et une constipation opiniatre. Les articulations sont rouges, gonflées, très douloureuses à la pression; le malade reste dans le décubitus dorsal sans pouvoir exécuter le moindre mouvement. Il n'existe aucune complication; le cœur ne présente pas la moindre atteinte, pouls 96; T.A. 38°,9.

Prescription : Salicylate de soude, 8 grammes. Sous l'influence de cette médication, les douleurs et la fièvre cèdent en trois jours, et la convalescence commence.

Le 7 avril, c'est-à-dire plus de cinq semaines après son entrée à l'hôpital, le malade est repris de douleurs articulaires, il est vrai, beaucoup moins intenses que la première fois. L'état général n'est pas sensiblement altéré, la langue est nette, l'appétit conservé, il n'y a pas de fièvre. Mais nous voyons apparaître sur l'avant-bras une rougeur diffuse et peu intense, semée de nombreuses saillies épidermiques, vésiculeuses et transparentes, qui donnent au toucher la sensation d'une peau de chagrin. C'est une sorte d'œdème un peu dur, chaud, à peine sensible à la pression, mais conservant l'empreinte du doigt, offrant en un mot tous les caractères que nous avons signalés dans la précédente observation. Il existe seulement au-dessus de cet œdème un élément nouveau, surajouté, une éruption miliaire presque confluente. Deux jours après (9 avril), la même éruption se montre à l'avant-bras gauche. La rougeur du côté droit est moindre, mais l'œdème est plus prononcé, et, en certains points, nous sentons des nodosités œdémateuses analogues à celles que M. Davaine a si bien décrites dans sa thèse. Sur le dos des pieds, nous constatons aussi une éruption vésiculeuse, miliaire, avec rougeur de la peau surtout à droite. La pression, même forte, ne provoque pas de douleurs. Quant aux articulations, elles ne présentent aucun gonflement, aucun changement de coloration; elles sont seulement douloureuses quand on leur fait exécuter des mouvements : On voit donc encore dans cette observation, que l'œdème et les éruptions ne sont nullement en rapport avec la fluxion articulaire ou périarticulaire. C'est une preuve de plus en faveur de l'indépendance de ces manifestations rhumatismales. Dans la nuit du 9 au 10 avril, le malade ayant souffert et mal dormi, nous le remettons à 8 grammes de salicylate de soude par jour.

10 *avril.* — La miliaire persiste sur le dos du pied, mais s'atténue sur les avant-bras, l'œdème tend à disparaître.

11 *avril.* — Il ne reste plus rien, les douleurs ont

complètement disparu ainsi que l'œdème, et au bout de quelques jours, le malade part pour Vincennes.

Ce nouvel exemple d'œdème aigu rhumatismal diffère peu, comme on le voit, du précédent. Il a eu les mêmes caractères, la même marche, la même durée. Au lieu de l'érythème papuleux et du purpura que nous avions relevés dans la première observation, nous avons eu une éruption miliaire rhumatismale ; c'est toute la différence.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères, déjà donnés, de ces éruptions, et nous finirons en signalant la bénignité remarquable du pronostic (car il ne viendra à la pensée de personne d'imputer au rhumatisme la mort de notre premier malade).

En quelques jours, tout disparaît sans laisser de traces ; et c'est à peine si l'on peut donner le nom de complication à un accident aussi léger et aussi fugace.

Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème

(*Cachexie pachydermique*) ;

Par BOURNEVILLE et D'OLIER.

Les récentes publications de M. Hadden et de M. Ballet qui viennent de mettre à l'ordre du jour l'étude de la *cachexie pachydermique* ou *myxœdème*, nous engagent à présenter, dès maintenant, l'observation suivante que nous détachons d'une note en préparation relative à trois cas de crétinisme.

Cette observation parait apporter dans la discussion quelques faits nouveaux : le sujet est beaucoup plus jeune que ceux des observations rapportées jusqu'ici ; l'état de sa peau diffère un peu des descriptions qui ont été faites. Enfin, le myxœdème ne se présente pas ici comme une maladie autonome se développant et évoluant avec un cortège symptomatique spécial chez un individu jusque-là bien portant ; il apparaît comme complication d'un état préexistant : le crétinisme ; il semble en quelque sorte remplacer le goître absent. Ajoutons que le sujet appartient au sexe masculin ce qui constitue encore une exception à la règle générale.

Les troubles de calorification, l'état des membres, de la face, de l'intelligence, de la parole se rapportent d'ailleurs assez exactement aux descriptions précitées.

Deux autres crétineux de 20 et 21 ans qui se trouvent actuellement à Bicêtre présentent, quoique à un degré beaucoup moindre, un état analogue de certaines régions de la peau et en particulier des paupières. Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ces observations.

OBS. I. — *Idiotie et crétinisme.— Arrêt de développement. — Etat œdémateux et rénitent de la peau (cachexie pachydermique) avec tumeurs myxomateuses disséminées.*

Thén... Eugène, 19 ans, placé à plusieurs reprises par sa mère à l'infirmerie des idiots de Bicêtre, est entré en dernier lieu dans (service de M. BOURNEVILLE) le 16 juin 1879.

Cet enfant difforme et très mal développé présente encore, malgré son âge l'habitude extérieure d'un enfant de deux ans.

Sa *taille* n'est que de 90 centimètres ; son *poids* n'atteint pas 20 kilog. L'histoire de ce malade peut être résumée de la manière suivante.

Antécédents. On ne trouve dans les ascendants aucune trace de névropathies ; pas d'aliénés, d'épileptiques, d'idiots, de suicides etc. Le père et le grand-père paternel seuls sont morts d'apoplexie.

Pas de consanguinité ; le père est né à Paris ; la mère est de Courancelle (Meuse). Elle ne porte aucune trace de goître et il ne paraît pas que le goître ni le crétinisme soient endémiques dans le pays. Un *frère* du malade est mort à l' de 15 mois en nourrice, mais sans avoir eu de convulsions une *sœur*, actuellement âgée de 18 ans, est bien développée intelligente et ne présente aucun accident nerveux.

Notre malade est né à terme. La mère n'indique pas qu'aucun accident lui soit arrivé pendant sa grossesse : elle était seulement triste parce qu'elle n'était pas encore mariée à cette époque ; il n'y aurait jamais eu de scènes violentes et elle n'aurait pas vu de crétins pendant qu'elle était enceinte.

L'enfant était très-gros au moment de sa naissance. Il fut confié jusqu'à un an à une nourrice de Rambouillet, qui l'éleva dans des conditions hygiéniques déplorables (logement humide, etc.), et la mère soupçonne qu'il aurait eu à cette époque quelques convulsions. Quoiqu'il en soit, elle le reprit chez elle et vers 15 mois il commença à marcher ; il ressemblait alors à tous les enfants de son âge ; il était affectueux, donnait quelques signes d'intelligence et prononçait un petit nombre de mots. C'est à cette époque qu'il aurait fait une chute dans un escalier et depuis lors, au dire de la mère, il aurait *complètement changé*. Deux ans après cet accident, il pouvait encore marcher convenablement et accompagnait sa mère dehors ; aucune nouvelle attaque de convulsions n'était survenue ; néanmoins la parole n'avait fait aucun progrès. C'est dans ces conditions que l'enfant fut amené pour la première fois à Bicêtre où il fit un séjour d'un mois (juillet-août 1865). La mère ne voulut pas le laisser davantage, parce que, dit-elle, il s'ennuyait et que d'ailleurs, il était devenu gâteux depuis son entrée. Il marchait aussi moins bien, mais était toujours très affectueux. — La *dentition* se fit lentement. Elle n'était pas complète à 7 ans. En 1871, sa sœur lui fit par imprudence de fortes *brûlures* à la figure et aux mains. Il fut alors ramené à Bicêtre, d'où il ne sortit qu'en octobre 1878 pour y rentrer l'année suivante comme il a été dit plus haut.

Cet enfant, qui est né à Neuilly-sur-Seine, n'a jamais quitté Paris depuis qu'il est revenu de nourrice. Cette dernière n'était pas atteinte de goître.

ETAT ACTUEL (1880). L'enfant reste pendant tout le jour assis devant une table dans un état d'inertie et d'obtusion intellectuelle complète. Sa position habituelle à l'extrémité de la table qu'il a l'air de présider, son regard indifférent et son extrême apathie lui ont fait donner par les employés et les malades le sobriquet de *Pacha*, sous lequel il est connu dans la maison.

La *tête* est volumineuse et irrégulière et sa forme rappelle grossièrement celle d'un pain de sucre. L'occipital forme en arrière une saillie notable du côté gauche ; en avant, on note au contraire un développement plus considérable de la bosse frontale droite : vu d'en haut, le crâne présente ainsi une plagiocéphalie assez marquée. La partie postérieure du crâne est très développée. Les sutures fronto-pariétales sont saillantes et les dépressions sus-sourcilières très prononcées. Le cuir chevelu est atteint d'une calvitie presque complète et présente sur toute son étendue une desquamation analogue à celle du pityriasis capitis. Les cheveux sont courts, volumineux, secs, presque noirs ; ce sont des cheveux d'adulte et leur rareté contraste tristement avec la physionomie enfantine du malade.

Le visage est hideux ; le front et la racine du nez sont couverts de rides, les sillons naso-lobiaux sont très accusés, le nez est camard, très déprimé à sa racine comme chez la plupart des petits enfants ; sur toute l'étendue de la face, la peau est mate, d'une couleur blanc jaunâtre et bouffie ; cette bouffissure, surtout marquée au niveau des joues qui sont pendantes, des lèvres et des paupières, contribue à accuser les rides et donne à la physionomie un air vieillot, contrastant encore avec l'apparence fine et cireuse de la peau qui est absolument glabre : les sourcils sont à peine marqués et les cils rares ; les yeux restent constamment à demi-fermés et les paupières sont collées chaque matin par suite d'une *blépharite ciliaire* double. — Ajoutons, pour terminer ce portrait, qu'il existe sous le menton une vaste *cicatrice* de brûlure s'étendant d'une oreille à l'autre, à la manière d'une jugulaire ; la surface de cette cicatrice qui

sente une couleur violacée, est parsemée de brides dont quelques-unes insérées au niveau du pli mento-labial, produisent le renversement de la lèvre inférieure, l'écoulement presque continuel de la salive et achèvent ainsi de donner à la physionomie l'air bestial qui la caractérise. L'enfant peut néanmoins fermer la bouche quand il le veut, mais un effort paraît nécessaire pour cela et il ne ne le fait guère qu'au moment de la déglutition. Pendant la mastication, la lèvre inférieure reste pendante et laisse s'écouler au dehors une partie de la salive et des aliments. Les *dents* sont pour la plupart cariées et usées jusqu'au niveau des gencives; en haut, les deux incisives médianes de lait persistent en avant des dents définitives correspondantes. Il ne paraît pas exister d'asymétrie de la voûte palatine ni de malformation du voile du palais. Les *oreilles* sont régulièrement ourlées, symétriques et présentent un lobule bien développé; elles s'écartent fortement de la tête en arrière.

La bouffissure de la face mentionnée ci-dessus, ne paraît pas avoir existé toujours au même degré; il semble y avoir eu un temps, d'après les renseignements fournis par la mère, où la physionomie de l'enfant réflétait assez exactement ses sentiments : aujourd'hui, la face bouffie paraît avoir perdu beaucoup de sa mobilité et les rares phrases qui sont comprises n'excitent aucun jeu de physionomie; la joie s'exprime par un sourire grossier et disgracieux. La douleur et souvent une légère contrariété suffisent à provoquer des larmes et des cris. La *parole* est réduite à quelques monosyllabes: *ajour* pour bonjour, *teau* pour gâteau, *ci* pour merci, et quelques autres. La voix est enrouée, nasillarde, la prononciation confuse et ce n'est ordinairement qu'en pressant l'enfant de questions ou en lui présentant le bonbon attendu qu'on obtient une réponse lente à venir et comme trainée.

L'habitus général du tronc et des membres est assez remarquable. Outre le défaut de taille déjà signalé, on remarque une extrême brièveté du cou qui est en même temps très élargi, mais ne porte aucune trace de tumeur thyroïdienne. On sent distinctement le larynx sur la ligne médiane en plaçant la tête dans l'extension et en déprimant fortement les téguments, notablement épaissis à ce niveau. Tout au plus peut-on sentir sur le côté droit du cartilage thyroïde, quelques nodules roulant sous le doigt et appartenant peut-être au corps thyroïde.

La tête est légèrement fléchie sur le thorax. Sur toute l'étendue du tronc, la peau est fine, d'un blanc mat, assez résistante sous le doigt, comme infiltrée et paraît recouvrir une épaisse couche de tissu cellulaire lâche; au-devant du thorax elle est sillonnée de petites veines et de nombreux capillaires. Ainsi que le faisait récemment remarquer M. Hadden, la transpiration est insensible et l'excrétion de la matière sébacée paraît complètement suspendue.

Au niveau des régions sus-claviculaires, au-dessous des aisselles et en divers points du thorax, on la trouve soulevée par des tumeurs molles, tremblotantes, d'apparence myxœdémateuse. Ailleurs, elle est tendue, résistante sous le doigt et comme bouffie de graisse. On ne constate pas à la main d'abaissement notable de la température. Le thermomètre appliqué sur le devant de la poitrine, puis sur une des tumeurs cervicales a marqué successivement 35°, 6 et 36°, 2, la température extérieure étant de 25°.

La *température rectale*, prise matin et soir pendant 8 jours consécutifs, est restée invariablement à 27°, 2 le soir. Il paraît donc exister un léger abaissement de la température centrale. Le ventre est volumineux.

Les membres sont gros, courts, empâtés, et la peau y présente les mêmes caractères que sur le tronc; toutefois, on y observe un abaissement de température, sensible même à la main; le thermomètre appliqué sur la face externe des bras marque à droite 33°, 8, à gauche 34°, 1.

La main droite est déformée par une *brûlure* dont la cicatrice a produit la rétraction des trois derniers doigts. La préhension est encore possible avec le pouce et l'index dont le malade se sert encore assez adroitement pour saisir les pièces de monnaie ou les bonbons qu'on lui présente. Sur le dos de cette main, la peau, comme œdémateuse, forme une pelote épaisse, mais ce gonflement résiste sous le doigt et ne disparaît pas par la pression. La main gauche présente un état analogue, bien qu'à un degré moins marqué.

Aux membres inférieurs, la bouffissure est surtout prononcée aux jambes et aux pieds dont la peau est plus ou moins cyanosée. Les deux membres sont de longueur égale. La voûte plantaire est à peine marquée ; la *marche* est difficile, lourde, mais cependant possible lorsque l'enfant est tenu par la main.

Il est intéressant de remarquer ici qu'il a fait à cet égard de réels progrès depuis le mois d'octobre : tandis qu'il avait alors beaucoup de peine à exécuter quelques pas, que, pour cela, il restait confiné au lit une grande partie de la journée, il parvient aujourd'hui, après avoir été exercé pendant huit mois à faire chaque jour le tour de la salle, à marcher presque sans aide. Il peut également se tenir debout pendant un temps assez long en s'appuyant aux barreaux d'une chaise ou d'un lit.

Les organes génitaux ne présentent pas de vice de conformation, mais un arrêt de développement complet; la peau y est épaisse et œdémateuse, comme dans les autres régions; les deux testicules sont dans les bourses et présentent à peine le volume d'une noisette. Pas d'onanisme.

L'*urine* examinée à plusieurs reprises et avec soin par M. Barré, interne en pharmacie du service, est claire, citrine et ne contient ni albumine ni glycose. L'enfant est grand gâteux et la difficulté où l'on se trouve de recueillir isolément la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, n'a pas permis de doser l'urée éliminée de ce côté.

Sur le tronc et les membres, la peau est absolument glabre, même aux aisselles et au pubis, bien que le malade soit entré dans sa vingtième année. D'après les renseignements recueillis dans le service, elle était l'année dernière le siège d'une desquamation continuelle, analogue à celle qui persiste encore sur le cuir chevelu: cette desquamation, surtout marquée aux membres, au tronc et à la face était furfuracée. Elle a disparu sous l'influence de soins hygiéniques mieux entendus et des bains salés, administrés deux fois par semaine depuis octobre 1879.

La *sensibilité générale* est conservée et paraît un peu émoussée; le chatouillement n'est généralement pas perçu. La sensibilité au froid est très marquée. Quant aux sensibilités spéciales, la *vue* et l'*ouïe* paraissent égales des deux côtés. Le *goût* semble intact : Thén... ne mange pas d'ordures et écarte les saletés qu'il rencontre dans son assiette. Il mange sa soupe seul, avec une cuiller qu'il tient de la main gauche et les autres aliments avec ses doigts. Il boit également seul en tenant le gobelet avec ses deux mains.

Rien de particulier à signaler du côté de l'*appareil digestif*. Il n'existe ni vomissements après les repas, ni constipation exagérée. Une chute du rectum qui s'est produite il y a quelques mois a pu être réduite et maintenue par des cautérisations appropriées.

Nous avons déjà indiqué, chemin faisant, l'état de l'intelligence; notons encore que Th... reconnaît sa mère, sa sœur et les diverses personnes du service; parfois sa physionomie semble s'éveiller un moment à la vue de la nourriture ou des bonbons. Une poupée qu'il a eue pendant quelques semaines paraissait lui procurer quelque plaisir.

Le sommeil est tranquille ; l'après-midi tout entière se passe dans un état de demi-somnolence et d'immobilité. Jamais depuis qu'il est à Bicêtre, cet enfant n'a présenté de phénomènes d'excitation ni d'accès convulsifs.

Si l'on veut rapprocher notre observation de la description tracée par M. Hadden (nos 30, 31 du *Progrès*) et du cas de M. Charcot, rapporté par M. Ballet (n° 30), on verra de suite qu'il s'agit, chez Thén..., de la même maladie. L'ensemble des symptômes notés du côté de la peau, aujourd'hui moins marqués qu'il y a dix mois, grâce à un traitement tonique et à une meilleure hygiène, ne nous paraît laisser aucun doute à cet égard.

L'aspect de notre malade, qui ressemble à un crétin, avait frappé M. W. Gull qui a décrit cette affection sous

le nom d'*œdème crétinoïde*. Parmi les autres symptômes, nous relèverons simplement l'état de la température qui est abaissée au-dessous du chiffre normal.

Jusqu'ici, nous ne connaissons que 17 cas de cachexie pachydermique : 5 de M. W. Gull, 5 de M. Ord, 4 de M. Charcot, 1 de MM. Charcot et Thaon, 1 de M. W. Hammond, et le nôtre. Tous, sauf deux, ont été observés chez des femmes (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Sur le Bromure d'Ethyle.

L'emploi du Bromure d'Ethyle en thérapeutique commence à se généraliser; aussi j'ai pensé qu'il ne serait point inutile de donner à nos lecteurs quelques renseignements car la nature chimique et la préparation de ce corps.

Le *Bromure d'Ethyle* ou *Ether Bromhydrique* C^4H^5Br a été découvert par Serullas en 1829 et depuis lors a été l'objet de travaux nombreux et intéressants parmi lesquels nous citerons ceux de MM. Berthelot, Personne et E. Caventou. C'est un liquide incolore, transparent, très mobile et d'une densité assez considérable 1,47 à 0 degrés. Sa saveur est d'abord sucrée, puis légèrement amère et assez persistante. Il est très peu soluble dans l'eau, mais l'est en toute proportion dans l'alcool et l'éther. Pour l'usage interne, on ne peut donc l'administrer en potion que dans un véhicule hydro-alcoolique ou bien sous forme de perles. Lorsque le bromure d'éthyle est *chimiquement pur et bien rectifié*, comme nous l'indiquerons plus loin, il possède une odeur très suave et très agréable, et qui n'impressionne pas d'une manière brusque, comme celle du chloroforme. L'éther bromhydrique est très volatil ; son point d'ébullition est fixé à 40°, 7 dans les livres classiques ; mais ce chiffre a, je crois, besoin d'être rectifié et abaissé à 39 degrés et quelques dixièmes. Ce détail dont je m'occupe pour le moment offre ici peu d'intérêt, aussi passons. En raison de sa grande volatilité le bromure d'éthyle produit par son évaporation un abaissement de température considérable. Lorsqu'on dirige sur le réservoir d'un thermomètre le jet d'un pulvérisateur rempli de cette substance, on fait facilement descendre la colonne mercurielle à −15°.

Le bromure d'éthyle n'est point inflammable ; mais il est combustible ; j'insiste sur la différence, car j'ai déjà plusieurs fois vu la confusion être faite ; si l'on présente une allumette enflammée à la surface de l'éther bromhydrique placé dans une soucoupe, ce liquide ne s'enflamme point. On peut même au moyen du pulvérisateur lancer un jet de bromure d'éthyle sur la flamme d'une lampe à alcool. Cet éther n'est donc pas inflammable ; mais si, après en avoir mouillé un tube de verre, on *plonge* celui-ci dans une flamme et qu'on l'y *maintienne*, le bromure d'éthyle brûlera avec une flamme verdâtre, puis s'éteindra aussitôt qu'on retirera le tube de la flamme. En ajoutant au bromure d'éthyle une quantité suffisante d'alcool, on parvient à le rendre inflammable. Si donc on a rencontré du bromure d'éthyle pouvant brûler quelques instants, c'est qu'il était mal rectifié et renfermait de l'alcool et même un peu d'éther éthylique. Un des produits de la combustion du bromure d'éthyle est de l'acide bromhydrique qui répand des fumées blanches à l'air. On observe ce fait lorsqu'on pulvérise du bromure dans une pièce où se trouvent des lampes allumées ; les vapeurs en arrivant au contact de la flamme se décomposent et donnent lieu à la production d'une fumée plus ou moins intense. On observe le même fait, mais d'une manière moins marquée, lorsqu'on projette le jet de bromure aux environs ou sur le thermocautère, c'est qu'ici il n'y a point de flamme vive.

Préparation. — La préparation du bromure d'éthyle est des plus simples et ce n'est pas là un de ses moindres avantages. Au point de vue du rendement, le procédé le plus avantageux a été indiqué par M. Personne au moyen du *brome*, du *phosphore rouge* et de l'*alcool absolu*. Mais j'ai renoncé à conseiller ce procédé au pharmacien, à cause des difficultés que présente le maniement du brome en quantité un peu considérable. D'un autre côté, le bromure d'éthyle obtenu par ce procédé est loin de présenter une odeur aussi suave que celui qui provient de l'action de l'acide sulfurique sur le bromure de potassium en presence de l'alcool. Cette dernière manière d'opérer a été indiquée la première fois par M. de Vrij et c'est elle que je suis, après lui avoir subir quelques modifications qui augmentent le rendement. Je prends :

Bromure de Potassium *pur*. . .	600	grammes.
Acide sulfurique du soufre. . .	600	»
Alcool 95.	330	»

Dans un ballon d'une capacité double du volume que peut occuper le mélange, on introduit l'alcool, puis on plonge le ballon dans l'eau et l'on verse peu à peu l'acide sulfurique. Ce premier mélange étant fait, on ajoute *par petites portions* le bromure de potassium préalablement pulvérisé, et en tenant toujours le ballon plongé dans l'eau. On ferme le ballon avec un bon bouchon traversé par deux tubes, un tube droit à robinet et terminé par un petit entonnoir et un tube coudé qui se relie à un réfrigérant de Liebig. On distille alors au bain de sable en chauffant vers 125 degrés. On recueille le produit distillé dans un vase où se trouve une petite couche d'eau : cette eau surnage et prévient l'évaporation du bromure. Lorsque l'opération est terminée et qu'on voit se dégager quelques fumées d'acide bromhydrique, on éteint le feu et on laisse refroidir l'appareil : puis, au moyen du tube à robinet, on introduit dans le ballon 50 grammes d'alcool à 95 et on chauffe de nouveau : On obtient ainsi une nouvelle quantité de bromure.

Rectification. — L'éther bromhydrique ainsi préparé a besoin d'être rectifié avant d'être employé. On l'agite d'abord avec trois à quatre fois son volume d'eau pour lui enlever l'alcool qui a passé à la distillation : on sépare au moyen d'un entonnoir à robinet et on répète cette opération. On met ensuite digérer avec de la *chaux* ou de la *potasse caustique*, pour détruire l'acide bromhydrique qui existe toujours et enfin on laisse 48 heures en contact avec du *chlorure* de *calcium fondu* pour bien dessécher le produit. Il ne reste plus qu'à distiller au bain-marie pour avoir du bromure d'éthyle pur pour l'*anesthésie locale*.

Mais lorsque l'on veut obtenir du bromure d'éthyle destiné à l'inhalation pour anesthésie générale, il est nécessaire de compléter cette rectification. Dans la préparation indiquée, outre le bromure d'éthyle C^4H^5Br, il se forme encore d'autres produits ; des dirivés bromés du bromure d'éthyle. Ces composés sont loin de présenter l'odeur suave du bromure d'éthyle et bien qu'ayant un point d'ébullition plus élevé que lui, ils passent encore à la distillation au-dessous de 100. Il importe de les séparer, on y parvient par la méthode des distillations fractionnées ; voici comment on procède :

(1) Pour compléter l'historique, nous citerons: Thaon. *De la cachexie pachydermique* (*Revue mensuelle de méd. et de chirurgie*, 10 août 1880). W. Hammond. — *On myxœdema, with special reference to its cerebral and nervous symptoms.* (*St-Louis Clin. Record*, n° 4, 1880).

Après avoir fait subir au bromure d'éthyle, le traitement par l'eau, la potasse et l'avoir bien desséché sur du chlorure de calcium, on l'introduit dans un ballon avec 5 0/0 d'huile d'olives ou d'amandes douces et on laisse 24 heures en contact en agitant de temps à autre. Puis, on distille au bain-marie en surveillant la température avec un thermomètre qui pénètre dans le ballon, sans que son réservoir baigne dans le liquide. On recueille et on conserve pour l'usage médical tout le liquide qui distille au-dessous de 40 degrés. Ce liquide est du bromure d'éthyle chimiquement pur et possédant une odeur très suave. On en retire environt 950 grammes; si on continue la distillation jusqu'au bout, on voit le thermomètre s'élever rapidement jusqu'à 60 et même 70 degrés et les liquides qui passent à cette température présentent un odeur très désagréable ; ce sont eux qui modifient l'odeur suave du bromure d'éthyle, lorsque ce produit a été rectifié par distillation pure et simple au bain-marie, sans tenir compte de la température.

Pour l'usage médical, on doit donc se servir exclusivement du bromure d'éthyle ayant subi la rectification complète que je viens d'indiquer. YVON.

Bibliothèques pour les malades dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Maintes fois, depuis quatre ans, nous avons appelé l'attention sur l'utilité des bibliothèques pour les malades des hôpitaux, les vieillards et les infirmes des hospices (1) et, il y a quelques mois, M. le Dr A. Blondeau rappelait brièvement ce qui a été fait par le Conseil général de la Seine dans les asiles d'aliénés de ce département (2). Après avoir fait un vain appel à nos collègues des hôpitaux et de la presse, nous nous sommes décidé à porter la question devant le Conseil municipal, au mois de décembre 1878, dans un *Rapport sur le projet de budget de l'Assistance publique pour* 1879. Voici dans quels termes nous avons présenté cette affaire au Conseil :

L'an dernier (3), le Conseil municipal a adopté un vœu invitant l'Administration de l'Assistance publique à créer dans chaque hôpital une *Bibliothèque* pour les malades. De plus, lors du vote du Budget départemental pour 1878 (4) et récemment pour 1879, le Conseil général a voté des crédits pour la fondation et l'entretien de Bibliothèques dans les cinq asiles du Département de la Seine.

La Commission spéciale du budget a pensé répondre à vos désirs en inscrivant un crédit spécial de 10,000 fr. pour la création de bibliothèques dans cinq hôpitaux. Cet essai permettra de voir si ces institutions sont appelées à rendre des services et on examinera alors s'il y a lieu de pourvoir tous nos établissements hospitaliers d'institutions semblables. La Commission estime qu'il faut laisser à l'Administration toute latitude dans le choix des hôpitaux où cet essai sera fait, les uns se prêtant mieux, par la disposition des locaux, à une installation convenable. Il va de soi que l'Administration devra écarter les hôpitaux de Necker, de la Charité, du Midi et de l'Hôtel-Dieu où un legs du Dr E. Godard, ancien interne des hôpitaux de Paris, a permis de fonder des *Bibliothèques pour les malades.*

Enfin, votre Commission vous propose d'inviter l'Administration à soumettre la liste des livres et les projets d'aménagement aux deux membres du Conseil municipal qui font partie du Conseil de surveillance, et d'appeler son attention sur une pratique qui existe à Londres. Cette pratique, qui nous a été signalée par notre ami M. le docteur E. Hart, auquel nous devons beaucoup d'obligations pour les services qu'il nous a rendus lors du voyage de la délégation du Conseil municipal à Londres, consiste en ce que les sociétés, propriétaires des gares, accordent à l'hôpital voisin la permision de placer, dans les salles d'attente, de grandes boîtes qui portent le nom de l'hôpital, et dans lesquelles les voyageurs jettent, en passant, les brochures et les journaux destinés aux malades. Ajoutons encore que, à Londres, les directeurs des Journaux, des Revues et des Magasins illustrés se font un plaisir d'envoyer tout ce qu'ils peuvent aux hôpitaux, pour être mis à la libre disposition des malades. Nous ne doutons pas que la même pratique ne produise à Paris d'aussi bons résultats qu'à Londres.

On voit que l'Administration, de même que les médecins et la presse, avait fait la sourde oreille. C'est donc en désespoir de cause que nous nous sommes décidés à nous adresser au Conseil municipal, espérant que, un crédit étant voté, l'Administration serait dans l'obligation de créer des *bibliothèques pour les malades.* Elle a employé les 10,000 francs votés en 1878 avec sa lenteur habituelle, car il y a seulement quelques mois que les bibliothèques ont été ouvertes.

Si nous parlons encore une fois de ces bibliothèques, c'est dans l'espérance que les médecins et la presse voudront bien s'en occuper, les faire connaître, favoriser leur développement. C'est aussi parce que la pratique anglaise que nous signalions il y a deux ans, dans notre Rapport, vient d'être rappelée dans la lettre suivante adressée à un journal politique par le correspondant de *The Lancet,* M. le Dr Oscar Jennings.

Monsieur le Rédacteur,

Il existe en Angleterre, dans toutes les stations de chemins de fer, des boites destinées à recevoir les journaux que les voyageurs ou les passants veulent bien y déposer. Ces journaux sont distribués ensuite aux hôpitaux.

En voyageant ce matin entre le Vésinet et Paris, j'ai remarqué que la plupart des passagers achètent les journaux du matin qu'ils lisent pendant le trajet, et qu'ils abandonnent ensuite en quittant les voitures. Il me semble qu'il doit suffire de faire connaître le système anglais pour que les Parisiens suivent un aussi bon exemple. Si on établissait des boîtes dans toutes les gares de Paris, on recueillerait chaque jour un nombre de journaux suffisant pour tous les hôpitaux. Il ne s'agit que d'obtenir la coopération des Compagnies.

Agréez, Monsieur le rédacteur, etc. Dr OSCAR JENNINGS.

C'est avec plaisir que nous reproduisons cette lettre, parce qu'elle décidera peut-être l'Administration de l'Assistance publique à faire les démarches nécessaires pour la récolte des journaux et des livres destinés à distraire les malades de nos établissements hospitaliers. B.

(1) Voir *Progrès méd.*, 1877, p. 386, 567; — 1878, p. 791 et 810.
(2) *Progrès méd.*, 1880, p. 138.
(3) Bourneville. — *Rapport sur l'allocation de subventions aux Bibliothèques médicales créées dans divers hôpitaux et hospices* etc., 1877, n° 41, p. 10.
(4) Bourneville. — *Rapport sur le service des aliénés*, février, 1878, p. 21, 35, et novembre 1878, p. 5, 36.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1)

Session de 1880 : Reims

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 18 août 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

M. DE SINETY envoie une note sur les *ulcérations du col de l'utérus dans les métrites chroniques.* Jusqu'à présent, on avait considéré ces lésions d'apparence ulcéreuse comme constituant toute la maladie dont elles ne sont, ainsi qu'on le reconnaît aujourd'hui, qu'une des nombreuses manifestations. L'examen histologique d'un certain nombre de cols utérins enlevés sur la femme vivante, ont permis à l'auteur de se convaincre que c'était au-dessous des couches épithéliales, encore normales, que l'altération commençait par une infiltration d'éléments embryonnaires, fait anatomique qui a été déjà signalé dans l'inflammation des autres muqueuses. On s'explique ainsi pourquoi ces *pseudo-ulcérations* de la portion vaginale du col utérin, qui accompagnent la métrite,

(1) Voir le n° 34.

se trouvent souvent si mal du traitement par les caustiques légers, tels que le crayon de nitrate d'argent, tandis qu'elles guérissent, et avec elles l'affection dont elles sont un symptôme, sans aucun agent topique et sous l'influence des saignées locales et principalement des scarifications. La cause d'erreur résidait dans ce fait que, jusqu'à présent, les histologistes n'avaient eu à leur disposition que des pièces recueillies à l'autopsie.

M. Franck dépose sur le bureau au nom de M. Lantier (de Corbigny), un long mémoire intitulé : *Comparaison entre le pansement de M. Lister (d'Edimbourg) et celui de M. Lantier* (de Corbigny) ! !

M. Poncet (de Lyon) présente le moule en plâtre d'un crâne offrant la *déformation professionnelle des scieurs de long*. On constate chez ces sujets, au niveau du vertex, une plaque de calvitie ovalaire, de la dimension d'une pièce de 5 fr. en argent. A cet endroit, la peau est épaisse, calleuse, et recouvre une masse osseuse, régulière, uniforme, formant dos d'âne sur le sommet de la tête. Cette périostose mesure environ 9 centimètres de long et 4 centimètres de large dans sa plus grande largeur à un centimètre en arrière de la ligne bi-auriculaire. La tumeur que l'on constate aussi bien par la vue que par le toucher est dure, de consistance osseuse, ainsi que le démontre la piqûre faite à ce niveau avec une épingle. Il ne saurait être question d'un épaississement des parties molles ni d'une bourse séreuse volumineuse.

M. P. Landowsky fait remarquer qu'on s'est déjà occupé à la Société d'anthropologie de crânes présentant des altérations analogues.

M. Franck, présente au nom de M. Galante un nouveau *spiromètre*, un *aspirateur* et un instrument pour la *transfusion du sang*.

M. Bertillon présente au nom de M. Chervin un tableau synoptique sur la géographie médicale de la France et indiquant pour chaque département la proportion, sur 1,000 conscrits examinés par les conseils de révision de 1850 à 1869 des exemptés du service militaire pour 23 infirmités choisies parmi les plus fréquentes. (Hernies, scrofules, etc.)

M. Houzé de l'Aulnoit fait une communication sur les injections de perchlorure de fer au 16[e] dans le traitement de l'hydrocèle.

M. Delacroix (de Reims) donne une statistique des cas de *traumatismes oculaires* qu'il a observés depuis plusieurs années. La plus grande partie des cas de traumatisme se sont rencontrés chez les ouvrières qui travaillent au dégorgement du vin de Champagne, opération qui amène très souvent l'explosion de la bouteille dont les éclats sont projetés vers la figure. Les blessures de l'œil, de cette nature, se distinguent aux caractères suivants :

1° Elles sont ordinairement de forme caractéristique : longitudinales, transversales ou obliques, rectilignes ou curvilignes, linéaires ou en forme de lambeau, elles offrent ce caractère commun que les lèvres de la plaie sont aussi nettes qu'une coupure de rasoir ou qu'une section faite par le chirurgien.

2° Presque toujours dues à l'action de fragments importants, elles ne sont pour ainsi dire jamais compliquées de corps étrangers, par la rétention dans la plaie ou dans l'œil d'une ou de plusieurs parcelles de verre. 3° En raison de la netteté de la section, elles ont peu de tendance à entrer en suppuration, malgré l'enclavement fréquent de notables parties de l'iris et quelquefois de débris du cristallin ou de la capsule.

M. Delacroix décrit ensuite plusieurs appareils protecteurs (brassière, plaque de cuir fixée au tablier), qui ont été préconisés, mais la figure est protégée incomplètement et les ouvrières refusent de porter des lunettes, même en toile métallique très claire, parce que la vision est moins nette. Ils sont donc, ce qui est regrettable, peu ou pas employés. M. Delacroix, présente ensuite deux malades qui sont privés de la membrane *iris*.

M. Gayet demande à examiner les malades à l'ophthalmoscope, car il regarderait comme très intéressante la preuve de la suppression d'un organe aussi important. Il rappelle qu'on rencontre quelquefois de vastes colobomas dans lesquels l'iris s'est rétracté à tel point qu'il n'est plus qu'à l'état d'un cercle caché complètement dans la chambre antérieure.

M. Fibich présente 3 moules de moignons, suite d'amputations sous-périostées, pratiquées chez des adultes par son maître, M. Houzé de l'Aulnoit.

M. Houzé de l'Aulnoit ajoute que cette communication est le résultat de sept années de travaux et que la méthode sous-périostée lui donne d'excellents moignons.

M. Boutmy, en son nom et au nom de M. Brouardel, lit un travail des plus intéressants sur les *alcaloïdes cadavériques*. Au cours de la décomposition cadavérique, il se forme certaines substances alcaloïdes que l'on a nommées ptomaïnes. Pour combattre les négations souvent émises, MM. Brouardel et Boutmy ont fait de nombreuses expériences. M. Boutmy cite les deux suivantes : *A*. Quelques heures après la mort d'un individu asphyxié par l'oxyde de carbone, on ne trouve aucune trace de poison dans les organes. Huit jours après, on constate la présence d'une base organique solide, présentant les caractères généraux des alcaloïdes et capables de tuer à petites doses les grenouilles et les cobayes. — *B*. Dans le deuxième cas, une ptomaïne a été découverte chez un sujet empoisonné par l'acide arsénieux.

Il y a donc intérêt au point de vue médico-légal, de savoir qu'une ptomaïne peut se développer chez un individu empoisonné ou non. Il y a donc aussi intérêt à empêcher la production de ces ptomaïnes par le froid, qui doit être employé à la morgue. Les caractères des ptomaïnes sont variables, le plus souvent volatiles, quelquefois fixes. Même au bout de dix-huit mois de séjour dans l'eau une ptomaïne présentera de l'analogie avec la vératrine. — Les ptomaïnes sont toxiques pour l'homme. — D'ailleurs, ce sont là les premiers résultats du travail entrepris par MM. Brouardel et Boutmy. Les faits nombreux permettront sans doute de résoudre les difficultés qui en dépendraient pour l'expertise médico-légale.

M. Verneuil. Lorsqu'on porta en 1869 cette question des alcaloïdes cadavériques à la tribune de l'académie et qu'on parla pour la première fois de la production d'un corps cristallisable, alors décrit sous le nom de sulfate de sepcine, l'orateur ne recueillit qu'un immense éclat de rire. —La communication de M. Boutmy n'en présente pas moins aujourd'hui un intérêt capital. Il est extrêmement important de savoir qu'il peut se produire au niveau des portions gangrénées d'un membre par exemple, des poisons éminemment toxiques et pouvant produire dans un laps de temps très court des accidents les plus graves.

M. Verneuil, au nom de M. Terrillon, communique une note sur les *fistules ano-vulvaires* ou *périnéales* consécutives aux abcès de la glande vulvo-vaginale. A la suite de phénomènes inflammatoires localisés, soit au niveau de la glande vulvo-vaginale elle-même, c'est-à-dire vers la partie postérieure de la grande lèvre, soit un peu au-dessous, vers l'extrémité inférieure de cette dernière, on voit survenir une fistule qui communique avec l'extrémité inférieure du rectum ou la partie supérieure de l'anus, mais dont l'orifice extérieur est situé, dans le premier cas, au niveau ou dans le voisinage de l'orifice de la glande de Bartholin, dans le second cas vers l'extrémité inférieure de la grande lèvre, plus ou moins près de la ligne médiane. Cette fistule peut s'établir d'emblée ou par poussées successives ; comme les fistules à trajet long et anfractueux, il peut y avoir plusieurs orifices extérieurs. Il peut y avoir aussi des variétés considérables dans la longueur du trajet, la profondeur de l'orifice anal et l'épaisseur des tissus qui séparent ce trajet de la peau. Après avoir exposé les différentes variétés de ces fistules, l'auteur arrive aux méthodes de traitement de ces fistules, qui constituent une véritable infirmité. Les injections irritantes ont été essayées dans plusieurs cas, mais elles paraissent avoir échoué. On a essayé alors le débridement large, de façon à transformer le trajet fistuleux en une plaie ouverte, et cela au moyen du bistouri. M. Terrillon, dans ces cas, préconise l'emploi du thermo-cautère, qui a l'immense avantage de produire une plaie exsangue, et de cautériser le fond des trajets fistuleux, ordinairement garnis de bourgeons fongueux. Lorsque la fistule est très petite et courte, on pourrait employer la ligature élastique, laquelle

serait cependant contre-indiquée dans le cas où l'on aurait une trop grande quantité de peau à couper. Enfin il pourrait se présenter que l'incision occupant toute la hauteur du périnée produisit un effet analogue à celui de la déchirure complète de la cloison. Dans ce cas, on serait autorisé à pratiquer immédiatement après un avivement soigneusement fait une périnéorraphie méthodique.

M. Denucé dit que, lorsqu'il était interne de Chassaignac à l'hôpital de Lourcine, il a également observé des fistules ano-vulvaires consécutives à l'inflammation de la glande vulvo-vaginale. M. Chassaignac en montra, dès cette époque même, un cas à M. Huguier qui était médecin du même hôpital.

M. Verneuil communique au nom de M. Garnier une note *sur un cas d'épistaxis*. Un homme de 52 ans, pris d'épistaxis à trois reprises différentes, et tamponné par un pharmacien entre dans le service de M. Verneuil, parce que l'hémorrhagie revenait tous les trois jours, très régulièrement. Pensant à une épistaxis intermittente, on administra le sulfate de quinine, mais sans succès. L'ergotine à l'intérieur et en injections dans les ailes du nez resta sans résultat. L'examen du malade laissant apercevoir quelque apparence de rhumatisme, M. Verneuil donne la digitale, également sans succès. Arrivé au 7e jour, on obtient du malade, ouvrier cloutier, l'aveu qu'il faisait des excès de boisson de temps à autre. Aussi, bien que le foie ne soit pas très développé, on pensa à une cirrhose au début. Un vésicatoire de 10 centimètres est placé au niveau du foie. L'hémorrhagie s'arrête pour ne plus revenir.

M. Verneuil ajoute qu'il a déjà vu, il y a 15 ans, une épistaxis s'arrêter par l'apparition brusque d'une hydarthrose chez un rhumatisant.

M. Houzé de l'Aulnoit a observé à Chelée, chez des ouvriers exposés aux vapeurs du charbon ou du gaz, des épistaxis fréquentes. Il les avait regardées comme le résultat de l'intoxication par les carbones et l'oxyde de carbone.

M. Verneuil présente une importante observation recueillie dans son service par ses internes, MM. Bruchet et Labbé. Il s'agit d'un malade sans antécédents scrofuleux ni syphilitiques, présentant des douleurs erratiques dans les membres depuis une attaque de rhumatisme articulaire qu'il a eue en 1871. Entré dans le service de M. Verneuil le 24 mai 1880, cet homme, âgé de 36 ans, présentait sur la pulpe des orteils des points de sphacèle qui grandirent peu à peu en s'accompagnant de douleurs très vives. Des phénomènes analogues se produisirent aux mains, mais les douleurs y étaient beaucoup moindres. Au bout de quelques jours, le gros orteil se sphacéla; les deux orteils voisins étaient rouges et douloureux. — Les caractères de cette gangrène étaient exactement ceux de la gangrène diabétique, mais l'examen de l'urine donna constamment un résultat négatif. Les battements de la radiale et de la pédieuse droites étaient à peine perceptibles.

Les douleurs étant toujours violentes au pied, on fit une quantité considérable d'injections de morphine qui n'apportèrent qu'un faible soulagement. La gangrène gagnait sans cesse et occupait les trois premiers orteils du pied droit et une partie du dos du pied. En même temps, le malade était dans un état continuel de délire. Nulle part aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. Ces troubles cérébraux furent très notablement amendés par l'emploi de la belladone. La température oscillait entre 37°, 5 et 38°.

M. Verneuil, qui n'est point partisan des amputations dans la gangrène des extrémités, pensa néanmoins que, dans le cas particulier, l'intervention immédiate devenait nécessrire, car au 12 juillet la gangrène s'étendait jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne, et le malade souffrait toujours beaucoup. L'amputation fut faite au thermo- cautère, après application préalable de la bande élastique et l'opération se termina sans effusion d'une goutte de sang, au sens littéral du mot.

Durant les 6 jours suivants, les choses allèrent aussi bien que possible. L'état général était excellent, la température ne dépassa pas 38°, 2 et le malade était satisfait autant que le chirurgien, lorsque, le 18 au matin, il fut pris soudainement d'une violente oppression, avec pâleur extrême, abattement en un mot tous les signes d'une hémorrhagie interne. Le pansement fut retiré et on constata qu'il y avait un commencement de sphacèle des lambeaux. A midi et demi le malade succomba.

A l'*autopsie*, le cerveau, le foie, les poumons furent trouvés très pâles, ischémiés, mais absolument sains. L'estomac renfermait une masse considérable d'un liquide noir, formé en grande partie par du sang. Au niveau de la paroi antérieure immédiatement au-dessous de la petite courbure existaient deux ulcères simples, séparés par un pont de 3 à 4 millimètres et d'un diamètre moyen, l'un de 4 cent., l'autre de 3. La muqueuse et la couche musculaire sous-jacente étaient distinctement étagées dans le plan de l'ulcération; enfin, au centre, on remarquait un petit caillot oblitérant un vaisseau qui traversait l'ulcère, avait été mis à nu et avait donné naissance à l'hémorrhagie. — On n'a pu trouver de thrombose dans l'artère coronaire ni dans ses diverses branches. Rappelons en passant qu'à aucun moment le malade ne s'est plaint de son estomac et qu'il n'avait jamais eu ni méléna, ni hématémèse.

Le cœur était absolument sain. — L'aorte présentait quelques plaques athéromateuses, mais l'endartère y était encore parfaitement lisse. L'artère fémorale droite était oblitérée à partir de l'anneau du 3e adducteur: — à gauche, la poplitée était thrombosée. — La radiale et la cubitale droites étaient également oblitérées ainsi que la cubitale gauche. Ajoutons que les artères du membre amputé avaient été trouvées oblitérées à l'endroit même de la section. Dans tous ces vaisseaux, le caillot était absolument adhérent, rougeâtre et granuleux. — L'examen histologique a montré dans toutes ces artères des lésions inflammatoires et prolifératives des tuniques interne et moyennes, mais à des degrés divers.

Cette observation paraît intéressante à deux points de vue: tout d'abord cette gangrène des extrémités survenant sans cause appréciable et ces thromboses artérielles plus étendues encore que ne pouvait le faire supposer l'importance des sphacèles, constituent déjà un fait remarquable. Quant à la pathogénie de ces oblitérations artérielles, on ne peut invoquer l'existence d'embolies dont aucun organe n'a pu être l'origine ainsi que permettent de l'affirmer les constatations anatomiques et, de plus, cette localisation de lésions artérielles aux extrémités des membres sans infarctus dans les viscères habituellement atteints en pareil cas, contribue à faire rejeter cette hypothèse. On sait, d'autre part, combien est contestée la thrombose primitive et il n'y a guère à y penser chez un homme de 36 ans, ne présentant aucune maladie diathésique.

On ne peut donc invoquer qu'une endartérite primitive, d'origine probablement rhumatismale, et ayant d'abord porté sur les artères périphériques, ainsi que le dénotent les altérations plus avancées dont elles sont le siège.

Le second point important est la coexistence de ces gangrènes périphériques et d'ulcères simples de l'estomac. Il semble logique de conclure, bien qu'on n'ait pu trouver de branche artérielle oblitérée au niveau des ulcérations stomacales, que cette lésion doit reconnaître la même cause que le sphacèle des membres, une oblitération artérielle et cette observation paraît être une démonstration évidente de l'explication donnée par Virchow en 1857 de la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. L'hémorrhagie qui s'est produite à la surface d'une des ulcérations ne saurait être une objection à cette manière de voir. Le vaisseau qui a été ouvert n'avait rien à faire avec la nutrition du territoire ulcéré: c'était une artère rampant à ce niveau dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et se dirigeant vers d'autres régions. Peut-être, d'ailleurs le rameau interstitiel thrombosé qui n'a pu être découvert avait-il été lui-même détruit par le travail ulcératif très avancé.

M. Ollier fait une communication *sur les résections de la hanche dans la coxalgie suppurée*. L'auteur admet complètement l'opinion d'après laquelle cette affection guérit par les moyens qu'on pourrait appeler de douceur (immobilisation, ouverture des abcès, drainage, injections anti-

septiques, etc.) Il est néanmoins des cas où ces moyens sont absolument insuffisants.

L'introduction du pansement de Lister dans la pratique chirurgicale doit aujourd'hui changer notablement les indications opératoires et on peut certainement entreprendre actuellement certaines opérations qu'il eût fallu repousser autrefois. D'ailleurs, M. Ollier est loin de prétendre qu'il faille, comme le veulent certains chirurgiens Allemands, réséquer la tête du fémur dès qu'il y a un peu de pus dans l'articulation. Il y a longtemps qu'on reproche à l'expectation et aux méthodes de douceur, de laisser le malade s'affaiblir, se tuberculiser, etc., et on constate qu'il y a réellement certains avantages à pratiquer la résection avec les nouvelles méthodes de pansement. Et tout d'abord, il importe de bien différencier les résections de la hanche chez l'enfant, des mêmes résections chez l'adulte. Tous les opérés de M. Ollier qui avaient dépassé 20 ans sont morts à une échéance plus ou moins éloignée.

La question du raccourcissement du membre chez les enfants n'est pas une objection sérieuse puisque l'accroissement du fémur se fait surtout par l'extrémité inférieure. M. Ollier pense d'ailleurs que la résection de la tête *seule* est suffisante dans la grande majorité des cas. Or, cette résection isolée de la tête n'a évidemment aucune influence sur l'accroissement du membre. — On a reproché à la résection de la hanche d'être une opération hérissée de difficultés si l'on veut suivre toutes les règles de la méthode sous-périostée. L'auteur indique le procédé qu'il a définitivement adopté pour faire sortir la tête fémorale de sa cavité et la réséquer sans produire de délabrements trop considérables. La méthode consiste essentiellement à faire avec un couteau à os, à lame étroite, une section oblique en bas et en dehors du grand trochanter. Cette section se fait sans difficulté, car chez les sujets de moins de 10 ans, on sait que les os se coupent facilement au couteau et on peut alors relever le grand trochanter muni de toutes les insertions intactes des fessiers et formant avec eux un vaste lambeau qui est récliné. Le champ opératoire étant ainsi déblayé, on peut, sans être gêné, inciser la capsule articulaire, faire saillir la tête fémorale, la réséquer, explorer la cavité cotyloïde, la ruginer, s'il en est besoin, la trépaner même, si l'on soupçonne la présence d'une collection purulente de l'autre côté, etc. Puis, les choses étant remises dans l'état, l'opération est terminée par la suture de la capsule (catgut) et la réunion du trochanter au col fémoral.

M. Ollier commence ordinairement le traitement de ses malades par le drainage. Si cette méthode ne paraît pas réussir, il pense que le mieux est d'intervenir sans hésitation, car, d'après les statistiques qu'il possède, il est démontré que *la résection de la hanche dans la coxalgie suppurée chez les jeunes sujets, diminue la mortalité* au lieu de l'augmenter. En laissant des malades dans une gouttière pendant 3 ou 4 ans, on agit sur l'accroissement du membre d'une manière encore beaucoup plus fâcheuse qu'en faisant la résection.

Quant aux adultes, les choses sont absolument différentes et on ne peut aucunement leur appliquer ce qui a été dit ci-dessus. Il y a néanmoins lieu de croire que les nouvelles méthodes de pansement permettront de pratiquer chez eux la résection de la hanche avec des chances de mort moindres qu'autrefois.

M. Wiet, en son nom et au nom de M. Mathias Duval, communique quelques expériences relatives au *trajet abdominal des ovules par les cils vibratiles*. Depuis longtemps, M. Duval, peu satisfait de la théorie de l'adaptation tubaire et frappé, en outre, de l'importance que doivent jouer dans l'économie, les cils vibratiles, s'était demandé si ce dernier agent n'intervenait pas pour favoriser la pénétration dans la trompe de l'ovule détaché de l'ovaire.

Cette hypothèse a été confirmée à la suite de recherches. Sur le péritoine de grenouilles femelles, MM. Duval et Wiet ont toujours constaté, au moment du frai, la présence d'un épithélium à cils vibratiles se mouvant avec une grande vigueur. Il ne leur a jamais été possible de rencontrer ces éléments sur des péritoines de grenouilles mâles ni même de grenouilles femelles à tout autre moment que celui du frai. Ils ont fait avec succès les mêmes observations sur des chattes en rut et ils pensent que, pendant la menstruation, un phénomène semblable doit se passer chez la femme. M. de Sinéty a d'ailleurs rencontré des cils vibratiles abondants sur des tumeurs extraites du bassin, quelques jours avant la période des règles. — S'appuyant sur les données précédentes, les auteurs croient pouvoir formuler l'hypothèse de la « migration intra-abdominale des ovules par les cils vibratiles. »

Cette hypothèse semble d'autant plus acceptable que M. Duval, par des expériences et entre autres par l'expérience de la *limace artificielle*, a démontré combien considérable était réellement la force déployée par les éléments microscopiques. Cette étude sera poursuivie par MM. Duval et Wiet.

M. F. Fournié expose une série de considérations sur le *rôle physiologique de la trompe d'Eustache*. L'auteur examine en particulier les conditions de la propagation des ondes sonores à travers ce conduit et conclut d'expériences faites sur lui-même et divers essais sur la propagation des gaz dans un système de ballons reliés par un tube capillaire, et fermé à une de ses extrémités, que la propagation du son dans la trompe d'Eustache est difficile. Néanmoins elle serait beaucoup facilitée par l'occlusion du conduit auditif externe; il suffit, d'après M. Fournié, d'oblitérer avec la pulpe du doigt l'entrée du conduit auditif pour percevoir immédiatement les bruits internes de l'économie (pulsations cardiaques etc.), Au contraire, lorsqu'on porte dans la région naso-pharyngienne un diapason de volume même assez considérable et en état de vibration, on ne perçoit aucun son.

M. Lœwenberg dit qu'il y a une controverse ancienne sur la question de savoir, si l'orifice de la trompe d'Eustache est ou non constamment ouvert. Pour lui, si M. Fournié n'a pas perçu le son d'un diapason vibrant porté dans le pharynx, c'est que l'instrument était de trop faibles dimensions.

M. Tison expose quelques considérations pratiques à propos d'un cas d'*hydramnios*.

L'hydramnios est une question qui offre beaucoup de desiderata. Dans le cas actuel particulier, par ce premier fait que trois jours avant l'accouchement, il a été pris pour un kyste multiloculaire par un chirurgien très distingué, le ventre avait des proportions plus considérables que dans les deux grossesses antérieures. L'accouchement, qui s'est terminé normalement, a présenté certaines particularités : grande lenteur du travail après une marche d'abord rapide ; poche des eaux très résistante, qu'il a fallu percer avec une longue aiguille en bois; écoulement de six litres de liquide amniotique; impossibilité de faire le diagnostic de la présentation et de la position à cause de la malformation de la tête fœtale. Le fœtus, qu'on n'a pas pu faire respirer, présentait une ossification très imparfaite des os du crâne, un raccourcissement très considérable des premiers segments des quatre membres (bras, avant-bras, cuisse, jambe), avec une mobilité extraordinaire de toutes ces articulations.

M. Parrot dit qu'il a observé un certain nombre d'altérations analogues des os chez le fœtus. Il ne s'agit certainement pas là de rachitisme, mais bien d'un arrêt de développement des os, ayant son origine dans une lésion du cartilage qui est absolument stérile (*achondroplasie*). — Les fœtus qui présentent ces altérations du squelette sont généralement atteints d'hydrocéphalie, ce qui paraît être le cas du sujet de M. Tison ; quelques-uns de ces fœtus survivent, bien que ce soit rare; c'est ainsi que Broca a présenté à la Société d'anthropologie un homme de 42 ans qui était dans ce cas. Il serait très intéressant de savoir si cette monstruosité coïncide quelquefois avec l'hydramnios et à ce point de vue l'observation de M. Tison est importante à conserver.

M. Tison ajoute comme complément de la description de son fœtus, que le corps paraissait bien conformé dans son ensemble, mais que la peau semblait trop grande pour le corps. Au niveau des membres principalement, elle formait une série de plis qu'on pouvait facilement écarter en faisant glisser le tégument. Il existait également une quantité de dépressions plus ou moins profondes en forme d'infundibula, mais, dans ces points même, il n'existait aucune adhérence.

M. Lœwemberg (de Paris) lit un travail sur les *parasites végétaux de l'oreille humaine.*

L'otomycosis est une affection de l'oreille, caractérisée par le développement de moisissures du genre aspergillus dans le conduit auditif, sur la membrane du tympan, et, en cas de perforation de celle-ci, jusque dans la caisse. Elle provoque de la surdité, de l'écoulement, des bourdonnements, des élancements et des démangeaisons. Cette maladie peut durer de longues années, à moins d'un traitement spécial antiparasitaire.

L'otomycosis est surtout causée par l'usage de certains remèdes destinés à combattre d'autres affections de l'oreille, spécialement par l'usage des corps gras qui, en se décomposant (rancissement), fournissent un aliment aux champignons dont les spores se trouvent partout. M. Lœwemberg a découvert que cette affection peut être provoquée, en outre, par l'emploi de remèdes altérés, contenant un dépôt floconneux qu'il a toujours trouvé composé de filaments et de spores de mucédinées. Des parasiticides efficaces, tels que l'alcool absolu, guérissent rapidement l'otomycosis.

Comme prophylaxie, l'auteur conseille de remplacer les corps gras par la glycérine, et de faire bouillir, de temps en temps les solutions aqueuses qu'on emploie pour tuer sûrement mycélium et spores. Les mêmes précautions devraient être apportées à l'usage des solutions employées pour le traitement d'autres parties du corps, l'œil, par exemple, où on a découvert récemment un mycosis fort grave de la cornée et l'auteur a trouvé, dans des échantillons de collyres usuels (atropine, pilocarpine, etc.), les mêmes dépôts de champignons. Des mesures analogues devraient être prises pour les solutions employées en injections sous-cutanées où les impuretés parasitaires pourraient bien être la cause de l'irritation locale survenant quelquefois. L'auteur conseille en terminant de conserver les remèdes en solutions alcooliques ou bien dissous dans l'eau, mais en solutions saturées, la concentration étant défavorable à la production des champignons. Ce n'est qu'au moment de l'emploi qu'on ajoutera la quantité nécessaire d'eau, préalablement portée à l'ébullition et ensuite suffisamment refroidie. Blondeau et d'Olier.

Séance du 19 août 1880. — Présidence de M. Denucé.

M. Gentilhomme (de Reims) lit une note sur le traitement de l'acné de la face ; elle se termine par les conclusions suivantes :

1° L'acné de la face reconnaît pour cause principale dans certains cas la présence d'un *parasite,* le démodex, dans les glandes sébacées.

2° La destruction du parasite a pour conséquence immédiate la disparition de l'éruption pustuleuse et de la rougeur de la peau.

3° La destruction du parasite est possible, mais elle ne peut être obtenue qu'à la suite d'un traitement très long et très minutieux.

4° La conservation d'un certain nombre de parasites, qui ont échappé au poison ou la conservation des œufs, expliquent la facilité de la récidive après une guérison en apparence complète.

M. Gailliet (de Reims) fait une communication sur l'*opération de la cataracte ou iridotomie.* L'auteur fait connaître un procédé qu'il emploie depuis 1865. Il se range à la kératotomie supérieure, afin d'éviter les principaux inconvénients du lambeau inférieur, en particulier l'écoulement complet de l'humeur aqueuse, la hernie de l'iris et la suppuration des lambeaux.

M. Gailliet, présente ensuite une observation de *glaucome aigu,* amélioré par l'iridotomie.

M. Bouchut expose ses expériences sur la *papaïne* et *autres pepsines* tirées du *carica papaya* et du *ficus.* L'auteur montre des échantillons de papaïne, extraite du carica papaya et de ficoïne extraite du ficus. Il montre qu'il y a, dans le latex d'un grand nombre de végétaux, des sucs remplis de pepsine végétale qu'on peut isoler et employer en thérapeutique. La papaïne est très abondante et la ficoïne l'est beaucoup moins. Avec une solution de 10 cent. de papaïne pour 30 gr. d'eau, on peut faire digérer 15 gr. de fibrine, qui est convertie en peptone assimilable. De ces expériences, M. Bouchut conclut que l'on peut employer la papaïne dans la dyspepsie ou dans les maladies chroniques des voies digestives, à la place de la pepsine animale qui est si souvent mauvaise et infidèle. De plus, M. Bouchut aurait fait des injections intestinales de papaïne avec la seringue de Pravaz dans les tumeurs cancéreuses, dans les adénomes, les myomes, etc., de façon à les ramollir et à les détruire sur place dans la zone imbibée de ferment. Il poursuivra ses expériences.

M. Catillon fait remarquer que, dans ces digestions artificielles avec des ferments végétaux, il est très important de faire intervenir le facteur de temps. — Il ne nie aucunement l'action de la papaïne que présente M. Bouchut, mais il a tenté, à plusieurs reprises, de répéter ces expériences avec des extraits de carica-papaya tels qu'on les trouve dans le commerce et très souvent il n'a obtenu aucun résultat. Au reste, il ne suffit pas, comme fait M. Bouchut, de faire digérer de la fibrine, il faudrait encore savoir si sa solution de papaïne dissoudrait également bien l'albumine cuite, ce qui est le véritable critérium des ferments digestifs. Si cette digestion demande un mois pour se produire, il est évident que le ferment en question ne remplit nullement les conditions du problème, à savoir l'accomplissement des phénomènes dans une durée de 2 à 3 heures ainsi que cela a lieu pour la digestion stomacale dans l'état physiologique, ainsi enfin que cela est nécessaire pour que l'usage de la papaïne passe dans la thérapeutique pratique.

M. Delaunay expose le résultat de ses études sur la *différentiation en médecine.* Les différences anatomiques et physiologiques qui distinguent les races, les sexes, les âges, les constitutions, les côtés et assurent la prééminence des races supérieures sur les inférieures, du sexe masculin sur le féminin, des adultes sur les enfants et sur les vieillards, des forts sur les faibles, du côté droit sur le côté gauche sont nulles ou presque nulles à la naissance, s'accroissent d'année en année jusqu'à 45 ans, puis diminuent de plus en plus à partir de 50, pour redevenir presque nulles ou nulles au cours de la vieillesse. On se trouve donc en présence de deux groupes biologiques opposés, l'un le plus nourri, le plus vigoureux, composé des forts (races fortes, sexe fort, âge fort, constitution forte, côté fort), l'autre composé des faibles (races faibles, sexe faible, âge faible, constitution faible, côté faible). Cette différentiation anatomique et physiologique entraîne des différences pathologiques et thérapeutiques. Le groupe fort est exposé à certaines maladies, goutte, etc., qui épargnent le groupe faible. Celui-ci, au contraire, est frappé par d'autres maladies, anémie, phthisie, etc., qui épagnent le groupe fort. Les maladies qui frappent le groupe fort (le plus nourri) sont accrues par toutes les circonstances physiologiques et mésologiques qui augmentent la nutrition et diminuées par les circonstances contraires. Les maladies qui frappent le groupe faible (le moins nourri) sont accrues par toutes les circonstances physiologiques et mésologiques qui diminuent la nutrition et accrues par les circonstances contraires.

M. Daremberg (de Menton) expose les idées qui, d'après lui, doivent présider à la *création des hôpitaux hivernaux pour les phthisiques* indigents des grandes villes. Le problème est complexe, il faut en examiner toutes les données. On peut agir de deux façons. Si l'on veut seulement soulager les malades, rendre leurs derniers moments plus longs et plus doux, on les enverra pendant l'hiver dans le midi et pendant l'été on les renverra dans leurs foyers, c'est-à-dire dans les conditions fâcheuses où ils sont devenus phtisiques. Et ils seront voués à une mort certaine par suite de l'interruption dans le traitement hygiénique. La Société en les secourant de cette façon n'aura obtenu aucun effet utile, puisqu'elle n'aura pas rendu une personne robuste à la vie sociale. Elle aura simplement permis à l'homme ou à la femme secourus de donner le jour à un ou deux phtisiques de plus. Mais, pour obtenir un résultat purement humanitaire, on peut beaucoup plus facilement créer des hôpitaux aux environs des grandes villes. Là, les phtisiques, exposés au grand air et soumis à un exercice agréable dans de grandes galeries couvertes, verront leurs derniers moments considérablement adoucis. Mais il importe que, pendant leur séjour à l'hôpital, on les mette hors

d'état de répandre de par le monde de la graine de phtisique. La Société peut bien leur demander ce sacrifice, en échange de ceux qu'elle fait pour eux. Les hôpitaux du midi pourraient-ils servir à la guérison absolue des phtisiques. M. Daremberg n'hésite pas à répondre négativement? Si on veut guérir définitivement un phtisique, il faut pendant 8 ou 10 mois le surveiller et le soigner sans l'interruption d'une seule journée, aussi bien pendant l'hiver que pendant l'été. Et quand même, ce qui n'est pas, l'Etat serait prêt à faire les sacrifices nécessaires, les résultats obtenus seraient certainement bien au-dessous de l'étendue des efforts.

Mais fort heureusement si les hôpitaux hivernaux d'adultes doivent être relégués dans l'avenir, il faut absolument créer de suite plusieurs hôpitaux hivernaux pour les enfants phtisiques, et étendre considérablement les essais si fructueux de Berck. On prendra ainsi le mal à la racine, et il sera beaucoup plus facile de rendre un enfant qu'un adulte à la santé et à la Société. En outre, comme il faut toujours commencer les réformes par le haut de l'échelle sociale, avant de donner le droit à la santé aux indigents qui ne sont pas encore assez instruits pour pouvoir en user avec fruit, donnons-le aux classes moyennes, aux gens à petites bourses. Fondons des maisons de santé où les gens peu aisés, mais doués d'une instruction moyenne, pourront dans le midi pendant l'hiver, dans les montagnes pendant l'été, profiter avec succès des ressources que la nature et la médecine leur offriront. Voilà le présent. Quant aux hôpitaux de phtisiques indigents, c'est l'avenir et l'avenir lointain.

M. Nicaise. La France ne possède qu'un seul hôpital maritime, Berck sur mer, qui rend de grands services à l'assistance publique de Paris; celle-ci est seule d'ailleurs à y envoyer des malades. — M. Nicaise considère qu'il y aurait de grands avantages à créer un hôpital du même genre sur le littoral de la Méditerranée, d'autant qu'on pourrait y envoyer non seulement des rachitiques et des scrofuleux comme à Berck mais encore de véritables malades qui, eux, ne peuvent être renvoyés au bord de la Manche. D'ailleurs c'est là une idée absolument mûre; il n'y a pas plus de quinze jours qu'à l'École des Beaux-Arts, on donnait comme sujet de concours un projet d'hôpital d'enfants sur les bords de la Méditerranée. M. Nicaise s'occupe depuis longtemps de cette question à l'Assistance publique et il est déjà allé plusieurs fois dans le midi pour en poursuivre l'étude.

M. P. Landowski, répondant au problème soulevé par M. Daremberg, relativement à la descendance des phthisiques, dit qu'on ne peut en réalité empêcher les phthisiques de procréer. Le mieux est de les coloniser autant que possible dans des endroits où les enfants peuvent se développer dans les conditions les moins défavorables, de manière à atténuer en eux la puissance latente de la maladie.

M. Delaunay n'admet aucunement qu'il soit nécessaire d'envoyer les phthisiques dans les pays chauds.

Il résulte de ses nombreuses statistiques de biologie comparée que la phthisie est infiniment plus fréquente dans le midi que dans le nord et, dans cette dernière région, elle est surtout professionelle. Les phthisiques du nord qui restent chez eux guérissent quelquefois; les phthisiques des pays chauds ont beau rester chez eux, ils ne guérissent jamais.

M. Daremberg dit que la question de température est absolument secondaire dans le traitement de la phthisie. — C'est l'air et la lumière qui sont les deux conditions essentielles.

M. P. Landowski ajoute que la remarque de M. Delaunay relativement à la rareté de la phthisie pulmonaire dans les climats septentrionaux est en effet exacte. Mais il sait, pour avoir habité la Sibérie du nord, que si on n'y voit pas de phthisiques, c'est qu'ils sont morts avant d'y arriver.

M. Toussaint fait une importante communication sur les *vaccinations charbonneuses*. L'auteur expose notamment les résultats de nombreuses vaccinations pratiquées depuis quinze jours à Toulouse et à Vincennes avec du virus charbonneux, débarrassé de ses éléments figurés. Quelques-uns des animaux seulement ont succombé jusqu'ici, probablement parce que le sérum employé n'était pas absolument débarrassé de ses bactéries. Les animaux, ainsi vaccinés, deviennent réfractaires aux inoculations ultérieures.

M. Bouchut demande quelques renseignements sur cette nouvelle méthode de faire des vaccinations avec des liquides dépourvus d'éléments figurés. Ces nouvelles expériences constituent une sorte de révolution dans l'histoire des inoculations, car on admettait jusqu'ici quelles ne pouvaient être faites qu'avec des liquides contenant des éléments figurés.

M. P. Landowski fait remarquer qu'il n'y a là qu'une contradiction apparente. — Inoculer un virus et rendre des animaux réfractaires à ce virus constitue deux phénomènes parfaitement distincts; — ce sont là deux faits qui, bien que concourant au même but, sont néanmoins de nature très différente.

M. Franck expose le résultat de ses recherches sur la *thermométrie cérébrale*. L'auteur après avoir rappelé les noms des auteurs qui se sont occupés de la question, Broca, Gray, Marigliano, Lombard, cite en dernier lieu Amidon qui a fait sur ce sujet un travail dont le principal défaut est une trop grande précision(1). Le principal problème à résoudre est le suivant : Dans quelle mesure une élévation de la température du cerveau peut-elle se traduire extérieurement? Les expériences personnelles de l'auteur lui ont montré que la température de l'écorce cérébrale était inférieure d'environ 1 degré à celle des régions centrales. Ce fait est déterminé expérimentalement au moyen d'aiguilles thermo-électriques enfoncées plus ou moins profondément dans la substance cérébrale. Ces élévations de température ne peuvent pas être perçues à travers des couches membraneuses et osseuses telles que celles du crâne. Des thermomètres, placés sur une des faces d'os comme ceux de la boîte crânienne, n'accusent une élévation de température qu'à la condition qu'il se produise sur la face opposée une élévation thermique de plusieurs degrés. Dans de pareilles conditions, il faudrait admettre une élévation considérable de la température corticale pour expliquer des ascensions de 1/10 ou 2/10 de degré de la colonne thermométrique, fait qui est évidemment inexact puisqu'il serait incompatible avec la conservation de l'activité fonctionnelle. D'après les calculs de M. Franck, cette température devrait s'élever au minimum à 41° pour expliquer les températures recueillies. Enfin, en concédant même que cette énorme production de température *sur place* fût possible, verrait-on l'élévation thermique se localiser? Ici, intervient la question de la conductibilité plus ou moins grande des différents tissus et les expériences de M. Franck lui ont prouvé que la substance cérébrale conduit très bien la chaleur, tandis que les os la conduisent très mal. Si donc, des élévations thermiques locales se produisent dans l'écorce, elles doivent tendre à se diffuser dans le cerveau plutôt qu'à se porter au dehors. Les localisations thermiques sur de petits espaces sont donc impossibles. Enfin, les conditions de la circulation intra osseuse et superficielle sont de nature à produire le nivellement de la température dans les diverses parties. On ne voit donc pas qu'il puisse exister un rapport de cause à effet entre la température des divers points de l'écorce cérébrale et celle des points correspondants de la surface du crâne.

M. Delaunay demande à M. Franck comment il explique alors les différences de température de la surface du crâne. C'est aujourd'hui un fait acquis que la région antérieure du crâne présente une température supérieure à celle des régions latérales, et que ces dernières ont également une température plus élevée que la région postérieure.

Or, ces températures sont en corrélation avec celles de la surface du cerveau. M. Delaunay demande qu'on lui explique la raison de ce rapport s'il n'y a pas de propagation directe.

M. Franck répond à M. Delaunay qu'il s'agit sans doute là d'une action nerveuse, on sait qu'il existe à la surface du crâne des départements vasculaires indépendants les uns des autres et il est vraisemblable, que ces différents bouquets artériels peuvent, suivant les circonstances, donner des quantités de sang très différentes. — Peut-être, la mise en activité d'une région isolée de l'écorce peut-elle, en produisant un apport sanguin plus considérable, déterminer dans la région correspondante du crâne un apport sanguin également plus grand et conséquemment une élévation thermique.

M. Nicaise communique une note sur l'*Ischémie provisoire produite par la bande d'Esmarch et les hémorrhagies consécutives*. Selon l'auteur, la méthode d'Esmarch ne se généralise pas assez rapidement. La plupart des auteurs redoutent encore les hémorrhagies en nappe, dues à la paralysie vaso-motrice qui suit pendant quel-

(1) Nous devons citer la Revue critique, publiée par M. de Boyer dans le numéro de juillet des *Archives de Neurologie*.

que temps l'application de la bande et qu'on doit quelquefois combattre par les divers moyens propres à ramener la contractilité des vaisseaux. D'après M. Nicaise, les opérations faites d'après la méthode d'Esmarch avec les modifications qu'il y propose comprendra les temps suivants : 1° application de la bande et d'un anneau spécial ; — 2° opération ; — 3° ligatures des artères et veines visibles ; 4° application d'éponges sur la plaie ; 5° enlèvement de la bande et de l'anneau. Il se produit alors une congestion intense de la partie ischémiée : 6° enlèvement des éponges au bout de 8 à 10 minutes ; 7° ligature des artérioles qui avaient échappé la première fois ; 8° pansement.

M. Laborde rappelle à M. Nicaise qu'on pourrait employer, pour combattre des hémorrhagies consécutives à l'application de la bande élastique, les injections locales d'une solution d'ergotine, injections qui agissent, comme il l'a reconnu dans des expériences récentes, en faisant contracter les fibres musculaires d'un des vaisseaux indépendamment de toute influence nerveuse.

M. Laborde présente au nom de M. Jollet, une série de *tracés graphiques* représentant les variations des *battements cardiaques* chez les animaux, soumis à l'action de *différents poisons* (aconitine, digitaline, etc.) Il résulte de ces expériences que chaque poison présente un tracé spécial et presque invariable, fait qui a évidemment une haute importance en médecine légale. Alors même que des quantités infinétisimales de poison, recueillies dans le foie, ne pourraient être reconnues par les procédés chimiques, on pourrait encore, en les injectant sous la peau d'une grenouille, reconnaître, au tracé obtenu, la nature de la substance toxique, tant est sensible le réactif physiologique.

M. Landowski rapproche la communication de M. Laborde de celle de M. Boutmy et ajoute qu'il y aurait peut-être là une méthode de plus pour différencier les ptomaines cadavériques des alcaloïdes toxiques.

M Franck insiste, en résumant la discussion, sur l'importance que présentent les tracés physiologiques pour le diagnostic rétrospectif de la substance qui a produit telle ou telle intoxication correspondant à un tracé précédemment connu et cite un fait à l'appui de cette manière de voir. Blondeau et d'Olier.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1)

48e *Congrès : session de Cambridge* (10, 11, 12, 13 *Août* 1880).

Section de Psychologie. — *Discours de* M. Crichton Browne. — L'orateur commence par féliciter ses confrères en psychiâtrie et la British Association tout entière de la création de la section spéciale dans laquelle il est appelé à prononcer le discours d'ouverture ; il est convaincu que, pour les uns et les autres, cette section sera d'une grande utilité. — Il rappelle que récemment le conseil supérieur de l'Instruction publique a refusé d'introduire l'enseignement des maladies mentales dans le programme des examens ; le conseil a bien fait, car la psychiâtrie est réellement une branche spéciale des sciences médicales ; on en a fait jusqu'à présent une spécialité, et il faut qu'elle reste une spécialité. Ce n'est pas à dire pour cela que les médecins puissent se dispenser de connaître les maladies mentales, ou que les aliénistes doivent rester confinés dans leurs études sans se tenir au courant de toutes les nouvelles acquisitions de la médecine générale ; mais, pour arriver à la connaissance approfondie des troubles psychiques, il faut en faire une étude spéciale.

Le Dr Chrichton Browne présente alors une sorte de topographie, beaucoup plus qu'une classification des maladies mentales. D'après les derniers relevés officiels, il y avait, dit-il, en Angleterre et dans le pays de Galles, au 1er janvier dernier 71,191 aliénés, idiots ou individus atteints d'une maladie mentale ; 9,624 en Ecosse, et 12,819 en Irlande, ce qui fait un total de 93,634 personnes plus ou moins affectées au point de vue psychique dans le royaume de la Grande-Bretagne. Mais ce chiffre ne représente que les fous ou les idiots officiellement reconnus pour tels, c'est là ce qui constitue ce que l'orateur appelle le cercle interne des affections psychiques ou cercle de l'aliénation mentale proprement dite ; autour de celui-ci s'en trouve un autre embrassant une multitude d'individus qui ne sont pas soumis à une contrainte légale, mais qui ne peuvent cependant se soustraire à une surveillance médicale, c'est le cercle des infirmes, il comprend tous les individus dont l'aliénation, quoique déjà évidente, est d'une nature si inoffensive qu'il n'y a aucune raison pour les priver de leur liberté, ceux dont l'aliénation reste encore cachée, ceux chez qui elle est d'un caractère tellement spécial que leur entourage ne s'en est pas aperçu ; ceux enfin qu'on appelle des toqués, des cerveaux fêlés, etc..... Le recensement de tous ceux qui composent ce second cercle n'a jamais été tenté jusqu'à présent, et cependant le nombre en est bien grand. Lord Beaconsfield racontait dernièrement à l'orateur que s'il voulait conserver les lettres de tous les insensés qui lui écrivent, il ne saurait où les mettre, et le directeur de l'Observatoire reçoit chaque jour des monceaux de lettres au sujet du mouvement perpétuel, provenant de fous non reconnus pour tels. — Il y a par an en Angleterre et dans le pays de Galles un peu plus de 1,700 suicides, c'est à peine si parmi eux on trouve trente aliénés bien avérés, et cependant, en recherchant dans le passé de tous ces malheureux, on trouve que la plupart d'entre eux ont présenté depuis longtemps des signes plus ou moins intenses de malaise cérbral ; puis, la mélancolie faisant des progrès, ils ont été directement poussés au suicide ; enfin, parmi ceux qui viennent tourmenter périodiquement le médecin dans son cabinet, combien y en a-t-il dont l'esprit est bien évidemment dérangé.

Le Dr Crichton Browne s'est livré à une petite enquête particulière, il a prié plusieurs amis médecins ou non de faire le compte des personnes de leur connaissance reconnues tout à fait folles, ou seulement « toquées, » mais d'une façon bien nette et, en rassemblant tous ces renseignements, il a vu que le nombre des infirmes de l'esprit est double de celui des véritables aliénés.

Mais il existe encore un autre cercle concentrique et extérieur aux deux premiers, c'est le cercle des « neurotiques », comprenant tous les malades atteints d'une affection du système nerveux, quoique celle-ci ne soit pas nécessairement accompagnée d'aliénation mentale, c'est là qu'elle tend le plus souvent ; telles sont : l'épilepsie, la chorée, l'ataxie locomotrice, l'hystérie, les névralgies, etc..... — D'après les statistiques officielles, il meurt par an en Angleterre près de 7,000 personnes à la suite de maladies nerveuses, mais comme un grand nombre de celles-ci sont chroniques, on peut se faire une idée du nombre considérable de ces affections existant au même moment.

M. Crichton Browne rapporte les opinions énoncées par le Dr Beard, un Américain, qui prétend que, dans ces derniers temps, une tendance de plus en plus grande aux maladies nerveuses s'est manifestée en Amérique, que le tempérament de ses concitoyens se modifie du reste peu à peu, ainsi que le prouvent la hauteur et la minceur de leur taille bien plus grandes que celles des Anglais et des Allemands leurs ancêtres, et la chute prématurée de leurs dents, et leur incapacité à endurer les températures extrêmes, et la difficulté qu'ils ont actuellement à digérer le porc qui tenait une si grande place dans l'alimentation de leurs pères.

En Angleterre, on doit admettre aussi que les individus sont plus élancés et plus minces qu'ils ne l'étaient au commencement du siècle, est-ce là un effet de la diète, ou le signe d'une transformation de la race ? L'auteur fait remarquer de plus que la sensibilité aux impressions extérieures augmente de plus en plus, c'est ainsi que les couleurs franches orangé, rouge, pourpre, qui réjouissaient les yeux de nos pères ne font maintenant que choquer les nôtres, elles sont souvent trop vives pour nous et nous leur préférons les couleurs ternes ou neutres.

Il est un autre fait qui concorde bien avec l'accroisse-

(1) Voir les nos 33 et 34.

ment du nombre des maladies nerveuses, c'est la plus grande fréquence des affections qui sont en connexion avec elles ; c'est ainsi que le diabète qui, en 1863, causait 27 morts par 100,000 habitants en a causé 43 en 1878 ; les maladies de rein et le mal de Bright qui sont souvent amenées par des troubles de l'action du système nerveux (émotions vives, chagrin et dépression intellectuelle) (Clifford Albutt), ont augmenté, elles aussi, dans de grandes proportions ; il en est de même pour les maladies du cœur, et pour le rhumatisme dont nous devons reconnaître l'origine nerveuse; la goutte qui aurait souvent aussi la même origine (Dr Duckworth), serait, elle aussi, plus fatale qu'il y a vingt ans.

A quoi faut-il attribuer cette augmentation du nombre des maladies nerveuses ? C'est certainement au genre de vie actuel, à la lutte incessante pour l'existence, à l'accumulation des individus dans les villes ; mais c'est aussi, pour une assez grande part, à l'hérédité, et à l'éducation, non pas que l'éducation soit toujours aussi fatale que l'a prétendu le Dr Treichler de Bad-Leuk-Beru qui veut qu'en Allemagne et en France un grand nombre d'enfants fréquentant les écoles soient enclins à de fréquentes céphalalgies, dues à l'excès de travail qu'on exige d'eux, mais il est certain qu'une éducation trop hâtive et mal pondérée peut avoir les plus mauvais effets sur le système nerveux; et dans chaque pays le nombre des suicides augmente en même temps que l'instruction se répand davantage.

Il faut que, dans l'éducation, on ait surtout en vue le développement complet de toutes les parties du cerveau, et que l'on n'oublie pas que si cet organe se compose en partie des lobes frontaux, il possède aussi des parties excito-motrices en connexion avec les membres, et que ces parties pour se bien développer demandent à être mises en activité, ce qui ne peut se faire que par l'exercice corporel fréquent, mais sagement conduit. (Ici, l'orateur se livre sur le développement et la croissance du cerveau à une série d'hypothèses dans lesquelles nous ne croyons pas à propos de le suivre).

En terminant l'orateur déclare qu'à son avis il est nécessaire de cultiver les sentiments religieux qu'il croit innés chez chaque individu, et qui, suivant lui, sont une source de force et de patience pour ceux chez qui ils ont été suffisamment développés.

Section de Chirugie. — *Discours de* William Savory. — L'orateur rappelle tout d'abord les fortunes diverses des théories qui, pendant un temps plus ou moins long, gouvernent les sciences médicales ; il y a quelques années seulement c'était à la sympathie, aux actions réflexes que l'on demandait l'explication de tous les phénomènes observés en clinique, maintenant c'est la doctrine de l'empoisonnement du sang qui est l'unique souveraine. (W. Savory est un des adversaires les plus considérables de la doctrine de Lister).

Mais il est juste de reconnaître que, dans un certain nombre de cas, l'empoisonnement du sang est un fait réel, qu'il peut être suivi d'une série de manifestations générales plus ou moins intenses, il ne faut pas non plus trop sacrifier au dieu du moment, ni oublier que la doctrine de la sympathie ou des actions nerveuses est parfaitement établie et que, dans un grand nombre de cas, c'est la seule qui puisse rendre compte des phénomènes observés ; comment expliquer sans cela le soulagement immédiat, le bien-être que procure souvent l'intervention chirurgicale en faisant disparaître par l'ablation ou l'incision le siège même du mal et par là même sa cause ; car pour l'orateur, les manifestations parfois si graves qui accompagnent les affections articulaires, ne sont que des manifestations purement réflexes, manifestations générales que l'on pourrait en quelques sorte comparer aux manifestatiens réflexes locales telles que la douleur du genou dans la coxalgie ; c'est souvent à l'influence de la douleur seule, lorsqu'elle est intense et prolongée, qu'il faut attribuer la production des désordres généraux les plus graves, et bien qu'on ait souvent répété que la douleur seule tue rarement, il n'en est pas moins vrai que cela peut arriver dans un certain nombre de cas ; la douleur peut souvent permettre de juger le degré d'irritation locale, quoique bien souvent douleur et réaction sympathique ne soient pas proportionnées l'une à l'autre.

Il est convaincu que les traits cliniques de ces deux variétés de désordres généraux, dues à des causes si différentes, peuvent se reconnaître facilement dans la pratique, il est vrai que, dans toutes deux, on trouve de la fièvre, une élévation de température, une accélération de la circulation et de la respiration, un trouble des sécrétions, la langue sale, l'haleine fétide ; que dans toutes deux, le malade se plaint de céphalalgie, de malaise, de soif vive, d'impossibilité de manger ou de dormir ; mais il est un certain nombre de caractères spéciaux auxquels on peut reconnaître (?) l'empoisonnement du sang, ce sont les frissons, l'élévation soudaine et considérable de la température et des sueurs profuses et quelquefois aussi des signes de congestion, d'inflammation ou même de suppuration de différents organes. M. William Savory admet d'ailleurs que les désordres généraux produits par les actions nerveuses réflexes et ceux produits par l'empoisonnement du sang peuvent coïncider.

Telle est, dans son ensemble, la théorie d'un des principaux adversaires des doctrines de Lister; il nous a semblé intéressant d'en donner un aperçu général, si ce n'est pas d'une parfaite clarté nous prions le lecteur de croire que ce n'est pas complètement notre faute.

Section d'Obstétrique. — *De l'enseignement de l'obstétrique*, par W. S. Playfair. — Le professeur Playfair saisit avec empressement l'occasion qui lui est donnée d'exposer devant un public médical compétent tous les désidérata de l'enseignement de l'obstétrique à Londres.

On sait que, depuis longtemps déjà, les professeurs d'accouchements et de gynécologie se plaignent que, dans le programme des études médicales, on n'accorde ni assez d'importance ni assez de temps à l'étude de ces deux branches de la médecine. Déjà, en 1868, puis en 1879, ils ont présenté des réclamations à ce sujet, mais on n'en a tenu aucun compte, à tel point que tout récemment dans le projet du nouveau programme des études, préparé par les délégués de tous les jurys d'examen on n'accorde à l'enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie que 40 leçons réparties sur 3 mois, tandis que, pour la médecine et la chirurgie pratiques, il y a deux cours de six mois de durée chacun. Il n'est pas étonnant que, dans de telles conditions, les étudiants soient aussi faibles en obstétrique, et en effet le conseil du Royal College of Physicians a trouvé qu'aux examens les candidats étaient presque tous insuffisants sur ces matières; mais au lieu de recourir au véritable remède, au lieu d'accorder une durée plus longue à leur enseignement, qu'à fait le conseil ? Il a envoyé une circulaire à tous les professeurs d'obstétrique les engageant à redoubler d'attention et de zèle dans l'enseignement de leur spécialité. En vérité, cela n'est pas sérieux et l'orateur est heureux de rétablir les faits tels qu'ils se sont passés, et de montrer dans son vrai jour la conduite tenue par le Conseil supérieur de l'Instruction Publique.

En terminant, le professeur Playfair félicite la section de posséder dans son sein le professeur Spencer Wells qui vient de pratiquer tout récemment sa millième ovariotomie. (*A suivre.*) Marie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 août. — Présidence de M. Roger.

M. Brame (de Tours) lit un travail sur les *ophthalmies.*

M. Hardy donne connaissance à l'Académie d'un nouveau cas de rage qu'il a pu observer dans sa clientèle, et qui se résume ainsi : « Un cocher se contusionne le bras et l'épaule ; il s'adresse à un rebouteur qui place sur le bras une ligature et se livre à des manipulations plus ou moins intempestives. Au bout de quelques jours, l'avant-bras et

la main deviennent le siège d'une tuméfaction considérable, d'une douleur très vive et des accidents insolites se manifestent.

M. Hardy ayant l'occasion de voir le malade constate l'existence de spasmes avec constriction de la poitrine, angoisse précordiale. A ces symptômes se joint une impossibilité complète d'avaler. Un verre rempli d'eau est-il présenté au malade qu'il le repousse, se rejette en arrière, en même temps qu'un spasme du pharynx et une agitation extrême s'emparent de lui.

A première vue, M. Hardy pense à l'hydrophobie et se met à la recherche des renseignements. Il apprend qu'il y a deux mois un chien de la maison est tombé malade et a été déclaré atteint de la rage par le vétérinaire qui a eu occasion de pratiquer l'autopsie. Mais, d'autre part, il est avéré aussi que ce chien n'a mordu personne.

En poussant plus loin ses investigations, M. Hardy apprend que quatre mois auparavant, un autre chien, un roquet commensal du cocher, et d'humeur douce et pacifique ordinairement, était tout d'un coup devenu méchant, avait mordu au doigt son maître et s'était enfui sans qu'on pût savoir ce qu'il était devenu.

En présence de ces renseignements, en présence des symptômes observés, le diagnostic de rage fut posé et le malade envoyé à la maison Dubois. Le soir même,il fut pris d'agitation, de délire. L'emploi de l'électricité fit cesser momentanément ces accidents; il y eut même sous l'influence des courants induits une sorte de sédation, mais néanmoins le malade succomba le troisième jour après l'apparition des premiers symptômes.

M. Hardy fait observer à ce sujet que les symptômes rabiques semblent avoir une incubation plus longue chez l'homme, puisque celui-ci, mordu en même temps que le chien abattu par le vétérinaire, n'avait été frappé de rage que deux mois après l'animal. Il exprime en outre cette idée, que la douleur et l'œdème, occasionnées par la ligature, ont pu être pour quelque chose dans l'éclosion des accidents et hâter l'avènement de la rage.

M. Bouley appuie de son autorité les idées émises par M. Hardy. De plus,il tire de cette observation ces quelques déductions :

« C'est qu'il est très regrettable de voir les notions sur la rage aussi peu répandues. Il serait de toute nécessité, suivant lui, de répandre parmi les enfants et la jeunesse les notions les plus élémentaires sur une maladie qui, dans un instant, peut faire de l'animal le plus doux l'ennemi le plus féroce et le plus dangereux. » Il montre également, et cite de nouveaux faits à l'appui, que, dans le traitement de la rage, il ne faudra jamais manquer d'avoir recours à l'électricité, qui sans être à l'heure présente un moyen curatif, n'en offre pas moins une ressource importante puisqu'elle restitue pendant un certain temps au malade ses facultés intellectuelles.

M. Moura lit à l'Académie un travail intitulé *Statistique millimétrique du larynx*.

La séance est levée à 5 heures. A. D.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 *février* 1880. — Présidence de M. Rendu.

22. Singulière anomalie du foie, qu'on pourrait appeler double déplacement par interversion et rotation autour d'un axe vertical; par E. Kirmisson.

Sur le cadavre d'un vieillard (homme), apporté dans les pavillons de l'Ecole pratique, je rencontre un foie présentant la disposition suivante :

L'abdomen étant ouvert, le foie, situé dans l'hypochondre droit, présente en avant un bord épais, volumineux, suivant régulièrement le rebord des fausses côtes. Ce bord va en s'amincissant de gauche à droite, il atteint au contraire sa plus grande épaisseur au niveau de l'épigastre, empiétant très peu sur l'hypochondre gauche. Sur ce bord antérieur, au niveau de la région épigastrique, on aperçoit une petite languette de tissu hépatique qui se détache du reste de l'organe. Cette petite languette, à peu près triangulaire, a son sommet tourné à gauche et relié à la face inférieure du diaphragme par un repli péritonéal, qui représente le ligament triangulaire gauche. On n'aperçoit, sur le bord antérieur du foie, même quand on le soulève, aucune trace de la vésicule biliaire. C'est seulement quand on extrait le foie de l'hypochondre droit (ce qu'on peut faire très facilement, car il est seulement appliqué et nullement fixé par des ligaments), qu'on aperçoit la vésicule biliaire qui confine à la face inférieure du diaphragme dans l'hypochondre droit. Ce rapport intime du diaphragme avec la vésicule biliaire est rendu évident par ce fait que la matière colorante de la bile, transsudant à travers les parois de la vésicule, a laissé une place colorée sur le diaphragme. En écartant le foie de sa position normale, comme nous l'avons dit, on reconnaît que son bord postérieur, celui qui regarde le diaphragme, présente tous les caractère du bord antérieur d'un foie normal. Il est mince, profondément découpé, présentant deux sillons, l'un qui répond à la vésicule biliaire, l'autre à la veine ombilicale. L'insertion diaphragmatique du ligament suspenseur du foie se fait au niveau de l'épigastre; il ne laisse à sa droite qu'une très petite étendue de la face supérieure du foie; la presque totalité de la glande est à sa gauche. Quand on veut remettre l'organe dans la position qu'il devrait présenter normalement, c'est-à-dire le bord épais en arrière, la vésicule biliaire et le bord mince et tranchant en avant, le foie se place alors dans l'hypochondre gauche; il empiète sur l'épigastre, et n'offre plus dans l'hypochondre droit qu'une mince languette de tissu qui représente alors son extrémité droite.

Le tronc cœliaque et l'artère hépatique ont leur disposition normale. La veine cave inférieure est accolée à la face inférieure du foie; le lobule de Spigel, très petit, est appendu à ce vaisseau et complètement séparé du reste de la glande hépatique. Le cœur et l'aorte occupent leur position habituelle, il n'y a aucune trace d'inversion des viscères.

En résumé, l'anomalie du foie que nous avons sous les yeux consiste en ce que :

1° Le foie, situé comme à l'ordinaire dans l'hypochondre droit, présente en avant un bord épais qui offre tous les caractères du bord postérieur d'un foie normal, tandis qu'en arrière, dans la concavité du diaphragme, il possède un bord mince et tranchant sur lequel s'insère la vésicule biliaire.

2° Pour remettre l'organe en position, il faut le placer dans l'hypochondre gauche.

3° Il semble donc que le foie, primitivement situé dans l'hypochondre gauche, ait subi autour d'un axe vertical un mouvement de rotation de haut en bas et de gauche à droite, qui a eu pour effet d'amener son bord antérieur, mince et tranchant, en arrière, et son bord postérieur, épais, en avant.

4° La laxité des replis qui unissent le foie au diaphragme, et surtout l'absence du ligament coronaire du foie, ont pu permettre ce déplacement.

5° Si cette interprétation est exacte, on devrait donner au déplacement, que nous décrivons ici, le nom de double déplacement du foie par inversion et rotation autour d'un axe vertical.

Ce déplacement si singulier du foie, que nous avons eu l'occasion d'étudier, semble, jusqu'ici, unique dans la science. On a bien rencontré des cas de déplacement du foie par rotation autour de son axe transversal, et même des déplacements dans le sens vertical, la grosse extrémité du lobe droit tendant à s'abaisser dans l'abdomen (fait de Barbarotta) ; mais on n'a pas signalé de déplacement aussi complexe que celui que nous venons de décrire ici. On trouvera d'ailleurs l'étude de ces anomalies de situation du foie, faite par M. Rendu, dans le Dictionnaire encyclopédique. Plusieurs auteurs ont attribué la possibilité de ces déplacements à des anomalies des ligaments du foie. Le fait que nous avons observé vient à l'appui de cette manière de voir. Nous rappellerons, d'ailleurs, que Longuet a montré à la Société anatomique, en 1874, un fait de ce genre dans lequel les ligaments coronaires et les ligaments latéraux

n'existaient pas, de sorte que le foie, suspendu seulement par le ligament falciforme, basculait avec une extrême facilité.

Le déplacement que nous avons décrit étant très complexe et difficile à saisir, nous avons prié M. Labbé, aide d'anatomie de la Faculté, d'en faire un dessin. Cette planche, déposée par nous dans l'album de la Société anatomique, facilitera l'intelligence de notre description (1).

24. Testicules tuberculeux.— Otite suppurée.—Hémiplégie. — Mort. — Sarcome kystique du cerveau; par Hue, interne des hôpitaux.

Chaz... 54 ans, terrassier, entre le 3 février 1879, au nº 14 de la salle Saint-Victor, infirmerie de Bicêtre, service de M. Gillette. — 15 mois auparavant, il avait reçu une pierre sur la région occipitale. Ce traumatisme fut suivi d'un écoulement sanglant par l'oreille droite, dont l'acuité auditive ne diminua guère que trois mois plus tard. Un peu après, il se mit à tousser, à la suite, dit-il, d'une chute dans l'eau froide. Enfin, un gonflement du scrotum gauche, survenu depuis 15 jours, le force à entrer à l'hôpital le 3 février. On constate à gauche un épanchement dans la vaginale, on le ponctionne, et on peut sentir l'épididyme bosselé. L'épididyme droit est aussi bosselé. Caverne assez volumineuse au sommet du poumon gauche. Otite externe sans perforation du tympan.

Le malade reste jusqu'au 5 mars, et sort amélioré. Il rentre le 5 mai pour des douleurs violentes de l'oreille droite, et on constate une rougeur et un empâtement marqués, surtout vers l'apophyse mastoïde. M. Gillette trépane cette apophyse dont la paroi est saine, et passe un drain qui ressort par le conduit auditif; lavages phéniqués; mieux très sensible.

Le 16 mai au soir, vertiges, sensation de frémissement dans le côté gauche du corps. Puis, mouvements convulsifs généralisés et perte de connaissance. Une saignée abondante fait cesser ces accidents et le lendemain tout a disparu. Bientôt l'acuité auditive revient en partie à droite. La plaie mastoïdienne se ferme presque entièrement, et le malade sort le 18 juin. (Observ. de Capitan, int. des hôp.)

Il rentre le 1er août. La plaie de la région mastoïdienne s'est rouverte et donne issue à un pus séreux et grumeleux. Les douleurs de ce côté ont reparu et le malade affaibli, toussant toujours, n'a pu continuer son travail. L'état local s'améliore un peu et l'état général va en s'aggravant jusqu'au 1er janvier 1880, où nous le trouvons dans le service.

10 *janvier*. Depuis 15 jours environ, le malade, jusque-là assez gai, est devenu somnolent, et il est des jours où il semble à peine reconnaître les gens qu'il connaissait le plus. Il sort assez rarement de son état de torpeur et se plaint de douleurs de tête non localisées; pas de paralysies; légère fièvre le soir; signes cavitaires au sommet gauche. La suppuration de l'oreille et de l'apophyse mastoïde est assez abondante et tache l'oreiller. Un vésicatoire calme peu la douleur. Les testicules sont toujours dans le même état. La nuit du 16 janvier, il se lève et cherche autour de son lit, on le recouche, et il reste calme, pas de délire bruyant. Il répond lentement et avec peine aux questions qu'on lui pose. Sa voix est très enrouée. Il se plaint d'ailleurs de souffrir du larynx, surtout pendant la déglutition.

20 *janvier*. Les douleurs ayant augmenté, on remet le drain en place, puis on l'ôte le 26, le malade s'en étant plaint. Jusque dans les premiers jours de février, le malade présente des alternatives d'assoupissement, d'hébétude et de retour marqué à l'intelligence et à l'attention. Vers cette époque, les traits de la face se dévient à droite et, peu à peu, s'accentuent les signes d'une parésie de tout le côté gauche. Le facial droit est sain, les pupilles égales. Les jours suivants, en même temps que la température monte, surtout le soir, que les symptômes pulmonaires deviennent plus évidents, et l'état général plus mauvais, la parésie augmente d'intensité, le malade sort de son assoupissement par instants, et répond à peu près aux questions, bien que la parole soit embarrassée.

12 *février*. Le pouls devient petit, irrégulier, la pupille droite est dilatée, la gauche (côté hémiplégique) contractée, et le malade meurt à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie. 36 heures après la mort. — Cadavre émacié. *Thorax*. Pas d'épanchement dans les plèvres. Poumon droit, peu d'adhérences; on le sépare assez facilement des parois thoraciques, sauf en arrière et en haut : il est congestionné, et, à la coupe, présente quelques tubercules caséeux assez rares plus nombreux vers le sommet. Poumon gauche, fortement adhérent sur toute sa surface, impossible à séparer, sans délabrements, des parois thoraciques. La main s'enfonce au sommet dans plusieurs cavernes du volume d'un œuf de pigeon et plus; le reste du poumon est farci de tubercules caséeux. Rien au péricarde. Cœur en systole, décoloré, fort peu hypertrophié, peu de graisse; vaisseaux turgescents ; pas de lésions valvulaires.

Abdomen. Adhérences générales et demi-solides des anses intestinales entre elles, et au péritoine pariétal. Pas de pus, mais quelques masses caséeuses assez fermes comme consistance tranchent par leur couleur blanchâtre, sur la couleur de l'intestin. *Foie*, légèrement gras ; *rate* et *reins* congestionnés. A l'ouverture du *crâne*, la dure-mère est normale, et la surface interne de tous les os parfaitement saine. Rien sur la face supérieure du rocher; rien de particulier dans les méninges. Le cerveau est extrait facilement ; placé sur sa base, il présente une saillie notable de l'hémisphère droit, qui bombe au niveau de sa partie moyenne. On y sent de la fluctuation. Incisé suivant un plan vertical et transversal qui passe par la partie postérieure de l'insula, il laisse échapper environ un demi-verre de liquide jaunâtre. On constate alors qu'il existe dans l'hémisphère droit, une cavité kystique du volume d'une petite orange, cavité à la paroi de laquelle se trouvent accolés d'autres kystes de plus petit volume. En dehors et en bas, on trouve deux autres cavités : l'une analogue à la précédente et du volume d'une grosse noisette, l'autre plus petite, et constituée par un foyer hémorrhagique.

Ces trois cavités sont comprises dans la portion où, à la coupe, la portion postérieure ne comprend qu'une faible partie du grand kyste. La tumeur principale est située à la paroi externe du noyau lenticulaire, en dedans de la capsule externe, au niveau de l'insula. Du côté interne, le corps strié, la couche optique, le ventricule latéral correspondants sont refoulés vers la ligne médiane.

La paroi du kyste principal est constituée par une membrane épaisse d'environ 2 mill., jaunâtre, assez résistante, plissée et que l'on détache assez facilement, à la partie interne, de la substance cérébrale avoisinante. La portion externe est, au contraire, confondue avec la substance nerveuse, et c'est dans cette région du kyste que se rencontrent les petits kystes secondaires formant dans la poche des saillies mamelonnées, de coloration tantôt bleuâtre, tantôt pourpre avec des taches jaunâtres. Rien dans l'autre hémisphère, rien au cervelet.

25. Kyste hydatique volumineux de la face inférieure du foie, terminé par calcification de l'enveloppe et transformation adipeuse du contenu; par Bourdel, interne provisoire.

Nous avons découvert ce kyste, resté absolument latent pendant la vie, en faisant l'autopsie d'un malade de 76 ans, mort à l'hospice d'Ivry d'une broncho-pneumonie.

A la *face inférieure du foie*, qui d'ailleurs occupait sa situation normale, nous avons trouvé une tumeur semi-ovoïde, blanchâtre, de consistance fibro-cartilagineuse, qui occupait la place du lobe inférieur, auquel elle s'était complètement substituée et qui débordait en avant le bord tranchant de l'organe de 2 centimètres environ. On voit qu'en arrière elle s'étend jusqu'au sillon transverse, qu'elle a un peu repoussé, mais sans comprimer la veine porte, et qu'elle se limite à gauche au sillon de la veine ombilicale, qu'elle a également refoulé. — La vésicule biliaire, distendue, et le canal cystique, allongé, sont accolés à son côté droit et semblent même, à première vue, en faire partie; mais, lorsqu'on a disséqué le péritoine, qui recouvre toutes ces parties et qui est fortement épaissi, on peut s'assurer

(1) V. *Album de la Société.*

qu'il n'y a aucune communication. La forme de la poche n'est pas tout à fait ovoïde, car, à 3 centimètres environ de sa partie antérieure, un sillon circulaire la partage en deux lobes très inégaux, et elle rappelle ainsi vaguement la forme d'un utérus.

Sur la *face supérieure du foie*, on la retrouve à la partie antérieure et moyenne de cette face, dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Après incision de la coque, qui crie sous le scalpel, nous avons reconnu qu'elle était remplie par une masse demi-solide, pâteuse, d'un gris jaunâtre, tout à fait analogue comme couleur et comme consistance à du mastic, et ne sortant au dehors qu'avec beaucoup de peine. De plus, nous avons constaté que toute la surface interne était couverte de plaques crétacées, assez épaisses et très dures en certains points, et surtout dans la partie profonde du kyste. L'épaisseur de cette coque, qui est infiltrée dans toute son étendue de sels calcaires, varie donc un peu d'avant en arrière et atteint son maximum, qui peut être évalué à 1 centimètre environ, au-dessous du sillon transverse, ce qui paraît indiquer que c'est en ce point que le kyste a débuté. On peut se rendre compte alors de l'étendue de la poche et voir qu'elle est plus grande qu'on ne pouvait supposer, car elle se prolonge au-dessous du sillon transverse jusqu'à 3 ou 4 centimètres du bord postérieur, de telle sorte que toute la partie moyenne du foie se trouve excavée et que le kyste s'est substitué, dans toute cette partie, au parenchyme de l'organe. Il peut loger ainsi facilement le poing d'un adulte. En examinant la paroi interne, on y retrouve une petite crête circulaire répondant au sillon que nous avons vu extérieurement. Nous avons exploré tous les autres organes, et nous n'avons pu y découvrir d'autres kystes. Nous sommes donc en présence d'un kyste unique, terminé par l'un des modes de guérison signalés et resté latent pendant toute la vie. Ce cas n'a d'intérêt que comme pièce anatomique, mais, à ce titre, il est remarquable par son volume et sa localisation à la face inférieure du foie, sur les limites du sillon transverse, sans amener cependant de compression de la veine porte ni des canaux biliaires.

Nous signalerons, cependant, un fait clinique tiré de cette localisation du kyste et de sa contiguité avec la vésicule biliaire : c'est que, si le malade avait eu des symptômes de lithiase (ce qui eût été possible, car la vésicule contenait une dizaine de calculs), la percussion eût fait reconnaître, vers le bord extérieur du muscle droit abdominal, une tumeur qui eût été presque certainement, dans ce cas, prise pour une hydropisie de la vésicule, en l'absence de phénomènes antérieurs du côté du kyste.

29. Hypertrophie de la prostate ; valvulve vésicale et replis semi-lunaires de la muqueuse uréthrale, fausses routes ; ponction de la vessie ; par OCT. GUELLIOT, interne des hôpitaux.

Ser... employé, 78 ans, avait depuis quelque temps un peu de difficulté pour uriner, lorsque, le 15 février, il fut pris à la suite d'un refroidissement d'une rétention complète d'urine. Le médecin qu'il consulta essaya de le sonder ; mais il ne put parvenir dans la vessie et le cathétérisme eut pour résultat l'écoulement d'une notable quantité de sang par l'urèthre. Depuis ce temps, le malade n'a rendu que de faibles quantités d'urine, par regorgement.

Le 20, il entre à la Charité où on le met par erreur dans une salle de médecine. Le lendemain 21, il passe dans le service de M. le Professeur GOSSELIN. L'interne de garde essaye vainement d'introduire une sonde en gomme, et par une ponction aspiratrice de la vessie, retire 1400 grammes d'urine.

Le lendemain, M. Gosselin tente de nouveau le cathétérisme. La sonde de Beniqué et la sonde à bout olivaire, guidées par le doigt introduit dans le rectum, sont arrêtées *sous la symphyse pubienne*, avant d'arriver à la prostate dont on constate nettement l'hypertrophie. On essaye alors d'une bougie fine qui pénètre plus avant, mais ne peut franchir le col vésical ; voilà l'obstacle dans la région membraneuse (rétrécissement ou fausse route), il en existe donc un autre *dans la région prostatique*. Comme la vessie remonte à l'ombilic et qu'il est nécessaire d'évacuer l'urine, M. Gosselin plonge au-dessus du pubis un trocart courbe et il s'écoule environ 1000 gr. de liquide. La canule est laissée en place et maintenue au moyen de deux liens fixés à un bandage de corps ; on a soin de ne pas trop tendre ces liens, afin que l'extrémité de l'instrument ne contusionne pas la muqueuse vésicale et, toutes les deux heures, on débouche la canule pour permettre au malade d'uriner. Dans la journée, l'urine devient sanguinolente et il s'écoule du sang par le méat.

23.*fév*. Ser.., qui était déjà très-affaibli au moment de son entrée à l'hôpital, s'affaisse de plus en plus ; la température reste normale, mais le pouls est à 120. Lavages de la vessie à l'eau tiède.

Le lendemain, le malade est somnolent. T. 37°; P. 120. Le soir, un peu d'agitation, mouvements de carphologie ; mort dans la nuit.

AUTOPSIE.— Les organes thoraciques ne présentent rien à noter, à part des plaques cartilagineuses à la surface d'un des poumons, indice d'une pleurésie ancienne qui a laissé des adhérences dans toute la hauteur de la plèvre correspondante.

Urèthre : Sang coagulé occupant le canal depuis le méat jusqu'au collet du bulbe ; à ce niveau, déchirure de l'urèthre longue de un centimètre, large de 4 à 5 millimètres, intéressant la muqueuse de la face inférieure et le tissu spongieux sous-jacent.

Prostate : Hypertrophie moyenne occupant les lobes latéraux et n'étant pas assez prononcée pour arrêter une sonde. Mais, au niveau du col vésical, il y a une valvulve bien nette, transversale, située à 2 centimètres en avant du muscle des uretères; cette valvule est molle, musculaire, sans trace de tissu glandulaire ; mais, ce qu'elle présente de spécial, c'est que, en se soulevant, elle entraîne la muqueuse uréthrale et le frein du vérumontanum, de sorte qu'il s'est formé deux replis muqueux, analogues à des valvules semi-lunaires, dont la concavité regarde en avant, dont la base répond au col ; l'extrémité externe se perd sur les lobes latéraux de la prostate, tandis que l'interne se réunit à celle du côté opposé au niveau du frein du vérumontanum, qui est très saillant. La région prostatique se trouve ainsi terminée, du coté de la vessie, par deux cavités, sorte de nids de pigeon pouvant admettre l'extrémité d'une sonde. Ces cavités sont lisses, tapissées par la muqueuse ; celle de gauche est prolongée par une fausse route incomplète jusque sous la muqueuse vésicale, qui, en ce point, est ecchymosée. Sur les cotés du vérumontanum, on aperçoit, en outre, les orifices très dilatés de quelques glandules prostatiques.

Vessie : La muqueuse est vascularisée, avec des ecchymoses disséminées. Colonnes musculaires et cellules de petite dimension ; deux ou trois ulcérations superficielles dont l'une paraît correspondre à l'extrémité de la canule. Il n'y a pas trace de la ponction capillaire. Sur le trajet du trocart courbe, il ne s'était encore formé aucune adhérence et, sur la face antérieure de la vessie, dans le tissu cellulaire rétro-pubien, il s'est fait, dans une étendue de quelques centimètres seulement, une infiltration de liquide brunâtre analogue à celui que contenait la vessie lors de son ouverture.

L'*uretère* et le *bassinet*, du côté droit, sont remplis d'une bouillie verdâtre contenant une grande quantité de globules rouges, quelques leucocytes et des cellules d'épithélium plat. De ce côté, le bassinet est très vascularisé. Les deux *reins* sont fortement congestionnés. L'examen microscopique, fait au laboratoire de la Charité, a montré que les lésions se localisent exclusivement dans l'épithélium devenu granuleux, emplissant complètement la lumière du canalicule et ayant subi en certains points, surtout dans la substance corticale, une dégénerescence graisseuse.

RÉFLEXIONS.— L'examen de l'urèthre a expliqué pourquoi les grosses sondes s'arrêtaient dans la région membraneuse, tandis que celles de petit calibre pouvaient pénétrer jusque dans la région prostatique ; mais l'entrée de la vessie leur était interdite par la présence d'une valvulve et surtout des deux replis que nous avons signalés.

Au bout de trois jours, il n'y avait encore aucune trace d'adhérences sur le trajet de la canule; il eût donc été imprudent de remplacer celle-ci par une sonde en gomme, comme le conseille Malgaigne; puisque, forcément plus petite, elle eût laissé filtrer l'urine entre elle et les parois du trajet. La cause de la mort paraît devoir être plutôt cherchée dans la résorption de l'urine, soit au niveau de la déchirure de l'urèthre, soit dans le tissu cellulaire anté-vésical, que dans l'altération des reins qui, en somme, n'était pas encore très avancée. M. Gosselin pense que, dans des cas semblables, il faut faire jouer un certain rôle au mélange du sang et de l'urine, ce qui constituerait un liquide doué peut-être de propriétés septiques spéciales. Ajoutons, que ces différentes causes ont agi d'autant plus rapidement que le malade était dans de mauvaises conditions d'âge et de santé antérieure.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante, que nous sommes heureux de reproduire, afin d'appeler, sur la réforme réclamée par notre correspondant, toute l'attention de M. le Directeur de l'Assistance publique.

Hôpital Saint-Antoine, le 23 juillet 1880.

M. le Directeur de l'Administration de l'assistanee publique,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance un fait qui vient de se passer à l'hôpital Saint-Antoine et sur lequel je ne saurais trop attirer votre attention.

Le mercredi 18 août, j'étais de garde, et je suis appelé à 8 heures du soir au pavillon Lorain auprès d'une malade atteinte de fièvre typhoïde avec *délire intense*. Pour éviter à cette malade les dangers qui peuvent résulter de l'emploi de la camisole de force, je juge convenable de lui prescrire une potion calmante. Le remède indiqué en pareil cas me paraissant être le chloral, j'ordonne ce médicament. L'interne de garde de pharmacie se refuse à délivrer cette substance, le chloral ne figurant pas parmi les médicaments de garde. Sur la remarque que je fais à l'administration de l'hôpilal qu'il y a urgence d'avoir la potion formulée, on l'envoie chercher à une pharmacie voisine. — Aujourd'hui, 23, août, M. l'économe de Saint-Antoine m'a fait réclamer le prix de cette potion, que j'ai soldé.

Je viens vous demander, monsieur le Directeur général, de vouloir bien faire réformer le règlement concernant la liste des médicaments de garde. Cette liste a été dressée à une époque très reculée, alors que l'on ne soupçonait même pas l'existence de remèdes aujourd'hui d'un emploi journalier. Aussi est-il regrettable que, malgré les progrès de la thérapeutique, nous en soyons encore réduits à n'ordonner q e les médicaments qui étaient connus en 1809.

Chacun sait qu'il est indispensable d'ordonner le chloral, lorsqu'on a affaire à une attaque d'éclampsie puerpérale, maladie que nous observons si fréquemment à cet hôpital. — N'en est-il pas de même de l'eau-de-vie, dont l'emploi est indiqué chaque fois qu'il y a une hémorrhagie âbondante ou que l'on a affaire à un malade dont les forces déclinent rapidement, et que l'interne de garde ne peut encore prescrire? Il serait désirable, monsieur le Directeur, dans l'intérêt des malades dont nous avons la responsabilité, et alors surtout que surviennent des complications graves, comme celles que j'ai signalées, à propos du fait pour lequel j'ai été appelé, que nous puissions avoir les remèdes que nous jugeons devoir sauver la vie aux malades, sans crainte de voir retrancher de nos honoraires, déjà si modestes, le prix des médicaments que nous ordonnons.

J'ai l'espoir, Monsieur le Directeur général, que vous voudrez bien accueillir ma demande qui est, j'en suis sûr, celle tous mes collègues, et vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

G. BELLANGÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Chirurgie.

VI. **Du spasme uréthral**; par R. GUIBAL, in-8° 1880. J. B. Baillière.

VI. Avant de décrire le spasme uréthral, M. Guibal nous donne quelques notions anatomo-physiologiques qui sont nécessaires pour comprendre comment se produit ce spasme. L'urèthre ne présente, dans sa portion spongieuse, que de rares fibres musculaires lisses; au contraire, sa portion membraneuse est très riche en fibres lisses et de plus elle est entourée par un véritable sphincter (Cadiat) de fibres striées, qui a été décrit d'une manière un peu inexacte sous le nom de muscles de Wilson et de Guthrie. D'autre part, c'est au niveau de cette portion membraneuse que, parfois, les sondes rencontrent de la résistance et provoquent de la douleur, c'est là qu'on est arrêté lorsqu'on veut pratiquer le cathétérisme sur un cadavre en état de rigidité, les injections uréthrales, faites en avant de la portion membraneuse, reviennent tout entières par le méat, sans pénétrer dans la vessie; enfin, on peut, à l'aide de l'électricité, déterminer en un point de l'urèthre une contraction qui se traduit par une striction assez forte sur la sonde. Tous ces faits démontrent qu'il existe, au niveau de la portion membraneuse, un véritable sphincter, c'est ce sphincter qui s'oppose volontairement à la sortie de l'urine, lorsque, sous l'influence de besoins pressants d'uriner, le sphincter du col vésical est devenu insuffisant.

Le spasme uréthral est dû à l'exagération de l'activité de ce sphincter; lorsqu'il se répète souvent, il peut se transformer en contracture permanente. On peut l'observer chez la femme, et la contracture du sphincter uréthral envahit parfois tous les muscles voisins (contracture périnéale de Verneuil). Ce spasme est bien plus fréquent chez l'homme, et, d'après ce que nous avons dit plus haut, on comprend qu'il ne peut siéger qu'au niveau de la portion membraneuse; l'expulsion spontanée des instruments introduits dans l'urèthre, qui avait été à tort attribuée à un spasme de la région spongieuse, se produit en réalité, non sous l'influence d'un spasme, mais grâce à la rétraction des fibres élastiques et à la distension des corps caverneux par le sang. Quant au spasme du col de la vessie, il est admis par M. Verneuil, nié par M. Guyon; en tout cas ce spasme, s'il existe, est de moindre importance.

Le spasme uréthral reconnaît différentes causes: lorsqu'on fait des efforts pour retarder la miction, le sphincter peut être pris de contracture persistant après ces efforts; de là, rétention d'urine; d'autres fois, c'est une émotion morale vive où la présence de personnes étrangères (urèthre pudique de Reliquet), qui donne lieu à ce spasme; on peut également l'observer dans différentes maladies nerveuses, et surtout au début de l'ataxie, dans l'hystérie. Mais dans l'immense majorité des cas, il est dû à une cause locale, soit une anomalie, un traumatisme, une inflammation, une lésion organique de l'urèthre; la cause, de beaucoup la plus fréquente, est un rétrécissement fibreux, et dans ce cas les choses se présentent toujours de la même façon : on sonde, on trouve un premier rétrécissement que l'on franchit et l'on tombe sur un second rétrécissement qui est toujours à une profondeur de 11 à 13 centimètres, c'est-à-dire au niveau de la portion membraneuse; dans ce cas, on peut affirmer qu'il y a spasme, et on en a la preuve en voyant que, soit sous l'influence du traitement, soit sous l'influence du chloroforme, soit même spontanément, le rétrécissement, d'abord infranchissable, peut disparaître complètement en quelques instants, pour reparaître ensuite. Parfois, le spasme uréthral est provoqué par la présence d'un calcul vésical, et il constitue alors une contre-indication formelle à la lithotritie.

Les chapitres qui ont trait à la symptomatologie et au diagnostic sont très intéressants; l'auteur insiste sur l'utilité de l'explorateur à boule et des sondes Béniqué; le *cathétérisme à la suite* de Maisonneuve peut également rendre des services. — Quant au traitement, M. Guibal ne considère que le cas le plus fréquent, c'est-à-dire le spasme symptomatique d'un rétrécissement fibreux. C'est tout d'abord à ce rétrécissement qu'il faut s'adresser, et on a souvent vu disparaître le spasme à la suite de la section d'une simple bride fibreuse siégeant sur la partie antérieure de l'urèthre. Dans le cas où le spasme donne lieu à de la rétention d'urine, il faut d'abord employer les moyens généraux, bains tièdes, cataplasmes, antispasmodiques (lavement de chloral), anesthésiques; si ces moyens échouent, on pratique le cathétérisme, non point avec des instruments fins et pointus, mais avec des sondes volumineuses et mousses; ces manœuvres doivent être pratiquées avec la plus grande douceur, il ne faut à aucun prix violenter le canal.

Enfin lorsque, à la suite de spasmes répétés, le sphincter de la portion membraneuse est en contraction permanente. ce qui constitue alors un véritable rétrécissement, on peut proposer l'uréthrotomie interne et même la taille ; M. Guibal explique ainsi les merveilleux résultats qu'a donnés parfois cette dernière opération pratiquée pour des cystites rebelles sans calcul. G. M.

VARIA

Le Jeûne du Dr Tanner.

Les représentations à Clarendon Hall, dit *The New York Medical Record*, du 7 août, seront closes aujourd'hui, si cela n'a pas eu lieu plus tôt ; et l'expérimentateur exténué reprend, sans doute avec une grande satisfaction personnelle, son régime normal. Les principales particularités de l'expérience, possédant quelque intérêt scientifique, ont été publiées dans *The Record* (1), et il est inutile de les répéter ici. Il y a eu cependant dans le public un tel débordement de commentaires à ce sujet que nous sommes excusables de discuter maintenant en peu de mots cette question.

C'est indubitablement l'opinion générale que le Dr Tanner est honnête et qu'il n'a rien mangé pendant la durée de son jeûne. Nous ne sommes pas disposés à nier la justesse de cette appréciation. Il n'y a rien dans le caractère du jeûneur qui puisse le laisser sous le coup d'une suspicion quelconque. Sa vie passée a été celle d'un homme d'un caractère respectable et d'une énergique opiniâtreté, qui s'est efforcé de s'élever au-dessus des déboires de sa carrière médicale, en se faisant l'avocat fanatique de diverses théories sur l'électricité et le jeûne. Dans son expérience actuelle, il a été constamment surveillé par trois sortes de personnes dont il ne serait pas convenable d'attaquer la sincérité ou l'intelligence. Nous ne trouvons donc pas étrange qu'on croie généralement qu'il ait gardé le jeûne, comme il prétend l'avoir fait.

Il y a cependant, dans la question, certains autres éléments qui enlèvent à son expérience, pure de fraude ou non, presque toute sa valeur. D'abord, on ne peut pas affirmer positivement qu'il n'ait pas pris de nourriture. Une partie de ses gardiens, de l'aveu de tous, était entièrement d'accord avec lui, et souhaitait ardemment son succès. Dans les premiers jours, les membres du corps médical n'ont pas été continuellement à sa suite, et il n'a pas toujours été sous leurs yeux. Le Dr Tanner sortait en voiture, allait chez le photographe et chez le barbier, et faisait de temps en temps des promenades autour de la place voisine. Enfin, son état physique différait considérablement de celui que toutes les expériences passées nous représentent par suite d'abstinence de nourriture. Sa vigueur surprenante, son augmentation fortuite de poids, son absence relative de toute espèce de souffrance, sont des phénomènes que les lois physiologiques reçues n'expliquent pas facilement. Si l'on ajoute à cela la manière dont l'expérience a été conduite, manière qui offre le caractère mélangé d'une sorte de représentation théâtrale, nous sommes sûrs d'être approuvés en déclarant qu'on ne peut donner à ce prétendu jeûne qu'une minime valeur pratique ou scientifique.

En dehors de cette manière d'envisager la question, il y a encore quelques traits malheureux connexes à cette exhibition. Il y a eu, par exemple, une tendance perpétuelle à faire croire que les membres du Corps médical étaient hostiles au Dr Tanner ; qu'ils croyaient que le fait de jeûner pendant quarante jours était d'une impossibilité physique, et que son succès dans l'exécution d'une pareille entreprise, serait un coup porté à la médecine scientifique. Cette absurdité a été propagée par quelques individualités imprudentes qui se font un devoir de parader dans les journaux quotidiens. Il n'y a jamais eu, cependant, aussi loin que nous sachions, aucun médecin qui ait nié la possibilité de jeûner. Tout ce qu'on désirait, était que l'expérience fût conduite avec soin, de manière à ce que la science en pût tirer un bénéfice quelconque.

Tout en déniant à l'expérience du Dr Tanner toute valeur pratique, nous ferons une légère exception. L'immense publicité donnée par les journaux à ce fait, qu'un homme a passé sans souffrir plusieurs jours sans manger, va exciter d'autres personnes à essayer la même chose, sur une plus ou moins grande échelle. Si cela se fait sous la direction de bons médecins, cela pourra déterminer la connaissance précise des effets du jeûne en thérapeutique. Il n'y a pas de raisons pour que ce ne fût pas, à l'occasion, d'une certaine efficacité dans les cas de trouble digestif, d'obésité, etc... Avec le réconfort d'avoir donné une impulsion à cette branche encore en quelque sorte douteuse de la thérapeutique, et d'avoir obtenu l'éphémère célébrité à laquelle il aspirait, nous recommandons au Dr Tanner d'en revenir aux plus modestes délassements de ses bains électriques et à un régime normal.

(1) Nous en avons donné la traduction dans les nos 31, 32 et 33 du *Progrès Médical*.

— Dans son numéro du 14 août, *The New-York Medical Record* complète ainsi les renseignements qu'il a donnés :

« Le jeûne du Dr Tanner a fini le 3 août à midi. Il a souffert beaucoup de nausées et de vomissements durant les derniers jours et il n'aurait guère pu résister plus longtemps. Le pouls, la respiration et la température sont restés à peu près normaux et ses facultés mentales n'ont pas été altérées ; son poids, à la fin du jeûne, était de 121 livres 1/2 (55 kilogr. 161) ; il avait subi une perte de 36 livres (16 kilogr. 345) en 40 jours. Dès que le jeûne a été terminé, le Dr T. a bu environ 7 onces de lait et mangé des fruits. Dans l'après-midi et la soirée, il a pris de la nourriture à différentes reprises, entre autres deux demi-livres de viande. Depuis lors, il a continué à manger et à boire beaucoup et souvent. La nourriture se compose de beefsteak, de pommes de terre, d'huîtres, d'œufs, de biscuits, de fruits, de lait, de bière et de vin. Nul indice de nausée ou de malaise n'a paru depuis la fin du jeûne ; le docteur est en excellentes dispositions et reprend rapidement des forces. Son poids, à midi, le 9 août, 48 heures après la fin du jeûne, était de 132 livres 1/2 (60 kilogr. 155).

Hospices civils de Rouen.

Concours pour une place de chirurgien adjoint. — Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 4 novembre 1880, à trois heures et demie. Ce concours aura lieu dans l'un des hospices, sous la présidence d'un administrateur.

Les épreuves se composent : 1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe ; 2° D'une dissertation écrite sur un sujet de chirurgie ; 3° D'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de chirurgie ; 4° De deux opérations pratiquées sur le cadavre avec démonstration. La question à traiter sera la même pour tous les concurrents. L'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le Jury en séance secrète.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront : 1° Se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 20 octobre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise ; 2° Déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire ; un certificat de moralité ; leur diplôme de docteur en médecine ; les pièces constatant qu'ils ont 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français ; —Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifié aux candidats. — Le concours est public. — Aucun candidat ne pourra entrer dans les hospices, pour y visiter les infirmeries, durant les quinze jours qui précéderont le concours. — Les fonctions de chirurgien sont gratuites.

Concours pour une place de médecin adjoint. — Une place de médecin adjoint des Hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 18 novembre 1880, à trois heures et demie. Ce concours aura lieu dans l'un des hospices, sous la présidence d'un administrateur.

Les épreuves se composent : 1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne ; 2° D'une dissertation écrite sur un sujet de pathologie interne et de thérapeutique générale ; 3° D'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de médecine. La question à traiter sera la même pour tous les concurrents. L'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury en séance secrète.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront : 1° Se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 13 octobre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise ; 2° Déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire ; un certificat de moralité ; leur diplôme de docteur en médecine ; les pièces constatant qu'ils ont 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français. Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats. — Le concours est public. — Aucun candidat ne pourra entrer dans les hospices, pour y visiter les infirmeries, durant les quinze jours qui précéderont le concours. — Les fonctions de médecin sont gratuites.

16 août 1880. BARRABÉ, *maire.*

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 13 au jeudi 19 août 1880, les naissances ont été au nombre de 1046, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 372 ; illégitimes, 124. Total, 501. — *Sexe féminin :* légitimes, 401 ; illégitimes, 144. Total, 545.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 13 au jeudi 19 août 1880, les décès ont été au nombre de 1006, savoir : 520 hommes et 486 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Ma-*

ladies épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde : M. 25. F. 11. T. 36. — Variole : M. 24. F. 17. T. 41. — Rougeole : M. 9. F. 11. T. 20. — Scarlatine : M. 5. F. 2. T. 7. — Coqueluche : M. 3. F. 2. T. 5. — Diphthérie. Croup : M. 18. F. 27. T. 45. — Dysentérie : M. ... F. 2. T. 2. — Erysipèle : M. 2. F. 2. T. 4. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 89. F. 63. T. 152. — Autres tuberculoses : M. 19. F. 34. T. 53. — Autres affections générales : M. 50. F. 51. T. 101. — Bronchite aiguë : M. 8. F. 12. T. 20. — Pneumonie : 25 M. ... F. 22. T. 47. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 95. F. 86. T. 181. — Autres maladies locales : aiguës : M. 41. F. 41. T. 82 ; — chroniques : M. 67. F. 66. T. 133 ; — à forme douteuse : M. 23. F. 24. T. 47. — Après traumatisme : M. 23. F. 24. T. 47. — Morts violentes : M. .. F. 1. T. 1. — Causes non classées : M. 13. F. 7. T. 20.

Morts-nés et prétendus tels : 175 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 15. Total, 39. — *Sexe féminin :* légitimes, 21 ; illégitimes, 15. Total, 36.

Médecins conseillers généraux. — A Lyon, MM. Rebatel (Union républicaine), Terver (extrême gauche). — Dans la Drôme, M. Bizarelli. — Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous adresser des renseignements, afin de compléter cette liste et celle qui a paru dans le n° 33.

Ecole d'Anthropologie. — M. le Dr Mathias Duval, professeur agrégé de la faculté, est nommé directeur du laboratoire d'anthropologie et professeur d'anatomie et de phisiologie anthropologiques. Les remarquables études de M. Duval sur la morphologie et l'embryogénie cérébrales le désignaient à ce choix qui nous paraît excellent.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de M. Fr. Angulo, âgé de 25 ans, né à Costa-Rica, externe à l'hôpital des Enfants malades où il remplissait depuis quelques jours les fonctions d'interne. Il a succombé à la diphthérie, contractée dans son service d'hôpital. Ses obsèques ont eu lieu mercredi dernier.

Hôpital français de Londres. — Notre ambassadeur à Londres, M. Challemel-Lacour, accompagné par M. Florian de Kergolay, a visité le 14 août l'hôpital français et a exprimé hautement sa satisfaction des heureuses dispositions de l'établissement, ajoutant que l'hôpital avait le droit de lui demander toute l'assistance possible.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Adrien DELAHAYE et E. LE ROSNIER, éditeurs, place de l'École de Médecine

Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, par J. H. Dépaul ; secrétaire de la rédaction : de Soyre. Le numéro d'*août* vient de paraître. Un an : 18 fr. ; département : 20 fr.

Vve FREDERIC HENRY, Libraire Editeur, 13, place de l'École de Médecine.

Picqué (L.). — De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus, vol. in-8° de 178 pages. Prix 4 fr. Paris, 1880.

Gayetano del Toro y Quartiellers. — Tratado-Teorico-Practico de las enfermedades de los ojos y de sus accesorios. Tome 1 et 2 fort vol. in-8° de 1.306 avec figures dans le texte. Cadiz, 1878.

Balzer (F.). **Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie,** in-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. 50 — Pour les abonnés du *Progrès,* 1 fr. 75.

Gayetano del Toro y Quartiellers. — Conferencia dada el dia 11 de abril de 1880 en el Hospital de san Juan de Dios, de Cadiz, brochure in-8e de 22 pages. Cadix, 1880.

Olavide (J. E.)— Aforismos de dermatologica pratica; brochure in-8e de 50 pages. — Madrid, 1880.

Auspitz (H). — System der Hauthrankheiten; vol. in-8e de 254 pages. Vienne, 1881.

Lewin. (G.). — Cysticercus in der haut; brochure in-8e de 13 pages. Berlin, 1880.

Westphal. (C.). — Psychiatrie und psychiatrischer unterricht, brochure in-8e de 36 pages. Berlin, 1880.

Guttstadt. (A.). — Die Arztliche Gewerbefreiheit im Deutschen reich und ihr einfluss auf das offentiche wohl. Brochure grand in-4e de 38 pages. Berlin, 1880.

Era Nova — Revista do movimento contemporaneo dirigida por Theophilio Braga e Teixeira Bastas 1 anno. No 1. Julho. Praca de Santo-Paulo 73e à Lisboa.

Seguin. (E. C.). — Lunacy reform : the right of the insane to liberty, brochure in-8e de 10 pages. New York, 1880.

Beccola. (G.) et Seppilli. (G.). — Sulle modificazioni sperimentali della sensibitita, brochure in-8e de 22 pages. Reggio Nell'Emilia, 1880.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 36. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 4 SEPTEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Un idiot jeûneur ;

Par BOURNEVILLE.

L'*abstinence*, plus ou moins prolongée, s'observe dans des conditions bien diverses et sous l'influence de causes très variées. Les *mystiques* en ont offert des exemples nombreux, sinon toujours très authentiques; nous citerons, parmi les orthodoxes, François Barberon, plus connu sous le nom de St. François d'Assises; —parmi les jansénites, François de Pâris ou le diacre Pâris.

Les *hystériques*, saintes ou profanes, peuvent rester un temps assez long sans manger; parfois, à la maladie s'ajoute la supercherie; à ce groupe, appartiennent Louise Lateau, la stigmatisée belge, Sarah Jacob, la jeûneuse du pays de Galles, etc.

Les *aliénés*, atteints de *stupidité* ou de *mélancolie avec stupeur*, refusent de manger et, durant des semaines, des mois, la vie n'est maintenue que par une alimentation artificielle très souvent insuffisante.

Le Dr *Tanner*, dont tout le monde s'occupe aujourd'hui, a inventé une nouvelle variété, qui probablement n'est pas appelée à embrasser de nombreux cas : c'est ce qu'on pourrait appeler l'*abstinence expérimentale*. Il y a enfin l'*abstinence forcée* des naufragés, des personnes emprisonnées par des éboulements, etc.

Le fait que nous allons rapporter n'appartient à aucune des catégories qui précèdent et, s'il n'est pas unique en son genre, nous sommes porté à croire que les exemples analogues sont très rares.

OBSERVATION. — *Père alcoolique? — Frayeur au 5e mois de la grossesse. — Dents à la naissance. Convulsions fréquentes à partir du 2e jour. — Hernie. — Epilepsie. — Scrofule. — Trouble de la digestion pendant les 18 premiers mois. — Accès de jeûne variant de 3 à 28 jours : Symptômes; — Abaissement de la température, etc. — Etat du malade en janvier 1880 et à la fin d'août. — Amélioration considérable sous l'influence du traitement. — Disparition des accès de jeûne et des accès d'épilepsie.*

Duf... Arthur, est entré à Bicêtre le 4 septembre 1876. Il est âgé actuellement de 12 ans.

Renseignements fournis par sa mère (2 avril 1880). — *Père*, enfant naturel, 55 ans, peintre en voitures; il est fort, très grand, bien portant ; il a eu, étant soldat, des fièvres intermittentes ; excès de boisson mensuels ; pas d'accidents nerveux.

Mère, 45 ans, frangeuse, assez intelligente, est sujette à des céphalalgies, et à des éruptions eczémateuses. Elle est nerveuse, mais n'a pas eu d'attaques de nerfs. [Père et mère morts du choléra en 1849. — Sœur morte à 6 ans, elle avait des accès d'épilepsie. — Neveu sourd-muet, intelligent.] Il va de soi qu'on ne peut invoquer la consanguinité, le père étant enfant trouvé de Paris et la mère étant née à Metz.

6 enfants et une fausse couche à 4 mois : 1° Enfant mort né à 8 mois, après une chute ; — 2° fille, 23 ans, intelligente (Elle a eu 3 enfants, l'un, mort à 5 mois, ne semblait pas intelligent ; — un autre a succombé à des convulsions, il avait 15 jours; le dernier est intelligent.); — 3° garçon mort de diarrhée à 2 mois et demi : — 4° fille, 19 ans, bien portante ; elle a eu des convulsions à l'époque de la dentition ; — 5° garçon, 17 ans, bien portant ; — 6° notre malade ; — 7° garçon mort-né, à 8 mois.

Pendant qu'elle était enceinte de notre malade, sa mère a eu, au 5e mois, une frayeur assez vive, étant dans la rue : elle s'est sauvée, ne savait plus ce qu'elle faisait ; elle a eu un étourdissement, une faiblesse, et on a dû la coucher. Pendant quelques jours, elle était comme anéantie. — L'accouchement a eu lieu à terme; il a été naturel.

A la naissance, D... était très petit : *il avait une des incisives inférieures* (1); une autre a percé 16 jours plus tard. Dès le second jour, il a eu des *convulsions* qui ont duré une heure et demie ; pendant deux mois, les convulsions ont continué tous les jours, ensuite elles se sont éloignées. Vers le 8e jour, on a constaté une *hernie* dans l'aine gauche et on l'a attribuée aux convulsions. A partir de 10 ou 11 mois, jusqu'à 2 ans, D... n'a plus eu de convulsions. — A 5 mois, fluxion de poitrine.

D... était élevé au sein par sa mère, chaque fois qu'il tétait, il vomissait, et il en a été ainsi jusqu'à 18 mois ; aussi était-il très maigre. Puis, les vomissements sont devenus plus rares. Il a été sevré à 22 mois.

La *dentition* a commencé, ou mieux a continué, à 6 mois ; elle s'est faite régulièrement. (Les 2 premières dents sont tombées à 6 ans).

A 2 ans, les convulsions ont reparu sous forme d'*accès* ; il en avait quelquefois 3 ou 4 en 24 heures ; d'autres fois, il y avait un répit de quelques semaines. A 6 ans, il a eu une *fièvre typhoïde* à la suite de laquelle il est resté six mois sans avoir d'accès. Durant la convalescence, il est survenu une éruption d'*impétigo* sur tout le corps, laquelle a persisté 5 mois. Est-ce à cette dermatose ou à la fièvre typhoïde qu'il faut attribuer la suspension des crises ?

D... était âgé d'un peu plus de 2 ans quand il a eu son *premier accès de jeûne* : il est resté *trois semaines* sans manger ; il ne prenait absolument que de l'eau ; tous les moyens employés pour lui faire prendre des aliments furent inutiles ; sa mère parvint toutefois à lui faire avaler du bouillon de poulet sans sel : il le buvait, croyant que c'était de l'eau.

Le *second jeûne* s'est produit à 7 ans. De 7 ans à 8 ans et demi, il en aurait eu 4 ou 5 autres, se montrant préférablement après des accès d'épilepsie qui étaient, d'ailleurs, rares. Le plus *long jeûne* a duré *vingt-huit jours*. Durant ce temps, il n'a pris que de l'eau et du bouillon de poulet, sans sel et n'aurait pas eu une seule garde-robe. Les urines étaient très peu abondantes. Il n'y avait jamais de vomissements. Les autres jeûnes ont varié entre 10 et 18 jours. Dans tous ses jeûnes, il restait couché, ne paraissant avoir ni fièvre, ni douleur. Dès que le jeûne était fini, il mangeait de tout, hormis des mêts sucrés ; on avait de la peine à le rassasier ; ses urines étaient comme du plâtre ; les garde-robes reparaissaient. Elles étaient, comme toujours, involontaires. Il n'avait pas d'incontinence nocturne des urines. Il a eu la rougeole à 3 ans ; de l'impétigo du cuir chevelu et de fréquentes ophthalmies. — Ni vers, ni onanisme.

D... est affectueux ; quand ses parents viennent le voir avec des amis, ils les embrasse d'abord ; dans le service, il témoigne de l'affection à tous ceux qui s'occupent de lui. Il n'est pas gourmand ; parfois, il refusait de boire du vin rouge, puis, si on l'avait laissé libre, il en aurait bu plus que de raison. Il aimait beaucoup à barbotter dans l'eau.

(1) On voit que, contrairement à un préjugé très répandu, il n'y a pas que les hommes de génie qui aient des dents à la naissance.

Il avait quelques petites manies : ainsi, il n'aimait pas entendre le bruit des aliments qui bouillaient ; il soulevait le couvercle et mettait de l'eau dans le vase. — Il était incapable de s'habiller.

1879. 13 *octobre*. — Au dire de M. Agnus, surveillant du service, D... aurait eu de temps en temps des *jeûnes* qui duraient une huitaine de jours. Le dernier a eu lieu il y a trois semaines. On a remarqué que, quand ils étaient rapprochés, ils étaient plus courts.

14 *octobre*. — Hier soir, sans cause connue, D... a refusé de manger. (D'habitude, il mange beaucoup, surtout de la viande.) Ce matin, il n'a pas voulu se lever. — Aux question qu'on lui adresse, il répond par signes. Il a eu une selle hier et une ce matin. Il ne boit que de l'eau. — P. 80-84 ; T. R. 36°,4. — *Soir* : T. R. 37°,2.

15 *octobre*. — Nous essayons de lui faire prendre du lait, il trempe le doigt dans le vase, le porte à sa bouche et repousse le verre avec une expression de dégoût. Caresses, promesses ou menaces, ne peuvent vaincre sa résistance.

La langue est légèrement chargée ; on lui donne de l'eau : il la regarde, prend le verre avec ses deux mains, boit avec avidité ; quand il a vidé le verre, sa physionomie exprime la satisfaction. Pas de vomissements ni de selles. L'examen des divers organes ne dénote rien d'anormal. P. 80-84 ; T. R. 36°,8. — *Soir* : T. R. 37°,4.

16 *octobre*. —Hier soir, D. a demandé de la viande, qu'il a mangé avec une certaine voracité. — Il est gai ; le sommeil paraît régulier. T. R. 37°,6. — *Soir* : T. R. 37°,6.

17 *octobre*. — T. R. 38°,4.

24 *octobre*. — Depuis le 16, D... avait mangé comme d'ordinaire. Hier, à midi, il a refusé de manger ; le soir, on a pu lui faire avaler un peu de soupe. Il ne veut parler que par signes. Physionomie triste ; coloration violacée du nez ; il se ratatine dans son lit ; les mains sont croisées en avant du cou. — T. R. 36°,6. — *Soir* : T. R. 37°,2.

25 *octobre*. — Refus absolu de manger. Il pesait 20 kilog., le 13 octobre ; il ne pèse plus que 19 kilog. 2. — P. R. 36°,6. — *Soir* : T. R. 36°,8.

26 *octobre*. — Même état. T. R. 36°,8. — *Soir* : T. R. 37°. Le jeûne a cessé aujourd'hui.

27 *octobre*. — T. R. 37°,2. D... continue à manger.

28 *octobre*. — *Matin* et *soir* : T. R. 38°.

29 *octobre*. — T. R. 37°,6. — *Soir* : T. R. 38°.

30 *octobre*. — T. R. 37°,2. — *Soir* : T. R. 38°.

Du 1er au 5 novembre, nouveau jeûne, offrant les mêmes caractères. Nous avons essayé de faire boire à l'enfant du vin blanc mélangé à l'eau ; ce n'est que le dernier jour que nous avons réussi. — D... a eu 3 accès d'épilepsie le 2 octobre et n'en a pas eu dans le reste du mois.

1880. *Etat du malade*. — La tête est assez régulièrement conformée ; la bosse occipitale un peu saillante ; le front, assez haut et bombé, est déprimé sur les côtés ; les arcades surcilières sont assez saillantes. Le nez est petit, régulier ; — les oreilles et les yeux ont une conformation normale. Conjonctivite et blépharite ciliaire. La bouche est assez large ; les lèvres ont une épaisseur moyenne. Les arcades dentaires sont irrégulières en ce sens que les incisives médianes sont implantées obliquement. — La voûte palatine paraît symétrique ; elle est profonde légèrement ogivale.

Le *tronc* et les *membres* sont bien conformés. — Le testicule droit n'est pas descendu. — Les cheveux châtains sont assez abondants. — Les cils sont longs et blonds. — Quelques glandes au cou ; — pas d'éruption cutanée.

Il se sert d'une cuiller et ne sait pas manier la fourchette et le couteau. Il ne veut pas boire de vin. Il est gâteux, malpropre ; il est incapable de se laver les mains et le visage. — D'ordinaire, il reste dans un coin, inerte, les mains entrecroisées sur le cou. — La *parole* est à peu près nulle ; D... ne prononce quelques monosyllabes.

26 *janvier*. — L'enfant est envoyé à la petite gymnastique que nous avons fait installer par M. Pichery.

Février-Mars. — D... est plus gai, plus actif. Il a perdu son ancienne habitude de placer ses mains sur son cou. Il est très obéissant, mais très curieux et se dérange souvent dès qu'il entend du bruit au dehors. Il excite les autres enfants à travailler à la gymnastique et essaie de répéter les commandements : en avant, en arrière, en position, etc.

Avril. — D... ne gâte plus. Il répète les lettres de l'alphabet, trace des bâtons sur l'ardoise. Parfois, petits accès de colère, quand ses camarades le taquinent ; il n'est ni méchant, ni grossier. Il boit maintenant du vin ; il a l'amour de la propriété, ne veut se servir que de son gobelet et de la balançoire qu'il a distinguée. Il prend du lait et des aliments qu'il refusait autrefois.

Du 13 au 20 *mai*. — *Broncho-pneumonie*.

31 *juillet*. — Impétigo développé autour d'une plaie de la tempe droite.

Août. — Il commence à se servir de la fourchette ; au réfectoire, il met la bavette aux autres enfants. — La parole s'est améliorée ; il dit : *lerci* pour merci ; — *taté*, pour café ; — *ola*, pour chocolat ; — *afitures*, pour confitures ; — *papa*, *maman*, *pain*, *vin*, *bonjour*, etc. par signes, il sait expliquer beaucoup de choses. — Voyant qu'il allait mieux et qu'il était propre, ses parents le font sortir ; rentré, il essaie de raconter ce qu'il a vu. Il y a un véritable réveil chez cet enfant. — Il pesait 20 kilog. le 13 octobre ; le 21 août, il avait atteint le poids de 25 kilogr. 200. Sa taille, qui était de 1m12, est maintenant de 1m16.

Il avait eu 118 accès d'épilepsie en 1877, et 76 en 1878 ; il n'y en a eu que 34 en 1879, et à partir du jour où il a été soumis au traitement (1), il n'en a plus eu, c'est-à-dire depuis *dix mois*.

Cet enfant s'est considérablement amélioré sous l'influence du traitement que nous avons institué. Il fait, à la gymnastique Pichery, les exercices suivants : marche en avant et en arrière, une échelle de corde tenue de chaque main ; extension du corps en avant et en arrière — flexion du côté droit ou du côté gauche ; — ascension à l'échelle ; — balançoire, etc. Les mouvements des mains se sont régularisés ; la préhension s'effectue bien ; les membres sont devenus plus souples. Étant monté aux échelles, les pieds dégagés, il se laisse tomber au signal.

Placé sur le vase à des heures régulières, 4 fois par jour, il est devenu propre et on a pu remplacer la robe de gâteux par un pantalon, ce qui l'a rendu très heureux. Il sait se servir assez convenablement d'une cuiller et d'une fourchette et il mange assez proprement.

Les points sur lesquels on a insisté sont les suivants : assouplir les mouvements, exercer les mains, traiter le gâtisme. De plus, on a cherché à perfectionner la parole, en lui faisant prononcer les lettres de l'alphabet, des monosyllabes, puis des mots un peu plus compliqués. Peu à peu, il a fait des progrès et cherche à expliquer ce qu'il a vu dans des promenades qu'on lui a fait faire.

Notons que, grâce aux soins dont il est l'objet, les *accès d'épilepsie* et les *jeûnes* ont disparu : il n'en a pas eu un seul depuis dix mois.

Nous avons tenu à donner les détails qui précèdent parce qu'ils démontrent d'une manière évidente l'efficacité d'un traitement méthodique de l'idiotie. Revenons maintenant au *jeûne*.

Dès les premiers mois de la vie, cet enfant a présenté des *troubles de la digestion*, consistant surtout en des vomissements quotidiens. Le premier jeûne a eu lieu vers 2 ans et demi, et, à partir de ce jour, il en a eu un certain nombre d'autres, qui ont varié de 3 à 28 jours. Nous n'avons observé personnellement que des *jeûnes* très courts et nous n'avons pu relever que quelques particularités, entre autres l'*abaissement de la température*. L'examen des urines, le dosage de l'urée étaient impossibles.

(1) Il a, de plus, un traitement antiscrofuleux : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer et deux bains salés par semaine.

Quelle est la cause de ces singuliers jeûnes? Nous l'ignorons; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que l'enfant n'offrait aucune maladie organique qui pût les expliquer, et, en raison de l'*idiotie*, il est impossible d'invoquer l'influence d'idées mystiques ou d'idées mélancoliques (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Æsthésiogènes et la théorie des vibrations.

Nous voici bien loin de la réserve et du scepticisme qui accueillaient naguère les travaux relatifs aux applications métalliques. Les publications sur ce sujet se succèdent si rapidement, en France et à l'étranger, qu'il devient difficile de les signaler toutes. Deux communications, faites récemment à la Société de thérapeutique, réclament pourtant une mention spéciale.

Dans la première, M. Dujardin-Beaumetz rapporte des expériences fort curieuses de M. Jourdanis, un de ses élèves, sur l'action des plaques de bois, *xylothérapie*. Il résulte de ces expériences, que certaines espèces de bois (pas toutes, notons-le bien) peuvent agir sur la sensibilité cutanée à la façon des métaux. Or, on se rappelle qu'une des objections principales faites à la réalité objective des phénomènes métalloscopiques, avait été la possibilité de les produire au moyen d'un simple disque de bois, substance inerte, croyait-on. L'anomalie s'explique maintenant de la façon la plus satisfaisante. Voilà une des conséquences à tirer des observations de M. Jourdanis; nous examinerons les autres dans un prochain article. Pour l'instant, arrêtons-nous au mot æsthésiogène employé comme terme générique par M. Dujardin-Beaumetz. Il ne sera pas inutile d'en préciser l'origine et la signification.

Ce qu'il y avait de remarquable dans les applications métalliques, c'était, d'une part, la ténuité de la force physique mise en jeu, et, d'autre part, la constance et l'intensité des phénomènes physiologiques provoqués. Les recherches faites à la Salpêtrière ont montré que cette force, non définie quant à présent, ne réside pas seulement dans les métaux, comme l'avait cru M. Burq, mais se manifeste dans un grand nombre de circonstances; pour ne citer que les principales, on sait maintenant que l'aimant (Charcot et Vigouroux) (2), les solénoïdes (Charcot et Regnard) l'électricité dynamique (Bourneville et Regnard) (3), l'électricité statique (Vigouroux (4), les vibrations sonores (Vigouroux) (5), produisent avec plus de certitude et de netteté, les phénomènes observés primitivement dans les applications métalliques.

Bien entendu, il n'est question ici que des recherches faites à l'occasion de la métallothérapie, en vue de l'expliquer et de l'étendre. Antérieurement (1875), M. Vulpian avait fait connaître l'action favorable et immédiate de la faradisation dans l'hémianesthésie consécutive à certaines hémorrhagies cérébrales; M. Grasset avait cité des faits analogues; et le professeur Maggiorani avait publié, en 1869, le résumé de ses observations sur l'emploi de l'aimant dans le traitement des névroses; mais il n'y est pas question de son action directe et immédiate sur l'anesthésie et quelques autres phénomènes.

La partie corrélative, celle des effets pathologiques ou physiologiques produits, n'a pas reçu un moindre développement. Il ne s'agit plus seulement de quelques phénomènes locaux, mais de tout un ensemble de faits de la plus haute importance pour la pratique et pour la théorie. On sait la place que vient de prendre l'emploi méthodique des agents énumérés plus haut dans la thérapeutique du système nerveux. Quant à la théorie, M. Charcot avait, dès le principe, formulé la prévision, en voie de se réaliser aujourd'hui, que l'on trouverait dans les æsthésiogènes un instrument d'analyse pour cette portion de la physiologie humaine qui ne peut être éclairée par les vivisections.

Dans cet état de la question, il était nécessaire de grouper sous une désignation unique les divers agents, connus ou non, capables de produire cette classe, nouvellement observée, de phénomènes, dont les plus fréquents et les plus caractéristiques consistent dans des modifications de la sensibilité.

M. Charcot proposa le nom de *Æsthésiogènes*. Ce mot, dont l'étymologie s'explique d'elle-même, désigne donc par leur propriété commune et essentielle les métaux, l'aimant, l'électricité, les vibrations, les actions thermiques, et aussi, on vient de le voir, certaines espèces de bois. La liste n'est pas close, d'ailleurs. Il évoque en même temps l'idée des phénomènes biologiques correspondants.

Il représente donc plus qu'une appellation arbitraire, une véritable définition, qui résume la manière de voir adoptée à la Salpêtrière dès l'origine de la question. C'est pour cela que nous avons tenu à saluer ce néologisme au passage. (1)

La seconde communication est de M. N. Guéneau de Mussy. Elle a pour objet l'analyse d'un mémoire récent de M. Maggiorani sur l'explication physique de la métallothérapie. L'éminent professeur de Rome est disposé à adopter la théorie ou mieux l'hypothèse de M. Schiff, celle de vibrations moléculaires, transmises par contiguité; ces vibrations seraient différentes, suivant le corps, en rhythme et en amplitude, d'où résulterait un ébranlement différent communiqué aux nerfs et, par suite, les variétés d'action des différents métaux ou agents, etc.

La base expérimentale de cette hypothèse est le fait que les vibrations d'un diapason, agissent sur la sensibilité et exactement comme les métaux. A ce propos, quelques mots d'historique sont indispensables.

Pendant l'été de 1878, nous avons fait à la Salpêtrière un certain nombre d'expériences avec le diapason. Elles sont, croyons-nous, les premières de ce genre qui

(1) Siméon de Provenchères, médecin du Roy, a publié à Sens, en 1616, un petit volume écrit dans un style très-confus, intitulé : *Histoire de l'inappétence d'un enfant de Vauprofonde près Sens, de son désistement de boire et de manger quatre ans unze mois, et de sa mort.* Il croit à l'authenticité du cas! Il s'agissait d'un enfant intelligent et non d'un idiot.

(2) *Société de Biologie*, 1878. — (3) *Ibid.* — (4) *Ibid.*

(5) *Progrès Médical*, 1878.

(1) Le mot *æsthésiogène*, d'un usage courant dans le laboratoire de M. Charcot a été, croyons-nous, employé pour la première fois dans une publication, par le Dr P. Richer, dans son travail : *De l'influence des agents æsthésiogènes sur l'hémianesthésie*, etc, *Progrès Médical*, 1879, n° 47. Si nous insistons sur l'origine de ce mot c'est, répétons-le, parce qu'il représente une notion théorique importante, celle d'un groupe nouveau d'agents physiques et d'actions physiologiques correspondantes.

aient été faites; nous avions employé d'abord un diapason *ut₃*, dans la caisse de résonnance duquel nous faisions placer la main de nos malades. Puis, nous avons varié de diverses manières le mode d'expérimentation, sous le rapport de la hauteur du son et des circonstances accessoires.

On peut lire le résumé de nos premières recherches à la page 747 du *Progrès médical* de 1878. Nous y disions comment nous avions provoqué chez une malade une contracture du poignet, en lui faisant placer la main pendant quelques minutes sur la caisse de résonnance d'un diapason, mis en vibration à l'aide d'un archet. Nous y disions encore que M. R. Kœnig nous a construit des diapasons munis de caisses de résonnance de différentes grandeurs (afin de pouvoir y introduire la main ou un membre entier), et nous résumions nos recherches en ces termes : *les vibrations du diapason ont exactement la même action physiologique que les métaux, l'aimant et l'électricité statique.*

Puisque nous avons l'occasion de rassembler nos souvenirs sur ce sujet, donnons quelques détails encore inédits. Voici d'abord un fait qui intéressera sans doute M. Maggiorani. Cet éminent observateur a constaté qu'un aimant animé d'un mouvement de rotation agit beaucoup plus rapidement que s'il est simplement maintenu à proximité du corps. Pour répéter cette expérience, nous avions fait construire par M. Ducretet le petit appareil suivant : une boîte rectangulaire donne passage par une de ses faces à un axe qui porte extérieurement un pignon engrené sur une roue dentée munie d'une manivelle; à l'intérieur de la boîte, il se termine par une sorte de pince capable de recevoir la partie moyenne d'un aimant en fer à cheval. Sur le devant de la caisse, se trouve un support pour le bras qui n'est séparé des pôles de l'aimant que par l'épaisseur de la paroi. Cet appareil devait servir à deux fins, d'abord comme nous l'avons dit, à répéter l'expérience de l'aimant rotatoire de M. Maggiorani ; en second lieu, il semblait très approprié aux épreuves de contrôle que M. Charcot a toujours tenu à multiplier. En effet, le contenu de la boîte n'étant pas accessible à l'inspection du patient, il était facile de remplacer à volonté le véritable aimant par d'autres pièces qui n'en avaient que l'apparence. Eh bien, pour ce genre d'expériences, l'appareil n'a pu servir qu'à la condition de ne pas faire de rotation : les vibrations engendrées par la roue dentée transformaient la boîte en une véritable caisse de résonnance. Il en serait résulté une grande confusion dans nos recherches si nous n'avions pas été éclairés sur l'action du diapason.

Nous avions pensé aussi aux usages thérapeutiques possibles du diapason. Entre autres choses, nous avons employé un des diapasons munis d'un électro-aimant que nous avait construits M. Kœnig, pour combattre les douleurs fulgurantes de l'ataxie. La malade introduisait ses pieds dans la caisse; elle en éprouvait un peu de soulagement que n'avaient pu lui donner l'électricité ni les narcotiques. Les diapasons ainsi montés électriquement pouvaient être séparés de leur caisse, et leur tige, terminée par un bouton de bois, pouvait alors servir à des excitations localisées sur un muscle ou un nerf.

Il est inutile de prolonger cette revue rétrospective. Bien entendu, ces essais avec les diapasons se faisaient publiquement, et bon nombre de visiteurs français et étrangers du laboratoire de M. Charcot ont pu en être témoins. Parmi ces derniers, nous mentionnerons M. Schiff, qui (peu de jours après la publication de notre article dans le *Progrès médical*) fit plusieurs visites à la Salpêtrière dans l'intention expresse de voir les faits relatifs à la métalloscopie. Les diapasons lui furent montrés, comme le reste, mais l'impression qu'en emporta M. Schiff dut être bien fugace, car un an plus tard (octobre 1879) dans son mémoire présenté à la réunion des Naturalistes de Bade, publié par les *Archives de Physique* de Genève, (janvier 1880,) il écrivait que : *des considérations théoriques l'ont amené à supposer que les vibrations d'un diapason produiraient le même effet que les applications métalliques.* Ce qui vient d'être dit et le rapprochement des dates, prouvent suffisamment que la supposition était, depuis plus d'un an, vérifiée par nous. Sur ce point, il n'y a même pas à poser la question de priorité. On voit d'ailleurs, par le temps que nous avons laissé s'écouler entre la publication du mémoire de M. Schiff et les présentes explications, que nous ne mettons pas une bien grande âpreté à revendiquer nos droits.

Cela dit, nous sommes les premiers à reconnaître tout ce que la question devait gagner en passant aux mains de M. Schiff, et toute l'autorité qu'une théorie nouvelle peut emprunter à son patronage. Mais n'est-il pas prématuré de parler de théorie? Nous nous étions abstenus de toute tentative d'explication en donnant le résultat de nos premières expériences avec les diapasons. On admettra pourtant sans difficulté que ces expériences n'avaient pas été instituées par un simple hasard. Voici, en quelques mots, la pensée qui les avait dictées et aussi les motifs de notre réserve.

Dès que nous avions eu à réfléchir sur ces curieux phénomènes métalloscopiques, et avant même de savoir qu'ils n'appartiennent pas exclusivement aux métaux, nous avions, comme tout le monde, pensé à la possibilité d'une action moléculaire vibratoire. A notre point de vue spécial, cette hypothèse avait un certain attrait; car, *a priori*, elle semblait se prêter, mieux que d'autres, à l'explication de quelques faits que nous avons fait connaître. Ainsi, dans l'action des plaques superposées (*Soc. de Biol.*, 26 oct. 1877), on pouvait voir un phénomène d'interférence, etc. D'ailleurs, elle ne préjugeait rien et n'excluait même pas l'électricité, puisque les recherches de plusieurs physiciens, entre autres Gassiot et plus récemment Planté, tendent à faire considérer l'action électrique comme la propagation d'un mouvement vibratoire. Que cettre transmission se fasse par les molécules pondérables ou par l'éther, cela peut rester indécis pour le moment. De plus, la vibration n'est-elle pas un caractère commun à tous les excitants de notre système nerveux. Mais, plus tard, quelques observations nous portèrent à admettre, dans l'action æsthésiogénique des métaux, quelque chose de plus qu'une action électrique ordinaire : d'une façon générale, nous avions remarqué que l'état de netteté des plaques métalliques n'influe pas sensiblement sur leur efficacité ; dans un cas des plaques de zinc fortement encrassées d'oxyde, agissaient avec au-

tant de rapidité que des plaques du même métal soigneusement décapies (il est bon d'ajouter que chez la malade en question les autres métaux ne produisaient absolument rien). Ce dernier fait est très important encore à un autre point de vue que nous ne pouvons aborder ici; mais cette remarque et quelques autres analogues nous portèrent à reprendre l'hypothèse des vibrations purement mécaniques.

En faisant choix du diapason pour ces recherches, nous pensions trouver des différences d'action dépendant du nombre de vibrations par seconde, et même que l'on pourrait assigner tel nombre de vibrations comme correspondant à tel métal; puis, qu'on trouverait même des rapports simples (multiples par exemple) entre les nombres représentant certains métaux; que les sensibilités métalliques étaient réglées par ces rapports, etc. L'expérience coupe court à ces spéculations. Dans la limite comprise entre 30 et 600 vibrations simples par seconde, l'effet physiologique a été invariablement le même quel que fût le nombre des vibrations, qu'il fût même un nombre fractionnaire. Et cet effet, nous l'avons dit, est la production des phénomènes connus auxquels donnent lieu les métaux, l'aimant, l'électricité, à savoir : modification de la sensibilité, de la tonicité musculaire et vasculaire, etc. (en plus ou en moins suivant l'état préalable).

Il était inutile de continuer dans cette voie et de faire exécuter les coûteux instruments que nous avions projetés, en vue d'obtenir avec une précision rigoureuse un nombre donné de vibrations dans l'échelle la plus étendue. Soit dit en passant, nous nous étions adressés peut-être à un ordre de vibrations trop grossier. Si l'on voulait, et pour notre part nous n'y renonçons pas, continuer l'examen de cette hypothèse, c'est à des vibrations bien plus subtiles qu'il faudrait avoir recours, celles par exemple de la lumière. Les travaux récents du Dr Kerr sur les relations de la lumière polarisée avec le magnétisme pourront sans doute servir de thème à des recherches physiologiques intéressantes.

Mais pour en revenir à notre résultat, pouvions-nous en faire la base d'une théorie? Certes, il était facile d'entrevoir des synthèses, de soupçonner des analogies, de disserter sur l'existence d'une forme nouvelle du mouvement vibratoire et de passer en revue à ce sujet les généralités et même les banalités de la physique moderne. Mais la question en eût-elle été éclaircie? Dans l'état actuel de la science, qu'ajoute-t-on à la notion d'un phénomène en disant qu'il est de nature vibratoire? Qu'est-ce qui n'est pas vibratoire, pourrait-on plutôt demander? Il ne faut pas oublier aussi que, même dans ce système d'explications vagues, il y a quelques règles à observer. Ainsi, il ne serait pas correct de supposer que les molécules d'un corps puissent effectuer un travail extérieur, qui ne soit pas compensé ailleurs par une perte équivalente d'énergie.

En résumé, jusqu'à présent, cette idée de vibrations nous offre un moyen de comparaison ou de représentation schématique, mais non une explication. En parlant, soit des æsthésiogènes, soit des modifications qu'ils déterminent dans l'organisme, il pourra être plus commode de se représenter des phases diverses d'oscillation que des chaînes de molécules polarisées. Au fond, cela revient au même, et la somme de nos connaissances positives reste inaltérée.

Voilà pourquoi, en faisant connaître l'action æsthésiogénique des vibrations sonores, nous nous étions abstenus de tenter une explication théorique. Aujourd'hui, même après la lecture des intéressants travaux des professeurs Schiff et Maggiorani, notre manière de voir n'a pas changé.

Romain Vigouroux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 août 1880. — Présidence de M. Roger.

M. Lagneau, à l'occasion de la dernière communication de M. Hardy, vient répondre à la question qui lui a été posée sur la *fréquence relative de la rage* dans le département de la Seine.

Du 1er janvier au 28 août, on a abattu 127 chiens, soit reconnus enragés, soit seulement suspects.

24 personnes ont été mordues et deux seulement ont été atteintes. Mais ces chiffres doivent être au-dessous de la réalité, car nombre de chiens dans Paris et la banlieue sont abattus sans que déclaration en soit faite.

M. Bouchardat lit un travail ayant pour titre : *De l'excessive mortalité des enfants, de la naissance à un an, à Paris. Ses causes, ses remèdes.*

Après quelques remarques sur la mortalité comparée des enfants en France et dans les pays étrangers, M. Bouchardat prouve que c'est à Paris que les jeunes enfants sont le plus décimés.

Il examine ensuite quelles sont par ordre de fréquence les maladies les plus meurtrières. Les fièvres éruptives, la tuberculose et le croup surtout font chaque année de nombreuses victimes. Il insiste à ce propos et en passant sur la nécessité qu'il y aurait à créer dans l'hôpital des salles d'isolement où les malheureux atteints de diphthérie seraient éloignés du contact des autres enfants. Mais il est deux affections auxquelles on doit faire la plus large part dans cette mortalité : la diarrhée infantile et l'athrepsie.

Il établit dans un second chapitre que, indépendamment de la misère, de l'insalubrité des logements, on doit surtout incriminer le régime alimentaire auquel sont soumis les jeunes enfants. Les diarrhées de l'athrepsie seraient donc pour lui le résultat de l'administration du lait qui, non seulement est de qualité inférieure, mais encore ne tarde pas encore à subir la fermentation lactique. La confirmation de cette opinion se trouve dans ce fait d'observation journalière, que c'est en été, pendant les grandes chaleurs qui favorisent la fermentation des germes, où l'on signale le plus grand nombre de cas de diarrhée infantile. Il faut donc chercher par tous les moyens à empêcher cette fermentation lactique, et pour ce faire, M. Bouchardat recommande la réfrigération immédiate et l'emploi du salycilate de soude.

D'autres moyens pourraient être mis en œuvre pour amoindrir le chiffre de la mortalité. Telles sont les crèches dont M. Bouchardat se montre chaud partisan, à condition toutefois de prendre certaines précautions destinées à combattre et à remédier à ce que l'agglomération des enfants dans un espace restreint peut présenter de défectueux. Par exemple, il ne faudrait pas garder les enfants pendant la nuit, ni les admettre quand ils sont malades ou bien encore convalescents.

Enfin, il fait appel à la charité privée et à l'Assistance publique, qui devraient combiner leurs efforts pour propager l'allaitement maternel, la ressource la plus sûre et le remède héroïque contre l'effrayante mortalité qui frappe à Paris les enfants en bas-âge.

M. Jules Guérin présente quelques observations sur les rapports qui existent entre l'âge de l'enfance et le lait dont on le nourrit. S'il y a désaccord entre l'aliment et les forces de l'enfant, celui-ci aura nécessairement de la diarrhée. Coupez le lait au contraire, appropriez-le, en un mot, à la faculté digestive de l'enfant, et les accidents diarrhéiques disparaîtront.

M. Tillaux, à propos d'une observation présentée le 14 octobre dernier, apporte de nouveaux documents destinés à l'histoire de l'*hystérotomie*.

Il s'agit d'une femme à qui M. Tillaux a enlevé une grande partie de l'utérus et les deux trompes. Depuis l'opération, cette femme voit ses règles régulièrement, mais avec une légère avance d'une fois sur l'autre. Leur durée est de quatre jours, leur abondance un peu moindre. M. Tillaux a pu s'assurer et voir que le sang sortait par le col de l'utérus, et venait bien du tronçon du corps resté.

M. Tillaux rapporte un autre fait d'ablation des deux ovaires chez une femme, fille de 23 ans qui guérit et qui continue d'avoir ses règles comme par le passé.

De ces faits qui jettent peut-être quelques troubles sur les questions de l'ovulation, M. Tillaux conclut :

1° Que l'ablation de l'utérus avec les trom pes n'empêche pas les règles.

2° Que l'extirpation des deux ovaires n'entraîne nécessairement pas l'absence de menstruation. A. D.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 29 *février* 1880. — Présidence de M. Rendu.

30. Carcinome colloïde du cœcum. Mort par obstruction intestinale ; par L. Jagot, externe des hôpitaux.

Dans le courant de décembre dernier, la femme Victorine X..., âgé de 36 ans, entre dans le service de M. Blachez, avec tous les symptômes d'une obstruction intestinale. Cette femme, marchande des quatre saisons, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde vers l'âge de 20 ans, elle a eu quatre enfants bien portants, mais elle accuse quelques habitudes alcooliques.

Depuis environ une année, elle s'est beaucoup amaigrie, elle a eu fréquemment des vomissements bilieux ou alimentaires, des périodes de constipation alternant avec une diarrhée de plusieurs jours. Cette constipation rebelle cédait cependant, toujours, à la suite de purgatifs répétés et de lavements à la glycérine. Quinze jours environ avant son entrée, cet état s'était assez aggravé pour la forcer à garder le lit ; les purgatifs cette fois n'avaient amené que quelques selles molles ou filiformes peu abondantes. Elle n'a jamais remarqué dans ses selles ni sang, ni matières noires.

Le jour de son entrée, malgré une selle abondante, évacuée la veille, elle présentait tous les symptômes de l'occlusion, vomissements, facies abdominal, pouls filiforme, coliques intenses, ventre extrêmement ballonné; on voyait les anses intestinales se contracter sous la paroi abdominale.

Rien d'ailleurs du côté des anneaux.

Par le toucher rectal, on sentait la saillie du fond de l'utérus pressant sur l'intestin et expliquant l'état rubané des matières fécales que signale la malade.

A la suite de purgatifs et de lavements à la glycérine, la malade eut le 1er janvier une véritable débâcle, 10 selles copieuses dans la journée. Elle avait eu la veille des vomissements fécaloïdes emplissant deux cuvettes.

Les vomissements cessèrent et l'état s'améliora, à ce point que la malade demanda sa sortie le 15 janvier.

Le diagnostic porté avait été, occlusion intestinale incomplète siégeant sur le gros intestin ou le bout inférieur de l'intestin grêle. L'abondance des vomissements et l'extrême ballonnement du ventre justifiaient ce diagnostic de siège; quant à la cause de l'occlusion elle ne fut pas précisée et ne pouvait l'être en effet, comme nous le verrons.

La malade rentra au commencement de février présentant les mêmes symptômes que la première fois; elle eut encore quelques jours meilleurs à la suite du même traitement. Le 15 février, on observa un œdème du membre inférieur droit et un empâtement du côté de la fosse iliaque. Ces symptômes firent pencher le diagnostic vers une tumeur cancéreuse de l'intestin. La malade succomba le 21 février.

Autopsie. Le cadavre était fortement amaigri. Les poumons étaient légèrement congestionnés. Le lobe supérieur du poumon gauche présentait un infarctus du volume d'une noix environ.

Le cœur était très petit, ses parois pâles et peu épaisses. C'était tout à fait le cœur des états cachectiques.

Le foie volumineux, extrêmement gras, présentait les caractères de la stéatose péri-lobulaire. La vésicule biliaire contenait une bile épaisse, dans laquelle flottaient deux calculs de la grosseur d'un dé à jouer.

L'intestin grêle, fortement dilaté, gris bleuâtre, cachait absolument le gros intestin. Vers la partie inférieure de l'abdomen, on voyait sur la convexité des anses intestinales un rare semis de granulations transparentes ressemblant à des tubercules crus.

En soulevant les anses intestinales, on trouve profondément, dans la fosse iliaque droite, le cœcum englobé dans une tumeur cancéreuse. Cette tumeur était limitée à l'intestin et fut facilement détachée de la paroi, elle comprend tout le cœcum et l'appendice iléo-cœcal, la valvule et une très petite partie de l'intestin grêle, le tout formant environ le volume du poing. Le calibre de l'intestin admet difficilement le petit doigt. Le mésentère est semé, sur un quart environ de son étendue, de petites nodosités cancéreuses d'une grosseur variant entre une tête d'épingle et une petite noisette.

Le gros intestin est aplati, absolument vide et considérablement diminué de volume.

Quelques ganglions mésentériques sont tuméfiés et contiennent une substance ayant l'apparence du mastic.

Les ovaires sont également semés de petites tumeurs cancéreuses. Rien à la rate, aux reins, à la vessie, au cerveau.

Voici l'analyse histologique qu'en a bien voulu faire Mr le Dr Latteux.

Analyse histologique. Les pièces ayant été durcies par les procédés habituels (alcool, gomme picriquée, alcool à 40°) des coupes ont été pratiquées en divers points.

L'examen a porté sur la tumeur de l'intestin proprement dit et sur la généralisation dans le mésentère et l'ovaire.

1° *Intestin.* On observe sur une section perpendiculaire à la surface : *a.* Des travées de tissu conjonctif, lâches, et très irrégulières, formant des alvéoles de capacité très variable, et présentant dans l'épaisseur de leurs parois de petits noyaux allongés. *b.* Dans l'intérieur, une substance amorphe, granuleuse, d'apparence colloïde, tenant en suspension un grand nombre de cellules. *c.* Cellules : elles sont de formes très variées, généralement volumineuses et contiennent un noyau assez gros se colorant énergiquement par le picrocarminate. La coloration paraît d'autant plus accentuée que le protoplasma de la cellule, en voie de dégénérescence graisseuse, ne prend aucune teinte. Notons enfin que les alvéoles du carcinome présentent, en plus, d'abondantes granulations graisseuses dispersées sans ordre dans la masse colloïde.

2° *Mésentère.* Considérablement épaissi, il montre ses faisceaux conjonctifs écartés par le développement d'un tissu colloïde, analogue à celui que nous venons de décrire, mais à mailles plus petites et dans un état de régression moins avancé. Le tissu adipeux de la région est, en plusieurs points, le siège de proliférations conjonctives abondantes.

3° *Ovaire.* Nous avons retrouvé les mêmes lésions dans l'ovaire à un degré moins avancé.

4° *Foie.* Cet organe ne présentait aucune trace d'envahissement. Il était en état de dégénérescence graisseuse. Les cellules globuleuses renfermaient des gouttelettes huileuses, le noyau avait disparu.

Réflexions. Nous ferons remarquer : 1° Qu'ici, comme dans la plupart des cancers du cœcum, la valvule iléo-cœcale est prise. 2° Que la tumeur située profondément et recouverte par les anses dilatées et presque jamais en contraction de l'intestin grêle, ne pouvait être sentie pendant la

vie, à la palpation. 3° Que la marche relativement lente de l'obstruction est peu en rapport avec l'étroitesse extrême de l'intestin, constatée à l'autopsie.

31. Gliome des noyaux centraux et de la protubérance chez une enfant de 4 ans; par Savard, interne des hôpitaux.

Le 29 janvier dernier, la nommée Louise Les..., agée de 4 ans et demi, a été conduite à l'hôpital des enfants, dans le service de M. Archambault. Voici quels sont les renseignements qu'on nous a donnés sur cette enfant : Elle était d'une bonne santé habituelle jusqu'à ces six derniers mois; à cette époque, elle a été atteinte de convulsions qui se sont répétées à intervalles plus ou moins éloignés, et ont été suivies quelquefois de vomissements; on s'aperçut en même temps que son bras gauche devenait un peu faible, et que la marche était pénible. Il y a six semaines environ, à la suite d'attaques convulsives, la paralysie s'est accentuée brusquement et est devenue à peu près complète.

Lorsqu'on examine la malade au moment de son entrée, on constate que l'hémiplégie est des plus accentuées; elle occupe tout le côté gauche, le bras soulevé retombe inerte; la jambe peut cependant exécuter quelques légers mouvements. A la face, la paralysie se voit très nettement. La commissure labiale est abaissée à gauche, la bouche tirée du côté opposé, et la langue déviée à gauche; les traits de ce côté sont effacés, l'orbiculaire des paupières est intact; il n'y a pas d'inégalité des pupilles. La sensibilité est conservée; lorsqu'on fait une piqûre sur le bras ou la jambe paralysés, la malade se plaint et cherche à se protéger avec la main droite.

Il n'y a pas de fièvre, mais une grande prostration; l'auscultation de la poitrine fait entendre des râles sibilants et ronflants dans les deux poumons, vers la base surtout. Comme traitement on prescrit 0,50 centigr. d'iodure de potassium.

2 février. La malade vomit plusieurs fois dans la journée; son état n'a pas changé, la paralysie est toujours aussi marquée.

4 février. Sans cause appréciable il survient une kérato-conjonctivite très intense de l'œil droit, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie.

Dès le lendemain, la cornée commence à s'ulcérer; l'injection périkératique est très vive.

La malade est très abattue et éprouve une gêne notable de la respiration; des râles sous-crépitants s'entendent dans toute la hauteur des deux poumons; il y a une congestion hypostatique très étendue.

7 février. On constate pour la première fois de la contracture dans les membres paralysés, principalement dans le membre supérieur.

9 février. La contracture n'a pas cessé, les troubles respiratoires sont plus accusés et l'ulcération de la cornée est plus profonde et plus étendue.

11 février. La malade est dans le coma; la respiration est embarrassée, de petits mouvements convulsifs agitent par moments le bras gauche, la face est cyanosée, de plus, on remarque aux paupières, surtout à la droite, du côté où siège l'ulcération cornéenne, une dilatation veineuse considérable. La mort survient à 11 heures du matin, quelques instants après la visite.

Les symptômes que nous venons d'indiquer, convulsions, vomissements, paralysie du côté gauche, avaient fait penser à l'existence d'une tumeur cérébrale siégeant dans l'hémisphère droit, car, chez l'enfant, les tumeurs du cerveau et l'hémorrhagie méningée, sont les deux causes les plus habituelles de l'hémiplégie. Comme, dans le jeune âge, les tumeurs cérébrales sont ordinairement constituées par des tubercules, on s'était arrêté à cette dernière opinion. Quant au siège, on l'avait placé dans les noyaux centraux, et on croyait que la tumeur devait s'étendre jusque vers la base, à cause des signes de compression directe qui étaient apparus dans les derniers jours de la vie (troubles trophiques de la cornée, obstacle au cours du sang dans la veine ophthalmique du côté opposé à la paralysie).

Autopsie.— Après avoir ouvert le crâne et fendu la dure-mère, on constate que le liquide céphalo-rachidien s'écoule en plus grande abondance qu'à l'état normal; mais les méninges se détachent facilement et paraissent tout à fait saines; on ne peut y découvrir de tubercules. Lorsqu'on examine le cerveau par sa face inférieure, on voit qu'il y a une asymétrie très prononcée des deux hémisphères; en effet, les circonvolutions de la base du côté droit sont atrophiées par suite de la compression exercée sur elles par une énorme tumeur qui paraît occuper une grande partie de l'hémisphère correspondant. Cette tumeur n'est pas isolée de la substance cérébrale; elle englobe la couche optique, le corps strié, et fait une saillie considérable dans les ventricules latéraux, jusqu'en haut, près du corps calleux qui est un peu soulevé. Son volume peut être évalué à celui d'un gros œuf de poule. A la base, elle refoule en dehors les circonvolutions et fait une saillie arrondie, qui ne se distingue pas par sa couleur de la substance cérébrale et se continue sans limites précises avec elle; la bandelette optique de ce côté est tiraillée et aplatie. La protubérance, dans toute sa partie droite, est également envahie par le tissu morbide; elle est singulièrement déformée et offre un volume remarquable; à sa partie supérieure, appliquée à la face inférieure du cerveau, se trouve une languette triangulaire formée par un prolongement de la tumeur. (Un dessin que nous avons inséré dans l'album de la Société rendra mieux compte de cette disposition.)

La consistance de la tumeur est assez ferme, ce qui permet de la distinguer au toucher de la substance cérébrale. Une coupe pratiquée par son milieu montre que les noyaux du corps strié ont conservé à peu près leur aspect normal, mais sont comme dissociés par la masse morbide au milieu de laquelle ils sont plongés. La section de la partie supérieure de la moelle permet de constater une dilatation très marquée du canal central.

Telles sont les dispositions que présente la tumeur. Quelle en est la nature? Evidemment elle n'est pas constituée par un tubercule; son volume énorme, son aspect, sa couleur, font plutôt penser à un gliome. C'est en effet ce que prouve l'examen histologique qui a été fait par M. Cossy.

32. Pneumonie d'allure bâtarde chez un syphilitique. Lésions circonscrites de l'autre poumon (gommes?); par A. Robert, interne des hôpitaux.

Sieur Emile, 43 ans, entré le 3 février à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 15, service de M. Bucquoy.

Antécédents héréditaires, nuls. *Antécédents personnels*, pas de scrofule pendant l'enfance.

Fièvre typhoïde à 20 ans. A 23 ans, syphilis, étant au régiment. En tout cas, il y a 10 ans, il eut à la suite d'une blennorrhagie des ulcérations disséminées sur toute la surface tégumentaire. Quoi qu'il en soit de l'époque exacte de la syphilis, il n'a jamais été traité régulièrement. Depuis trois mois, il présente de nouvelles ulcérations dont nous reparlerons plus loin. Malgré tout, sa santé générale n'était pas trop mauvaise et il n'a pas maigri récemment. Il est malade depuis le 26 janvier, mais ne s'est alité que le 28. Au début, nous notons un frisson, des vomissements, une toux rare et sèche, pas d'expectoration ni de point de côté.

A l'entrée, le malade paraît fortement touché; les yeux sont caves et sans expression, les joues amaigries et plaquées de rouge, la voix cassée; le malade a peu d'initiative et ne songerait pas à se plaindre si l'on ne l'interrogeait. La peau est sèche, la température à 39°,6.

Le malade porte, disséminées sur la peau du dos, de la poitrine, et surtout des membres inférieurs, des cicatrices oblongues, arrondies, blanchâtres, au niveau desquelles le derme est visiblement déprimé (ecthyma ancien). A la racine de la cuisse, il y a des cicatrices plus récentes et encore pigmentées.

Enfin, la région poplitée gauche présente des ulcérations irrégulières, tourmentées, rougeâtres, entamant profondément la peau et d'où s'écoule un liquide visqueux et clair.

En un mot, ces lésions ont tout à fait l'apparence de gommes en voie d'évolution.

Du côté de l'appareil respiratoire, dyspnée modérée.

En arrière, au-dessus de la partie moyenne du poumon droit, submatité dans l'étendue de quelques centimètres carrés, souffle bronchique et bronchophonie. Augmentation des vibrations thoraciques. Au sommet gauche, matité avec résistance au doigt et faiblesse respiratoire. *En avant*, tonalité élevée sous la clavicule droite, transmission des bruits du cœur, plus bas, submatité et crépitation très fine analogue à du froissement pleural. Pas d'expectoration.

En raison de l'état général, le diagnostic fut pneumonie du sommet chez un malade cachectique de par une syphilis maligne et peut-être même pneumonie tuberculeuse (lésions du sommet gauche).

4 *février*. T. A. 40° le matin. 40°,4 le soir.

Il y a quelques râles crépitants dans l'aisselle droite. *Traitement*. Pot.-iod. 8 gr., pas de traitement spécifique à cause de l'état général.

5 *février*. 39° le matin, 39°,8 le soir.

Les signes d'induration pneumonique s'étendent à tout le tiers supérieur du poumon droit. Toujours pas d'expectoration. Même état général.

6 *février*. 39°,6 le matin. 40°,2 le soir.

7 *février*. 39° le matin. 40°,6 le soir.

Pour abréger l'histoire assez monotone du malade, disons que, jusqu'au 10 février, sans modification de l'état général, la température se tînt constamment au-dessus de 39°. A partir du 10, elle s'abaisse entre 38° et 39°. Quant à l'état local, c'étaient toujours les signes d'une induration pneumonique ayant gagné la moitié supérieure du poumon droit, sans cependant présenter une matité absolue, mais le souffle était très accusé et jamais on ne constatait de râles. L'expectoration faisait également totalement défaut, et le malade étant surveillé à ce point de vue, on peut affirmer qu'il ne s'en produisait pas.

15 *février*. Au soir, 38°,2.

16 *février*. La température se relève brusquement à 40°,2 le matin et 40°,8 le soir.

17 *février*. On constate quelques gros râles sous-crépitants du côté de l'aisselle droite. Le malade rend ce jour-là trois ou quatre crachats assez singuliers d'aspect ; ils sont très visqueux, sans aucune bulle d'air ; gris jaunâtres, avec des filaments noirs irréguliers, assez semblables à ceux que renferment souvent les vomissements dans le cancer de l'estomac. Frappé de ce caractère et de l'aspect singulièrement visqueux des crachats, on émet pour la première fois l'idée que ces lésions pulmonaires, d'allure si bizarre, pourraient bien être syphilitiques. Examinés au microscope, ces crachats n'ont montré qu'une quantité considérable de leucocytes et de granulations graisseuses, pas de fibres élastiques qu'on y a cependant cherchées avec soin. Les petits corpuscules noirs sont du pigment amorphe analogue à celui du poumon.

18 *février*. Le malade rend encore un seul crachat ayant les mêmes caractères. Une cuillerée de sirop de Gibert, mais il la vomit. Malgré un pansement approprié (onguent napolitain), les gommes du creux poplité ne sont pas en voie de guérison.

19 *février*. Les signes stéthoscopiques n'ont pas beaucoup changé ; il y a quelques râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse et en dehors, du côté de l'aisselle ; souffle et timbre creux au niveau de la racine des bronches. Le malade s'affaisse de plus en plus. Pas d'expectoration. Succombe le 21 février.

Autopsie le 23 février. — *Appareil respiratoire*. La plus grande partie de la plèvre droite est dépolie et présente des néo-membranes tout à fait molles et récentes, dont l'enlèvement a été des plus faciles. Fendu dans toute sa hauteur, le poumon droit présente l'aspect suivant : au sommet, dans le tiers supérieur, apparence de structure aréolaire, les alvéoles semblant s'être vidées, en partie, d'un exsudat qui y aurait été infiltré.

A la partie moyenne, induration encore assez marquée ; le tissu plonge dans l'eau ; il a une coloration grise uniforme tachée de petits points jaunes, un filet d'eau y démontre la présence de petites cavités, des dimensions d'une lentille, et très anfructueuses. Au tiers inférieur de l'organe, l'induration est moins marquée et la coloration presque normale, quoiqu'un peu plus rouge, car il y a un peu de congestion, sur laquelle tranchent des points d'un gris jaune pâle. Tout à fait à la base, le dépôt du tissu pathologique devient plus cohérent. Nulle part on ne découvre de tubercules bien caractérisés, nulle part de granulations grises. Les ganglions sont un peu pigmentés et légèrement hypertrophiés.

A gauche, quelques adhérences faciles à briser au sommet ; plus bas, il n'y a plus d'adhérences.

Le sommet ne présente pas la moindre lésion tuberculeuse, mais à 7 ou 8 centimètres au-dessous, nous trouvons une néo-membrane jaunâtre et molle recouvrant une surface de 4 à 5 centimètres carrés et répondant à la présence d'un noyau sous-jacent qui, à la coupe, nous montre à côté de parties jaunâtres encore fermes, une cavité irrégulière et anfractueuse, remplie d'une bouillie gris jaunâtre, un peu gommeuse, très semblable à la matière expectorée du vivant du malade. Pas de limitation inflammatoire récente ou ancienne de la lésion. On passe sans transition des régions malades aux parties saines de l'organe.

A côté de ce noyau, il en existe deux autres des dimensions d'une noisette, encore cohérents et résistants aux doigts. A la coupe, c'est tout à fait l'aspect aréolaire du sommet droit. Plus en dehors, existe un dernier foyer morbide du volume d'une grosse noix, toujours avec le même aspect. Inférieurement, quelques filaments néo-membraneux faciles à arracher à la base, ainsi que dans la région postérieure de la plèvre médiastine.

A la partie intérieure et inférieure du lobe supérieur, en avant et du côté du médiastin, une coloration jaune apparaît sous la plèvre un peu soulevée, à ce niveau, avec des stries vasculaires. C'est un dernier noyau du volume d'une noisette ; il est en partie ramolli à son centre où l'on trouve à la coupe une bouillie grisâtre avec des détritus de tissu pulmonaire et quelques granulations pigmentaires.

Reins. Congestionnés ; aspect graisseux de la substance corticale. *Cœur* petit et revenu sur lui-même ; sans lésions d'orifices. Pas de lésions syphilitiques appréciables du *foie*. Rien à l'*intestin*.

Nous nous abstiendrons de toute réflexion sur ce cas singulier, en l'absence d'une note histologique détaillée qui sera remise prochainement, les pièces n'étant pas encore prêtes pour un examen approfondi.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Accouchements.

VII. — De l'albuminurie chez la femme enceinte ; par le Dr L. Dumas, thèse d'agrégation, Paris 1880. O. Doin, éditeur.

VII. Nous ne nous dissimulons pas en abordant la critique d'un travail aussi complet que celui de M. Dumas, combien il nous sera difficile d'en exposer le contenu ou du moins les idées principales dans un simple compte rendu. Tout lecteur désireux de connaître à fond la question de l'albuminurie gravidique devra se reporter à l'original. Ce sujet, déjà très vaste en lui-même, l'est d'autant plus que l'auteur a jugé bon de montrer les différentes phases par lesquelles la question a passé, et surtout de s'étendre, avec raison suivant nous, sur des considérations de pathologie interne et générale, touchant à la question de l'albuminurie. Il est incontestable que tout sujet, en dehors de la grossesse, peut-être considéré comme à côté de la question : mais il ne faut pas prendre le titre de gravidique à la lettre, d'autant plus que les conditions peuvent varier suivant l'état antérieur des malades enceintes. L'historique de l'albuminurie gravidique est liée à deux questions de pathologie très importantes : d'une part, l'albuminurie en général, d'autre part l'éclampsie. Cela n'a pas été une des moindres difficul-

tés rencontrées par M. Dumas que de pouvoir débrouiller dans autant de travaux ou de recueils scientifiques, ce qui devait être rapporté à l'une ou l'autre, parfois même à la réunion de ces entités morbides. Nous devons dire qu'il fallait adopter un plan pour exposer les diverses phases de la question. M. Dumas a préféré choisir l'ordre chronologique: c'est en effet le plus simple, le plus rationnel, en même temps que celui qui exposait le moins aux redites ou aux inexactitudes.

Le second chapitre est consacré à quelques considérations préliminaires ; l'étude de l'albuminurie en général ; sa définition ; sa synonymie. A propos de la pathogénie de l'albuminurie, M. Dumas tire la conclusion que toutes les opinions ayant cours aujourd'hui dans la science peuvent se résumer dans les trois dénominations suivantes :

1° Théorie de l'excès de la tension intra-vasculaire ;
2° Altération qualitative du sang ;
3° Maladie temporaire ou permanente des reins.

Ces considérations de physiologie pathologique terminées, il entre véritablement dans son sujet, et, se plaçant au point de vue de la fréquence, des causes et de la marche de l'albuminurie chez la femme enceinte, il la divise en trois grandes formes.

A. Albuminurie gravidique proprement dite, reconnaissant pour causes, ou une cause étrangère à la grossesse ou la grossesse elle-même. — *B*. Albuminurie gravidique avec lésions rénales préexistantes. — *C*. Albuminurie du travail.

Le premier chapitre est l'exposé d'une série de questions attenant à l'étude de l'albuminurie gravidique proprement dite: la fréquence de l'albuminurie gravidique, soit absolue, soit relative à l'âge des malades atteintes, au nombre des grossesses, à l'époque de la grossesse et au degré de développement de l'enfant. L'étude des causes est surtout faite d'une façon très complète. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les détails, bien qu'ils soient fort intéressants : disons cependant que, si la grossesse peut être cause prédisposante ou cause efficiente de l'albuminurie, elle peut être et elle est souvent à la fois cause prédisposante et cause adjuvante. Enfin, il termine par un exposé clinique des symptômes que présente une femme dans ces conditions particulières; accepte avec Hoffmeier une forme aiguë et une forme chronique; mais insiste surtout sur la seconde qui est de beaucoup la plus commune et la plus dangereuse, car souvent le symptôme qui se manifeste le premier ne trahit que longtemps après le début de la maladie, l'affection générale dont l'albuminurie est le symptôme. Puis, il étudie le début, la marche, la durée, et accepte, à propos de la terminaison, les conclusions formulées par M. Blot :

1° Retour plus ou moins rapide de l'urine à l'état normal, ce qui est pour ainsi dire la règle ;
2° Passage de l'albuminurie à l'état chronique (peu fréquent) ;
3° Mort par les complications, les conséquences (hémorrhagie post-partum), ou les progrès de la maladie qui causait l'albuminurie (heureusement exceptionnels).

Le chapitre suivant est consacré tout entier à l'étude de l'albuminurie gravidique consécutive à une albuminurie préexistante à la grossesse. Il est beaucoup plus court que le précédent ; son étude se trouve, en effet, intimement liée au point de vue de la gestation, à celle de l'albuminurie engendrée pendant la grossesse. Le seul point important sur lequel insiste M. Dumas est celui d'un cas où une affection des reins déterminant une albuminurie pendant une première grossesse, continue après l'accouchement pour exister pendant une seconde. A propos de l'albuminurie pendant le travail l'auteur publie les résultats fournis successivement par Blot, Petit, Hypolite, Litzman, Möricke, et pense que l'albuminurie du travail, n'est que la conséquence d'une influence purement mécanique, qui sera d'autant plus efficace que les conditions favorables, créées par la gestation, seront plus accentuées. Les modifications de la circulation dues à la contraction utérine, la compression des uretères, parfois assez prolongée, jouent, elles aussi, un certain rôle. Il est incontestable d'un autre côté que toute albuminurie de la grossesse recevra une nouvelle impulsion par le seul fait du travail, et que les altérations rénales découvertes à ce moment existaient où étaient sur le point de se manifester quand le travail a apparu. Quant à l'albuminurie due au travail seul, elle peut rester latente pendant toute la durée, pour ne survenir qu'au moment où la circulation rénale reprend toute sa liberté.

L'auteur examine ensuite, en détail, les troubles généraux ou locaux, qui peuvent compliquer cet état déjà très grave par lui-même : les hydropisies, l'éclampsie, les hémorrhagies, les troubles oculaires, enfin les douleurs de nature diverse, telles que : céphalalgie, pleurodynie, épigastralgie, douleur lombaire, etc. Dans le paragraphe consacré au diagnostic, M. Dumas divise son étude en : *A*. Caractères physico-chimiques de l'urine albumineuse. *B*. Moyens divers proposés ou employés pour y déceler l'albumine, et les différentes causes d'erreur que l'on peut rencontrer dans cette recherche. *C*. L'énumération rapide des éléments morphologiques qui s'y trouvent.

Les deux derniers chapitres consacrés : le premier au pronostic, le second au traitement de l'albuminurie gravidique, nous paraissent avoir été soignés d'une façon toute spéciale. C'est en effet le point sur lequel l'accoucheur devait surtout s'appesantir. Le pronostic comprend une série de questions que nous ne pouvons qu'énumérer ; l'influence générale de l'albuminurie gravidique sur la femme ; l'influence sur la grossesse et le travail de l'accouchement ; l'influence sur le fœtus ; l'influence sur les suites de couches ; l'influence des complications. Quant au traitement, indépendamment de celui que l'on doit instituer contre l'albuminurie elle-même, il donne lieu à des considérations de la plus haute importance au sujet de l'avortement provoqué ou de l'accouchement prématuré artificiel dans les cas d'albuminurie gravidique. Mais, comme le dit très bien M. Dumas, « cette question si délicate et si controversée de l'avortement provoqué semble, depuis quelques années, pouvoir se simplifier beaucoup dans la question qui nous occupe, par suite de l'application à l'albuminurie gravidique d'une méthode de traitement dont les effets sont souvent très efficaces dans la maladie de Bright, nous voulons parler de l'emploi du régime lacté. (Tarnier.) »

Enfin, M. Dumas termine son sujet par un relevé d'observations dont le choix témoigne de la valeur scientifique de l'auteur, en même temps que de l'importance de la question qu'il a dû traiter. Paul BITOT.

VARIA

Congrès international d'anthropologie de Lisbonne.

Le Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique doit tenir à Lisbonne, le 20 septembre, sa neuvième session.

On jugera de son importance par ce fait qu'une centaine de savants de toutes les parties de l'Europe ont annoncé déjà leur arrivée. La plupart des gouvernements seront officiellement représentés. Pour la France M. le docteur Magitot, secrétaire général adjoint de la Société d'anthropologie, et M. Emile Cardailhac, président de la section d'anthropologie de l'Association française sont délégués par le ministre de l'instruction publique. M. Cardailhac est chargé en outre d'une mission scientifique en Portugal et en Espagne.

Avec la protection de l'Etat, le Comité portugais a préparé la session à grands frais et avec beaucoup de soin. Il a créé tout un musée avec le produit de fouilles nombreuses et très heureuses, soit dans les couches tertiaires de la vallée du Tage, soit dans les dépots quaternaires de Lisbonne et de Leiria, soit dans les *kjoken moeddings* ou amas de coquilles comestibles de Mugen, soit dans les cavernes artificielles sépulchrales, soit dans les monuments mégalithiques ou *antas*...

Sur plusieurs points les tranchées ont été laissées ouvertes, afin que les membres du Congrès aient la facilité de voir en place des squelettes humains ou de juger par eux-mêmes de la situation exacte des objets d'industrie.

Les séances commenceront le 20 septembre, à une heure, dans la grande bibliothèque de l'Académie. Le matin de chaque jour on discutera les questions relatives au Portugal. L'après-midi l'ordre du jour est libre ; vingt-six communications sont déjà inscrites.

Les mercredi, vendredi et mardi auront lieu des excursions; après le Congrès une excursion finale permettra de visiter les ruines mystérieuses — *Citania* — de la province du Minho.

Il y a réduction de moitié sur le prix des places des chemins de fer

espagnols et portugais. Pour faire partie du Congrès et recevoir toutes les publications, il suffit d'envoyer 12 francs par la poste à M. A.-C Teixera de Aragao, professeur d'hygiène militaire, à Lisbonne.

Congrès International des Sciences Médicales.

7e SESSION : LONDRES 1881. *(Circulaire)*.

Monsieur et très honoré confrère. A la sixième session du Congrès International Médical, tenue à Amsterdam, on exprima le désir général que la prochaine réunion eût lieu en Angleterre. Nous avons l'honneur de vous informer qu'un Comité d'organisation vient de se constitu r, qu'il a désigné Londres comme le siège du Congrès, et qu'il a nommé les comités suivants :

Comité exécutif :

M. le Dr RISDON BENNETT, P.R.C.P, F.R.S. *Président.*

M. BOWMAN, F. R. S.
M. le Dr ALFRED CARPENTER.
M. le Dr ANDREW CLARK.
M. le Dr MATTHEWS DUNCAN.
M. ERICHSEN, P. R. C. S., F. R. S.
Sir WILLIAM GULL, Bart, F R.S.
M. PRESCOTT HEWETT, F. R. S.
M. LUTHER HOLDEN.
M. HUTCHINSON.
Sir WILLIAM JENNER, Bart., F.R.S.
M. le Prof. LISTER, F.R.S.
M. MAC CORMAC.
M. MAC KELLAR.
Sir JAMES PAGET, Bart., F.R.S.
M. GEORGE POLLOCK.
M. le Dr PITMAN.
M. le Dr SHEPHERD.
M. le Dr SIEVEKING.
M. le Dr PYE-SMITH.
Sir HENRY THOMPSON.
M. le Dr H. WEBER

Comité de réception :

PRESCOTT HEWETT, Esq., F.R.S., *Président.*

M. le Dr CHEPMELL.
M. le Dr ANDREW CLARK.
M. le Dr FARQUHARSON, M. P.
M. COOPER FORSTER.
M. le Dr PHILIP FRANK.
M. le Dr GRIGG.
M. ERNEST HART.
M. MITCHELL HENRY, F. R. C.S., M.P.
M. le Dr GEORGE JOHNSON, F.R.S.
Sir TREVOR LAWRENCE, Bart., M.R.C.S., M. P.
M. le Dr LYONS, M. P.
M. JOHN MARSHALL, F.R.S.
M. le Dr MONRO.
M. le Dr W. O. PRIESTLEY.
M. le Dr OWEN REES, F.R.S.
Sir HENRY THOMPSON.
M. le Dr A. VINTRAS.
M. le Dr SHARKEY, *Secrétaire.*
M. le Dr S. WEST, *Secrétaire.*

Une réception générale aura lieu le mardi soir, 2 août 1881 ; et les séances s'ouvriront le mercredi, 3 août et finiront le 9. Les langues officielles seront le français, l'allemand et l'anglais. Bien des circonstances nous font espérer qu'en cette occasion, nous aurons l'honneur de voir chez nous un grand nombre de médecins distingués de tous les pays. Nous désirons les recevoir avec la plus haute considération et la plus grande cordialité. Tout nous fait espérer que nos compatriotes viendront non seulement de toutes les parties du Royaume-Uni, mais aussi des Indes et de toutes nos colonies.

Sa Majesté la reine a bien voulu nous donner une nouvelle preuve de sa sympathie et de sa bienveillance en nous autorisant à mettre le Congrès sous son haut patronage.

Son Altesse Royale le prince de Galles a montré l'intérêt qu'il porte au progrès des sciences médicales en nous accordant la même faveur. Outre les séances générales, le travail du Congrès sera distribué entre 15 sections. Un musée d'objets intéressants, ayant rapport aux sciences médicales, sera ouvert pendant la durée du Congrès.

Nous nous efforcerons de rendre aussi agréable que possible le séjour de Londres à nos confrères, en ajoutant à l'intérêt de la science les agréments de la société.

Les dames seront admises à la séance d'ouverture ainsi qu'aux réunions amicales, mais ne seront pas reçues aux séances scientifiques. Le règlement du Congrès sera bientôt fixé. Ci-joint la liste provisoire des présidents, vice-présidents et secrétaires.

Londres, *août* 1880.

Pour le Comité : *Le Président du Comité*: J. RISDON BENNETT

Le Secrétaire général : WILLIAM MAC CORMAC.

Le Comité fixera définitivement le programme le 30 avril 1881, et toutes les communications ayant rapport au Congrès ainsi qu'un résumé des discours destinés aux séances, doivent être adressées avant cette époque au Secrétaire général, M. MAC CORMAC, 13, Harley street, London, W.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 20 au jeudi 26 août 1880, les naissances ont été au nombre de 1050, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 413 ; illégitimes, 129. Total, 542. — *Sexe féminin :* légitimes, 393 ; illégitimes, 113. Total, 508.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 20 au jeudi 26 août 1880, les décès ont été au nombre de 1048, savoir : 558 hommes et 490 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 22 F. 20. T 42. — Variole : M. 21. F 14. T. 35. — Rougeole : M. 15. F. 7. T. 22. — Scarlatine : M. 3. F 1. T. 4. — Coqueluche : M. 1. F. 10. T. 11. — Diphthérie. Croup : M. 21. F. 16. T. 37. — Dysentérie : M. 1. F. 3. T. 4. — Erysipèle : M. 1. F. 2. T. 3. — Infections puerpérales : 7. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 86. F. 73. T. 159. — Autres tuberculoses : M. 25 F. 31. T. 56. — Autres affections générales : M. 59. F. 58. T. 117. — Bronchite aiguë : M. 13. F. 13. T. 26. — Pneumonie : M. 18. F. 12. T. 30. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 88. F. 88. T, 176. — Autres maladies locales : aiguës : M. 32 F. 36. T. 69 ; — chroniques : M. 79. F. 64. T. 143 ; — à forme douteuse : M. 31. F. 26. T. 57. — Après traumatisme : M. 1. F. ... T. 1. — Morts violentes : M. 35 F. 5. T. 40. — Causes non classées : M 4. F. 4. T. 8.

Morts-nés et prétendus tels : 78 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 21 ; illégitimes, 13. Total, 34. — *Sexe féminin :* légitimes, 30 ; illégitimes, 14. Total, 44.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour une place de pharmacien.* — Un Concours pour la nomination à une place de Pharmacien dans les Hôpitaux et Hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 18 novembre 1880, à *une heure précise*, dans l'Amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 18 octobre jusqu'au mercredi 3 novembre inclusivement, de *onze heures à trois heures.*

RECENSEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE. — M. Constans, ministre de l'intérieur, vient de nommer une commission chargée d'examiner à quelle époque il conviendrait de procéder au prochain recensement de la population et quels seraient les renseignements à recueillir à l'occasion de cette opération. Le prochain recensement doit avoir lieu en 1881. Sont nommés membre de la Commission : MM. Faillières, sous secrétaire d'Etat, président ; Th. Roussel et Garnier, sénateurs ; Paul Bert, Vacher, Henri Liouville, députés ; Boyetet de Bagnaux, Camescasse, conseillers d'Etat ; Levasseur, Fr. Passy, de l'Institut ; Dr Fauvel de l'académie de médecine ; Dr Chervin, Dr Bertillon. *(Union Médicale).*

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE PHRÉNIATRIE ET DE MÉDECINE LÉGALE. — Ce Congrès aura lieu du 24 au 26 septembre à Reggio-Emilia.

UN CERTIFICAT DE COMPLAISANCE. — Dans un procès qui a eu lieu devant le tribunal de Paimbœuf, nous avons le regret de constater que le Dr Th..., a été convaincu d'avoir délivré un certificat constatant l'état de folie d'une malade qu'il n'avait jamais vue, et a avoué dans la déposition s'être contenté de jeter les yeux sur les consultations anciennes exhibées par M. de L... Nous détachons de la chronique judiciaire du *Temps*, ce qui est relatif à ce fâcheux incident.

M. le Président. — Et cela vous a suffi pour décider que la fille Covarel devait être enfermée de nouveau ?

Le témoin. — Oh ! je l'aurais vue une demi-heure ou une heure, qu'aurais-je appris de plus ?

D. Comment ! vous êtes médecin et vous vous permettez de dire qu'une personne que vous ne connaissez pas, que vous n'avez jamais vue, qui avait été folle, mais que l'autorité avait laissé sortir, — ce qui impliquait la présomption d'une guérison, — était bonne à séquestrer ; sans qu'il y eût de faits nouveaux à lui reprocher ! Eh bien, permettez-moi de vous le dire, votre conduite est des plus regrettables.

R. J'avais des attestations sous les yeux, des pièces venant de Savoie.

D. Ces pièces étaient déjà anciennes, et vous deviez comprendre combien était grave le certificat qui vous était demandé. Il n'est pas permis à un médecin d'en délivrer aussi légèrement.

R. Si nous avions eu le temps de nous retourner...

D. Il fallait prendre le temps de vous retourner, à moins que vous n'admettiez pas qu'une personne folle puisse cesser de l'être.

R. Il est bien rare que les fous guérissent, et puis on n'est pas toujours libre d'agir.

D. On est toujours libre d'agir dans son âme et conscience.

R. C'est ainsi que je crois avoir agi.

D. Eh bien ! je suis fâché de ne pas partager votre opinion. Allez vous asseoir. *(Lyon Médical.)*

ACCIDENT DE LABORATOIRE. — Un de nos jeunes étudiants du plus grand mérite, M. Dupetit, préparateur de cours de pharmacie à la Faculté, vient d'être la victime d'un accident des plus graves.

Au moment où ce jeune homme versait dans une terrine le contenu de plusieurs ballons qui venaient de servir à des manipulations, une explosion épouvantable se fit entendre. Des débris de verres furent lancés dans toutes les directions, et la figure du malheureux étudiant fut horriblement brûlée.

La terrine contenait à ce qu'il paraît, une certaine quantité d'essence de térébenthine que quelqu'un avait précédemment versée en lavant

un flacon. Les ballons dont le contenu venait d'être versé renfermaient de l'acide sulfurique et l'acide azotique; c'est à la rencontre fortuite, de ces trois substances, que l'on doit attribuer la formation du mélange détonnant, qui a produit l'explosion.

La figure présente une brûlure du deuxième degré, mais par bonheur les yeux n'ont pas été atteints. Les mains ont été assez profondément brûlées. L'état du blessé, qui a été assez grave dans les premiers jours, est en ce moment aussi satisfaisant que possible.

(*Gaz. hebd. de Bordeaux*).

Le fabricant de faux diplômes. — On se rappelle que nous avons souvent parlé de faux diplômes de docteurs fabriqués aux Etats-Unis, et de l'arrestation d'un certain Buchanan, accusé de les avoir confectionnés et vendus. Le docteur Buchanan a été mis en accusation par le Grand jury, et la sentence devait être rendue ces jours derniers; mais l'inculpé, qui avait été laissé en liberté, sous caution, s'est, parait-il, précipité du haut d'un des ferry-boats dans la Delawarre. On a d'abord cru à un suicide, attendu que l'accusé était sujet à des accès de mélancolie. Mais la police suppose que c'est simplement une supercherie et une tentative de fuite, attendu que le corps du prétendu noyé n'a pas été retrouvé.

Congrès d'hygiène de Turin. — MM. Trélat (Ulysse), professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, sont chargés d'une mission à l'effet de représenter le ministère de l'instruction publique au Congrès d'hygiène de Turin.

Exercice de la médecine. — M. Vogt (Emile), né le 9 juillet 1854 à Sousterre (Suisse), docteur en médecine de l'université de Genève, est autorisé à exercer la médecine à Amphion, Haute-Savoie.

(*Union médicale.*)

Avis. — MM. Mathieu fils, fabricants d'instruments de chirurgie, ont l'honneur d'informer Messieurs les médecins et chirurgiens que, pour cause d'agrandissements, leurs magasins et ateliers sont transférés, du carrefour et de la rue de l'Odéon, au boulevard Saint-Germain, n° 113, presqu'au coin du carrefour de l'Odéon. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

G. MASSON, Editeur, 120, boulev. St-Germain.

L. A. — Quelques réflexions sur l'hypnotisme et le magnétisme, brochure in-18° de 36 pages; prix 1 fr. Paris, 1880.

Arloing. (S.). — Poils et ongles, leurs organes producteurs. Vol. in-8° de 202 pages avec figures dans le texte; prix 3 fr. 50. Paris, 1880.

Bouilly. (G.). — Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale (cavité de Retzius). Vol. in-8° de 182 pages; prix 3 fr. 50. Paris, 1880.

Jalaguier. (Ad.).—De la Lymphangite aiguë à forme gangréneuse. Vol. in-8° de 184 pages; prix 3 fr. Paris, 1880.

Peyrot (J. J.). — De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. 1 vol. in-8° de 310 pages; prix 6 fr. Paris, 1880.

Pouchet. (G.). — Des transformations des matières albuminoïdes dans l'économie. Vol. in-8° de 109 pages; prix 2 fr. 50. Paris, 1880.

Riol. (C.). — Etude critique et clinique de la délivrance par expression. Vol. in-8° de 92 pages; prix 2 fr. 50. Paris, 1880.

Rambosson. (M. J.). — Propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux expressifs, brochure in-8° de 28 pages; prix 1 fr. Paris, 1880.

Testut. (L.). — Vaisseaux et nerfs des tissus conjonctif, fibreux, séreux et osseux. Vol. in-8° de 258 pages avec 4 planches, prix 5 fr. Paris 1880.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et Ce
108, boulevard Saint-Germain.

Delmas. (P.).—Physiologie nouvelle de l'hydrothérapie. Vol. in-8° de 100 pages avec 115 tableaux ou tracés sphygmographiques; prix 3 fr. 50. Paris, 1880.

J.-B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs,
19, rue Hautefeuille.

Guernsey. (N. H.).— Traité d'obstétrique et des maladies spéciales aux femmes et aux enfants basé sur les principes et la pratique de l'homœopathie, traduit sur la 3e édition américaine par le Dr Fernand Chauvet. Vol. in-8° de 664 pages; prix 8 fr. Paris, 1880.

Houzé de l'Aulnoit. (A.). — Traitement des foyers purulents et des plaies par l'eau salée. Vol. in-4° de 106 pages avec 2 figures. Paris, 1880.

Houzé de l'Aulnoit. (A.) — Nouvelle méthode de la cure médicale de l'hydrocèle par l'injection de quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fer au 16e avec une planche. Vol. in-8° de 48 pages. Paris, 1880.

Houzé de l'Aulnoit. (A.). — Mémoire sur une nouvelle méthode d'apprécier la marche de la cicatrisation avec planche en chromolithographie. Brochure in-8° de 28 pages. Paris, 1879.



PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

A vendre : La collection des thèses de la faculté de médecine de Paris depuis le n° 1 jusqu'à la fin de l'année 1849. Elle comprend 441 volumes in-4° reliés. Pour les conditions s'adresser au bureau du *Progrès Médical.*

8e ANNÉE. — N° 37. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 11 SEPTEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE EXPÉRIMENTALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Nouveau fait à l'appui de la localisation de Broca (*Démonstration expérimentale de la localisation de la faculté du langage dans l'hémisphère gauche du cerveau*);

Par G. BALLET, interne des hôpitaux.

S'il est un fait aujourd'hui bien établi en matière de physiologie cérébrale, c'est certainement la localisation de la faculté du langage dans le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale gauche. Les controverses et les discussions, provoquées un instant, par la découverte de Broca, n'ont plus d'autre intérêt que celui d'un souvenir historique, et tous les esprits non prévenus acceptent actuellement, comme une vérité des mieux démontrées, la localisation du langage.

Le rapprochement des lésions anatomiques et des phénomènes cliniquement observés, a fourni du fait des preuves surabondantes. Mais on était loin de prévoir qu'il serait possible de confirmer, par l'expérimentation *in vivo*, les résultats de l'observation clinico-anatomique.

C'est cependant ce que nous pouvons faire, en mettant à contribution la connaissance que nous possédons aujourd'hui de certains phénomènes du sommeil provoqué chez les hystériques.

A la vérité, on ne saurait établir par la méthode dont nous parlons, la localisation précise dans la troisième circonvolution, mais il est aisé de démontrer que la faculté du langage siège dans l'hémisphère gauche du cerveau, non dans le droit.

Les recherches entreprises depuis trois ans, à la Salpêtrière, sous la direction de M. Charcot, ont jeté quelque lumière sur tout un ensemble de phénomènes, déjà entrevus par Braid (de Manchester) (1842), plus tard par Broca, Azam, Lasègue, Mesnet, etc., et ont permis de coordonner, dans une certaine mesure, des faits jusqu'alors confondus les uns avec les autres sous des dénominations d'ailleurs variées (*hypnotisme, état cataleptique, somnambulisme, etc.*).

Parmi les états cérébraux multiples dans lesquels on peut plonger artificiellement une hystérique, par les différents procédés (*regard, bruit intense et inattendu, jet de lumière vive*, etc.), il en est deux au moins dont nous connaissons bien les caractères : au premier de ces états, M Charcot donne le nom de *somnambulisme hystérique, léthargie hystérique;* au second, celui d'*état cataleptique*.

Pour que nous puissions être suivi dans la démonstration que nous entreprenons, il est nécessaire que nous entrions dans quelques détails sur ces différents états, et que nous en rappelions les caractères dominants.

Il s'agit ici de personnes jeunes, ayant par intervalles des attaques de grande hystérie, avec les trois phases classiques. En dehors de l'état d'attaque, les malades ont habituellement un point ovarique, soit à droite, soit à gauche; elles présentent des zones d'hyperesthésie, diversement situées, dont le frôlement léger suffit à provoquer l'attaque, ce qui a fait donner à ces zones par M. Charcot le nom de points *hystérogènes*. Enfin, il existe un hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle.

En général, toutes les malades qui présentent le complexus symptomatique précédent, sont susceptibles d'être plongées dans le sommeil provoqué avec la plus grande facilité.

On ordonne à l'une de ces malades de regarder fixement un point placé devant les yeux, l'extrémité d'un manche de porte-plume, par exemple; au bout de quelques instants, celle-ci incline la tête à droite ou à gauche, les yeux se ferment, et une inspiration courte et légèrement sifflante accompagnée d'un mouvement bruyant de déglutition, annonce que la malade est bien hypnotisée. Cet état hypnotique se caractérise par les traits principaux suivants : 1° Il n'y a pas de catalepsie, c'est-à-dire que les membres soulevés retombent, sans conserver l'attitude qu'on leur a imprimée. Mais, si l'on vient à exciter mécaniquement un muscle au travers de la peau en le pressant ou le frottant même légèrement, on en provoque la contracture. Il y a là un degré très remarquable d'hyperexcitabilité du muscle. Cette hyperexcitabilité existe aussi pour les nerfs. Et si, par exemple, on vient à comprimer légèrement le cubital à son passage au coude, les muscles animés par le tronc nerveux se contracturent et la main se place dans l'attitude de la *griffe cubitale* (1). C'est ce qui fait que M. Charcot appelle quelquefois le sommeil dans lequel ces phénomènes s'observent, sommeil avec *hyperexcitabilité neuro-musculaire*. 2° En second lieu, fait capital au point de vue auquel nous nous plaçons, la malade est susceptible de parler. Elle répond aux questions qu'on lui adresse, elle compte si on la prie de le faire, elle récite des vers si elle a quelque culture, ce qui est le cas d'une de nos malades; elle chante. Elle peut aussi calculer : il est facile de s'en assurer en lui faisant faire de tête une addition par exemple. La malade est encore capable d'écrire, soit qu'on la prie d'indiquer sur le papier son nom, son adresse; soit qu'on lui dicte des phrases qu'elle transcrit immédiatement; elle a conservé la faculté de dessiner.

Enfin, par le geste elle rend et exprime les divers sentiments : elle menace de la main quand on le lui com-

(1) Cette expérience de la *griffe cubitale*, comme toutes celles qui se rattachent à la mise en jeu de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, est particulièrement intéressante. Sur la première venue des malades, plongée dans le sommeil avec hyperexcitabilité, on peut refaire d'une façon minutieuse et avec la plus grande facilité, l'analyse délicate de l'action des différents muscles ou groupes musculaires, telle que Duchenne de Boulogne l'a pratiquée avec l'électricité faradique. En ayant sous les yeux la planche très exacte des nerfs de la tête de l'atlas d'Arnold, il nous a été possible (et c'est une expérience journellement reproduite à la Salpêtrière) d'exciter les nerfs qui se rendent à divers muscles de la face et du front, et de provoquer la contraction de ces muscles avec plus de facilité qu'au moyen des courants faradiques. Par exemple, en touchant la branche nerveuse qui va se rendre au muscle *auriculaire* postérieur, on provoque une contraction énergique de ce muscle. — Ces expériences de fine analyse de l'action neuro-musculaire ne sont-elles pas la réponse la plus décisive à opposer à l'objection de simulation?

mande; elle sourit, elle envoie un baiser si on le lui ordonne. C'est assez dire que la faculté du langage est conservée dans ses diverses modalités.

Disons en passant que, sous certaines influences et par certains procédés, les caractères de l'état somnambulique sont modifiables. Mais, au point de vue que nous envisageons, nous n'avons pas à cet égard à entrer dans le détail.

Il est aisé de faire passer la malade de l'état hypnotique à l'état de *catalepsie*. Il suffit pour cela de lui ouvrir les yeux, c'est-à-dire de laisser la lumière venir impressionner la rétine. Alors les phénomènes observés sont bien différents des précédents. 1° Toute hyperexcitabilité musculaire a disparu, mais les membres conservent les attitudes qui leur sont communiquées; en un mot, il y a catalepsie. 2° Et, ici le fait est capital, toute manifestation extérieure de la pensée est abolie. La malade ne parle plus, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse, est incapable d'écrire, de dessiner, de faire des gestes.

On voit donc, qu'entre les deux états hypnotique et cataleptique, il y a des différences marquées, dont la plus importante, au point de vue qui nous occupe, est la suivante : dans le premier état, il y a conservation de la faculté du langage; dans le second, abolition de cette faculté (1).

Des recherches, qui remontent déjà à plusieurs années, ont montré qu'il était possible de provoquer chez la même malade les deux espèces de sommeil à la fois, ou, du moins, de plonger l'un des hémisphères cérébraux en catalepsie, pendant que l'autre est simplement hypnotisé.

Pour ce faire, on procède de la manière suivante : on hypnotise d'abord la malade par les procédés ordinaires; puis on ouvre l'un des yeux en laissant l'autre clos. L'hémisphère cérébral qui répond à l'œil resté clos est ainsi en hypnotisme, pendant que celui qui correspond à l'œil ouvert est en catelepsie. L'un des côtés du corps présente alors les caractères constitutifs du sommeil léthargique, tandis que le côté opposé revêt ceux de l'état cataleptique; on a, sur le même sujet, une hémi-léthargie et une hémi-catalepsie. —Mais, il ne faut pas l'oublier, en vertu de l'entrecroisement des fibres des nerfs optiques, c'est l'hémisphère droit qui correspond à l'œil gauche, l'hémisphère gauche à l'œil droit. Ces prémisses posées, il va nous être facile d'établir que la faculté du langage est localisée dans le cerveau gauche.

M. le professeur R. Lépine (de Lyon) a eu le premier, en 1878, dans le service de M. Charcot, l'idée de l'expérience que nous allons rapporter, qui depuis a été maintes fois reproduite, et que nous avons variée de mille manières (2).

Une malade est hypnotisée. Le bruit respiratoire, le mouvement de déglutition caractéristique nous ont annoncé que le sommeil est réel; les nerfs et les muscles sont hyperexcitables, l'analgésie est généralisée. Si nous invitons alors la malade à parler, à écrire, à faire des gestes, elle nous obéit. Alors nous ouvrons l'œil gauche, c'est-à-dire que nous plongeons l'hémisphère cérébral droit en catalepsie. Rien n'est changé au tableau, au point de vue du langage du moins. La parole reste possible, la malade continue à écrire, à dessiner, à gesticuler si on le lui ordonne.

Mais modifions les choses. Fermons l'œil gauche qui correspond à l'hémisphère droit, ouvrons au contraire l'œil droit, c'est-à-dire mettons en catalepsie le cerveau gauche, immédiatement alors toute communication avec le monde extérieur est supprimée. Vainement nous posons des questions à la malade, celle-ci n'y répond plus; vainement nous lui mettons dans la main une plume, en lui ordonnant de tracer son nom, la plume ne se meut pas ; nous commandons en vain un geste ou un jeu de physionomie, la main reste immobile, le masque facial reste muet.

Il y a un instant, bien que le cerveau droit fût en catalepsie, toutes les formes du langage et de la mimique subsistaient; il nous a suffi d'y plonger l'hémisphère gauche pour que toutes fussent abolies.

La conclusion se tire d'elle-même.

D'ailleurs, on peut varier l'expérience. Voici une façon de procéder qui rendra la démonstration que nous essayons encore plus évidente.

La malade est hypnotisée. On lui ordonne de compter. Elle commence par le chiffre 1, et, automatiquement, poursuit sa numération. Nous ouvrons l'œil gauche (correspondant à l'hémisphère droit), la malade ne s'interrompt pas; mais, dès que nous avons ouvert l'œil droit (correspondant au cerveau gauche), celle-ci s'arrête, puis se remet spontanément à compter aussitôt que nous avons rabaissé la paupière, c'est-à-dire ramené l'hémisphère gauche à l'état hypnotique.

Un autre exemple : une de nos hystériques sait par cœur quelques pièces de vers. On lui commande d'en réciter une : aussitôt elle se met à débiter avec netteté et d'une voix claire. On ouvre l'œil gauche, le débit continue. On le referme pour ouvrir l'œil droit, aussitôt la malade s'arrête surprise au milieu d'un vers, quelquefois au milieu d'un mot, pour reprendre sa tirade dès qu'on aura rabaissé la paupière.

On peut répéter l'expérience avec l'écriture, et arrêter de même, en entr'ouvrant l'œil droit, la malade, qui écrit son nom, son adresse, une phrase que nous lui dictons, au milieu d'un mot ou même d'une lettre.

Les faits précédents démontrent surabondamment, sans qu'il soit besoin d'y insister, que c'est bien l'hémisphère gauche qui est préposé à la fonction du langage (le mot langage étant pris dans son acception la plus large), puisqu'il suffit, pour supprimer cette fonction, d'abolir momentanément l'action de l'hémisphère.

Il était intéressant, ce nous semble, de vérifier expérimentalement un fait déjà si bien établi par les recherches anatomo-pathologiques.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de nous attarder à montrer que, dans l'étude des faits précédents, on s'est placé dans des conditions d'observation scientifique rigoureuse. Cependant, comme, en fait d'hystérie, il se trouve toujours des esprits portés à invoquer la supercherie des malades, nous ferons remarquer que les faits que nous rapportons n'ont pas été constatés sur un seul sujet, mais sur plusieurs; que toutes les précautions ont été prises pour que les malades hypnotisées ne se doutassent, en aucune façon, des résultats attendus de l'expérience qu'on allait faire. Nous nous bornerons à cette simple remarque, l'objection de simulation ne pouvant pas en la matière, et pour mille raisons sur lesquelles nous n'insisterons pas, être sérieusement soutenue.

Nous pourrions d'ailleurs rapprocher des faits étudiés à la Salpêtrière, les observations récentes recueillies en Allemagne par des hommes de la valeur de Heidenhain (de Berlin) et de Berger (de Breslau).

---

(1) Voir Richer. — *Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués. Progrès médical*, 1878.

(2) L'expérience a été faite, pour la première fois, au moment même où on en a eu l'idée et sans que les malades aient pu se douter des résultats attendus.

Nous nous contenterons, sans vouloir y insister, de rappeler une expérience assez originale de Heidenhain. C'est ce que l'auteur appelle, dans son langage imagé, *l'expérience du téléphone*. Voici en quoi cette expérience consiste : si un observateur applique l'une des mains sur le front d'une malade en hypnotisme, l'autre main étant mise sur l'occiput, l'hypnotisée répète mécaniquement les mots prononcés à haute voix par cet observateur. Et nous avons pu remarquer, en reproduisant l'expérience, que le fait a lieu seulement lorsque les mains sont appliquées sur le côté gauche de la tête, et ne se produit pas, au contraire, dans le cas où l'observateur les appose sur la partie droite du front et de l'occiput. Mais cette expérience nous conduit hors du groupe des faits simples, aussi nous contenterons-nous à son propos d'une simple mention.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hopital Saint-Louis. — **M. HILLAIRET.**

V[e] Leçon. — **Des acnés par rétention de matière sébacée ;**

Leçon recueillie par M. BRAULT, interne des hôpitaux (1).

Messieurs,

Nous venons de passer en revue toutes les formes et tous les degrés d'inflammation des glandes sébacées ou annexes des poils, il nous reste à examiner les altérations de la sécrétion elle-même. Or, tantôt cette sécrétion est exagérée, et le produit sécrété est retenu dans la glande qu'il encombre ; tantôt il est répandu en quantité plus ou moins grande au dehors. Ces sécrétions sont d'ailleurs sèches, ou, au contraire, très liquides.

Les lésions de sécrétion des glandes sébacées ou annexes des poils, sont-elles des lésions d'ordre nutritif, ou dérivent-elles d'une inflammation? Ces deux causes doivent agir ; admettre l'une ou l'autre, exclusivement, me paraitrait une exagération. Ne voyons-nous pas en effet des flux assez abondants dans le cours d'acné congestive et inflammatoire, et ne peut-on penser que l'inflammation a déterminé cette hypersécrétion ? D'autre part, n'est-il pas fréquent d'observer des rétentions de matière sébacée ou des flux très abondants, sans qu'il paraisse y avoir la moindre inflammation en cause ?

Ceci dit, pour vous montrer que la transition entre les acnés inflammatoires et les acnés par vice de sécrétion est possible, et qu'il n'y a pas entre les deux variétés de limites aussi nettes qu'on l'a prétendu, j'arrive d'abord à la description des acnés par rétention.

Ces acnés, d'après la division que je vous ai exposée (et qui est du reste celle admise par Hardy), sont au nombre de trois : 1° l'acné ponctuée ; 2° l'acné cornée ; 3° l'acné varioliforme.

Bazin y ajoute une quatrième espèce, qu'il a seul vue, et qu'il a décrite sous le nom d'acné pénicilliforme ; mais, d'après la description qu'il en donne, je la rangerai dans les acnés par hypersécrétion et excrétion. Je m'occuperai aujourd'hui de l'acné ponctuée et de l'acné cornée, en renvoyant à une autre conférence la description de l'acné varioliforme.

De l'acné ponctuée (acne punctata, varus comedo. (Alibert), comédon, ver de peau). — L'acné ponctuée est caractérisée, à première vue, par de petits points noirs visibles à la surface de la peau, et situés à l'orifice des follicules sébacés ou pileux, élargis. Quelquefois, le nombre de ces points est tellement considérable, que la peau en est comme criblée ; on la dirait maculée de nombreux grains de poudre ; l'analogie est parfaite. Cette coloration est due au mélange de la matière sébacée qui affleure l'orifice du conduit, avec les poussières et autres substances en suspension dans l'atmosphère.

Si l'on presse énergiquement la base du follicule, on détermine l'issue de la substance sébacée semi-concrétée qui l'obstrue, sous forme d'un petit ver dont le point noir représente la tête. C'est pour ce motif que l'affection est connue du vulgaire sous le nom de *ver de peau*.

Cette substance est malléable ; elle peut se rouler dans les doigts, et laisse une tache graisseuse lorsqu'on la presse sur du papier de soie ; aussi est-elle toujours facile à reconnaître. En l'examinant très attentivement au microscope, on a trouvé dans sa masse un animalcule qui a été regardé par les uns comme la cause de l'affection, mais qui, au résumé, ne semble aujourd'hui être qu'un parasite de la matière sébacée.

Henlé, le premier, en indiqua la présence dans la matière sébacée des glandes de l'entrée du conduit auditif. G. Simon (de Berlin), le constata dans la sécrétion des glandes du nez. Moquin Tandon l'étudia avec détails, et lui proposa le nom de *demodex folliculorum*. D'autres auteurs, tels que Gruby, se sont préoccupés de la signification de ce parasite. Voulant en faire la cause de l'affection, ce médecin prétendit l'avoir inoculé au chien, mais le chien a un *demodex* spécial. M. Mégnin a démontré que ce *demodex* est armé, et qu'il vit non-seulement dans les follicules, mais en dehors à la surface de la peau, et que sa fécondité est considérable, ce qui explique comment on le trouve en si grande quantité chez cet animal.

Depuis, on a examiné à ce point de vue et la matière sébacée concrétée et la matière sébacée normale, et la présence du parasite dans cette dernière a été démontrée.

Il ne semble donc jouer aucun rôle dans la production de l'acné ponctuée, *et n'est qu'un parasite inoffensif du sébum*.

L'acné ponctuée peut exister seule, ou coexister avec une des variétés que nous avons décrites plus haut.

En tous cas, son siège le plus habituel est la face (nez, front, joues et lèvres) ; on l'a constatée aussi sur les épaules, sur la poitrine, au niveau de la région sternale, dans le dos, sur les bras et même sur le pénis et au pavillon de l'oreille.

Cette acné est discrète ou confluente, et n'occasionne jamais aucune altération fonctionnelle : ni démangeaison, ni cuisson, ni chaleur. Sa marche est lente, persistante, sujette à récidive. Rarement la résolution arrive seule. Souvent, les sujets qui en sont atteints en pratiquent l'extraction par la pression latérale des doigts, autrement, la substance peut s'éliminer ou déterminer une irritation du fond du conduit et de la glande elle-même ; il en résulte un petit abcès sébacé, une véritable acné inflammatoire qui suit la marche habituelle. L'abcès, en se vidant, élimine le bouchon, et tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle poussée.

Lorsqu'on n'intervient pas, le bouchon peut rester indéfiniment en place sans donner lieu à aucun symptôme. Le pronostic de cette affection est très bénin ; quand la forme est confluente, elle constitue une véritable difformité, surtout s'il s'y joint, comme dans certains cas, un peu d'acné fluente.

(1) Voir les n[os] 6, 10, 13 et 17.

L'étiologie est des plus obscures. Cependant, malgré l'opinion d'Hebra, le tempérament lymphatique et scrofuleux paraît avoir une influence non discutable. Vous avez pu constater le fait cette année même, sur plusieurs de nos malades. D'après certains auteurs, les sujets dont la peau est épaisse y seraient plus disposés que les autres. On conçoit aussi qu'une obstruction artificielle ou mécanique des orifices glandulaires, par des préparations cosmétiques de toute espèce, puisse amener la rétention de la matière sébacée, mais, le plus souvent, cette obstruction amène une acné rapidement pustuleuse.

Pour obtenir la guérison de l'acné ponctuée, l'indication est de faire disparaître le bouchon sébacé, soit par la pression directe, ainsi que nous l'avons dit plus haut, soit par des lotions dissolvantes de la matière sébacée.

Le premier mode de traitement n'est applicable que dans les circonstances où il y a peu de follicules atteints. L'autre, au contraire, doit être employé quand les boutons d'acné ponctuée sont confluents ou tout au moins nombreux. La lotion dissolvante de la matière sébacée que j'emploie le plus fréquemment est la suivante :

Eau	300	grammes.
Borate de soude	3 à 15	—

On peut augmenter la puissance dissolvante de cette lotion en ajoutant un peu d'éther sulfurique, soit :

Eau	250	grammes.
Borate de soude	10 à 15	—
Ether sulfurique	8 à 15	—

Ceci ne constitue qu'une partie du traitement. On devra également, tous les matins, faire des lavages avec de l'eau très chaude, légèrement alcoolisée ou ammoniacale, de façon à stimuler la peau.

Lorsqu'à la suite de ce traitement on aura obtenu un fonctionnement régulier des glandes, et que la matière sébacée ne restera plus concrétée dans les conduits, on modifiera la sécrétion au moyen de lotions astringentes à base de tannin, d'alun, de peroxyde de fer ou de perchlorure de fer. On a aussi conseillé, dans ces circonstances, le sulfate de zinc. Hebra emploie les lotions savonneuses et l'huile de cade.

Je me suis, à différentes reprises, suffisamment expliqué au sujet de ce médicament pour n'avoir pas à y revenir. Vous savez que, presque toujours, il ajoute une variété nouvelle d'acné à celle que l'on a en vue de traiter. Je repousse également les pommades à l'iodure de soufre et de mercure.

Quant aux eaux minérales, celles que je vous engagerai surtout à prescrire, sont les eaux sulfureuses et alcalines chaudes, que je vous ai indiquées en vous entretenant du traitement de l'acné pustuleuse.

De l'acné cornée. — A côté de l'acné ponctuée se place naturellement l'acné cornée (Cazenave). Quelques auteurs ont rangé l'acné cornée dans les acnés par hypersécrétion et dans la variété concrète.

La sécrétion est blanc-jaunâtre, dure, concrète, et donne à la main la sensation d'une râpe ou d'une brosse. Généralement, elle se présente en petits groupes ou en petites plaques.

On pourrait quelquefois confondre l'acné cornée avec le pityriasis pilaris ; mais, dans ce dernier cas, de chaque gaine se détache un poil. D'un autre côté, suivant Hardy, cette affection serait toujours accompagnée de psoriasis palmaire ou plantaire.

Quant à la scrofulide érythémateuse on scrofulide cornée que Cazenave avait confondu à tort avec l'acné cornée, elle se distingue facilement de cette dernière affection par l'état violacé de la peau et les points cicatriciels qui parsèment cette rougeur spéciale.

Quant aux moyens de traitement, ils sont les mêmes que pour l'acné ponctuée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La salubrité à Paris.

Si l'on en croyait les plaintes dont la plupart des grands journaux se sont depuis quelque temps fait l'écho, quand ils n'ont pas été les premiers à les formuler, Paris se serait, ces dernières semaines, subitement transformé en une sentine immonde :

Le ripe eran grommate d'una muffa
Per l'alito di giù che vi si appasta
Che con gli occhi e col naso facea zuffa (1).

Et la multitude des filles de joie errant sur les trottoirs compléterait la ressemblance de nos boulevards avec le premier des Malebouges.

Ce sont là des exagérations dangereuses qu'il convient, sans en rechercher l'origine, de ramener à de moindres proportions. Nous ne voulons rien dire de ce qui, dans ce tableau poussé au noir, concerne la police des mœurs, mais nous retenons ce qui relève de l'hygiène matérielle. Il est certain qu'en aucune saison l'air de Paris, imprégné des senteurs qui s'exhalent plus ou moins directement de deux millions d'êtres humains, n'est le moins du monde embaumé, et, qu'en hiver même, de maint endroit s'élèvent des émanations malsaines et fétides. Il est certain aussi que ces miasmes se multiplient, que ces mauvaises odeurs s'accentuent pendant l'été; il est incontestable enfin que, par des temps chauds, humides et orageux comme ceux de la fin d'août, les odeurs, bien ou mal fleurantes, se produisent et se diffusent avec une singulière facilité. Mais ces vérités-là ne sont pas nouvelles, et l'on n'a pas attendu 1880 pour découvrir que les rues des grandes villes sentent mauvais par les fortes chaleurs. Tout au plus, l'infection étant plus généralement répandue et l'odorat s'émoussant rapidement sous une même impression, était-on moins sensible autrefois à des inconvenients que le contraste fait maintenant plus vivement ressentir. Nous ne croyons pas, d'autre part, que l'été de cette année se soit spécialement signalé par un redoublement du méphitisme parisien, comme l'hiver dernier par ses rigueurs polaires. Il reste encore de grandes améliorations à introduire dans l'hygiène de Paris ; croit-on en hâter la réalisation en laissant entendre que le boulevard des Italiens rappelle Montfaucon, ou que les Champs-Elysées donnent une idée du classique Averne? A vouloir trop prouver, on risque de ne rien prouver du tout, et devant ces doléances fantastiques bien des gens, n'ajoutant pas foi même à la part de vérité qu'elles contiennent, disent que tout est pour le mieux.

Il faut ne pas tomber dans cet autre extrême, et reconnaître qu'il se fait encore dans Paris des exhalaisons nauséabondes et dangereuses pour la santé publique, perceptibles et intenses surtout par les temps chauds et

(1) L'Inferno. — C. XVIII.

humides. Elles ont des sources diverses que l'Administration doit s'attacher à faire disparaître. On a surtout incriminé la ceinture de dépotoirs qui entoure Paris; une circulaire de M. le Préfet de police, recommandant l'observation rigoureuse des prescriptions et des règlements imposés à ces établissements, semble les reconnaître pour la cause principale de l'infection dont on se plaint. Ils y contribuent sans doute; les odeurs qu'ils répandent pouvant se faire sentir plus fortement à distance que dans leur voisinage immédiat. Le dépotoir de Billancourt, par exemple, quoi qu'il paraisse bien tenu, envoie sur Paris, quand le vent y porte, des gaz mal odorants, qu'on n'y brûle pas avec assez de soin. L'usine de Nanterre, aujourd'hui fermée, ne remplissait pas les conditions qui lui avaient été imposées: elle ne brûlait pas ses gaz et la dessication des matières solides s'opérait d'une manière défectueuse. D'autres établissements insalubres, comme la fabrique de sulfate d'ammoniaque d'Arcueil, concourent aussi à infecter l'atmosphère. Le rappel des prescriptions réglementaires et la surveillance des autorités pourront amener une atténuation des mauvaises odeurs de cette origine. Mais ce n'est pas tant directement par les gaz qui s'en échappent, qu'indirectement par les eaux qu'ils envoient aux égouts, notamment sur la rive gauche, que les divers établissements insalubres vicient l'atmosphère parisienne.

C'est en effet des égouts que sortent principalement les miasmes et les mauvaises odeurs; il n'est pas de bouche, de regard d'égout qui ne livre en toute saison, même en hiver par certains brouillards, issue à des émanations sensibles, même à quelque distance. L'importance capitale de la part prise par les égouts à l'infection de l'air n'a pas besoin d'être démontrée; il suffit de se rappeler quelles immondices et quels détritus de toute sorte ils charrient.

Enfin, on doit reconnaître comme cause secondaire, mais puissante encore, l'imparfait système de vidange actuellement encore en usage dans presque tout Paris.

Pour détruire ou affaiblir ces trois grandes causes d'insalubrité, les moyens sont tout indiqués, les uns faciles à appliquer, les autres, il est vrai, exigeant des dépenses et des travaux spéciaux. Parmi les premiers, nous rangerons l'adoption d'un meilleur système de vidange, le rejet à l'avenir des établissements insalubres à une plus grande distance des fortifications, l'imposition de minutieux et sévères règlements d'hygiène à ces établissements, une surveillance administrative vigilante et rigoureuse, enfin plus de respect de la part du Conseil d'Etat pour les avis du Conseil d'hygiène et de salubrité. Si les puanteurs de l'usine d'Arcueil forcent parfois les promeneurs à déserter le parc de Montsouris, la faute en est au Conseil d'Etat qui autorisa, *sans conditions*, l'ouverture de cette usine, en dépit de la consultation défavorable du Conseil d'hygiène, que la plupart des intéressés rendent néanmoins responsable de cette lourde faute. Aux seconds, appartiennent toutes les modifications à apporter au régime des égouts et qui constituent deux catégories bien distinctes: 1° celles qui s'opposeront au déversement dans les égouts de matières qui n'y doivent point pénétrer, par exemple, les vidanges provenant des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, de certaines casernes et des latrines pourvues de ce système diviseur dont le bon fonctionnement dépend, comme on l'a dit, du degré de constipation des officiants; 2° celles qui auront pour but de nettoyer le plus possible les égouts des impuretés qui doivent nécessairement s'y rendre. Ces dernières seront les plus coûteuses et les plus longues à réaliser, car elles exigent, pour le lavage des égouts, non seulement l'apport d'une quantité d'eau de beaucoup supérieure à celle dont on dispose aujourd'hui, mais encore la création artificielle d'un courant fort et rapide que ne procure pas la faible pente des égouts. E. T.

Les Femmes aux Congrès médicaux.

Décidément, nos confrères anglais sont peu galants et aussi peu libéraux. Nous comprenons qu'ils ne soient pas partisans de l'exercice de la médecine par les femmes, et nous-mêmes avons dit nettement que nous ne croyions pas, d'une façon générale, cette carrière faite pour elles. Mais quand une femme, à ses risques et périls, pour des motifs dont elle est seule juge, a cru devoir embrasser cette profession, quand elle a conquis, dans les mêmes conditions que les hommes, le titre et le diplôme de docteur, quelles raisons peut-on invoquer pour leur refuser les droits et privilèges attachés à ce titre et à ce diplôme? Ils en ont de bonnes sans doute, les honorables organisateurs du futur Congrès international de Londres, puisque, à la majorité de 27 voix contre 19, ils ont fermé (1) les portes de ce Congrès aux docteurs-femmes. Ils en ont d'excellentes certainement, puisqu'ils ont étendu cet ostracisme à celles mêmes qui auraient déjà pris part à d'autres Congrès internationaux. Mais notre perspicacité ne va pas jusqu'à deviner ces raisons. Craindrait-on que la loquacité présumée de ces dames fasse perdre trop de temps au Congrès? L'expérience du passé rend-elle ces frayeurs légitimes, ces précautions nécessaires. Hélas! si l'on veut exclure les bavards, les inépuisables discoureurs qui parlent pour ne rien dire, c'est à des mesures plus radicales qu'il faut recourir, et peut-être les rigueurs d'un nouveau règlement tomberaient-elles souvent sur des orateurs barbus.

En France, en terre salique, nous sommes moins timorés: la Société d'Anthropologie accepte parfaitement des femmes parmi ses membres, et ne les oblige pas à garder le silence. Le Comité anglais du Congrès international de Londres, que Sa Majesté la Reine d'Angleterre et Impératrice des Indes a daigné prendre sous son haut patronage, aurait pu, sans déroger, montrer plus de courtoisie pour le sexe auquel appartient sa souveraine.

E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE.

Session de 1880: Milan.

Séance du 1er septembre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. QUAGLINO.

A l'ouverture de la séance, M. le professeur Quaglino, président du Comité d'organisation, prononce quelques pa-

(1) *British médical journal*. 31 juillet 1880.

roles pour remercier les membres du Congrès d'avoir répondu à l'appel qui leur était adressé ; il montre les progrès réalisés par ces réunions scientifiques dues à l'initiative de Warlomont, et constate que la science, dont le but est la recherche de la vérité, conduira peut-être à la paix universelle par cet exemple de fraternité.

Cette allocution, vivement applaudie, est suivie de la nomination du Bureau qui est ainsi composé : *Président* : M. Quaglino ; *Vice-Présidents* : MM. Gayet (France); Cervera (Espagne); Jacobson (Allemagne); Anagnostakis (Grèce) ; Brettauer (Autriche) ; Schressgemuseus (Suisse) ; Derby (Amérique) ; Costonigris (Turquie) ; Vlavesco (Roumanie) : Talko (Varsovie) ; Liebrecht (Belgique).

M. Javal explique les modifications qu'il a apportées dans la construction et le maniement de l'*ophthalmomètre*. L'instrument premier, construit par les meilleurs opticiens; exigeait 6 à 8 observations, de nombreux calculs, des lectures multiples, pour arriver à un résultat. Avec le modèle actuel, qui ne change en rien le principe même, une simple mise au point, une seule lecture sur un cadran sont suffisantes ; en 2 ou 3 minutes, il est possible de mesurer les deux méridiens de l'œil. Les deux glaces étaient mobiles dans l'instrument d'Helmholtz, M. Javal n'en laisse qu'une sujette à déplacement, et il augmente ainsi la précision de la lecture. Le verrier a été supprimé ; enfin, l'appareil n'est placé qu'à un mètre de l'observateur et devient tout à fait maniable. Dans la pratique, il suffit de faire deux lectures : soit 40 D pour le méridien vertical : et 42 D pour l'horizontal, l'astigmatisme sera = 2 D.

Cet instrument sera surtout utile pour les opérés de cataracte, qui ne répondent pas toujours juste aux questions adressées sur la vision, avec les lunettes. L'examen direct avec l'ophthalmomètre nouveau permet de se passer des réponses, et de donner de suite le verre correcteur cylindrique. C'est cependant dans un autre but que M. Javal avait fait construire cet instrument. Il a désiré mesurer l'astigmatisme de la cornée, puis celui du cristallin et voir alors si l'astigmatisme de l'œil est bien la somme de ces 2 astigmatismes séparés ; l'astigmatisme total se mesurant à l'optomètre et l'astigmatisme du cristallin en plaçant l'œil dans une œillère pleine d'eau.

M. Schlötz a continué ces recherches au laboratoire de la Sorbonne et il est arrivé tout d'abord à des chiffres assez singuliers. Ainsi, en mesurant une lentille fabriquée avec soin, il n'arrivait pas à trouver les mêmes courbures dans des méridiens perpendiculaires. Ces erreurs tiennent à l'œil de l'observateur lui-même, et il faut avoir grand soin dans ces études, de corriger exactement l'astigmatisme de l'observateur. Cette considération est d'une haute importance pour l'observation à l'héliomètre. Les erreurs particulières portant sur les décimales ne font qu'exprimer les variations spéciales de la vision de l'observant, et il faudra désormais en tenir compte.

Sur 13 yeux observés, où l'astigmatisme n'était pas négligeable, M. Schlötz a constaté que l'astigmatisme de la cornée et du cristallin s'ajoutaient. La déformation du globe oculaire est donc générale; c'est une action qui s'étend sur tout l'organe (1).

M. Galezowski expose le résultat de ses observations dans les *opérations oculaires* sur les sujets *syphilitiques* ou *goutteux*.

Depuis M. Verneuil, l'attention a été ramenée sur l'influence des états dyscrasiques dans les traumatismes opératoires. M. Galezowski a constaté que, dans certaines opérations sur les yeux, faites dans les meilleures conditions, alors que tout semblait annoncer une bonne et rapide cicatrisation, des symptômes profonds, la suppuration, se déclaraient tout à coup, sans cause connue. Dans trois faits, il est arrivé, en remontant à l'origine des choses, à trouver une syphilis ancienne. Abadie avait déjà signalé un fait de ce genre. Ce qui semble confirmer l'opinion de M. Galezowski, c'est la modication rapide amenée dans les accidents par le traitement à l'iodure mercuriel. Pour la goutte, l'influence de la diathèse se signale par des hémorrhagies. L'iritis arrive 7 à 8 jours après l'opération, sans cause connue. Dans ces conditions, le salycilate de soude fournit d'excellent résultats.

(1) L'instrument, placé dans une salle des séances, était à la disposition des membres du Congrès.

M. Liebrecht fait remarquer que, tout en se rangeant à l'opinion de M. Galezowski, il a cependant obtenu des succès complets chez des syphilitiques présentant des accidents aigus oculaires. L'iridectomie ne paraîtrait pas influencée aussi puissamment que la cataracte par la diathèse.

MM. Landolt et Carrera partagent l'opinion de Liebrecht.

M. Martin (de Marseille) présente des *lunettes* destinées, suivant lui, à influencer la *vitalité de la rétine* par la nature de la couleur. Elles se composent d'une moitié supérieure, *verre blanc*, d'une moitié inférieure, *verre bleu*; les choses étant disposées en sens contraire pour l'autre œil. L'action de cette combinaison ne lui est pas bien connue, cependant il en a retiré de bons résultats.

M. Gariel fait observer que ces lunettes sont absolument contraires aux principes élémentaires de physique, et que la lumière qui résulte de cet assemblage de 2 verres ne peut donner que de la lumière bleu pâle, les rayons blancs et bleus arrivant en convergence sur la rétine.

Séance du 2 septembre 1880. — Présidence de MM. Quaglino et Gayet.

M. Landolt expose le résumé de sa pratique dans le *traitement des maladies des voies lacrymales*. Ces maladies rebelles encombrent les cliniques, et les guérisons définitives sont rares. Après avoir étudié les différentes méthodes, voici celle à laquelle il s'arrête.

1° Larmoiement simple et mucocèle. — Il désoblitère les conduits avec la sonde conique, et pratique des injections avec une solution de borate de soude à 1/200, sans faire la section des points. Les collyres astringents activent la guérison. Si l'injection ne passe pas, il sectionne le point supérieur, passe la sonde 4 pour élargir et explorer le conduit des larmes. Cette sonde doit être *boutonnée* et ne jamais blesser la muqueuse ; si la première séance ne permet pas de pénétrer, il faut se garder d'insister et remettre à une nouvelle exploration. Après la désobstruction, le sulfate de soude, à 1/150, injecté dans le canal avec une seringue à canule boutonnée complète le traitement. La sonde est laissée en place un quart d'heure.

2° Suppuration du sac. — M. Landolt n'incise pas le sac, mais fend les deux points et réunit les 2 incisions. La cicatrice externe est ainsi évitée. La peau fut-elle sur le point de se rompre, cette méthode la conserve. La muqueuse doit être quelquefois touchée avec une perle de nitrate d'argent mitigé.

3° Les *fistules* guérissent par le traitement méthodique précédent, sans clou ni canule. Dans les cas anciens, seuls, l'avivement et la suture des bases de la fistule sont permis.

4° La névrose et la carie, non spécifiques, n'ont pas besoin d'autre intervention que celle exposée plus haut.

M. Fieuzal emploie depuis longtemps sa sonde à mandrin, qui lui donne d'aussi bons succès que la sonde boutonnée; il insiste avec M. Landoldt sur la douceur et la rareté des cathétérismes. Il a pour principe de débrider en bas pour le mucocèle, et en haut quand la suppuration est établie.

M. Anagnostakis présente un instrument destiné à *extraire le cristallin* dans l'opération de la *cataracte*. C'est un petit crochet à 2 courbures, qu'il introduit après la discision de la capsule. Par ce moyen, il évite la sortie du corps vitré, si facile à se produire sous la pression de la cornée.

M. Gayet fait remarquer que le point précis où l'opérateur doit appuyer sur la cornée pour amener la bascule de la lentille, change suivant le mode d'incision. Avec le procédé de Græfe, il faut appuyer au milieu de la cornée et non à sa partie inférieure. Pour lui, la section périphérique de la capsule est alors préférable.

M. Galezowski, reconnaissant tout le danger que fait courir à la rétine l'issue du corps vitré, pense cependant que le crochet de M. Anagnostakis complique l'instrumentation. Pour lui, il revient au large lambeau périphérique, mais non sclérotical ; c'est en un mot l'ancienne méthode de Daniel.

M. Liebrecht se sert surtout des doigts pour la bascule et le nettoyage : les curettes et les crochets lui paraissant dangereux. Il accepte la large incision, surtout avec le pansement de Lister.

M. Meyer fait une communication sur la *névrotomie*

opto-ciliaire. C'est assurément au Congrès qu'il appartient d'établir la valeur définitive de cette opération : pour lui après avoir pratiqué la section des nerfs ciliaires seuls, il se range à l'énervation complète, en limitant toutefois les indications du nouveau procédé opératoire. C'est aux cas de *névrose* seulement qu'il voudrait voir réserver la section du ciliaire et du N. O., conservant l'énucléation pour les faits graves d'ophthalmie sympathique exsudative, plastique. Comme Dorr et Hirschberg, il craint la régénération après la section simple; ainsi, sans avoir confiance même en une suture qui maintiendrait le déplacement des troncs sectionnés, il lui paraît plus prudent d'exciser une partie soit des nerfs ciliaires, soit du nerf optique. Depuis deux ans, il n'a qu'à se louer de cette méthode et sur ses malades (12) agés de 6 ans à 46 ans, il n'a pas eu de récidive. Les accidents effrayants signalés par Warlomont lui paraissent attribuables au procédé opératoire. Voici comment il procède : sectionnant les deux muscles D. E et D. I pour bien atteindre toutes les ciliaires, il va ensuite à la recherche des obliques, qu'il coupe aussi. Enfin, la capsule étant bien détachée, la résection du N. O devient facile. Les sutures musculaires sont ensuite placées. Les accidents de paralysie musculaire ne tardent pas à disparaître.

M. DE VISCENTIS (Palerme) rapporte quatre observations :

1er fait : Irido-choroïdite avec décollement, amenant accidents sympathiques.— Iridectomie.— Énervation.— Insensibilité immédiate absolue et persistante. — Succès.

2e fait : Irido-choroïdite. Exsudats. Sympathie.— Enervation.— Douleurs persistantes. Insuccès.

3e fait : Staphylome. —Irido-choroïdite sympathique. — Énervation. — Exophtalmie. — Enucléation obligatoire, l'œil s'était nécrosé.

4e fait : Glaucome confirmé. Iridectomie. Enervation. Cessation absolue des douleurs.

M. de Viscentis fait la suture séparative non pas avec le catgut, mais avec la soie, qui maintient plus longtemps la non-coaptation du nerf.

M. PFLUGER pratique la résection du N. O., parce qu'il a vu la sensibilité reparaître, mais en ayant soin de réséquer aussi loin que possible, il a toujours eu la guérison de la douleur, sans réapparition. Il compte 12 opérations, sur lesquelles deux cas de protusion du bulbe par hémorrhagie et énucléation consécutive. Le strabisme consécutif est peu important.

M. LAISSATI (Milan) cite un cas de sa pratique où, après avoir réséqué un demi-centimètre de nerf optique, la sensibilité est revenue. C'est un enfant de 14 ans qui, quinze jours après l'opération, a recommencé à souffrir et qu'on peut voir actuellement à sa clinique.

M. LIEBRECHT (Gand) a été obligé de revenir à l'énucléation. Au mois de janvier dernier, il a vu les douleurs revenir neuf à dix semaines après l'énervation. Elles étaient même plus fortes qu'avant l'opération. Dans deux cas où il a pratiqué l'excision, depuis quatre mois, le succès s'est maintenu. Mais il redoute beaucoup l'hémorrhagie, et la considère comme un accident contre lequel il faut s'armer. Il pratique donc cette opération avec des ciseaux compresseurs (modèle à peu près analogue à celui de Warlomont).

M. DOR a retrouvé, un an et demi après l'opération, la pupille de l'œil énervé réagissant sous l'influence de la lumière arrivant sur l'œil opposé. L'insensibilité de la cornée cessa également. Comme Liebrecht et Pfluger, il redoute les hémorrhagies, et ce point, avec celui des indications de l'opération même, lui semble le plus important.

M. PONCET a eu l'occasion d'examiner des nerfs ciliaires et des nerfs optiques provenant d'énervations pratiquées sur des chiens, deux à trois mois auparavant, par M. Redard. Déjà, il avait signalé la régénération des nerfs coupés, en 1875, à M. Boucheron, dans une pièce examinée à cette époque. Ce fait est amplement confirmé par les expériences de Redard et les examens histologiques. Du côté des nerfs ciliaires, il est possible de suivre tous les intermédiaires, depuis la fibre nerveuse, à cylindre axe pur sans myéline; en passant par les fibres peu riches en myéline, faiblement colorées par l'acide osmique, à petit diamètre, pour arriver aux grosses fibres fortement et uniformément noircies, à large diamètre. Toutes présentent les étranglements de Ramser. La régénération de la myéline paraît se faire par régions; ainsi, en associant les faisceaux, il n'est pas rare de rencontrer sur le parcours de fibres bien régénérées, une lacune où l'évolution de la myéline a été plus lente, où les fibres sont tout à coup plus minces, plus pâles, mais le cylindre axe est net. Les noyaux de la gaîne sont normaux ; le courant nerveux peut passer.

Du côté du nerf optique, la régénération, bien que moins avancée, était cependant en voie d'accomplissement; les gouttelettes de myéline se résorbent, deviennent plus petites, plus rares. En même temps, la fibre du nerf optique se reconstitue par le rétablissement du petit cylindre axe, et par son enveloppement sous un protoplasma nouveau qui se colore peu à peu, plus ou moins, suivant son état de perfection. Ainsi, pour le chien, il n'y a pas de doute, la régénération des nerfs, histologiquement, est parfaite; toutefois, cette régénération n'a été constatée que pour les parties extra-oculaires des ciliaires; il faudrait la rechercher dans le plexus ciliaire et dans le parcours sous-choroïdien.

Ces considérations doivent entrer en ligne de compte pour juger l'énervation et modifier les procédés opératoires.

Quant aux accidents profonds, ils se rattachent aux expériences récentes de Duval et Laborde sur la cinquième paire ; c'est une choroïdite exsudative, une nécrose, qui entraîne la sclérose de la rétine, et la migration du pigment dans les humeurs. Si la conservation de la cornée a été constatée, il faut convenir que cette membrane est singulièrement alors disposée à l'ulcération jusqu'au moment où la circulation nerveuse est rétablie.

M. PFLUGER présente des dessins du fond de l'œil de lapins où la ligature a été appliquée sur les ciliaires et le N. O., ainsi que sur les vaisseaux. Les symptômes reconnus à l'ophthalmoscope sont ceux qu'a signalés M. Poncet; sclérose de la rétine, plaques choroïdiennes; en outre, il y a eu établissement d'une circulation anastomotique entre la rétine et la choroïde.

M. REYMOND (Turin) a constaté, sur un de ses opérés, que la sensibilité était revenue sans que pour cela les douleurs aient reparu. Il redoute aussi le phlegmon rétro-orbitaire.

M. LANDOLT accorderait volontiers de l'importance aux observations de Mac Gilavry, qui a vu le passage des leucocytes d'un œil à l'autre par le chiasma et la gaîne des nerfs optiques.

M. BOUCHERON, résumant les périodes qu'a traversées l'opération dont il s'est fait le promoteur en France, déclare se ranger à la *neurectomie*, puisque la clinique, l'expérimentation et l'histologie démontrent la régénération nerveuse. F. PONCET (de Cluny).

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1)

48e CONGRÈS : SESSION DE CAMBRIDGE (10, 11, 12, 13 AOUT 1880).

Mercredi 11 Août.

Section de Médecine. — PRÉSIDENCE DE M. G.-E. PAGET.

La question proposée pour sujet de discussion est l'*anesthésie hystérique*.

M. BRISTOWE (Londres) rappelle les caractères les plus importants des anesthésies de cause centrale, il rapporte quelques cas intéressants d'anesthésie due soit à l'hystérie, soit à une lésion du foyer du cerveau, soit à l'infection diphthérique ; dans un certain nombre de ces cas, des applications de métaux ou d'aimant ont été faites, mais non avec tout le soin nécessaire, ainsi que l'avoue lui-même l'auteur, cependant, il a pu, dans quelques cas, observer les phénomènes de transfert.

M. MATTHEWS DUNCAN n'admet pas que l'on puisse, à travers la paroi abdominale, exercer une pression réelle sur l'ovaire, il faut, d'après lui, aller chercher l'ovaire au moyen du toucher vaginal, tout en le fixant avec l'autre main appliquée sur la paroi abdominale ; il faut ajouter que cette nouvelle méthode ne semble pas des plus heureuses, car l'auteur de la communication avoue n'avoir jamais pu arrêter les attaques d'hystéro-épilepsie. Aussi étend-il son scepticisme jusqu'à l'existence de l'anurie hystérique, sous prétexte que l'excrétion d'une aussi faible quantité d'urée est en contradiction avec toutes les lois de la physiologie.

M. W. MOORE (Dublin) rapporte deux cas d'anesthésie, d'origine hystérique, dans lesquels le transfert a été obtenu au moyen des métaux et de l'aimant ou du solénoïde.

M. THOMAS BARLOW (Londres) a examiné un certain nombre d'enfants qu'il supposait atteints d'hystérie, au point de vue de l'analgésie, il les piquait, les pinçait ou les soumettait à un courant galvanique et observait si les enfants criaient ou retiraient le membre; il a trouvé que l'anesthésie était généralement prédominante d'un côté du corps, et plus marquée sur les membres qu'à la face ; il a observé cette anesthésie chez six filles et deux garçons, le plus jeune de ces enfants avait deux ans et six mois, le plus âgé onze ans et six mois; chez tous, il y avait des signes plus ou moins marqués d'hystérie ; la plupart présentaient des ac-

(1) Voir les nos 33, 34 et 35.

cidents convulsifs consistant en mouvements coordonnés, opisthotonos, etc.

M. Allen Sturge (Londres) rappelle les travaux de M. le professeur Charcot sur l'hémianesthésie consécutive aux lésions en foyer du cerveau (partie postérieure de la capsule interne) et sur l'hémiopie (hypothèse de la semi-décussation). Il lit l'observation d'une malade qui devint subitement aveugle, en même temps qu'elle présentait une paralysie incomplète du côté droit et une hemianesthésie du même côté. Dès le lendemain, elle commençait à voir de l'œil gauche, et quand on l'examina deux jours après, on trouva que l'œil droit était complètement aveugle, tandis qu'à gauche, la moitié droite du champ visuel était seule affectée, la moitié gauche ayant conservé la vision. On lui fit prendre 10 grains d'iodure de potassium, la motilité et la sensibilité s'améliorèrent rapidement; la moitié gauche de l'œil droit recouvra la vision, mais la moitié droite de cet œil et la moitié droite de l'œil gauche en restèrent privés d'une façon permanente, l'auteur attribue au *shock* sur les parties voisines, les phénomènes transitoires survenus dans ce cas.

M. Mac Call Anderson (Glasgow) ne pense pas que, pour un observateur attentif, il soit possible d'attribuer à la simulation une part dans les phénomènes observés chez les hystériques. Il a déjà publié des cas de transfert par les métaux, qui sont en contradiction complète avec la théorie de l'*expectant attention*. Pour être à l'abri de toute simulation, il faisait usage d'un courant de pile qu'on ouvrait ou fermait sous le lit même de la malade, sans que celle-ci pût en avoir le moindre soupçon.

M. Eade (Norwich) a eu récemment, dans sa clientèle, une hystéro-épileptique qui, à la suite de ses attaques, restait cataleptique pendant un temps assez long; il a cherché à contrôler sur elle les faits avancés par M. Charcot, il a fait la compression ovarienne suivant la méthode indiquée par ce dernier, et il est sûr d'avoir bien réellement comprimé l'ovaire, quoiqu'en puisse dire M. Matthews Duncan; il a pu constater que la compression ne produisait rien à droite, tandis qu'à gauche, elle tirait presque instantanément la malade de son état de catalepsie, puis, une fois la compression cessée, la malade y retombait de nouveau.

M. Carter (Liverpool) apporte une observation qui, pense-t-il, est contraire à la théorie de la localisation de la sensibilité dans la partie postérieure de la capsule interne. Une hémianesthésie a été observée alors que la lésion siégeait seulement au niveau du gyrus angularis, du gyrus supramarginalis et de la circonvolution voisine de la deuxième occipitale; tandis que la capsule interne n'était le siège d'aucune lésion. L'auteur de la communication ne s'est pas rendu compte, et on le lui a fait observer, que la localisation dans la partie postérieure de la capsule interne ne consiste pas à considérer cette région comme un centre de sensibilité, mais seulement comme un lieu de passage des fibres qui la conduisent. Si donc, les cellules sensitives sont altérées, comme cela a lieu dans les lésions des circonvolutions, on comprend parfaitement que la sensibilité soit détruite sans qu'il y ait de lésion primitive de la capsule interne.

M. Gowers (Londres) a constaté lui aussi des cas d'hystérie chez des enfants, quoique ses observations n'aient pas porté sur des malades aussi jeunes que ceux du Dr Barlow. Il croit que l'hystérie est en raison directe de l'émotivité individuelle, c'est ce qui explique sa fréquence relative chez les femmes, les enfants, et les peuples méridionaux. Il croit qu'en France, l'hystérie n'est pas identique à ce qu'elle est en Angleterre, affaire de race; cependant, les caractères principaux de cette affection ont été retrouvés par les médecins Anglais, tels qu'ils ont été décrits en France: et il considère comme indiscutables l'influence de la pression dans la région ovarienne et le transfert de la sensibilité par l'aimant ou les métaux; quant à l'action de ceux-ci, administrés à l'intérieur, il croit bon de faire quelques réserves.

M. Hughes-Bennet (Londres) a eu l'occasion d'observer, dans ces dernières années, plusieurs cas d'hémianesthésie; il a répété avec un plein succès toutes les expériences avec les métaux et l'aimant, mais il a remarqué, qu'au bout de quelque temps, ses malades étaient dans un état tel que l'application de plaques, non métalliques, ou d'un lien un peu serré sur un membre, ou même l'approche du médecin suffisait à troubler complètement l'état de la sensibilité. Il pense que si les piqûres faites sur le côté anesthésique saignent moins que celles faites sur l'autre côté, cela tient surtout à ce qu'elles sont plus profondes et par conséquent atteignent une région moins vasculaire, le médecin enfonçant l'épingle plus fortement du côté où il ne craint pas de faire souffrir la malade.

M. Dyer (Ringwood) demande si, dans les cas observés par le Dr Bristowe, il y avait une déviation ou une flexion de l'utérus. — Celui-ci répond que, dans un cas, il y avait antéflexion.

M. G. E. Paget fait un résumé des différentes communications faites pendant la séance, et ajoute quelques réflexions générales sur la nature de l'*hystéro-épilepsie*.

Section de Physiologie. — Présidence de M. Michael Foster

M. A. Gamgee (Manchester) lit un travail sur les *preuves fournies par la clinique et l'expérimentation physiologique, sur le siège de la formation de l'urée dans le corps humain.* Dans son travail, qui est une revue critique de l'état de la question, le professeur Gamgee arrive aux conclusions suivantes:

1° L'urée n'est formée en quantité notable ni dans les reins, ni dans le sang, ni dans les muscles, ni dans les organes nerveux. 2° Il est raisonnable de supposer que, dans les organes glandulaires, il se forme de l'urée ou quelqu'une des combinaisons azotées dont elle dérive. 3° Les recherches de nombreux observateurs prouvent que l'urée se forme dans le foie, mais rien ne nous permet d'affirmer que c'est là le lieu unique de sa formation. 4° Des observations pathologiques établissent une présomption très forte en faveur de la formation de l'urée dans le foie, en plus grande quantité que partout ailleurs. (Genevois, Parkes, Frerichs, Brouardel, Charcot.)

M. B. Haycraft (Edimbourg) fait une communication sur l'*urée dans le sang et dans les muscles.* A l'aide d'une nouvelle méthode d'extraction et de dosage de l'urée (dialyse dans l'alcool absolu), il a reconnu l'existence d'une très petite quantité d'urée dans le sang, et aussi dans le muscle privé de sang, mais cette substance n'est pas plus abondante dans le muscle après un exercice prolongé qu'auparavant; l'auteur pense que l'urée est séparée des substances azotées contenues dans les aliments, avant que celles-ci ne soient soumises à l'assimilation par les tissus, en un mot, la formation de l'urée serait une des phases de la digestion.

M. E. C. Anderson (Darlington) lit une note sur la *présence dans l'urine de la leucine et de la tyrosine dans de nombreuses maladies.* L'auteur a examiné, à ce point de vue, l'urine d'un grand nombre de malades, et il a trouvé des quantités plus ou moins considérables de leucine et de tyrosine dans une foule de cas (rhumatisme aigu, dysenterie chronique, cholérine, anémie, péritonite, éclampsie, asthme, etc., etc.). Il en a même trouvé des traces dans l'urine de personnes bien portantes, mais un peu fatiguées; il croit donc que la présence de ces substances est, sinon tout à fait normale, du moins presque normale dans l'urine, et en corrélation avec l'abaissement de la quantité d'urée.

M. Arthur Ransome fait une communication sur l'*action des côtes dans l'expiration forcée.* Dans l'expiration forcée, le poumon n'est pas seulement comprimé par l'abaissement des côtes et par leur rotation latérale, mais aussi par l'exagération de leur courbure; c'est ainsi que la corde qui sous tend la 3e et celle de la 5e côte peuvent se raccourcir de 17 millimètres. La courbure est beaucoup plus forte chez les jeunes sujets.

M. David Newman présente un travail sur la *contraction des muscles striés.* Il considère le muscle comme formé d'une multitude de petits cylindres creux, contenant un plasma musculaire composé d'une certaine quantité de

graisse en solution ; lors de la contraction, la graisse du plasma se sépare de celui-ci et se rassemble au milieu du cylindre, qui devient moins long et plus large.

Section d'Obstétrique. — Présidence de M. W. S. Playfair.

Le sujet en discussion est de l'*hémostase dans les hémorrhagies utérines*.

M. Atthill a été témoin de l'efficacité de la térébenthine de Chio, préconisée par le Dr John Clay (de Birmingham), surtout dans l'épithéliome du col; il donne chaque jour 8 pilules contenant chacune 3 grains (18 centigr.) de térébenthine et 2 grains (12 centigr.) de soufre ; peut-être l'essence de terébenthine produirait-elle le même effet? — Il pense que l'injection de perchlorure de fer dans l'utérus n'est pas exempte de danger, et que l'injection d'eau chaude (110° Fahrenheit) n'en présente aucun. — Dans les cas de corps fibreux, c'est l'ergot de seigle en injection hypodermique qui lui semble de beaucoup préférable.

M. Routh (Londres) a d'abord obtenu des succès avec la térébenthine de Chio, mais il n'en a plus obtenu une fois que la térébenthine qu'il avait tout d'abord a été épuisée ; celle qui lui a été fournie depuis, dans le commerce, étant un produit tout à fait différent. Quant à l'injection de perchlorure de fer, il pense que, si le col a été dilaté auparavant, de façon à permettre le libre écoulement du liquide, il n'y a aucun danger. Le Dr Chiari (de Vienne), a prouvé, sur des femmes qui venaient de mourir, que, tant que les fibres utérines ont conservé leur contractilité, il est impossible de faire pénétrer dans les trompes un liquide, quelle que soit la force employée pour l'injection.

M. Roden (Droitwich) recommande, contre les hémorrhagies *post partum*, la compression au moyen d'un tampon à air fixé avec une ceinture, ou d'un pessaire en caoutchouc que l'on insuffle, de façon à lui donner à peu près les dimensions d'une tête de fœtus.

M. Aust Lawrence (Clifton) a arrêté l'hémorrhagie avec la térébenthine de Chio dans deux cas de cancer utérin. — Dans un cas post partum avec le perchlorure de fer.

. M. Murphy (Sunderland) donne la préférence, dans les hémorrhagies post partum, à la pression faite sur l'utérus par la main du chirurgien ; en ayant soin de débarrasser l'utérus des caillots qu'il contient.

M. Bennett (Menton) s'est toujours bien trouvé du tamponnement du col avec de petites boulettes d'ouate.

M. Gervis (Londres) reconnaît à la térébenthine de Chio une grande valeur comme styptique, mais elle n'a aucune action sur la douleur et produit souvent des nausées.

M. Baileg (Londres) a souvent fait un heureux usage des tampons d'ouate, et de l'ergot de seigle en injection, la térébenthine de Chio est, en même temps qu'un précieux hémostatique, un bon stimulant.

M. Grigg (Londres) a essayé la térébenthine de Chio dans plusieurs cas de cancer, sans aucun résultat; dans les hémorrhagies post partum, il préfère la compression de l'aorte au moyen de l'instrument de Dawy ; il a obtenu de bons résultats avec le tannin et le bromure de potassium : l'acide chromique lui a paru préférable au perchlorure de fer.

M. Macnaughton Jones (Cork) pense que les hémorrhagies post partum seraient moins fréquentes si on prenait plus de soin de faire l'expression du placenta, et la compression de l'utérus avec la main pendant quelque temps. — Il se sert de l'ergotine de Bonjean, il a eu quelques abcès lorsqu'il l'injectait dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais depuis qu'il l'injecte dans les muscles fessiers cet accident ne s'est pas reproduit. — Dans deux cas d'épithélioma du col, la térébenthine de Chio vient d'arrêter l'hémorragie et d'apaiser la douleur ; il est vrai que d'autres remèdes avaient été employés simultanément.

M. Bunting (Tottenham) a vu l'électrisation réussir alors que tout autre moyen avait échoué.

MM. Herman, Fitzpatrick et Henry Bennett exposent eux aussi les résultats que leur a donnés l'emploi de ces différents traitements.

M. Playfair, président, résume la discussion et se déclare énergiquement en faveur de l'expression du placenta; il ne croit pas que la térébenthine de Chio soit appelée à une meilleure fortune que les autres remèdes préconisés jusqu'à présent contre le cancer.

M. Henry Bennett lit un travail sur les fâcheuses conséquences de l'*inflammation chronique de l'utérus ;* il insiste sur tous les troubles des fonctions génitales, ou même de la santé générale, qui peuvent être produits par cette affection, et s'étonne que la plupart des spécialistes ne lui accordent pas plus d'attention.

M. Byrne (Dublin) reproche au Dr Bennett de voir toujours de l'inflammation chronique là où il n'y a aucune inflammation, et des ulcérations du col là où la matrice est parfaitement saine : c'est là, dit-il, une tendance de la vieille école, qui a pris naissance dans l'abus de l'examen au spéculum, et contre laquelle on ne saurait trop réagir.

MM. Donovan, Fitzpatrick, Gervis prennent la défense des opinions du Dr H. Bennett.

M. Graily Hewitt (Londres) pense que tout ce que l'on a attribué à l'inflammation chronique est dû, ainsi que l'a découvert Copeman (de Norwich), à des versions ou à des flexions anormales de l'utérus, et que dès que celui-ci a été rétabli dans sa position ou dans sa forme, tous les accidents disparaissent immédiatement. Marie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 septembre 1880. — Présidence de M. Roger.

Au commencement de la séance, M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Delpech, qui a succombé dimanche dernier à une attaque d'angine de poitrine.

M. Desplats (de Lille) fait une lecture sur l'*action antipyrétique de l'acide phénique*. Dans l'administration de ce médicament, qui peut se faire par toutes les voies, on a toujours noté un abaissement de la température. Cinq malades ont été soumis à des lavements phéniqués dans le cours de la fièvre typhoïde, et, chaque fois, on a pu constater l'abaissement de la température. Chez d'autres malades atteints de variole, de tuberculose pulmonaire, de métro-péritonite, les lavements phéniqués ont donné le même résultat. De toutes les voies employées pour l'administration de l'acide phénique, la meilleure est la voie rectale. Les doses varient depuis 15 centigrammes pour les enfants, jusqu'à 2 grammes pour les adultes. En éloignant l'administration de ces lavements, on peut administrer jusqu'à 8, 10 et même 15 grammes par jour.

M. Jules Guérin lit une note sur le *traitement de la diarrhée infantile par le charbon en poudre mêlé au lait du biberon*. Dans les familles aisées, M. Guérin fait ajouter une demi-cuillerée à café de charbon de Belloc à chaque biberon. Chez les ouvriers, il remplace la poudre de Belloc par de la braise finement pulvérisée. Cette poudre se mêle intimement au lait. Quelques jours de ce traitement suffissent quelquefois pour amener la guérison.

M. Ortille (de Lille) fait connaitre un symptôme prémonitoire de l'*urémie*. C'est surtout chez les femmes atteintes de cancer utérin qu'il lui a été donné de l'observer. Chez ces malades, il a vu disparaître les douleurs vives du cancer, douleurs qui réclamaient antérieurement l'emploi des injections de morphine ; et ces douleurs disparaissent avant que les symptômes de l'état urémique aient fait leur apparition.

M. Bouley, au nom de M. Vittu, vétérinaire à Lille, fait connaître un *fait* curieux d'*anatomie pathologique* observé chez un *cheval* abattu à l'abattoir de Lille. Les muscles de cet animal renfermaient une quantité innombrable de grains, de dureté calcaire, ayant le volume d'un grain de seigle. Ces coques calcaires paraissent contenir un canal central; peut-être est-ce là l'enveloppe d'un kyste logeant un helminthe.

M. Lancereaux fait une lecture sur l'*action toxique de l'absinthe*. Les accidents convulsifs que l'on peut observer ressemblent non pas à l'épilepsie, mais plutôt à l'hystérie,

M. Lancereaux se réserve de démontrer, dans une prochaine communication, que si cette ressemblance existe à l'état aigu, elle existe aussi à l'état chronique.

M. Dujardin-Baumetz rappelle, à propos de la communication de M. Lancereaux, les expériences qu'il fait aujourd'hui sur les alcools. Chez les cochons que l'on empoisonne par l'alcool, on observe de la somnolence, et si l'on pousse les doses, l'animal meurt dans cet état de torpeur. Avec la teinture d'absinthe, au contraire, on observe toujours de l'excitation. E. Ollive.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 *février* 1880. — Présidence de M. Rendu.

34. Kyste hématique développé au voisinage de l'estomac et communiquant avec une cavité creusée dans l'anneau du pylore ; compression de l'estomac et des voies biliaires. Ponctions aspiratrices successives ; péritonite ultime consécutive à une tentative de drainage du kyste; par M. Rendu, médecin des hôpitaux.

Bouvier (Joseph), 38 ans, garçon de cuisine. Entré le 7 juillet 1879, salle Gérando, lit n° 2 (1).

Ce malade ne présente aucun antécédent diathésique ; il n'a jamais eu qu'une pleurésie gauche, à 20 ans. Il a presque toujours exercé la profession de garçon de cuisine, de 15 à 28 ans, et de 33 à 38 ans ; de 28 à 33 ans, il a été commissionnaire. Excès de boisson, non seulement comme qualité, mais comme quantité ; le malade a toujours été grand buveur.

Il jouissait d'une bonne santé quand, au commencement d'octobre 1875, il fut pris subitement, pendant la nuit, de coliques très vives, accompagnées de ballonnement du ventre. Il fut traité à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Blachez ; il avait à ce moment du météorisme abdominal, des douleurs dans le côté gauche du ventre, des vomissements jaune-verdâtre, de la constipation, et aussi, paraît-il, de l'hypertrophie de la rate ; il fut traité par des purgatifs répétés et des vésicatoires, et, en quittant l'hôpital, M. Blachez lui conseilla l'hydrothérapie (janvier 1876).

De janvier à juillet 1876, le malade fut bien portant. En juillet, les vomissements reparurent et durèrent six mois. Ces vomissements se produisaient sans douleur, étaient précédés par un petit frisson, et se composaient de matières glaireuses ou bilieuses, et des aliments récemment ingérés; le repas pris immédiatement après le vomissement était quelquefois bien digéré.

Pendant les années 1877, 1878, il y eut des alternatives de mieux et de pis; le malade restait quelquefois trois mois sans vomir et avait bon appétit.

En mai 1879, les vomissements en étaient venus à se produire après chaque repas (1/2 heure, 1 heure, 1 heure 1/2), le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Germain Sée.

On constata une dilatation de l'estomac avec bruit de flot. Le malade fut soumis au régime lacté partiel, sans autre médication ; mais lorsqu'il quitta l'hôpital, les vomissements continuaient, et il s'était produit de l'amaigrissement (fin juin).

Après quelques jours de séjour à Vincennes, le malade entra à l'hôpital Tenon, service de M. Rendu. A ce moment, cet homme était émacié, avait les traits tirés, sans offrir cependant l'aspect cachectique des cancéreux ; il vomissait abondamment deux ou trois fois par jour, avait des contractions stomacales sous forme d'ondulations, qui étaient très douloureuses, et n'étaient calmées que par les injections de morphine ; de plus, il y avait une dilatation considérable de l'estomac qui descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic, et produisait, par la succussion, un bruit analogue à celui d'un tonneau à moitié plein.

On continua les injections de morphine, on prescrivit le régime lacté partiel, des œufs, du phosphate de chaux et du charbon de Belloc ; de plus, on pratiqua le cathétérisme de l'estomac, tous les deux jours, avec la sonde œsophagienne.

Aussitôt que la sonde avait pénétré dans l'estomac, il se produisait par action réflexe, des vomissements abondants de matières liquides (2, 3, 4 litres), de sorte que l'estomac se trouvait vide sans qu'on eût besoin de recourir à la pompe. Au bout de quinze jours de ce traitement, les vomissements n'avaient pas reparu, et on cessa le cathétérisme (fin juillet).

Pendant le mois d'août, malgré la cessation des vomissements, l'état général devint plus mauvais, il y avait de temps en temps des frissons, et on commença à sentir de la résistance dans l'épigastre. Au niveau du lobe gauche du foie, il sembla se produire une bosselure profonde.

A la fin du mois d'août, M. Rendu pensait à un carcinôme développé primitivement dans le foie, et comprimant l'estomac vers la région pylorique.

En septembre, l'état général s'améliora, mais le foie envahit manifestement la région épigastrique, et le ventre augmenta de volume.

Le 3 *octobre*, le malade se trouvait dans l'état suivant : Amaigrissement de la face et des membres, contrastant avec le développement du ventre. Appétit conservé, mais digestions difficiles ; garde-robes pâles, contenant moins de bile qu'à l'état normal, cependant pas complètement argileuses : accidentellement, elles redeviennent bilieuses.

Le foie et la rate ont leur volume normal ; toutefois, le lobe gauche du foie paraît hypertrophié, et empiète sur la région épigastrique. L'estomac est très dilaté, mais il n'y a plus de bruit de flot.

20 *octobre*. Peu à peu, il s'est formé près du bord externe du grand droit, une tumeur peu saillante, ayant à peine la largeur de la paume de la main et difficile à délimiter. Cette tumeur est résistante et offre nettement une fluctuation analogue à celle d'un kyste. Aucune douleur à ce niveau.

Cette tumeur fait certainement partie du foie, bien qu'elle soit séparée du rebord costal par une zone de sonorité, due à la présence d'une anse intestinale. Pensant à un kyste hydatique du foie, M. Rendu fait une ponction dans la tumeur avec la plus petite aiguille de l'aspirateur Potain. On retire 950 grammes d'un liquide gris-jaunâtre, d'aspect trouble et ayant des reflets bilieux.

En voici l'analyse due à l'obligeance de M. Degrave, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon :

Globules de pus très abondants.
Crochets d'échinocoques. Néant.
Mucine et surtout albumine : 170 gr. pour 1000.
Matières colorantes de la bile.
Acides biliaires (?).
Phosphates.
Traces de fer.

Aussitôt après la ponction, on applique un bandage de corps garni de ouate, et modérément serré, on fait une injection de morphine, et on recommande au malade un repos absolu.— *Soir*. Aucune douleur. Pas de fièvre.

21 *octobre*. Idem.

22 *octobre*. Le malade se lève un peu à midi. Peu de temps après, il est obligé de se remettre au lit ; il souffre d'un double point à droite et à gauche de la région ombilicale. Il n'y a eu ni frisson ni vomissements. P. 80. Légère élévation de la température (injection de morphine).

23 *octobre*. Les douleurs ont disparu dans la nuit. Il n'y a pas de fièvre.

26 *octobre*. Aucun phénomène nouveau.

31 *octobre*. Depuis deux jours, il y a de nouveau des troubles gastriques, pituites, vomissements, et l'épigastre est ballonné. *Trait.* : phosphate de chaux, 4 grammes ; teinture de noix vomique, 20 gouttes en deux fois.

1er *novembre*. Le malade a vomi hier environ trois litres de liquide. La cavité kystique se remplit de nouveau, car on observe dans la région du foie une voussure rénitente, mate à la percussion, et qui est le siège d'une fluctuation profonde.

(1) La première partie de l'observation a été rédigée d'après les notes de M. Havage, interne du service.

3 *novembre*. Vomissements dans la journée d'hier. L'estomac est dilaté, et on produit du gargouillement par la succussion.

14 *novembre*. Depuis quelques jours, les vomissements ont cessé; la poche kystique n'augmente plus de volume, mais l'état général est mauvais.

25 *novembre*. Nouvelle ponction dans la poche kystique avec l'aspirateur Potain. On emploie l'aiguille la plus fine. On retire 700 grammes de liquide dont l'aspect est tout autre que celui de la ponction précédente; il est moins épais, et sa coloration est analogue à celle de l'extrait de quinquina. Comme la fois précédente, on applique un bandage de corps, et on recommande au malade de garder l'immobilité.

4 *décembre*. Aucun accident pendant les premiers jours qui ont suivi la ponction. Mais, aujourd'hui, le malade accuse une diminution de l'appétit. Léger ictère des conjonctives. Urines très colorées.

11 *décembre*. L'ictère a augmenté de jour en jour et a envahi tout le tégument externe. Urines acajou, avec reflets verdâtres, présentant avec l'acide nitrique, la réaction caractéristique, résine biliaire en grande quantité. Matières complètement décolorées, argileuses; pas de fièvre, mais état de malaise continuel et diminution de l'appétit.

Rien n'est changé du côté du foie, le kyste ne paraît pas avoir augmenté de volume. Le météorisme du ventre s'est accru. *Trait.*: pilules d'aloès de 0,15; une tous les jours. Eau de Vichy.

12 *décembre*. Soir. Le malaise a été plus considérable aujourd'hui. Pas de fièvre, mais frissonnements assez fréquents. Vomissements glaireux. L'estomac est très distendu par les gaz, au point qu'il se dessine sous la peau. Pas de douleur dans la région hépatique. C'est, au contraire, dans la région latérale gauche de l'abdomen que le malade accuse ses souffrances.

16 *décembre*. Persistance de l'inappétence et de l'ictère. Toujours des douleurs abdominales, principalement du côté gauche, qui ne sont calmées momentanément que par les injections de morphine; le kyste semble avoir grossi; on en limite plus facilement les contours par la palpation. Il se présente sous la forme d'un hémisphère dépassant le volume d'un poing d'adulte.

Troisième ponction dans la poche kystique. On retire 800 grammes de liquide, un peu moins foncé que celui de la ponction précédente. De plus, par le repos, il se sépare en deux couches distinctes dans le bocal; l'une, couleur chocolat, est épaisse et renferme évidemment beaucoup de mucus et de pus: l'autre supérieure, est liquide, et a une couleur noire analogue à celle du café.

18 *décembre*. Rien dans la journée du 16 et du 17. Aujourd'hui, il y a de légères douleurs péritonéales. (Le malade s'est levé hier pour aller au cabinet.) Pouls petit et fréquent. Douleur à la pression localisée dans la région du kyste.

19 *décembre*. Les douleurs ont disparu.

22 *décembre*. L'ictère a notablement diminué depuis la ponction du kyste.

30 *décembre*. Peu d'appétit depuis quelques jours. Le kyste se remplit de nouveau, et de nouveau l'ictère reparaît.

Dans les premiers jours de janvier 1880, nous assistons à la répétition des mêmes accidents qui s'étaient produits au commencement de décembre. L'ictère s'accentue de plus en plus, l'appétit devient nul, le malade maigrit, se cachectise, et l'état général s'aggrave manifestement.

Le 7 *janvier*, une quatrième ponction aspiratrice est pratiquée au même point que les précédents, elle donne issue également à 900 centimètres cubes de liquide foncé, brunâtre, hémorrhagique, et ne s'accompagne d'aucune complication consécutive. Comme précédemment, quatre ou cinq jours après la ponction, l'ictère disparait, le malade se sent mieux et l'appétit revient partiellement.

En raison cependant de l'état général, et surtout de la reproduction incessante du liquide dans la poche kystique, il fut résolu de l'attaquer plus largement et de faire suppurer le kyste pour arriver à une guérison définitive. M. Rendu préféra la méthode lente de Récamier, par les cautérisations successives, afin de laisser aux adhérences le soin de se former entre la paroi abdominale et le foie. Toute la seconde quinzaine de janvier et la première quinzaine de février, furent employées à creuser l'eschare. A quatre reprises différentes, tous les sept ou huit jours, on appliquait sur le point fluctuant une rondelle de pâte de Vienne, après avoir enlevé l'eschare précédente. De cette façon, vers le 15 février, la perte de substance était assez large et assez profonde pour permettre l'introduction d'un gros tube à drainage, par lequel on comptait faire des lavages dans l'intérieur du kyste.

Le 20 *février*, l'opération fut pratiquée. Un trocart de la grosseur d'un porte-plume fut introduit, en un seul temps, à travers l'eschare abdominale jusque dans le kyste. Il n'y eut presque pas de douleur, et immédiatement un flot de liquide brunâtre, hématique, analogue à celui des ponctions précédentes, s'échappa de la canule. En cherchant à introduire un tube à drainage le long de la canule, comme conducteur, on éprouva une certaine difficulté : il semblait que le tube se heurtât à une paroi solide. M. Rendu pensa que la solution de continuité faite par le trocart était trop étroite, et il agrandit un peu l'ouverture au moyen d'une incision qui ne dépassa pas les limites de l'eschare. Ce petit débridement parut suffire, en effet, et le tube à drainage s'enfonça aisément d'une longueur suffisante pour faire croire qu'il se mouvait librement dans la cavité kystique. On retira alors la canule, et presque immédiatement une notable quantité de bile jaune et filante, mêlée à quelques gouttes de sang, se mit à sourdre à travers la plaie. On étancha facilement le sang, mais la bile continua à s'écouler et à imprégner les pièces du pansement.

Afin de prévenir les phénomènes de septicité résultant de l'ouverture du kyste, une injection d'eau phéniquée au 200e fut poussée très doucement dans l'intérieur du tube à drainage. Il put en être injecté environ 250 grammes. Le malade accusa une légère douleur à ce moment, mais quelques instants après, toute souffrance avait cessé. Une chose qui fut notée et qui préoccupa de suite M. Rendu, fut que cette injection n'était que très partiellement revenue par le tube (à peine quelques gouttes). Aussi, craignant que la poche ne se vidât en partie dans le péritoine, il fit une injection de morphine, et prescrivit pour l'après-midi une potion avec 0,10 d'extrait thébaique, afin d'immobiliser le péritoine dans les premières heures consécutives à l'opération.

Deux heures cependant s'étaient à peine écoulées, que le malade accusait des phénomènes de péritonite aiguë: douleur vive abdominale, ballonnement intestinal, soif, petitesse du pouls, anurie. Le soir, il était dans un état grave, et le lendemain, dans l'après-midi, il succombait dans le collapsus. Nous avions trouvé, à la visite du matin, les pièces du pansement complètement imprégnées de bile qui n'avait cessé de couler depuis l'opération. L'impression de M. Rendu fut que le kyste hydatique communiquait avec les voies biliaires, et que la bile s'était déversée dans le péritoine en passant entre l'ouverture du kyste et le tube à drainage. L'autopsie devait faire voir, qu'en réalité, le kyste n'était pas intrahépatique, et que la péritonite était la conséquence à la fois de la pénétration de l'injection phéniquée dans la cavité péritonéale, et de l'écoulement de la bile par la plaie du foie.

Autopsie, le 23 février 1880. — En ouvrant la cavité abdominale, on la trouve remplie par une notable quantité de liquide sanguinolent mêlé à de la bile, et l'on constate tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée. Les intestins sont ballonnés, distendus, injectés: quelques anses déjà réunies les unes aux autres par des pseudo-membranes fibrineuses et des exsudats inflammatoires.

L'examen de la région du cautère montre les détails suivants: Au niveau de la plaie, la paroi abdominale est mortifiée d'une façon régulière et complète jusqu'à sa face profonde. L'eschare du cautère correspond exactement à la limite la plus inférieure du lobe gauche du foie, au niveau de son bord libre, à 2 centimètres au dedans de ce bord. A

ce niveau, existent des adhérences intimes qui relient la face profonde de l'abdomen et la face supérieure du foie. Ces adhérences sont continues partout, sauf en un point du côté droit : là existe une lacune d'un demi-centimètre de largeur environ. C'est par là que passaient les tubes à drainage qui avaient glissé le long de la face convexe du foie, et qui, au lieu de pénétrer dans le kyste, plongeaient directement dans la cavité péritonéale. En injectant du liquide phéniqué, on avait donc fait pénétrer directement le liquide dans le ventre, et contribué à déterminer la péritonite aiguë.

Le trocart se trouvait donc avoir traversé le foie au niveau de sa longueur, sur une épaisseur d'environ un centimètre. Au dessous, ce viscère était en rapport avec une poche, assez épaisse et résistante, située immédiatement au-dessus et à droite de l'estomac, dont elle semblait faire partie intégrante. Une cicatrice linéaire indiquait le point où avait pénétré le trocart.

Les rapports de la poche kystique et de l'estomac sont intéressants à déterminer. En ouvrant ce dernier viscère, on constate qu'il est très-dilaté, augmenté d'un tiers environ de sa capacité normale. Les tuniques sont épaissies, indurées, et la muqueuse se présente hérissée de villosités tomenteuses : elle offre une apparence velvétique et mamelonnée tout à fait exagérée. En un mot, non seulement il y a dilatation gastrique, mais il y a hypertrophie de l'estomac, sans inflammation appréciable de la muqueuse; du reste, pas de plaques ardoisées ni de vascularisation exagérée, ni d'ulcérations. En introduisant le doigt dans l'anneau du pylore, on sent manifestement qu'il est serré par le voisinage de la poche kystique adjacente, mais il n'existe pas la moindre trace de rétrécissement au niveau du pylore lui-même, aucun soupçon d'induration cancéreuse.

Il est facile de se rendre compte qu'en aucun point, la poche kystique ne communique avec la cavité de l'estomac. Avant d'ouvrir cette poche, on essaie à plusieurs reprises d'en exprimer le contenu vers l'estomac : aucune goutte de liquide ne s'en échappe. Mais, en sectionnant transversalement l'anneau du pylore, on tombe sur une sorte de cavité anfractueuse, inégale, irrégulière, de la grosseur d'une petite noisette, creusée dans l'épaisseur même des fibres musculaires de l'anneau, immédiatement sous la muqueuse. Cette cavité anfractueuse communique, par un trajet tortueux, avec la grande poche kystique qui semble lui servir de diverticulum : un stylet, et même une plume à écrire, peuvent passer facilement d'une cavité dans l'autre. Tous ces diverticules sont tapissés par une sorte de membrane adventice épaisse, légèrement tomenteuse, très vasculaire, ce qui explique la nature hématique et l'apparence brunâtre du liquide retiré après chaque ponction. Plusieurs brides fibreuses traversent la poche dans divers sens, et lui donnent un aspect assez semblable à celui d'une vessie à colonnes.

On peut se demander comment, la poche ne communiquant pas avec les voies biliaires, il s'était échappé toujours un liquide bilieux à la suite des ponctions. Ceci s'explique précisément par l'état des voies biliaires intra-hépatiques. La plaie du trocart intéressait précisément un canalicule biliaire, qui avait fourni la bile : de là était résulté que le liquide de la ponction ne ressemblait nullement à celui qui s'était écoulé dans la journée, et qui était composé de bile pure.

Indépendamment de ces lésions, tout le tissu de l'arrière-cavité des épiploons était hypertrophié et induré, au voisinage de la tête du pancréas et des ganglions rétrohépatiques. Dans ce tissu conjonctif, on trouva deux masses d'un vert noirâtre, constituées par une matière analogue à du mastic ou plutôt à du cambouis, ne présentant aucune odeur stercorale. Cette matière dissoute dans l'eau lui communique une coloration d'un vert sale ; elle semble avoir une origine biliaire.

Le poumon commence à être farci de granulations tuberculeuses, surtout au sommet droit où elles sont confluentes. A ce niveau, existe une petite caverne.

En résumé, dans ce cas, un kyste adventice se développe au niveau de l'anneau musculeux du pylore, grandit et s'étale de façon à comprimer à la fois l'estomac et le hile du foie. Les conséquences, du côté de l'estomac, sont une dilatation de l'organe, des vomissements incoercibles et une grave atteinte de la santé générale : du côté du foie, la compression de la vésicule biliaire empêche l'arrivée de la bile dans l'intestin, augmente ainsi les troubles digestifs, et contribue à altérer le parenchyme hépatique par la distension considérable des canalicules du foie.

Le diagnostic était à peu près impossible : pendant une première période de deux mois, l'affection paraissait être une gastrite chronique avec dilatation stomacale : on pensa ensuite à un cancer, puis à un kyste hydatique communiquant avec les voies biliaires.

La disposition de cette poche, qui une fois distendue par le liquide devait être fort volumineuse, puisque l'on retirait près d'un litre à chaque ponction, rend compte de plusieurs particularités cliniques constatées chez ce malade. Nous avons déjà vu que, par sa situation entre le lobule de Spiegel, et le pylore, elle comprimait notablement la région pylorique de l'estomac : de là, les phénomènes de dilatation stomacale et les vomissements incoercibles qu'avait présentés le malade.

Une compression du même genre existait au niveau de la dernière portion du canal cholédoque. Il a été impossible de faire passer une goutte de bile de la vésicule biliaire dans l'intestin, bien que le passage de la bile se fît encore, quoique incomplètement, du vivant du malade (les garde-robes, on se le rappelle, étaient souvent décolorées, mais parfois bilieuses). L'extrémité postérieure de la vésicule était englobée dans un magma celluleux, qui devait hermétiquement comprimer le canal cholédoque. La vésicule était augmentée d'un tiers de son volume, distendue par de la bile, et elle débordait de plus de deux travers de doigts le bord du foie.

La réalité de la compression des voies biliaires par le kyste est encore prouvée par l'état des vaisseaux biliaires intra-hépatiques. Sur des coupes intéressant le parenchyme hépatique, on voit sourdre de tous côtés, des canaux biliaires dilatés, de la bile jaune et fluide, nullement épaisse ni purulente. Ces canaux sont tellement distendus que beaucoup d'entre eux sont aptes à contenir une plume d'oie. Malgré cette distension extrême, il n'y a aucune trace d'angiocholite. Un fait curieux, c'est que le tissu du foie n'est nullement infiltré de bile : à part les gros canaux biliaires qui sont distendus, les petits canaux ne semblent pas en contenir une quantité notable, et le foie n'a point l'aspect verdâtre de certaines rétentions biliaires.

Ainsi, dans cette remarquable observation, un kyste adventice, juxtaposé à l'estomac, a produit une compression permanente du pylore, entraîné la dilatation du ventricule, et provoqué un arrêt presque complet du cours de la bile avec rétrodilatation des canaux biliaires. Une question se pose maintenant à l'esprit. Quelle était l'origine et quel a été le point de départ vraisemblable de ce kyste ?

Ce kyste paraît s'être développé dans l'anneau même du pylore, au-dessous de la tunique muqueuse : c'est en ce point qu'existait une première cavité, grosse comme une noisette, qui communiquait avec le reste de la poche. Mais il est moins facile de dire aux dépens de quels éléments ce kyste a pu se développer. On peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une dilatation d'une glande pylorique, colossalement agrandie : l'abondance de la mucine dans le premier liquide extrait pourrait peut-être justifier cette opinion. Il est encore permis de se demander s'il ne s'agirait pas d'une sorte de diverticule stomacal, produit par la hernie de la muqueuse de l'estomac. Mais cette hypothèse n'est guère soutenable, car il n'existait aucune dépression en cul de sac au niveau de l'anneau pylorique, et, d'ailleurs, l'examen de la membrane interne du kyste a prouvé qu'il n'y avait pas de glandes ni de revêtement épithélial analogue à celui de l'estomac. Cette membrane est en effet constituée exclusivement par du tissu fibreux; entre les mailles des faisceaux se voient des amas de cellules embryonnaires mêlées à quelques vésicules adipeuses : c'est, en somme, du tissu conjonctif aplati et stratifié, sans organi-

sation qui rappelle en quoi que ce soit la structure d'une muqueuse.

Il semble donc plus probable qu'il s'agit d'un kyste hématique formé au voisinage de la petite courbure de l'estomac, dans l'arrière-cavité des épiploons, au sein du tissu conjonctif lâche qui existe en ce point. La paroi conjonctive se sera épaissie à la longue et aura fini par former une coque fibreuse. La difficulté est de comprendre pourquoi cette poche sanguine communiquait, par un pertuis étroit, avec l'anneau du pylore; sur ce point, l'examen de la pièce ne nous paraît fournir aucune explication plausible.

Au point de vue clinique, ce fait n'est pas moins instructif; car, tout d'abord, le diagnostic porté par les médecins qui ont vu le malade, a été: gastrite chronique, avec dilatation de l'estomac; puis on a pensé au cancer, et ce n'est qu'à la longue, au bout de plusieurs mois, que la probabilité d'un kyste a été admise. On a vu par quelle singulière combinaison de lésions anatomiques ce kyste, qui semblait siéger dans le lobe gauche du foie, était en réalité sous-jacent à ce viscère, et comment le traitement, rationnel en apparence, qui avait été institué, a été en réalité suivi de conséquences désastreuses.

35. Rapport sur les mémoires présentés pour le prix Godard (année 1873); par le Dr de Sinéty.

La Commission chargée de décerner le prix Godard pour 1878, composée de MM. Debove, Hanot, Reclus, Terrillon et moi, a examiné les mémoires présentés à cette intention. Je viens, comme rapporteur, vous faire part de sa décision et la soumettre à votre approbation.

Tout en regrettant qu'il n'y ait qu'un concurrent, nous sommes heureux de rendre justice au mérite de ce concurrent, et de reconnaître la valeur et l'intérêt des mémoires qu'il a soumis à notre examen.

Ces notes et mémoires, au nombre de 5, se rapportent à divers points de l'anatomie pathologique de la peau.

Dans le premier, intitulé: *Note sur un cas de cancer primitif de la peau*, l'auteur décrit la structure d'une tumeur maligne dans un moluscum. Sur des coupes pratiquées après durcissement, on voyait que le néoplasme était divisé en lobes, lobules et alvéoles, par des travées conjonctives, le plus souvent à forme lamelleuse. Les alvéoles contenaient, tantôt un grand nombre de cellules, d'autres fois une ou deux cellules seulement. Ces éléments étaient des plus variables, quant à leur forme et à leurs dimensions, les uns dépassant à peine le diamètre d'un globule lymphatique, tandis que d'autres atteignaient, au contraire, un volume notable et présentaient plusieurs noyaux. L'épithélium cutané avait disparu seulement sur les points ulcérés, et ne prenait aucune part à la formation de la tumeur. Sur des points en apparence sains, on constatait au microscope, la présence de quelques cellules épithélioïdes isolées, offrant les mêmes caractères que celles contenues dans les alvéoles.

Après avoir rappelé les théories de Virchow, Ranvier et Waldeyer, sur l'origine des éléments du carcinome, l'auteur expose les diverses méthodes histologiques qu'il a employées et discute les raisons qui l'ont conduit à admettre l'existence, dans le cas présent, d'un *carcinome réticulé*. Le diagnostic anatomique, d'avec le sarcome, le lymphadénome et l'épithélioma, est exposé dans ce travail, d'une façon aussi claire qu'intéressante. M. Chambard fait remarquer, en terminant, l'importance pratique de cette zone d'accroissement, où le tissu, quoique encore sain en apparence, a déjà subi par place, l'envahissement des éléments cancéreux isolés.

Le second mémoire a pour titre : *des formes anatomiques du xanthélasma cutané*. Nous y trouvons d'abord l'historique de cette curieuse affection, et la description des trois formes cliniques principales ; les formes plane, tuberculeuse et tubéreuse. Ces descriptions s'accompagnent d'observations détaillées. L'anatomie pathologique a été faite au moyen de lambeaux excisés sur le vivant. Nous n'entrerons pas dans les détails de l'examen histologique des préparations ainsi obtenues, nous signalerons seulement, en passant, une sclérose de la gaîne lamelleuse des nerfs, et une altération des tubes nerveux, qui expliquaient les douleurs accusées par les malades. En résumé, il y aurait dans le xanthélasma, deux processus évoluant parallèlement, l'un irritatif, l'autre régressif; une sorte de *sclérose lipomateuse* du tissu conjonctif de la peau, et de ses organes nerveux et vasculaires. Ces processus anatomiques, seraient toujours de même nature, malgré la diversité des formes cliniques; celle-ci dépendant de ce que l'un ou l'autre processus domine, ou est plus ou moins modifié.

La 3me note est relative à l'*autopsie d'un sujet atteint de xanthélasma*, et qui présentait, outre les lésions de la peau, des altérations de même ordre, du côté du larynx, de la trachée et des bronches.

Dans un 4me travail, M. Chambard a étudié l'*histologie des gommes de la peau*, sur des pièces provenant d'une femme morte de syphilis tertiaire. D'abord, les gommes miliaires, dues à une infiltration des faisceaux conjonctifs par des éléments embryonnaires. Au moyen de préparations chassées au pinceau, on pouvait s'assurer que les fibrilles devenaient de plus en plus minces et friables, quoique cependant conservées, à mesure qu'on se rapprochait du centre. C'est la caséification des parties centrales qui donne lieu aux gommes ulcérées, dont nous trouvons ici une bonne description.

Enfin le 5me et dernier travail présenté par M. Chambard, rend compte de l'examen histologique d'un cas d'*ichthyose congénitale*, dont les pièces avaient été communiquées à la Société par M. Houel. Les lésions étaient constituées par l'épaississement, l'hypertrophie, en certains points, de la couche cornée de l'épiderme.

En résumé, ces mémoires, surtout les deux premiers, sont intéressants à plusieurs titres. Grâce à des recherches histologiques bien conduites, et en s'adressant à des méthodes variées, cet auteur a étudié mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors des lésions encore mal connues. C'est pourquoi la Commission propose de décerner le prix Godard pour 1878, à M. Chambard.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Chirurgie

Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale (Cavité de Retzius) ; par le D. G. Bouilly. Vol. in-8°, Paris, 1880. Masson, éditeur.

Le travail de M. Bouilly est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur étudie : 1° les tumeurs phlegmoneuses de la région prévésicale ; 2° les collections d'origine traumatique et spontanée (épanchements urineux et sanguins) de cette région. Dans la seconde, il a rassemblé et coordonné les documents peu nombreux qui existent dans la science au sujet des néoplasmes de la cavité de Retzius.

Avant d'entrer en matière, M. Bouilly consacre un intéressant chapitre préliminaire à l'anatomie. D'après la description de Retzius, la cavité prépéritonéale serait limitée : en avant, par la paroi abdominale ; en arrière, par le péritoine doublé du fascia transversalis ; et, sur les côtés, par les adhérences de ces deux membranes au bord externe de la gaîne des muscles droits. M. Bouilly regarde cette disposition comme au moins exceptionnelle ; pour sa part, il ne l'a jamais rencontrée dans ses dissections, et, « au lieu de considérer, comme Retzius, la loge prépéritonéale comme une cavité bien circonscrite en haut et sur les côtés, il la considère comme un espace surmonté en haut d'une arcade à concavité inférieure, dont les piliers latéraux sont très courts et ne descendent pas jusqu'au pubis, comme l'a indiqué Retzius. »

Abordant ensuite l'histoire des tumeurs phlegmoneuses de la région prévésicale, l'auteur passe en revue les différentes causes qui ont été incriminées dans les cas de phlegmon idiopathique, et les lésions du voisinage à la suite desquelles on voit se développer le phlegmon prévésical symptomatique ou propagé. Les autopsies de tumeurs phlegmoneuses idiopathiques de la cavité de Retzius sont

très rares ; l'auteur n'en a pu relever que deux cas, dans dans lesquels la mort avait été amenée par l'ouverture de la poche purulente dans le péritoine. Quelques détails sur les lésions observées à l'autopsie d'individus morts avec des tumeurs phlegmoneuses prévésicales symptomatiques d'une lésion du voisinage, complètent cette étude anatomo-pathologique.

Au point de vue symptomatique, M. le professeur Guyon et M. Gérardin ont divisé la marche du phlegmon prévésical idiopathique en trois périodes distinctes : une première période de troubles généraux plus ou moins graves ; une deuxième période de troubles urinaires ; et une troisième période, dans laquelle se manifestent des signes physiques, constitués principalement par la tuméfaction hypogastrique. M. Bouilly pense que cette division ne répond pas à la généralité des faits, et il n'admet que deux périodes, qui souvent même se confondent : la première, caractérisée par des troubles généraux et locaux indiquant un état de souffrance de l'intestin ou de la vessie ; la seconde, dans laquelle apparaît la tumeur hypogastrique avec ses caractères particuliers. Après avoir étudié la symptomatologie, la marche, les terminaisons et la durée du phlegmon idiopathique, l'auteur passe rapidement sur les phlegmons symptomatiques ou propagés, qui, au point de vue des signes de la tumeur à laquelle ils donnent naissance, ne diffèrent pas du précédent ; il appelle seulement l'attention sur deux particularités que présentent ces phlegmons, savoir : 1° leur grande étendue, et 2° leur terminaison à peu près fatale par suppuration, fait en rapport avec leur cause originelle.

La question du diagnostic est traitée avec des détails et un développement en rapport avec son importance et sa difficulté. A la première période, il faut différencier le phlegmon prévésical d'une péritonite, d'une cystite ou d'une entéralgie. A la deuxième période, lorsque est apparue la tumeur hypogastrique, le diagnostic comporte plusieurs points : 1° reconnaître que la tumeur n'est pas formée par la vessie distendue ; 2° différencier la tumeur phlegmoneuse prévésicale des autres maladies de la région qui peuvent la simuler ; 3° reconnaître sa cause et ses variétés. M. Bouilly examine successivement ces divers points, et signale, chemin faisant, avec observations à l'appui, les causes d'erreur ou d'obscurité de diagnostic en face desquelles le chirurgien peut se trouver. Enfin, il expose avec soin le traitement, les indications de l'intervention chirurgicale, et la conduite à tenir lorsque la vessie est intéressée par les instruments, lors de l'ouverture du foyer purulent ou lors du débridement des trajets fistuleux. Un grand nombre d'observations, résumées ou in extenso, suivent ce premier chapitre, à titre de pièces justificatives.

Le second chapitre a trait aux tumeurs aiguës de la région prévésicale d'origine traumatique. Il comprend l'histoire des épanchements urineux consécutifs à divers traumatismes des voies urinaires : rupture de la vessie, ponction de la vessie, taille sus-pubienne, déchirure de la portion prostatique ou de la portion membraneuse de l'urèthre. Dans le chapitre suivant (chap. III), l'auteur étudie, d'après les observations peu nombreuses qu'on en possède, l'hématome prévésical ou périvésical, soit d'origine traumatique, soit d'origine spontanée.

La deuxième partie du travail de M. Bouilly est consacrée, comme nous l'avons dit précédemment, aux tumeurs chroniques de la région prévésicale. Ces tumeurs chroniques forment deux groupes naturels : 1° les tumeurs liquides, comprenant les kystes simples et les kystes hydatiques ; 2° les tumeurs solides, comprenant les fibromes, les exostoses, les enchondromes et les corps étrangers. Ici, les observations deviennent des plus rares, et souvent encore elles sont incomplètes, tantôt au point de vue anatomo-pathologique, tantôt au point de vue clinique ; aussi l'auteur a-t-il dû renoncer, vu l'insuffisance des documents, à tracer l'histoire de telle ou telle tumeur, et a-t-il dû se contenter de reproduire simplement, avec quelques commentaires, les faits qu'il est parvenu à recueillir, à force de recherches dans la littérature médicale. Ch.-H. PETIT.

VII. — De la tolérance des tissus pour les corps étrangers ; par G. Th. WEISS. Vol. in-8. Paris, 1880.

VII. D'après l'auteur, doit être réputé étranger tout corps venu du dehors et pénétrant en des points de notre organisme qui lui sont physiologiquement interdits, et aussi tout principe immédiat, élément anatomique, tissu ou organe qui se trouve en état d'ectopie, ou qui sans avoir quitté sa place, a cessé de participer à la vie commune. La tolérance se caractérise toujours : anatomiquement, par l'absence de tout phénomène inflammatoire ou par une inflammation modérée restant à la période plastique ; cliniquement, par l'absence d'accident local ou général. La tolérance des tissus pour les corps étrangers varie suivant certaines conditions inhérentes : 1° aux corps étrangers eux-mêmes ; 2° aux tissus au milieu desquels ceux-ci se trouvent ; 3° aux circonstances spéciales qui ont accompagné la pénétration ; 4° à l'état général du sujet ; 5° au mode d'intervention chirurgicale.

La nature des corps étrangers a une grande influence ; tandis que l'air infiltré est bien toléré, les gaz septiques jouent un rôle important dans la production de la gangrène ; tandis que l'eau et les solutions médicamenteuses sont très bien supportées, la bile, l'urine déterminent presque toujours des accidents. Les corps solides métalliques sont beaucoup mieux tolérés que ceux qui sont d'origine organique. La forme et le volume ont aussi leur importance ; les corps étrangers volumineux et irréguliers sont moins bien supportés que ceux qui sont petits et lisses. Lorsqu'ils sont situés profondément, la tolérance est encore plus sûre, parce le foyer traumatique est soustrait au contact de l'air et à l'action des choses extérieures.

Parmi les tissus les moins tolérants, il faut ranger le tissu nerveux, le cœur, la membrane vasculaire et nerveuse du globe de l'œil, le tissu séreux ; puis viennent, la peau, le poumon ; puis le foie, le tissu cellulaire, le tissu musculaire ; quant au tissu épithélial, sa tolérance est à peu près absolue.

Lorsque le corps étranger a pénétré par une plaie étroite et régulière qui se referme rapidement, il a plus de chances d'être toléré que s'il a été introduit par une plaie large et mâchée. La tolérance est beaucoup moindre chez les alcooliques, les diabétiques, chez les vieillards, chez les sujets qui sont atteints de lésions viscérales.

On ne peut guère donner de règle générale pour la thérapeutique, on peut dire, avec M. Monod, que le rôle du chirurgien est d'observer la nature, soit pour lui venir en aide, soit pour la laisser agir en la surveillant, soit pour substituer sa propre action à la sienne, si le besoin se fait sentir : on doit se régler sur la nature et le volume du corps étranger, sur l'hospitalité du tissu, sur l'état de la plaie et sur l'état général du sujet ; mais, en général, il faut autant que possible encourager la tolérance. Ch. FÉRÉ.

THÉRAPEUTIQUE

De l'alimentation dans l'anorexie ;

Par le Dr CHOFFART.

L'anorexie est un symptôme pour lequel bien souvent on nous consulte, et, avouons-le, nous ne sommes pas toujours heureux dans le traitement préconisé. J'entends parler, bien entendu, de l'inappétence qui n'est pas le résultat d'une gastrite ou gastro-entérite et qui n'est liée, par conséquent, à aucun phénomène morbide autre que l'anémie plus ou moins dyspeptique qui l'accompagne fatalement. — Sans doute, les amers impriment une activité plus grande au dynamisme des organes digestifs et suractivent les glandes sécrétoires, mais n'est-ce pas en faire un étrange abus que de les prescrire dans le cas qui nous occupe, et croit-on qu'il soit bien rationnel de donner ce coup de fouet, au système digestif temporairement atone ? Nous avons tout lieu d'en douter. Sans parler en effet des contre-indications assez nombreuses qui s'adressent aux amers, il est certain que les malades qui y ont recours se voient, le plus

souvent, dans l'obligation d'en continuer l'usage assez longtemps ; or, cette prolongation même finit par révolter l'estomac après en avoir émoussé la sensibilité ; il survient de la sécheresse de la langue, des nausées, parfois du pyrosisme et finalement, de nouveau, la perte de l'appétit.

Empressons-nous d'ajouter que les amers astringents dont le quinquina est le type constituent des toniques diffusibles dont on ne saurait nier la réelle valeur, l'élément tannique qu'ils renferment les rend particulièrement précieux dans les cas où le relâchement de la muqueuse digestive accompagne l'augmentation des sécrétions, dans la gastrorrhée, la diarrhée atonique, etc.

Pour en revenir au traitement de l'anorexie, la diète nous donnerait sans doute d'excellents résultats si avec elle nous ne nous replongions plus avant dans ce cercle vicieux : anémie, dyspepsie. L'indication vraie paraît donc se résoudre en ces termes : *Nourrir sans fatiguer; donner des aliments nutritifs, peu encombrants et facilement assimilables.* — Je me suis généralement bien trouvé de l'administration de jus de viande ; de gelées et surtout de viande crue, hachée, associée à de la pepsine. — Malheureusement, ces boulettes de viande crue ont le grand inconvénient d'engendrer souvent le tœnia, d'être pour un estomac fatigué l'objet d'une répugnance parfois insurmontable, et enfin d'exiger un travail d'assimilation, auquel nous voudrions soustraire l'organe déprimé.

Depuis les récents travaux publiés sur la peptone, j'emploie uniquement cette dernière, associée toutefois au *phosphate de chaux*. J'en obtiens les résultats les plus satisfaisants, et tels que je crois devoir en conseiller l'essai à mes confrères dans les cas si multiples où l'on doit recourir à la médication reconstituante. — Dans la préparation à laquelle je donne la préférence (*peptone phosphatée Bayard*), l'association du phosphate calcaire me paraît très heureuse ; ce sel contribue à faire non seulement de la peptone un aliment complet, mais par ses propriétés propres, il en fait un stimulant de la muqueuse stomacale, et, en même temps, un excitant puissant de l'assimilation générale. Associée à un vin de Malaga généreux c'est, je m'en suis assuré, une préparation agréable et acceptée avec plaisir des estomacs les plus délabrés.

Son emploi paraît devoir rendre de nombreux services dans une foule de maladies organiques, dans l'anémie, les cachexies, la phthisie, etc... et, d'une manière générale, toutes les fois qu'il y a assimilation insuffisante où désassimilation excessive.

Nous avons d'ailleurs recueilli déjà, sur plusieurs de ces cas, bon nombre d'observations très probantes sur lesquelles nous nous promettons de revenir avant peu.

CORRESPONDANCE

Le Congrès international d'hygiène de Turin.

A Monsieur le Dr Blondeau, *secrétaire de la Rédaction du* Progrès Médical.

Turin, le 7 septembre 1880.

Mon cher ami,

La séance d'inauguration du Congrès international d'hygiène a eu lieu hier matin, à 10 heures, au palais Carignan, siège autrefois des chambres piémontaises. Le ministre de la justice, représentant le roi d'Italie, le préfet de la province de Turin, M. Casalis, le syndic de Turin, M. Ferraris, le président du Conseil provincial, etc., etc., étaient présents. Le syndic, président du bureau provisoire, a prononcé un discours très-applaudi. Puis, M. Fauvel, l'un des anciens vice-présidents du Congrès de Paris, a transmis les pouvoirs à la Commission du Congrès de Turin.

M. Crocq, délégué du gouvernement belge, M. Finkelnburg, délégué de la Société allemande d'hygiène, M. Jäger (d'Amsterdam), M. Félix, délégué du gouvernement roumain, M. Luiroth, délégué de la Suède, enfin, M. Bambas, le sympathique agrégé de la Faculté de médecine d'Athènes, ont pris successivement la parole. La première partie de cette séance se termine par un exposé des travaux de la Commission d'organisation du Congrès, fait par M. Pacchiotti.

Après une courte suspension, la séance est reprise et, sur la proposition de M. Félix (de Bucharest), M. Pacchiotti est nommé par acclamation président du Congrès. Ont été nommés vice-présidents : H. Liouville, E. Trélat (France); Finkelnburg (Prusse), Félix (Roumanie), Froben (Russie), van Overbeeck de Meyer (Hollande); — secrétaires généraux, A. J. Martin et Ramello. La nomination de M. Martin était bien méritée, par les services exceptionnels qu'il a rendus au Congrès de 1878 et pour la préparation du Congrès de Turin. Tous les discours ont été prononcés en français. Le *français* est la langue officielle du troisième Congrès, ainsi qu'il en a été aux deux premiers Congrès. Nos compatriotes sont très nombreux à Turin ; ils figurent en majorité dans les bureaux. Si nous voulons agrandir l'influence de notre pays, il faut que tous ceux qui le peuvent n'hésitent pas à se rendre aux Congrès internationaux.

La 4e section, dont les membres sont nombreux, s'occupe de l'hygiène des écoles et de l'hygiène des enfants. Elle a constitué son bureau lundi à 2 heures; ont été nommés : président : M. Bambas; vice-présidents : Mme Bovell Sturge, MM. Bourneville, Crocq, Gailleton, Gariel, Lubelski, Pigeollet. M. Payelle, chef de division et délégué du ministère de l'intérieur, a été nommé secrétaire avec trois médecins italiens.

Une communication de M. le Dr Roth (de Londres) sur l'*Inspection médicale obligatoire* et la discussion qui l'a suivie a occupé toute la séance. M. Roth a énuméré les pays où il y a une inspection médicale, fait l'éloge de l'inspection en Belgique et adresse quelques critiques à l'inspection médicale en France, ou mieux dans le département de la Seine : rareté des visites, limitation de l'inspection aux écoles primaires et aux asiles, etc. Après quelques observations judicieuses de M. Lubelski (de Varsovie), M. Bourneville a fait remarquer que l'inspection médicale des Ecoles primaires de la ville de Paris et du département de la Seine, avait été instituée par le Conseil municipal et le Conseil général ; que, primitivement, on avait demandé une inspection hebdomadaire ; mais, par suite des résistances de l'Administration, de l'élévation du crédit nécessaire, les partisans de l'inspection ont pris un moyen terme et, grâce à cette concession, ils ont pu faire établir l'inspection. Elle existe, fait capital ; elle sera améliorée, les visites seront plus fréquentes, par ce qu'on comprendra mieux son utilité.

En ce qui concerne les établissements secondaires, s'il n'y a pas d'inspection officielle, il y a des médecins chargés de soigner les jeunes gens malades et qui, assez souvent, se préoccupent de l'hygiène du lycée auquel ils sont attachés (1). Toutefois, il y a des améliorations à faire et il est à espérer que M. Payelle, délégué du ministère de l'intérieur, retiendra les critiques qui viennent d'être adressées à l'inspection médicale des établissements d'enseignement en France.

M. Roth, continue M. Bourneville, reproche à l'inspection médicale de Paris de ne pas s'occuper des affections des yeux, des dents, des difformités. Les enfants atteints de maladies des yeux sont renvoyés. Il est vrai que les médecins inspecteurs ne se préoccupent pas des accidents de la dentition et cela avec raison, car ils empiéteraient sur les droits des parents, sans qu'un motif d'intérêt général, qui seul justifie l'intervention des médecins de la ville, puisse être invoqué.

Je ne puis vous parler des travaux des autres sections. On a constaté qu'elles avaient été trop multipliées et que les 10 sections auraient pu être réduites à 6. A 3 heures 1/2, M. Durand-Claye a exposé l'état de la question de l'utilisation des eaux d'égout à Paris, et résumé les projets adoptés par le Conseil municipal. M. Duverdy, l'adversaire infatigable des projets de la Ville a protesté chaleureusement et reproduit son argumentation tant de fois réfutée. Puis M. Van Overbeeck de Meyer s'est lancé dans une série d'allégations, ne reposant sur aucun fait, pour affirmer à deux reprises différentes que le Conseil municipal de Paris avait adopté les projets exposés par M. Durand-Claye, sans examen, à la légère. Ces affirmations ont été relevées vigoureusement par M. Bourneville, qui a tracé un rapide historique de la question, signalé les travaux de la 6e commission (eaux et égouts) depuis 1874 jusqu'à ce jour, les nombreux rapports imprimés, les discussions sur l'affaire de Genevilliers, les mémoires des ingénieurs de la Ville, les visites individuelles des membres du Conseil à Genevilliers, la visite collective en mai dernier, enfin la dernière discusion qui a été si animée, si suivie, si remplie de faits incidemment.

MM. Carville, Gibert (du Havre), Bertillon, etc., ont insisté sur différents points de la question. La communication de M. Durand-Claye et cette discussion ont été l'événement de la soirée. Dr Freeman.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE.

Ciseaux et pinces hémostatiques ; par le Dr Warlomont.

M. Warlomont a présenté à l'Académie de médecine de Belgique des ciseaux destinés à empêcher l'hémorrhagie, dans les opérations chirurgicales. Ils sont appelés à remplacer, dans les trousses, les ciseaux ordinaires, et n'y occupent pas plus de place que ces derniers.

L'instrument se compose de deux pièces, entièrement séparées l'une de l'autre et pouvant se juxtaposer : des ciseaux et des pinces.

A. *Ciseaux.*— Ce sont des ciseaux ordinaires, de différents calibres,

(1) Nous pouvons citer, entre autres, M. Hillairet, médecin du lycée Saint-Louis.

droits, courbés ou coudés (*fig.* 73). La vis qui en unit les branches est percée, d'outre en outre, d'une ouverture circulaire. Le long de la face antérieure de l'une de ces branches glisse une sorte de verrou plat, dont l'extrémité regardant cette ouverture a la forme d'un U. A la face postérieure de chacune des branches, non loin des anneaux, sont deux petits boutons à collet, d'un millimètre environ de hauteur.

B. *Pinces*. — Elles rappellent, par la disposition de leurs mors, appelés à se rapprocher dans le parallélisme, les fers à friser des coiffeurs (*fig.* 74). Ces mors sont plats, allongés, de 1 à 2 ou 3 centimètres de longueur dans leur partie prenante, raboteux, ou munis de dents correspondant à des mortaises creusées dans la branche opposée. Dents et mortaises se contrarient; elles sont séparées l'une de l'autre de 2 millimètres. Les branches des pinces sont plates; leur extrémité regardant les anneaux est excavée en demi-cercle, d'un rayon correspondant aux collets des petits boutons des ciseaux, qu'elle est destinée à embrasser lors de la juxtaposition des deux pièces. Elles sont munies à leur face latérale d'un cliquet Péan. La vis qui unit les branches est pourvue d'une tige perpendiculaire, d'un calibre correspondant à celui de l'ouverture dont est percée la vis des ciseaux, où elle doit s'engager et qu'elle doit dépasser légèrement, cette extrémité libre, est pourvue d'un collet où viendront se glisser les branches de l'U du verrou plat.

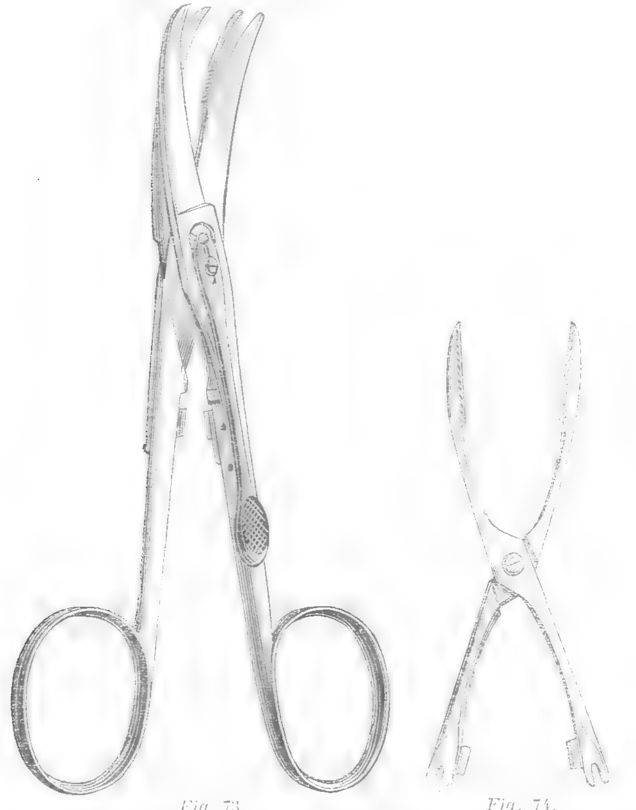


Fig. 73. *Fig.* 74.

Pour monter l'instrument, on met les deux pièces l'une contre l'autre (*fig.* 75) : les extrémités des branches de la pince, embrassant les boutons des ciseaux, et sa tige traversant l'ouverture de la vis de ceux-ci et la dépassant. Il suffit, dès lors, d'avancer le verrou plat, dont l'extrémité, terminée en U, saisissant le collet de la tige axiale, empêche celle-ci de se retirer, et fixe, de la sorte, les deux pièces principales, l'une à l'autre, de façon à ne former plus qu'un seul instrument : des ciseaux ayant des pinces pour doublure.

L'instrument ainsi constitué, si l'on exerce le mouvement ordinaire de section par les ciseaux, les mors et les queues de la pince suivent ceux-ci dans les mouvements de leurs lames et de leurs anneaux. Les mors de la pince se rencontrent les premiers et étreignent les parties saisies; pousse-t-on le mouvement à fond, les lames des ciseaux passant devant les mors des pinces, sectionnent ces parties; en même temps, les queues de la pince, se rapprochant, sont prises par le cliquet et fixées dans leur rapprochement, de façon à empêcher les mors de se séparer. Une disposition actuellement à l'étude aura pour objet de doser la compression. Ces mors hérissés d'aspérités ou de dents ne lâchent pas les parties saisies. On retire alors le verrou qui, libérant la tige axiale, rend aux deux pièces leur indépendance; les ciseaux se séparent des pinces et sont retirés, tandis que ces dernières demeurent en place. Si les vaisseaux sectionnés sont de petit calibre, ils se trouvent oblitérés par le fait seul de l'écrasement; dans le cas contraire, le chirurgien peut, soit appliquer des ligatures en masse, soit cautériser une plaie ou son pédicule, secs aussi longtemps que la pince reste en place.

Les ciseaux hémostatiques n'ont point d'usage limité; ils trouvent leur application dans une foule de cas, tels que l'ablation des tumeurs, sanguines ou autres, surtout des pédiculées; la section du nerf optique dans l'énucléation ou l'énervation de l'œil; des dissections dans des parties fortement vascularisées; de vastes opérations, telles que l'ovariotomie, l'hystérectomie et l'opération césarienne, où il peut être utile de déposer ça et là des clamps volants; l'amputation de la langue, la résection des tumeurs des lèvres, des paupières, des joues, la section du cordon ombilical, l'opération du phimosis, le bec de lièvre et d'autres avivements, etc. — Ce sera au chirurgien à y recourir dans les circonstances diverses où il croira pouvoir en tirer un utile parti. L'instrument a été fort habilement exécuté sur les indications de l'auteur, par M. Colin, de Paris.

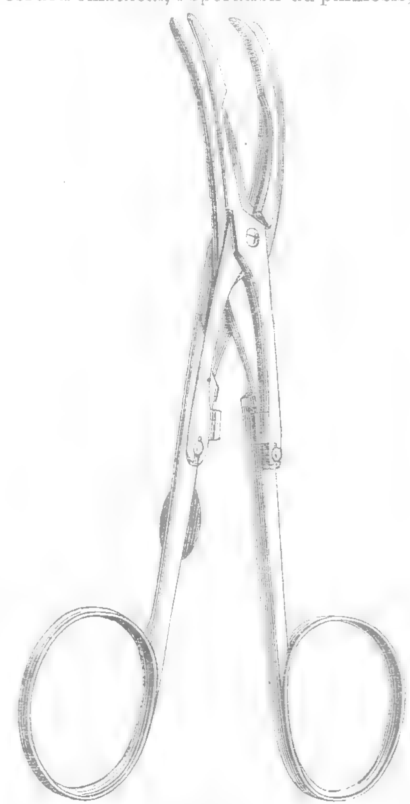


Fig. 75.

VARIA

Bureau Municipal d'hygiène du Havre : service des naissances.

Nous croyons intéresser nos lecteurs en reproduisant la note suivante, due à M. le Dr Brière (du Havre) et qui est distribuée par les soins du Bureau municipal d'Hygiène de cette ville à tous les parents qui viennent faire une déclaration de naissance. Cette note, imprimée sous forme de petite brochure, avec couverture portant ce titre : *Ville du Havre, Bureau municipal d'hygiène,* étant donnée à la mairie même, acquiert par ce seul fait une certaine valeur aux yeux des parents, qui ne manquent jamais de la lire ou de se la faire lire Le but que se propose le Bureau d'hygiène se trouve ainsi atteint et nous sommes assurés que bon nombre d'enfants doivent la conservation de la vue, à cette précaution qu'on a prise, d'éclairer les parents sur les dangers immédiats qui peuvent résulter de leur négligence ou de leur manque de précaution. Nous souhaitons que l'exemple donné par le Bureau municipal d'hygiène de la ville du Havre, dont l'excellente organisation pourrait servir de modèle à bien des grandes villes que nous pourrions citer, soit suivi et adopté aussi vite que possible pour la ville de Paris. A. B.

Bureau d'Hygiène de la ville du Havre. — Service des Naissances. — Précautions à prendre pour éviter que les Enfants ne perdent les Yeux peu de jours après leur naissance. — Chaque année, un certain nombre d'enfants sont présentés aux Médecins, quinze ou vingt jours après leur naissance, pour des ophthalmies devenues fort graves, faute des soins convenables.

Plusieurs ont même les yeux totalement perdus, victimes de l'ignorance ou de l'insouciance de leurs parents.

Les statistiques officielles, faites sur les aveugles, montrent que sur cent personnes atteintes de cette terrible infirmité, trente-trois, c'est-à-dire un tiers, la doivent à des ophthalmies survenues après la

naissance. Il est cependant avéré et reconnu que toutes ces maladies, soignées à temps, doivent être suivies de guérison.

Quels sont donc les moyens pour prévenir et pour éviter cet accident affreux, la perte des yeux dès les premiers jours de la vie ? — Les précautions à prendre sont les suivantes :

1° Tenir les yeux bien propres. Dès que l'enfant est arrivé, essuyer (avant toute autre occupation) la région voisine des yeux et les paupières, avec un linge sec en toile; puis laver la figure et la tête, avant le reste du corps.

2° Eviter le froid ; si l'on sort l'enfant dans les jours qui suivent sa naissance, le vêtir chaudement et ne pas lui laisser la tête découverte. Car le froid est souvent cause de ces maladies.

3° Quand, deux ou trois jours après la naissance, les paupières enflent et laissent échapper, d'abord des larmes, puis une matière jaune verdâtre, éviter d'employer des moyens anodins tels que lavages avec eau de sureau, lait de la mère etc., moyens qui sont inactifs, inutiles ou nuisibles même. Il faut se garder d'une fausse sécurité et de *croire que ce n'est rien* comme bien des mères me l'ont avoué, quand la vue de leur enfant était perdue. On laisse ainsi passer, avec ces traitements insuffisants, un temps précieux et chaque jour le mal s'aggrave.

4° Si la sécrétion du pus et si le gonflement des paupières durent plus de vingt-quatre heures, appeler de suite son médecin qui connait la gravité de ces maladies et pourra les arrêter par un traitement approprié.

5° Le point capital, c'est, avant tout traitement méthodique et scientifique, de laver souvent les yeux en écartant les paupières pour en nettoyer l'intérieur. Ne pas se servir de seringue ni d'éponge. Employer un linge de toile et beaucoup d'eau. Quand le pus séjourne sur les yeux il peut, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, les attaquer et les perdre pour toujours ! Le reste du traitement sera l'affaire du médecin.

Hôpitaux de Paris : Médicaments pouvant être prescrits par les internes de garde.

Nous apprenons avec plaisir que, prenant en sérieuse considération la réclamation que nous avons publiée dans le n° 35 (28 août) du *Progrès médical*, l'Administration de l'Assistance publique va faire mettre au courant de la pharmacopée actuelle, la liste des médicaments que les internes de garde peuvent prescrire dans les établissements hospitaliers de Paris.

Enseignement Médical libre.

Cours d'accouchements.— MM. Budin et Ribemont commenceront le lundi 20 septembre, à 4 heures et demie, un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en six semaines. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser 29, rue Monsieur-le-Prince.

FORMULES

60. Salycilate de fer. Withe.

Le salycilate de fer, à l'état sec, est une poudre d'un rouge brun. Voici la dissolution qu'on emploie :

Sulfate de fer.	1 gr. 20
Salycilate de soude. . .	1 gr. 50
Acétate de soude	1 —
Eau	30 —

Faites dissoudre. — Ce médicament, d'après l'auteur, produit de bons effets contre la septicémie après les opérations chirurgicales. Il mérite d'être essayé dans les affections zymotiques, la diphthérie, la fièvre typhoïde; dans la diphthérie et les aphthes de la bouche, on peut l'employer en solutions contenant de 20 à 50 centig. pour 30 grammes, combiné à la glycérine, ou au chlorate de potasse, ou aux deux, soit comme gargarisme, soit comme médicament. (*The Glascow Medical journal.*)

61. Bain contre l'urticaire. Bulkley.

Carbonate de potasse. . . .	90 grammes.
Carbonate de soude.	60 —
Borate de soude.	30 —
Amidon.	de 100 à 200 —

A ajouter à l'eau du bain. — Après le bain, le Dr Bulkley fait frictionner doucement la peau avec du glycérolé d'amidon, contenant, pour 30 grammes, de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 d'acide phénique. (*Union médicale*).

62. Fièvre typhoïde. Potion contre l'hémorrhagie intestinale Murchison.

Tannin	5 décig.
Essence de térébenthine.	15 gouttes
Laudanum de Sydenham	10 —
Teinture de chloroforme composée. . . .	20 —
Mucilage de gomme.	8 grammes
Eau de menthe poivrée	25 —

Pour une dose qui sera renouvelée toutes les deux heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du vendredi 27 août au jeudi 2 septembre 1880, les naissances ont été au nombre de 1010, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 389; illégitimes, 118. Total, 507. — *Sexe féminin :* légitimes, 381; illégitimes, 122. Total, 503.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 27 août au jeudi 2 septembre 1880, les décès ont été au nombre de 985, savoir : 525 hommes et 460 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 19. F. 12. T. 31. —Variole : M. 29. F. 20. T. 49.— Rougeole : M. 11. F. 13. T. 24.— Scarlartine : M. 1. F. 5. T. 7.— Coqueluche : M. 3. F. 8. T. 11. — Diphthérie. Croup : M. 21. F. 26. T. 47. — Dysentérie : M. 1. F. . . T. 1.— Erysipèle : M. 4. F. 2. T. 6. — Infections puerpérales : 9. — Autres affections épidémiques : M. .. F. ... T. .. — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 75. F. 44. T. 119. — Autres tuberculoses : M. 26. F. 31. T. 57. — Autres affections générales : M. 40. F. 53. T. 93. — Bronchite aiguë : M. 8. F. 10. T. 18. — Pneumonie : M. 13. F. 21. T. 34. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 107. F. 82. T. 189. — Autres maladies locales : aiguës : M. 57. F. 25. T. 82; — chroniques : M. 63. F. 74. T. 137 ; — à forme douteuse : M. 22. F. 17. T. 39.—Après traumatisme : M. .. F. ... T. .. —Morts violentes : M. 1 F. 3. T. 4.— Causes non classées : M. 24. F. 5. T. 29.

Morts-nés et prétendus tels : 81 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 30; illégitimes, 16. Total, 46. —*Sexe féminin :* légitimes, 18; illégitimes, 17. Total, 35.

Faculté de médecine de Paris. *Agrégés.*— Sont attachés comme agrégés pour une période de 9 ans, à dater du 1er novembre 1880, à la Faculté de médecine de Paris : MM. Remy (anatomie et physiologie) ; Henriot (chimie et toxicologie).

Clinique des Maladies des Enfants. — M. Jean, chef de clinique adjoint, est chargé, jusqu'au 31 décembre 1880, des fonctions de chef de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Dreyfus-Brissac, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lille. — M. Cazeneuve, ancien doyen, est nommé doyen honoraire. — M. Wannebroucq, professeur, est nommé pour cinq ans doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Cazeneuve, relevé de ses fonctions sur sa demande.

Ecole de médecine d'Alger. — Les examens de Concours pour les prix de fin d'année se sont terminés par les résultats suivants : *Médecine, 1re année, prix* : M. Soulié. — *2e année, 1er prix*, M. Millot ; *2e prix* : M. Merz; *mention honorable* : MM. Honsz, Soliège, *ex æquo*.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. le Dr Pauffard est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, pour une période de neuf ans. — M. Hébert, chef des travaux chimiques, est institué suppléant des chaires de chimie, toxicologie, pharmacie et histoire naturelle, pour une période de neuf ans.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Guillaumet, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de six ans, chef des travaux chimiques.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. Cerquand est nommé préparateur de minéralogie et de géologie, en remplacement de M. Hantz.

HÔPITAUX DE PARIS. *Prix de l'internat.* (Médaille d'or). *Jury.*— Le jury pour le Concours de la médaille d'or, concours qui doit s'ouvrir le 3 novembre, à midi, est composé de : *Médecins* : MM. Bourdon, Desnos, Landrieux, Joffroy. — *Chirurgiens* : MM. Cusco, Désormeaux, Trélat.

ASSISTANCE A DOMICILE. — La sous-commission, instituée par décret en date du 4 mai 1880, au ministère de l'intérieur, dans le but de préparer un projet de règlement d'administration publique, pour l'organisation de l'Assistance à domicile dans la ville de Paris, vient de déposer entre les mains du ministre de l'intérieur son projet de programme. Ce projet de programme sera soumis à la Commission, qui statuera au mois d'octobre.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — En exécution de l'arrêté préfectoral, en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur général de l'Administration de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XIe arrondissement que, le mercredi 22 septembre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. *Nouveau don de M. Brunet.* — L'Association a été officiellement informée, dès l'ouverture de la session du Congrès de Reims, que M. Brunet, qui, il y a quelques mois déjà, avait fait don d'une rente annuelle de 1000 francs, la faisait sa légataire universelle, à la charge par elle d'acquitter un certain nombre de legs. M. Brunet laisse de ce fait à l'Association française, une somme que l'on peut évaluer à 200 ou 250,000 francs.

EMPOISONNEMENT PAR LA GLYCINE. — Parmi les empoisonnements, dont le récit émaille les faits divers des journaux, en voici un nouveau, l'empoisonnement par la glycine. Tout le monde connaît cette charmante plante, dont les grappes violettes encadrent si bien la petite maison de campagne chère au citadin en villégiature. Or, le Dr Leouffre, qui exerce la médecine dans le département de Saône-et-Loire, raconte qu'au mois de mars dernier, il fut appelé dans un pensionnat de demoiselles pour visiter plusieurs enfants malades. Le jardinier venait d'émonder une glycine. Plusieurs élèves avaient ramassé des fragments de branches, et les avaient mâchés en guise de bois de réglisse. A l'arrivée du médecin, une dizaine d'enfants vomissaient abondamment et vingt étaient en proie aux symptômes les plus graves. Toutes guérirent heureusement, mais aucune apparemment, ne sera tentée de goûter une seconde fois à la glycine.

ALIMENTATION MILITAIRE. — Le ministre de la guerre vient de décider, qu'à partir du 1er octobre prochain, la ration quotidienne de 700 grammes de pain, allouée aux soldats et qui alterne de temps en temps avec la ration de biscuit, sera remplacée, sans variation, par une ration de 620 grammes de pain et 100 grammes de biscuit. Cette modification a pour objet de familiariser les militaires avec l'aliment souvent employé en campagne, pendant plusieurs jours de suite, à raison de l'impossibilité d'avoir du pain; et dont les hommes ne tiraient aucun parti, au point de vue de leur nourriture, parce qu'ils ne savaient comment l'employer. (*Union médicale.*)

NÉCROLOGIE. — La *Revue médicale de l'Est* annonce la mort des Drs ROBERT et GODRON, de Nancy. M. le Dr Robert avait habité longtemps Strasbourg. Depuis l'annexion, il s'était fixé à Nancy, où il remplissait les fonctions de Conservateur des collections du Musée anatomique de la Faculté de médecine. Il avait fondé, depuis de longues années, la *Revue d'hydrologie médicale*, à laquelle il n'avait jamais cessé de collaborer. M. le Dr Godron, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, était, depuis l'annexion, doyen et professeur d'histoire naturelle de la Faculté des sciences de Nancy. On lui doit un très grand nombre de mémoires relatifs surtout à la botanique.— M. le Dr HEUSE, professeur à l'Université de Liège, vient de mourir, il y a quelques jours, des suites d'une longue maladie qui le tenait éloigné de sa chaire depuis plusieurs années. — M. le Dr MAURE, ancien député et ex-président du Conseil général des Alpes-Maritimes, est mort ces jours derniers à Grasse. — MM. les Drs BEAUFILS, POCARD-KERDELLER et ERASME-DUBOIS, médecins de 1re classe de la marine, viennent de succomber tous trois de la fièvre jaune, qui sévit en ce moment d'une façon épidémique dans notre colonie de la Guadeloupe.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 38. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 18 SEPTEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. **J. PARROT**.

La syphilis héréditaire et le rachitis (1).

Diagnostic de la syphilis héréditaire. — Le facies, les éruptions cutanées.

Leçon recueillie par M. le Dr **H. MARTIN**.

Messieurs,

I. Je vous ai dit, en y insistant, que l'on doit savoir reconnaître la syphilis héréditaire, non seulement pendant sa période d'activité ; mais encore à un moment quelconque de la vie, chez ceux qui en ont gardé quelque marque apparente. Comme cela est naturel, je vais d'abord m'occuper de la première partie du problème.

Parmi les signes caractéristiques d'une maladie ou d'une affection, le *facies* tient souvent une place importante. Cette place, quelques observateurs ont voulu la lui donner dans le diagnostic de la syphilis héréditaire, comme le prouvent les descriptions qu'ils nous en ont laissées.

Voici comment en parle Lamauve, dans le supplément au traité de Mahon (pag. 452) : « Les enfants vérolés ont l'apparence de petits vieillards ; ils sont flasques, ridés, leur épiderme est macéré, comme pourri ; quelquefois il n'en existe point, ou presque point. La tête est sans cheveux. — Ils ont le corps œdémateux, les glandes lymphatiques sont gonflées, la peau est de couleur livide ou violette ; les poils qui couvrent le corps, à l'exception des cheveux, sont plus nombreux et plus longs ». — « Dans plus d'un cas dit Trousseau (*Clinique médicale*, 3e édit., t. III., p. 303), le médecin instruit par une longue habitude, diagnostiquera presque à coup sûr la syphilis, à la seule vue du visage de l'enfant, et, cependant, cette coloration ne peut être que grossièrement définie par le discours. Le visage est d'un ton bistre spécial, il semblerait qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie délayée dans une ample quantité d'eau. Ce n'est ni de la pâleur, ni de l'ictère, ni le jaune-paille des autres cachexies. Cette teinte, beaucoup moins foncée, mais de même ton que le masque des accouchées, ne s'étend pas ou s'étend à peine au reste du corps.

..... La petite figure souffreteuse de l'enfant, outre cette coloration bistrée dont je viens de vous parler, présente encore quelques traits caractéristiques. Les cils ne sont pas développés, ou sont tombés, les paupières sont souvent éraillées, etc., etc. »

J'ose le dire : il n'y a rien à retenir de ces descriptions de Lamauve et de Trousseau. Dans les cas tout à fait exceptionnels, vous rencontrerez sur des avortons quelques-uns des traits qui s'y trouvent ; mais, considérés dans leur ensemble, ces tableaux ne répondent pas à la réalité des choses. Les marques de toutes les décrépitudes de la plus jeune enfance y ont été accumulées, mais rien n'y rappelle la syphilis. L'on ne saurait trop se garder de ces exagérations descriptives, particulièrement lorsqu'elles ont trait à la clinique ; car des erreurs fréquentes et déplorables peuvent en être la conséquence.

Dans l'espèce, pour n'avoir pas trouvé ce masque hideux sur le visage des petits malades, on a, plus d'une fois, éloigné toute idée de syphilis, et on l'a méconnue, alors qu'un intérêt capital était attaché à la rectitude du diagnostic.

Je n'hésite pas à l'affirmer : dans l'immense majorité des cas, les enfants atteints de syphilis héréditaire, n'ont rien de particulier dans le facies ; et lorsqu'ils ont dépassé les premiers mois, ils se présentent souvent avec toutes les apparences de la santé la plus parfaite. Si les nouveau-nés syphilitiques sont fréquemment amaigris, c'est l'athrepsie qu'il en faut accuser et non la vérole.

En réalité donc, le facies syphilitique, tel qu'on l'a entendu jusqu'ici, n'existe pas ; toutefois, chez quelques malades, la face est atteinte d'une manière si spéciale et même dans quelques cas si grave, qu'il suffit de la voir, pour reconnaitre la syphilis. Tel est le cas de certains enfants, très jeunes, plutôt gras que maigres, dont la peau, notamment à la face, est jaune-paille ou maïs clair, comme dans l'anémie, la chlorose ou le cancer.

Leurs lèvres sont fissurées ; et tout autour on voit des taches jaunâtres ou bistrées, couvertes d'un épiderme épaissi, fendillé et en voie de desquamation. Mais en somme, ce n'est là que l'exagération de ce qui existe sur d'autres parties du corps. La face est atteinte d'une manière plus apparente, voilà tout, et c'est ce qui permet d'en tirer un précieux indice pour le diagnostic.

Chez d'autres sujets, en général un peu plus âgés que ceux dont je viens de vous parler, le tableau change, mais c'est toujours parce que les lésions se sont accumulées à la face, que celle-ci frappe l'observateur. Elle prend, comme dans les deux cas que je vous présente, un aspect hideux et repoussant, que seule la vérole est capable de produire. Il n'y a pour ainsi dire aucun point que le mal n'ait envahi, et la peau est couverte de plaques et de fissures suintantes, d'ulcères profonds, d'où s'échappe une matière ichoreuse, qui coule sur les parties voisines, où elle se dessèche en croûtes jaunâtres ou brunes, qui ne tardent pas à couvrir de grandes surfaces, et masquent ainsi les traits du visage qui devient informe. Cet aspect, très saisissant, ne se voit que dans la syphilis héréditaire, mais il est très rare, tout à fait accidentel ; et l'on ne saurait le qualifier de facies syphilitique.

II. Les altérations de la peau sont, de toutes les manifestations de la syphilis héréditaire, celles qui, durant sa période d'activité, sont le plus utiles au diagnostic. Leur connaissance mérite donc toute notre attention.

Avant de passer à l'étude de chacune d'elles, je dois vous signaler un caractère commun, qui se démentira rarement. Il consiste en une coloration dont les nuances peuvent varier dans d'assez larges limites, mais qui, fondamentalement, reste la même. Notre langue se prête malaisément à la traduire, sous ses aspects si variés ; et les qualifications banales, de *cuivrée*, de *maigre de jambon*, adoptées dans la syphiliographie de l'adulte, ne donnent qu'une bien faible idée de ce qui existe réellement ; et, parfois même, sont très éloignées

(1) Voir les nos 32 et 34.

de la vérité. — Je ne chercherai donc pas à entrer dans le détail descriptif des nuances, parfois si diverses, que présentent les productions cutanées de la syphilis héréditaire ; mais vous devez retenir que, très généralement, elles ont une teinte violacée, qu'un œil attentif discernera presque toujours, même lorsque d'autres éléments éruptifs contribuent à la masquer. — Elle est une conséquence de la maladie, c'est à dire véritablement spécifique, et ne dépend pas de la déclivité des parties comme on pourrait le croire ; car, lorsque les fesses et les cuisses d'un nouveau-né, présentent tout à la fois, ce qui n'est pas rare, une syphilide en plaques et de l'érythème athrepsique, bien que ces deux éruptions existent sur les mêmes régions déclives et qu'elles soient complètement mêlées l'une à l'autre ; la première est violette, tandis que la seconde est franchement rosée.

La couleur n'est pas le seul trait d'union qui existe entre les manifestations cutanées de la syphilis héréditaire. J'aurai l'occasion de vous le dire un peu plus tard, à propos de leur coexistence et de leurs transformations.

Au point de vue morphologique, on peut considérer quatre syphilides principales : La *bulleuse*, la *maculeuse*, celle *en plaques* et la *vésiculo-pustuleuse* ou *ecthymateuse*.

La *bulleuse*, que l'on désigne généralement sous le nom de *pemphigus syphilitique*, est la plus précoce ; elle apparait quelquefois dès les 6ᵉ et 7ᵉ mois de la vie intra-utérine ; mais, d'ordinaire, elle se montre dans les jours qui suivent la naissance. Rarement on la voit débuter après la 10ᵉ ou la 12ᵉ semaine ; et les cas où l'on dit l'avoir observée plus tardivement me sont suspects.

Son siège est très remarquable, et, sur ce point, elle diffère notablement de toutes les autres syphilides.

C'est, en effet, à la plante des pieds et à la paume des mains, qu'elle se montre tout d'abord, et parfois d'une manière exclusive. Chez beaucoup de sujets, elle envahit peu à peu le dos du pied et de la main, la jambe et l'avant-bras. Elle y reste presque toujours limitée ; toute fois, il n'est aucun point de la peau qui en soit à l'abri.

Elle consiste en des bulles, c'est-à-dire en un soulèvement de l'épiderme, sous lequel s'accumule un liquide louche, qui, d'emblée, a toutes les apparences du pus. — Ces bulles, dont le diamètre dépasse parfois un centimètre, et qu'entoure une large zone violacée, sont tantôt pleines, tantôt à demi-remplies, auquel cas le liquide s'accumule dans les parties déclives. Il peut même, sur quelques points, faire complètement défaut, lorsque, par une sorte d'avortement de l'éruption, l'épiderme s'est simplement décollé.

L'examen microscopique de la matière liquide y fait constater : des leucocythes, quelques hématies et surtout des débris du corps muqueux de Malpighi, qui forment des flocons blanchâtres, visibles à l'œil nu. — La durée de l'éruption est difficile à déterminer. Elle parait osciller entre quinze jours et trois semaines. Dans quelques cas, il y a une véritable déhiscence de la bulle, et, après l'écoulement du liquide, on constate une ulcération qui, dans les cas heureux se cicatrise, mais toujours d'une manière lente. Dans d'autres, la dessication de l'exsudat se fait sous l'épiderme, et, après la chute de la croûte, la peau se montre peu altérée. Ces heureuses terminaisons sont exceptionnelles ; et, le plus souvent, les malades succombent rapidement, par le fait des affections viscérales concomitantes ; ou bien dans un état de cachexie avancée, avec des ulcérations profondes.

L'éruption bulleuse que je viens de vous décrire est toujours syphilitique. Le pemphigus simple n'a ni le même siège ni la même apparence ; très rare avant les deux premiers mois, c'est surtout dans le cours de la première année qu'il se montre ; et il peut atteindre des enfants à 4 ou 5 ans. Tout à fait exceptionnelles dans les lieux d'élection de la syphilide, les bulles se développent surtout dans les régions où la peau fait des plis, c'est-à-dire au cou, aux aisselles, aux aines. En général, leur diamètre est considérable, leur contenu séreux, rarement puriforme, et l'on n'y voit pas de débris épithéliaux. Leur guérison se fait sans ulcération, et d'une manière très prompte.

Il sera donc presque toujours très facile de distinguer la syphilide bulleuse du pemphigus simple ; cependant, je ne dois pas vous laisser ignorer que l'on se trouve parfois en présence de cas très embarrassants. Je vais vous en citer un, que j'ai observé récemment. C'était un nouveau-né, d'assez belle apparence, ayant sur toute la peau des bulles, les unes larges, les autres, de beaucoup les plus nombreuses, d'un à deux millimètres de diamètre ; ou même visibles seulement à la loupe. Sur un assez grand nombre de points, notamment à la paume des mains et à la plante des pieds, où l'on en voyait un petit nombre, leur contenu était louche et puriforme. Après un examen attentif, je restai convaincu qu'il s'agissait d'un pemphigus simple. En effet, l'éruption n'avait certainement pas débuté, comme dans la syphilis, par la plante des pieds et la paume des mains ; et les quelques bulles qui étaient là, s'y trouvaient, non en vertu d'une localisation primitive et spécifique, mais par le fait de la confluence du mal, qui n'avait épargné aucune région du tégument. La peau qui les entourait était blanche ou légèrement rosée, et non violette ; enfin, malgré la généralisation et l'abondance de l'éruption, l'enfant conserva les apparences de la santé et guérit assez vite ; terminaison que rend inadmissible l'hypothèse de la spécificité..

La syphilide *maculeuse* est habituellement décrite sous le nom de roséole. Je n'ai pas cru devoir suivre cet usage, voulant marquer la différence qui sépare cette manifestation syphilitique des adultes, de celle des jeunes enfants. Bien qu'elle prédomine sur les points d'élection que je vous ai fait connaître, et qu'elle finisse par s'y fixer, elle atteint bien souvent toute la surface tégumentaire; et l'on peut dire que cette tendance à la généralisation, du moins au début, est un de ses caractères les plus marquants. — Elle consiste en des taches circulaires qui peuvent atteindre un centimètre et même un centimètre et demi de diamètre ; non saillantes au début, mais pouvant le devenir, toujours il est vrai, dans de très minimes proportions. D'abord isolées, elles se groupent dans certains points, et les surfaces irrégulières qu'elles couvrent, sont limitées par des segments de circonférence. — Leur coloration, très diverse, peu fixe, varie suivant leur âge ; et, à ce point de vue, elles s'éloignent sensiblement de la règle que j'ai posée plus haut. Elles sont, au début, rose-saumon clair ou maïs, avec une périphérie violette. Mais cela dure peu ; elles deviennent brunes au centre, pendant qu'à leur périphérie elles pâlissent, puis survient une desquamation qui se fait d'une manière excentrique. — Elles apparaissent successivement et non d'une manière brusque, comme l'ont dit à tort Trousseau et M. le professeur Lasègue. Leur manière de voir est le résultat d'une errreur clinique, comme on doit le croire, en songeant à cette roséole des nouveaux-nés, dont je vois ici, chaque année, une dizaine de cas ; et qui est constituée par des taches très confluentes, d'un rose vif, sans saillie, rappelant celles de la rougeole. Elle est

apyrétique, et, du moins en apparence, elle n'apporte aucun trouble à la santé des enfants. Elle se montre, comme celle dont parle Trousseau, en quelques heures ; et après une très courte durée, disparaît de même, ne laissant aucune trace de son passage. — Vous voyez combien elle s'éloigne, par tous ces traits, de la syphilide maculeuse. —Pour ce qui est de la roséole vaccinale, je vous rappellerai qu'elle dépasse rarement le voisinage des pustules, et qu'elle consiste en de larges taches circulaires, un peu saillantes et d'un rose très vif.

La syphilide *en plaques* ou *papuleuse* est, sans contredit, de toutes, la plus fréquente, la plus tenace, et celle qui récidive le plus souvent.—Presque toujours plus tardive que les précédentes, elle peut, bien que par exception, se montrer sur des enfants de deux ans et même quelquefois un peu plus tard. Ses caractères morphologiques qui, d'une manière générale, rappellent ceux des plaques muqueuses de l'adulte, sont tellement tranchés, qu'on la reconnaît aisément. Ce sont des plaques circulaires ou des disques, dont le relief, parfois à peine sensible, comme chez les sujets très-jeunes, peut dépasser 4 et même 5 millimètres. Si leur centre est déprimé, elles ont l'apparence de petites cupules ; si, au contraire, il est saillant, elles sont véritablement lenticulaires. Leur diamètre, d'ailleurs très variable, dépasse rarement 15 millimètres. L'épiderme qui les couvre est d'ordinaire très mince, luisant, et forme des plis très fins ; leur teinte est violacée ou rouge-violet. Très fréquemment, on y constate une légère desquamation ; d'autres fois, elles sont couvertes, surtout à leur centre, d'une croûte assez épaisse, au-dessous de laquelle il peut y avoir une ulcération. Habituellement isolées, elles peuvent, en se groupant, former de larges plaques, dont la surface et le contour sont irréguliers. — Il n'est aucune éruption sur laquelle la topographie ait une influence aussi marquée. A ce que je vous en ai déjà dit, je dois ajouter quelques traits. Le frottement les modifie très sensiblement. Ainsi, tandis qu'elles sont en général plates sur le tronc et sur certaines régions des membres, elles sont très saillantes et souvent lenticulaires sur les fesses et la région postérieure des cuisses et des jambes ; et, alors que leur confluence est très apparente au niveau des segments que l'on remarque en arrière, sur la cuisse des enfants qui ont de l'embonpoint, la peau des sillons, parfois très profonds, qui séparent ces segments en est absolument dépourvue. Mais cette influence d'une irritation habituelle, apparaît surtout à la région inférieure du scrotum et des grandes lèvres, où elles se présente, chez quelques sujets, sous la forme de gros tubercules. — Il n'est pas rare de les voir former autour de l'anus, une couronne saillante. Dans les plis génito-cruraux, elles sont larges, aplaties, leur surface est suintante et souvent un peu grisâtre, ce qui leur donne une grande ressemblance avec les plaques muqueuses de l'adulte. Rarement elles ont la forme végétante ; cependant, j'ai vu quelques exemples de cette variété au voisinage de l'anus.

Dans leur période décroissante, les plaques s'affaissent peu à peu, et leur surface est souvent alors le siège d'une desquamation assez active. Longtemps, la peau reste violacée dans la place qu'elles occupaient; et, comme je vous le dirai plus tard, il est bien rare qu'il ne s'y forme pas une dépression, et même une véritable cicatrice.

La syphilide *vésiculo-pustuleuse* ou *ecthymateuse* est la plus rare, la plus tardive, et celle dont le diagnostic est le plus difficile. Dans ses formes les plus atténuées, elle affecte une assez grande ressemblance avec l'érythème des nouveau-nés ; mais les vésicules, plus volumineuses, sont remplacées très rapidement par des ulcérations.—Dans le plus grand nombre de cas, elle est constituée par des vésicules, dont le contenu devient très vite purulent, et par des pustules d'ecthyma, qui apparaissent sur des plaques rouges et se développent successivement et avec une grande rapidité. Leur pourtour est violacé, et leur tendance à l'ulcération des plus marquée. Dans aucun des cas que j'ai observés, l'éruption n'était généralisée ; elle occupait des surfaces assez étendues, mais toujours nettement circonscrites. L'abdomen semble être un de ses sièges de prédilection. Je vous ai cité l'exemple d'un petit garçon de 3 ans qui en avait les mollets couverts. — Je vous disais, tout à l'heure, que le diagnostic de cette syphilide est fort difficile ; c'est qu'en effet, on peut la confondre, sinon avec l'impétigo proprement dit, du moins avec l'ecthyma simple, qui, bien que très rare dans le jeune âge, y est pourtant observé. Ce dernier est d'ordinaire généralisé ; il ne se limite pas, ne se groupe pas, comme l'éruption spécifique, sur certains points du tégument ; surtout il n'a pas cette tendance à l'ulcération sur laquelle j'ai insisté, et qui est un de ses traits distinctifs. Quoi qu'il en soit, et en dépit de ces différences, lorsque, pour faire le diagnostic, l'on ne sera pas aidé par d'autres symptômes, même avec une grande expérience clinique, on pourra se trouver dans un grand embarras.

Considérées dans leur marche, les syphilides, dont je viens de résumer rapidement les caractères, présentent entre elles, une assez grande analogie, pourqu'à ce point de vue, l'on ne sépare pas leur étude.—J'ai déjà parlé de leur mode de guérison ; je n'y reviendrai pas. Je ne vous parlerai pas davantage des traces qu'elles laissent à leur suite, me réservant de revenir sur cette question capitale, avec tous les détails qu'elle comporte.— Mais vous savez, qu'à l'exception des macules, elles ont une tendance très marquée à l'ulcération. C'est là-dessus que je tiens à revenir. Qu'il s'agisse d'une bulle, d'une plaque ou d'une pustule d'ecthyma, la perte de substance reste en général circonscrite au point primitivement malade. Beaucoup plus rarement, elle dépasse ces limites, et lorsqu'elle atteint plusieurs points, elle finit, en s'accroissant, par envahir de larges espaces. Elle est en général superficielle ; aussi, lorsqu'on voit le travail destructif s'attaquer aux parties profondes, il faut soupçonner la coexistence d'une tuberculose. Je vous en ai montré un exemple très probant.

Cette dernière diathèse détermine parfois, à elle seule, l'ulcération de la peau et des tissus sous-jacents ; mais alors les pertes de substance sont peu nombreuses, isolées, profondes, et comme taillées à l'emporte-pièce.

Deux ou un plus grand nombre de syphilides peuvent se montrer simultanément ; toutefois, la bulleuse et la pustuleuse sont le plus souvent isolées. La première est, en effet, très précoce, et presque toujours l'indice d'un état qui entraîne rapidement la mort. Par contre, l'ecthyma se montre tardivement, alors que la maladie semble avoir épuisé sa tendance à produire les autres éruptions.

Rien n'est moins surprenant que cette coexistence des syphilides, quand on a pu suivre les malades durant une période suffisamment longue ; car, alors, on les voit sur certains points, et en vertu des règles pathogéniques que je vous ai fait connaître, se transformer les unes dans les autres. Vous avez vu dans nos salles, sur un très jeune enfant, une éruption maculeuse généralisée, devenir lenticulaire sur les fesses et sur la région postéro-supérieure des cuisses.—Mais rien ne rend mieux compte de ces faits, dont je pourrais multiplier le nombre, que l'étude histologique de la peau malade. Elle nous mon-

tre, en effet, que les lésions fondamentales sont toujours les mêmes, qu'il s'agisse d'une bulle, d'une macule ou d'une plaque saillante; et, que la variété clinique de l'éruption dépend de circonstances secondaires, dont on peut, en général, saisir l'influence.

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — **M. CHARCOT.**

Nouveau fait relatif aux localisations cérébrales. Du centre psycho-moteur de la face;

Par G. BALLET, interne des hôpitaux.

C'est un fait acquis, depuis la publication du mémoire de MM. Charcot et Pitres (1), que le centre cortical qui préside aux mouvements de la face, ou pour parler plus exactement aux mouvements des muscles desservis par le facial inférieur, réside dans le tiers inférieur des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes. — Pour établir le siège précis du centre moteur de la face, on a eu recours à deux méthodes. Comparant entre elles les observations dans lesquelles on avait constaté de la paralysie unilatérale de la face, et superposant en quelque sorte, schématiquement, les unes au-dessus des autres les lésions relevées dans ces cas, on est arrivé à trouver qu'à un symptôme commun (paralysie de la face), correspondait une lésion commune (lésion du tiers inférieur des circonvolutions frontale et pariétale). D'autre part, en rapprochant de même les faits dans lesquels il existait cliniquement de la paralysie du bras et de la jambe, sans trouble de la motilité de la face, il a été aisé d'établir que, dans ces cas, il n'y avait pas de lésion de la partie inférieure des circonvolutions marginales.

Ces méthodes, bien que détournées, ont permis cependant de localiser avec précision et certitude le centre psycho-moteur de la face. Il y avait nécessité d'y recourir, car on conçoit, qu'en clinique, on a bien rarement l'occasion d'observer, avec une paralysie parfaitement circonscrite à la face, une lésion nettement localisée en un point restreint de l'écorce, correspondant exactement au centre psycho-moteur qui nous occupe.

Le cas que nous rapportons est, précisément, un fait très net de paralysie primitivement limitée au domaine du facial inférieur, avec une lésion circonscrite de la partie inférieure de la frontale ascendante.

Observation. Quénut Adrienne, 71 ans, blanchisseuse. Entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière le 2 août 1880. — Cette malade était atteinte depuis longtemps d'un tremblement sénile très accusé, mais, jusqu'à ce jour, elle allait et venait dans sa division. Ce matin, 2 août, elle s'est subitement affaissée, sans perte de connaissance, et on a dû la transporter à l'infirmerie.

Nous la trouvons, à 9 heures du matin, dans l'état suivant: La malade est affaissée sans perte de connaissance. Elle répond assez bien aux questions que nous lui adressons. Il n'y a pas de déviation conjuguée de la face et des yeux.

Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est l'existence d'une hémi-paralysie faciale gauche très marquée. L'ensemble du visage est attiré vers la droite, la commissure labiale est relevée de ce côté droit, tandis qu'au contraire, à gauche, elle est abaissée. L'orifice buccal a très nettement la forme dite en *point d'exclamation*, la grosse extrémité du point étant tournée à droite. Les reliefs musculaires sont beaucoup moins nets du côté paralysé que du côté sain. La langue enfin est fortement déviée vers la gauche.

(1) *Revue mensuelle*, 1877.

Un premier fait attire notre attention; c'est qu'avec des troubles aussi marqués du côté de la face, la motilité des membres parait à peu près intacte. Peut-être, le membre supérieur gauche est-il légèrement parésié? Dans tous les cas, la malade le meut avec une assez grande facilité, et si la force musculaire y est diminuée, il y a une différence qui saute aux yeux entre le degré de la paralysie faciale, et le degré de la parésie du membre. Quant au membre inférieur, il nous est impossible de constater dans sa motilité la moindre différence avec le côté droit. — L'existence d'une monoplégie faciale, nous porte à diagnostiquer une lésion siégeant au niveau du tiers inférieur des circonvolutions marginales.

Nous passons sur l'état de la sensibilité et des différents appareils, qui a été soigneusement noté, mais ne présente ici aucun intérêt.

2 *août*.—Soir: Depuis ce matin, des phénomènes nouveaux se sont montrés: la tête et les yeux sont en déviation conjuguée à droite. La face est toujours fortement déviée de ce côté; le membre supérieur gauche est plus nettement parésié que ce matin.

3 *août*.—Matin: Coma; respiration stertoreuse; déviation des yeux et de la tête à droite. Même état de la motilité que la veille.

Mort le 6 *août*, à 6 heures du matin.

Autopsie faite 24 heures après la mort. — Il existe un peu d'athérome des artères de la base.

Pas de lésions de l'*hémisphère gauche*.

Hémisphère droit: A l'inspection de la face externe nous apercevons un foyer hémorrhagique cortical. Ce foyer présente le volume d'une grosse noix. Il renferme un caillot rouge, récent, du poids de cinq grammes.

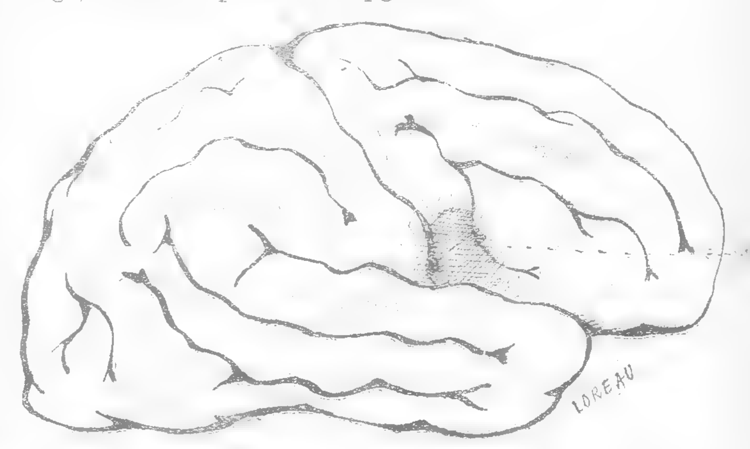


Fig. 76. Face externe de l'hémisphère droit. — *a*. Foyer hémorrhagique.

Il occupe la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante, et confine en bas à la scissure de Sylvius. Sur des coupes méthodiques, nous constatons que l'hémorrhagie a détruit le faisceau frontal inférieur et empiété sur le faisceau pariétal correspondant, sans pénétrer assez profondément pour atteindre les noyaux gris centraux.

Parmi les observations nombreuses qui ont été publiées dans ces dernières années, on en trouve peu qui permettent d'établir, d'une façon aussi décisive que celle-ci, le siège du centre psycho-moteur de la face. La plupart des faits rapportés sont, en effet, complexes, soit que, cliniquement, à la paralysie faciale se soit, dès le début associée une monoplégie brachiale (cas de Cruveilhier, Dieulafoy, Troisier, Bernhardt, Charcot et Pitres, Barlow, etc.), soit que, anatomiquement, les lésions, dépassant les limites de la zone assignée au centre de la face, empiètent sur la portion avoisinante, comme dans la belle observation que M. Pitres a communiquée à la Société de biologie (1876). Les faits simples sont rares, et nous ne voyons guère que les observations de Werhuer (1875) et Dugout-Bally 1878), où, avec une monoplégie

de la face, on ait observé une lésion très circonscrite au pied de la frontale ascendante.

Dans le cas que nous rapportons, au contraire, les choses se sont présentées, on l'a vu, dans un état d'extrême simplicité. Le 2 août, au matin, un petit foyer hémorrhagique se produit au niveau du tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante, et, immédiatement, ce foyer se traduit par une monoplégie de la face, des plus nettes, du côté opposé à la lésion. C'est seulement plusieurs heures après le début de l'hémorrhagie, qu'apparait la paralysie du bras, vraisemblablement par extension du foyer qui, voisin du centre assigné au membre supérieur, arrive à comprimer et peut-être à intéresser légèrement ce centre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Pensions aux familles des médecins.

On se souvient que, sur le rapport de M. A. Talandier, la Chambre des députés a renvoyé au ministre de l'intérieur une pétition dont l'objet est rappelé par la réponse suivante de M. Constans, adressée au président de la Commission :

Monsieur le président,

Par une pétition dont la Chambre des députés a ordonné le renvoi au ministre de l'intérieur, un grand nombre de docteurs en médecine et d'officiers de santé, s'inspirant des dispositions d'une loi austro-hongroise qui concéderait des pensions aux veuves et la gratuité de l'instruction aux enfants des médecins morts de maladies épidémiques contractées dans l'exercice de leur profession, demandent que ces avantages soient accordés aux veuves et aux orphelins des médecins français décédés dans les mêmes circonstances.

Il n'y a pas de différence, disent les pétitionnaires, entre le médecin qui tombe victime de son dévouement à la cause de l'humanité et le soldat qui meurt sur le champ de bataille; tous deux sont, aux yeux de la patrie, aussi méritants, et dès lors on ne voit pas pourquoi on refuserait aux uns ce que l'on accorde aux autres.

Sans méconnaître les titres que les médecins et les chirurgiens peuvent avoir à la reconnaisse publique lorsqu'ils exposent leur vie pour soigner les personnes atteintes de maladies contagieuses, il ne semble pas possible d'admettre l'assimilation qu'ils voudraient voir établir entre eux et les militaires, en ce qui touche les témoignages de cette reconnaissance.

Les médecins ne sont pas, en effet, comme les militaires, des serviteurs de l'Etat, et l'Etat ne leur doit, par suite, aucune récompense pécuniaire.

Le principe écrit dans toutes nos lois est que la pension n'est due qu'aux citoyens qui ont consacré leur vie au service de la nation, et dans un intérêt exclusivement public.

Il a fallu des lois spéciales pour déroger à cette règle et accorder des récompenses pécuniaires aux citoyens non fonctionnaires de l'Etat, et dont on a voulu, cependant, reconnaitre le dévouement à la chose publique.

Il ne me semble donc pas possible d'introduire dans notre législation une disposition générale qui permette d'accorder des pensions aux veuves et la gratuité de l'éducation aux enfants des médecins morts de maladies contagieuses dans l'exercice de leur profession. Si on leur accordait ce privilège, comment le refuser à d'autres personnes qui, bien que dans une profession plus modeste, n'en sont pas moins exposées à tous les dangers de la contagion : garde-malades, infirmiers, etc.

Pourquoi encore ne pas admettre à la même faveur tous les citoyens qui, dans les professions diverses, poursuivent un but utile à la société et y sacrifient souvent leurs propres intérêts et quelquefois leur vie.

L'exercice de la médecine a été considéré jusqu'ici comme l'exercice d'une profession libérale, justement honorée et généralement lucrative. Comme d'autres professions, elle a ses dangers; mais c'est aux intéressés à les prévoir et à y parer par l'assurance ou la mutualité : l'assimiler à une fonction publique serait en changer complètement le caractère, et les pétitionnaires ne paraissent pas avoir mesuré toutes les conséquences qui pourraient découler de l'assimilation qu'ils proposent.

Quelques dignes d'intérêt que soient les situations dont se sont émus les pétitionnaires, je ne crois pas qu'il y ait lieu de donner suite à leur vœu; toutefois, il paraitrait appartenir plus particulièrement au ministère de l'agriculture et du commerce, qui a, dans les attributions de son département, les services d'hygiène publique, de se prononcer sur la question, et, comme il s'agit également d'une dépense fiscale, il semblerait que le ministre des finances dût être aussi consulté.

Si, au lieu de demander en faveur des veuves et des orphelins des médecins la reconnaissance d'un droit à la pension, les pétitionnaires s'étaient bornés à faire appel à la bienveillance de l'État, les objections que j'ai soulevées disparaîtraient. Il est certain, en effet, que les familles des praticiens qui meurent victimes de leur dévouement à leurs devoirs professionnels ont des titres à cette bienveillance. Mon département est venu souvent en aide à leurs veuves ; de son côté, M. le ministre de l'instruction publique, qui a déjà répondu à la communication de la même pétition, parait disposé à examiner avec bienveillance les demandes formées en faveur de leurs enfants.

Agréez, etc. Le ministre de l'intérieur et des cultes,
CONSTANS.

C'est une fin de non-recevoir absolue, qu'il est singulier de voir se terminer par une déclaration d'incompétence. Si la Chambre s'est trompée d'adresse en ne renvoyant pas la pétition au ministre de l'agriculture et du commerce et à celui des finances, la question n'est pas définitivement jugée, et il est temps encore d'examiner les arguments opposés aux pétitionnaires.

S'il est de principe dans nos lois de n'accorder de pensions qu'aux citoyens qui ont consacré leur vie au service de la nation et dans un *intérêt* exclusivement public, et si la pratique répond à la théorie, l'application de ce principe ne doit pas coûter cher au Trésor. Où sont-ils, en effet, les citoyens qui ne pensent pas un peu à leur *intérêt* personnel, pécuniaire ou autre, en consacrant leur vie à un service public? Que les fonctionnaires aient droit à une pension, puisqu'ils subissent une retenue sur leurs appointements, nous le voulons bien, le système étant admis. Mais il ne s'agit-là que de rembourser des avances imposées par l'État paternel à des êtres imprévoyants, nullement de récompenser un dévouement quelconque. A ce dernier point de vue, un principe tout opposé serait autrement raisonnable. Quand on fait simplement son devoir, on a droit à une rémunération convenable, non pas à une récompense extraordinaire. Celle-ci appartient à qui se sacrifie en accomplissant un acte extra-professionnel, ou seulement en faisant plus que n'exige le devoir professionnel. Si habilement qu'un préfet, par exemple, administre son département, nous ne comprenons pas, en principe, qu'il se crée par-là des droits à une pension : il doit remplir ses fonctions au mieux de ses facultés. Mais s'il périt victime de son dévouement dans un incendie, dans une inondation, etc., l'Etat doit remplacer autant que possible ce père de famille, que rien dans ses fonctions n'obligeait à se sacrifier à autrui. De même, aux hasards de sa clientèle, ou par le seul fait des fatigues de sa profession, le médecin peut contracter une maladie mortelle, sans que pour cela les siens aient aucun droit de recours envers l'Etat. M. le ministre de l'intérieur a raison sur ce point. Mais quand le médecin s'expose sans obligation à un danger imminent, quand il encourt, pouvant s'abstenir, un péril mortel, s'il succombe, sa famille doit pouvoir compter sur l'Etat.

Pourquoi, objecte-t-on, ne pas admettre à la même faveur les infirmiers, les garde-malades, tous les citoyens perdant la vie dans des conditions analogues.

Eh ! mais, nous ne demandons pas mieux, ni les pétitionnaires non plus, bien qu'ils se soient limités à un cas particulier. M. le ministre de l'intérieur invoque le principe légal : « Aux seuls fonctionnaires, le droit aux pensions. » — Nous invoquons un principe de simple bon sens : « Aux services professionnels, la rémunération professionnelle; aux dévouements exceptionnels, la récompense exceptionnelle. » C'est celui que la Chambre, croyons-nous, avait entendu proclamer en émettant un vote favorable à la pétition. Ce n'est pas tout, il est vrai, que de proclamer un principe ; il est plus difficile d'en assurer l'application. Sans doute, mais, en cette matière, les idées et les pratiques courantes sont tellement au rebours du sens commun, que c'est déjà un grand point de faire accepter une vérité qui heurte les habitudes générales. Si, traitant la question plus largement que les pétitionnaires, M. Constans avait obtenu du Parlement le vote d'une loi consacrant, même abstraitement, le droit des familles dont le chef a perdu la vie pour sauver son semblable, il eût introduit dans nos mœurs politiques et sociales le germe d'une réforme considérable. Quant à appliquer le principe que nous visons, quant à déterminer les cas où il y aura vraiment dévouement exceptionnel, est-ce donc une œuvre au-dessus de l'habileté de nos législateurs ? Si c'est plus difficile que de cataloguer les maladies, inconnues des pathologistes, auxquelles exposent les fonctions administratives, s'il est impossible de rédiger des dispositions générales suffisamment précises, on a la ressource de s'en tenir à l'énoncé du principe, en décidant que chaque cas particulier sera l'objet d'une décision législative spéciale.

Cette procédure ne sera pas sans inconvénients; elle en aura moins cependant que le système obligeant les intéressés à solliciter humblement la bienveillance de l'Etat, c'est-à-dire le bon vouloir d'un fonctionnaire quelconque ou l'appui d'un personnage influent. E.T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 *septembre* 1880.— PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

M. ROSOLIMOS (d'Athènes), fait une communication intitulée: *l'action du sang veineux dans la production du choc précordial et le choc à l'état pathologique.* Après avoir rappelé les recherches qu'il a déjà exposées à la Société de Biologie (1), l'auteur explique que, par ses nouvelles expériences, il cherche à démontrer l'existence de la loi de l'interruption des courants liquides et celle des pressions égales dans le système cardio-veineux. « Si l'on fait la ligature d'une veine, on voit que la tension du sang augmente au-dessus de la ligature ; par conséquent, là où se fait, pour ainsi dire, la ligature instantanée de toutes les veines par l'arrêt subit de l'écoulement sanguin, par le fait de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, dans cet endroit, dis-je, la tension préexistante augmente en vertu de la loi de l'interception brusque des courants liquides.

Cette loi, dont je désire mettre en évidence l'existence dans le système cardio-veineux, peut être expérimentalement prouvée ; car on sait que le manomètre, mis en communication avec le but central de la jugulaire, dénote pendant la systole une pression positive assez notable. Le poids sanguin ne serait pas sans action sur le cœur équilibré pendant la systole ; car, comme dans cet instant le sang *s'arrête*, ce sang rentre dans les lois de la *statistique* des liquides, et je ne crains pas de soupçonner que pendant cet instant d'arrêt, se réalise la loi des pressions égales en vertu de laquelle le poids d'un simple filet de liquide peut produire des effets considérables. Sur les conditions spéciales de la réalisation de cette loi, suivant les rapports du système cardio-veineux, j'insisterai peut-être, incidemment, dans un autre travail. » Enfin, l'auteur cherche à expliquer le choc dans les cas pathologiques.

(1) Voir le n° 25, p. 492.

M. GIRAUD-TEULON lit une critique sur le travail suivant: « *Essai d'une explication génétique des mouvements oculaires* » par le professeur DONDERS. Ce mémoire, comme son titre l'indique, a pour objet de retrouver, par induction *à priori*, dans l'évolution de la race, les premières expressions ou manifestations des lois de la mécanique des mouvements associés des yeux ; et d'associer par-là à la justification des lois dans lesquelles est généralement formulée, aujourd'hui, en Allemagne du moins, la physiologie de ces mouvements. Ces lois, nées à la suite de l'exposition, due à Ruete (de Leipsig) des inclinaisons prises physiologiquement par les méridiens primaires oculaires, dans les directions cardinales ou obliques du regard, portent les noms, l'une de « loi de Listresy », la seconde celle de « loi de Donders. » La première de ces lois exprime ce fait que « lors du passage de la ligne de regard (ou de l'attention, axe optique principal) d'une position quelconque à une autre également quelconque, le globe tourne autour d'un axe unique, n'exécute qu'une simple rotation dans un même plan. » Or, cette loi vérifiée par Helmholtz, lors du passage de la position primaire à une position secondaire, — où elle obéit au principe général de la mécanique physiologique, celui du plus court chemin, ou de la moindre action, — ne peut être exécuté d'une manière générale, ou pour le passage d'une direction quelconque du regard à une direction également quelconque, qu'en faussant ouvertement le principe de la moindre action. Or, M. Donders, en cherchant dans la genèse inductive des mouvements probables d'un globe oculaire embryonnaire, la justification *à priori* de cette loi, est logiquement obligé à s'écarter d'un principe (celui de la moindre action), qui ne peut être abandonné que devant une irrécusable observation, mais jamais par une induction logique. C'est ce que M. Giraud-Teulon s'applique à mettre en lumière, en exposant l'argumentation de l'auteur et en déplorant un emploi aussi malheureux d'un principe scientifique, que de tels écarts peuvent compromettre.

M. LAGNEAU, à l'occasion de la récente observation de M. le professeur Hardy, concernant un cocher mort de la *rage* dans le service de M. Rathery, entretient l'Académie de l'action remarquable de l'électricité contre l'hydrophobie. Dans un cas particulier dû à M. Olivier, cet agent thérapeutique n'a pas guéri le malade, mais lui a procuré un réel soulagement.

M. TILLAUX, à l'occasion du malade qu'il a présenté à l'Académie dans une précédente séance, et à qui il avait pratiqué l'extirpation d'un *kyste du mésentère*, vient compléter les résultats histologiques qu'il s'était alors contenté d'énoncer. L'examen histologique du kyste a été fait par M. Merklen, interne des hôpitaux, et a démontré qu'il s'agissait d'une coque fibreuse, renfermant une matière crémeuse qui n'était autre que de la graine. Il est donc avéré que M. Tillaux avait eu affaire, non à un kyste dermoide, ainsi que le pensait M. Lancereaux, mais à un kyste fibreux à contenu graisseux. A. JOSIAS.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. *Prix de fin d'année.* — Les Concours pour les prix de fin d'année ont donné lieu aux nominations suivantes : *Médecine*, 1re *année* ; Prix : M. Blanc ; — 1re Mention : M. Copperé ; — 2e Mention : M. Manin. — 2e *année* : Prix: M. Vallas ; — Mention : M. Rochet. — 3e *année*. Prix : M. Thoviste ; — Mention très honorable : M. Pelletier. — 4e *année* : Pas de prix. — *Pharmacie*. 1re *année* : Prix : M. Vial ; — 1re Mention : M. Joly ; — 2e Mention : M. Ertzbischoff. — 2e *année* : Prix : M. Eymonnet. — 3e *année* : Pas de prix ; — Mention : M. Laffond.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE.

Session de 1880 : Milan (1).

Séances du 2 septembre (suite). — Présidence de MM. Libbrecht et Gayet.

M. Secondi (Gênes) communique le résultat de sa pratique dans le traitement des *décollements de la rétine*. Il associe la ponction et la sclérotomie à la médication générale et interne par la pilocarpine, les frictions mercurielles et le repos horizontal. Sur 17 cas, il distingue des résultats *immédiats* et des résultats *définitifs*. Les premiers comprennent 5 résultats négatifs, 8 succès complets et réapplication de la rétine, 4 incomplets et douteux. Les seconds donnent la statistique suivante : 2 cas sont restés guéris pendant 15 jours ; 3 cas pendant 3 mois ; 2 cas pendant 10 mois, 1 cas pendant 12 mois, 1 cas pendant deux ans, 1 cas reste guéri depuis 5 ans ; l'observation des autres faits continue. En résumé, malgré des rechutes inévitables, l'auteur estime que l'ophthalmologie possède, aujourd hui, une méthode rationnelle de traitement contre une affection incurable.

M. Galezowski fait remarquer le rôle important que doivent jouer les conditions étiologiques dans le diagnostic et le traitement des décollements rétiniens. Il existe des décollements séreux, sans apparence visible, dans des faits de choroïdite atrophique, et c'est principalement dans ces faits où l'ophthalmoscope ne donne pas le flot, ni le coude des vaisseaux, que la médication interne réussit ; pour lui, il a pu assister à la guérison, puis à la récidive de ces décollements légers, et enfin à la guérison définitive, grâce à une médication antiphlogistique conduite avec patience.

M. Poncet constate l'accord de la clinique et de l'anatomie pathologiques dans cette distinction des décollements rétiniens. Souvent, sur des yeux atteints d'irido-choroïdite, il a rencontré, et figuré dans son atlas, des détachements rétiniens avec exsudat mesurant à peine de 2 à 5 dixièmes de milimètre; et cependant, il existe déjà de la macération de l'épithélium choroïdien et du pigment dans la rétine. Mais, quand le corps vitré s'est ramolli par sa combinaison à l'exsudat, quand les cellules de ce corps vitré se sont imprégnées de pigment, la guérison est alors bien plus difficile à obtenir, et souvent l'atrophie de l'œil est le terme fatal du processus. Pour lui, en dehors de la choroïdite chronique, il existe pour la choroïde des troubles vaso-moteurs suivis d'exsudats rapides, absolument comme dans les plèvres à la suite des lésions des ganglions sympathiques.

M. Meyer ne pense pas que les cas dont parle M. Poncet appartiennent aux cas dits décollements.

M. Galezowski répond que cette division de l'anatomie pathologique est amplement justifiée par la clinique, et qu'on ne doit pas réserver le nom de décollement seulement aux faits typiques, mais bien aussi à ces cas où le champ visuel se montrant rétréci, on trouve à peine de l'œdème, et quelques vaisseaux coudés.

M. Stilling (Strasbourg) présente une série de préparations anatomiques ayant trait à la *structure du chiasma* et au *trajet des fibres du nerf optique*. Pour le chiasma, l'auteur juge, d'après les résultats présentés, qu'il faut revenir à l'idée des anciens anatomistes et il admet ; 1° une commissure antérieure ; 2° une commissure postérieure ; 3° des fibres latérales indépendantes ; 4° une portion centrale d'entrecroisement. Suivant lui, tout ce qui a été écrit sur l'hémianopsie devrait donc être repris d'après ces nouvelles données anatomiques. Pour le N. O., les racines, près des pédoncules, seraient beaucoup plus nombreuses qu'on ne le pense : il a pu suivre des fibres se prolongeant jusqu'au pont de Varole.

Ces préparations ont été faites par simple dissociation avec des aiguilles, après durcissement dans le liquide de Muller, ou traitement des portions par l'acide pyrolignique.

La finesse des résultats obtenus fait honneur à l'habileté pratique de l'anatomiste: mais ces belles préparations laissent cependant un doute à cause de l'habileté même de l'auteur : elles ne nous paraissent pas comparables à la pratique des coupes successives, telle que nous l'avons vu employer par M. Duval pour les autres nerfs.

M. Boucheron (Paris) présente une note sur le *traitement du strabisme par les mydriatiques*. L'auteur rappelle combien il est important de sectionner les adhérences antéro-supérieures du muscle à la capsule, et ce, suivant le degré de redressement à obtenir.

Cette méthode s'adresse au strabisme permanent ; pour la portion intermittente, l'atropine est une précieuse ressource et peut, à elle seule, conduire à la guérison.

M. Javal a proposé l'atropine, depuis quinze ans, dans le traitement du strabisme convergent, où l'on peut en effet distinguer deux parties : l'une fixe, l'autre variable. Il repousse la ténotomie pour le strabisme convergent intermittent ; mais pour la partie fixe, les mydriatiques augmentent même la déviation qui est inconsciente, et amènent les images doubles. Du reste, il ne faut pas espérer guérir par ces méthodes, mydriatiques, prismes, exercices, le strabisme dont la déviation dépasse 10 à 15°.

M. Boucheron constate que, pour l'action des mydriatiques, la clinique donne tort à la théorie; jamais il n'a rencontré l'augmentation de la déviation annoncée par M. Javal. Les instillations sont pratiquées pendant quinze jours et si, après ce temps, le strabisme ne cesse pas, il opère. Dans ces cas mêmes, traités par l'atropine, si on a le malheur de chercher à corriger l'amétropie par les verres convexes, immédiatement le strabisme reparait.

Dans les strabismes consécutifs aux taies de la cornée, il a obtenu des résultats remarquables après quinze jours d'instillations. Les instillations doivent se faire jusqu'à ce que les deux yeux fixent sans strabisme à la distance de 30 centimètres; alors il permet les lunettes correctrices.

M. Pierd'houi (Milan) a reconnu les avantages donnés par les mydriatiques immédiatement employés après la ténotomie. Il les continue pendant deux ou trois semaines, et croit qu'il faut généraliser cette méthode de traitement.

M. Bouchut présente une observation rare établissant le *rapport des maladies de l'oreille* avec le *cerveau* et l'*appareil de la vision*. Une fillette de 13 ans entre dans son service avec une otorrhée et des vertiges ; l'acuité visuelle était alors normale, l'enfant cousait. Cependant, elle portait au fond de l'œil des hémorrhagies, et présentait une papille étranglée. Puis, avec les vertiges, survinrent un affaiblissement musculaire, et des symptômes épileptiformes, avec déviation de la tête. L'intelligence restait nette. L'acuité diminua et fit place à l'amaurose. Après 3 mois ; la névrite optique et la névro-rétinite exsudative se joignaient aux attaques plus fréquentes d'épilepsie, et à la paralysie.

L'autopsie démontra une carie du rocher, l'absence de toute méningite et, au plancher du 4e ventricule, une tumeur qui avait détruit l'origine du nerf optique. Le microscope a démontré que cette tumeur était un gliosarcome.

M. Poncet pense que l'interprétation de ce fait clinique n'est pas celle que présente M. Bouchut, c'est-à-dire otite, inflammation du nerf auditif, passage de l'inflammation aux racines optiques, puis névro-rétinite consécutive. Ce serait nier le rôle principal de la tumeur du quatrième ventricule dont l'action primitive s'est irradiée sur le nerf optique, le nerf acoustique et la moelle.

Séances du vendredi 3 septembre. — Présidence de MM. Gayet, Libbrecht, Cervera.

M. Costomyris (Constantinople), pratique un nouveau procédé de *tarsoraphie* consistant en une incision longitudinale à 3 millimètres du bord libre de la paupière, incision allant jusqu'au cartilage tarse : le lambeau supérieur se rétracte, et il passe alors des fils pour suturer en arrière la lèvre supérieure de la plaie palpébrale.

Cette opération, qui ne donne lieu à aucune suppuration, redresse parfaitement les cils.

M. Poncet communique une note résumant ses recherches sur l'*anatomie pathologique du ptérygion*. En dehors de l'ulcération primitive au limbe, décrite par Artl et Horner, il faut rechercher une autre cause du processus lent et continuel du ptérygion. L'auteur a constaté sur des préparations comprenant la muqueuse et la cornée, l'existence d'un ulcère vibrionien, occupant toute la portion absente de la membrane de Bowmann. Ces microbes, à petites spores, s'infiltrent dans le réseau lymphatique sous-muqueux et pénètrent peu à peu dans les canaux du suc de la cornée, en triangle, comme l'indique leur disposition anatomique.

(1) Voir le n° 37.

La transformation colloïde de l'épithélium conjonctival, les inclusions kystiques à revêtement epithélial cubique, la sclérose du tissu conjonctif; telles sont les circonstances principales à signaler.

M. MORANO (Naples) présente de belles préparations de la *conjonctive*. Deux faits surtout ont appelé son attention. 1° L'absence de la portion dénommée autrefois corps papillaire dans la conjonctive palpébrale ou bulbaire. 2° La présence de tissu adénoïde formant le chorion muqueux.

C'est à ce tissu interstitiel, séparant les glandes de Henle, qu'on avait donné le nom de papilles. A l'état normal, le revêtement épithélial est uniforme et sans exhaussement. Dès qu'on observe des reliefs, il est certain qu'il y a processus inflammatoire conjonctival. Dans les granulations, les différents éléments : verni épithélial, glandes de Henle, tissu lymphoïde interstitiel, tout cela disparaît. Dans les conjonctivites catarrhales intenses, l'épithélium stratifié, les cellules cylindriques muqueuses se détruisent, le conduit excréteur de chaque glande s'oblitère, et le produit forme de véritables petits kystes épithéliaux repoussés par la prolifération du tissu adénoïde. Dans la conjonctivite purulente grave, tout est détruit, et le tissu adénoïde transformé forme la cicatrice générale.

M. DELUCA (Naples) rapporte le fait d'un cas de cataracte capsulaire postérieure secondaire, chez un opéré de 60 ans. La discision avec l'aiguille donna un résultat immédiat parfait. — Ce fait est l'occasion d'une discussion intéressante sur l'origine des cataractes capsulaires.

M. MANFREDI (Modène) rappelant les beaux travaux de H. Müller sur l'origine et le développement des cataractes capsulaires, signale les résultats auxquels il est arrivé par une série d'expériences. La simple contusion (cependant il n'affirmerait pas l'absence de continuité dans la capsule) suffit pour amener en dessous de la capsule la formation d'un exsudat qui s'organise en lamelles, absolument comme la cornée. Dans les luxations anciennes du cristallin sans lésion de la capsule, il n'a jamais trouvé de cataracte capsulaire; aussi serait-il porté à admettre le traumatisme de la membrane comme une condition de ces cataractes. Dans les iritis anciennes avec synéchies, la face antérieure de la capsule est recouverte de ce tissu conjonctif exsudatif; mais les tubes cristalliniens ne prennent point part au processus.

M. PONCET rappelle les résultats auxquels il est arrivé, dans l'examen de la cataracte pyramidale antérieure, en 1875, et dans un cas nouveau qu'il a pu examiner tout dernièrement. Le petit cône qui forme la pyramide de la cataracte est formé par la capsule absolument saine; mais elle est cependant dépourvue de son épithélium, qui reste à la base et va former une ligne non interrompue d'un point à l'autre de la pyramide. C'est entre cette base épithéliale et la capsule, que se forme l'exsudat stratifié, signalé dans les cataractes simples par M. Manfredi. Mais, dans cet exsudat stratifié, M. Poncet a constaté sur toutes ces préparations des cavités à *noyaux* révélés par l'hématoxyline. Or, il devient difficile, avec l'intégrité de l'épithélium à la base, de ne pas admettre que ces éléments figurés viennent de la chambre antérieure par diapédèse. Une élève distinguée de Horner, Mme Julie Sinclair, est arrivée à produire la prolifération, la purulence de l'épithélium capsulaire, par des injections irritantes dans la chambre antérieure.

M. GAYET (Lyon) a examiné les lambeaux de capsule extraits immédiatement pendant l'opération; il a trouvé ces opacités constituées par des plicatures de la capsule et par une altération des éléments épithéliaux, qui rappelle de loin celle que Leloir vient de décrire dans l'épithélium cutané. Il faut y ajouter quelques extrémités des massues des fibres dissociant cet épithélium.

M. LIBBRECHT (Gand) montre l'instrument dont il se sert pour les *cataractes secondaires*. C'est un petit couteau linéaire qui, sous la pression d'un ressort, se transforme en une pince permettant de saisir et d'extraire les lambeaux capsulaires. L'opération ne comprend alors qu'un seul temps.

M. GUAITA (Bergame), dans le *traitement de l'ophthalmie blennorrhagique*, signale comme principale cause du danger de la perforation, la pression exercée par les paupières. Adoptant l'idée qui fit fendre par Critchett la paupière verticalement et au milieu, il accepte et préconise le procédé de Krampton, c'est-à-dire la double incision à chaque angle. Il se sert ensuite des solutions à l'acide borique à 4/100, ou au salicylate de soude à 2/100. Dans le chémosis, il préfère les petites incisions radiées à la péritomie. Dans le chémosis il a recours à l'ésérine et au thermo-cautère.

M. MARTIN (de Cognac) n'a pas eu à se louer de l'opération de Critchett, dans un cas grave, où un œil avait déjà été perdu. Le débridement n'a pas arrêté d'une minute la marche de la maladie, qui fut même compliquée de diphthérite.

M. VLADESCO (Bukarest) observe dans son service un nombre considérable d'ophthalmies purulentes, et toujours il a eu à se louer de la méthode antiphlogistique, combinée avec la simple incision externe qui donne une excellente saignée. Suivant lui, Critchett n'aurait employé son procédé que dans un cas exceptionnel, et ne voudrait pas en faire une méthode générale.

M. LANDOLT, tout en étant peu partisan de la section des paupières, doit avouer que Critchett, qu'il a eu l'occasion de voir dernièrement, généralise au contraire sa méthode, et l'emploie aujourd'hui d'une manière courante.

GUAITA fait remarquer, qu'en somme, les deux incisions verticales se cicatrisent rapidement, et qu'au bout de vingt-cinq jours la cicatrisation est faite; il veut qu'on opère de suite, et c'est à cette méthode qu'il attribue sept succès sur huix dans des cas très graves.

M. DELMONTE (Naples) est contraire aux incisions : la méthode antiphlogistique, l'incision à l'angle externe, les émollients au début, lui paraissent des moyens assez puissants.

M. PFLUGER (Berne) signale le danger de la diphthérite sur les incisions, et se contente des antiphlogistiques unis aux antiseptiques (acide phénique anglais à 1/100).

M. FIEUZAL, à propos de l'observation, rapportée par M. Bouchut, cite un cas observé par lui et démontrant toute la difficulté du *diagnostic* dans les *tumeurs cérébrales*. Un enfant lui fut présenté, atteint d'une nervo-rétinite hémorrhagique, fournissant le type de la rétinite albuminurique. Quatre mois après, l'aspect avait changé, pour faire place à une papillite par étranglement, avec symptômes de paralysie. Le résultat de l'autopsie confirma le dernier diagnostic porté, celui d'une tumeur comprimant un des pédoncules.

M. ABBATE (Caire), dépose sur le bureau un certain nombre de *pièces anatomiques* recueillies sur des nègres de l'Abyssinie.

M. TALKO (Varsovie), fait une communication sur les *kystes des paupières*, dont il a pu observer 7 cas. Ces kystes sont intra-utérins et empêchent le développement de l'œil. Localisés entre l'œil et la paroi, ils refoulent l'organe vers le fond de la cavité et viennent faire saillie sous la peau de la paupière. Leur contenu est séreux, et peut donner lieu quelquefois à des hémorrhagies. Quant à leur origine, M. Talko cite les deux hypothèses de l'inclusion kystique lacrymale et de l'atrophie primitive du globe.

M. GAYET, relativement à l'origine de ces kystes, cite la thèse d'un de ses élèves qui, après une étude histologique de ces formations, les rattache au développement branchial.

M. TALKO présente des *poils* enlevés de la *conjonctive*. Ces poils, très éloignés des cils normaux, avaient amené une kératite intense, et reposaient sur des granulations.

(*A suivre.*) F. PONCET (de Cluny.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. RENDU

36. Syphilis cérébrale. — Paralysie du moteur oculaire externe à droite. — Déviation conjuguée; par G. BALLET, interne des hôpitaux.

Perrin Louis, 52 ans, cocher, entré le 27 février, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles n° 3, service de M. le Dr PROUST.

Bonne santé habituelle. — A l'âge de 25 ans, étant militaire, a contracté un chancre induré de la verge, accompagné de maux de gorge, — aurait séjourné pendant 2 mois seulement à l'hôpital militaire de Besançon.

Il y a 2 ans, le malade a ressenti de vives douleurs au bras. Ces douleurs qui, d'ailleurs, n'étaient pas plus fortes la nuit que le jour, ont cessé il y a quatre ou cinq mois, mais elles ont été remplacées par de la céphalalgie. Cette céphalalgie occupe le pourtour et le sommet de la tête et s'accompagne d'une sensation vive de froid.

Il y a deux mois, se sont déclarés petit à petit des symptômes nouveaux : vertiges, difficulté à mouvoir les yeux, faiblesse dans le côté gauche. Tous ces symptômes sont allés en augmentant jusqu'au 3 mars.

Etat actuel (3 mars). — Céphalalgie aussi intense le jour que la nuit, générale et continuelle ; plus forte à la région frontale, sans prédominance d'un côté. — Vertiges, qui fatiguent beaucoup le patient. Il ne peut se lever ou même se tenir assis sur son lit, parce que, dans ces différentes attitudes, la tête lui tourne immédiatement. Lorsque le malade se réveille la nuit, ces vertiges se reproduisent aussitôt. Du côté des yeux, on constate les symptômes suivants : quand le malade regarde les objets placés à une certaine distance, il les voit doubles. L'examen des muscles de l'œil nous montre qu'il existe une paralysie du *muscle droit externe* à droite et du *droit interne* à gauche.

En effet P** est dans l'impossibilité de porter l'œil droit en dehors et l'œil gauche en dedans. Il y a une véritable déviation conjuguée des yeux à gauche, qui devient évidente lorsqu'on porte le doigt vers la droite en ordonnant au malade de suivre celui-ci du regard.

En même temps que ces symptômes oculaires, on constate ce qui suit du côté de la motilité de la face et des membres. Il existe une hémiplégie gauche, totale mais incomplète. La commissure des lèvres *à gauche* est un peu flasque, légèrement abaissée et moins mobile que celle de droite. Le malade dit que les muscles de ce côté de la face sont « plus raides » que ceux du côté opposé ; et il éprouve de la difficulté à les contracter. — Le membre supérieur gauche est beaucoup plus faible que le droit, sans être complètement paralysé. Le dynamomètre donne en effet 25 à gauche et 45 à droite.

Bien que le malade puisse se tenir debout et sur un seul pied (droit ou gauche), il est manifeste que le membre gauche inférieur, comme le supérieur, jouit d'une force beaucoup moins grande que le membre droit.

Pas de troubles de la *sensibilité*. — *17 mars*. L'état du malade s'est beaucoup aggravé depuis quelques jours. L'hémiplégie est devenue complète sans contracture. Etat subcomateux. Apparition d'un anthrax à la fesse gauche.

25 mars. Mort dans le coma.

Autopsie. — Nous remettons à la Société anatomique 3 schémas qui, mieux que toutes les descriptions: rendront un compte exact des lésions encéphaliques observées chez notre sujet. On trouvera ces schémas dans l'album de la Société. Au reste les lésions observées ont été les suivantes :

Pas d'altérations cérébrales. Les seules lésions constatées dans le système nerveux central sont des lésions de la protubérance.

Sur une coupe rasant la partie supérieure de la protubérance, nous constatons ce qui suit : à *gauche*, deux ou trois petites tumeurs dans le tissu protubérantiel, ayant le volume d'une lentille. Ces tumeurs n'occupent que la partie la plus supérieure de la protubérance et ne pénètrent pas dans sa profondeur : à *droite*, tumeur volumineuse, irrégulièrement circulaire, ayant environ un centimètre 1/2 de diamètre. Cette tumeur, que l'examen microscopique nous montre appartenir à la catégorie des syphilomes, s'étend en hauteur depuis la partie supérieure de la protubérance jusque vers sa partie inférieure, c'est-à-dire jusqu'à la partie moyenne du plancher du 4e ventricule. Sous ce plancher, elle forme une saillie légère qui décèle à la fois et la présence et l'étendue de la tumeur.

Le durcissement défectueux du mésocéphale ne nous a pas permis d'examiner les rapports de cette tumeur sur des coupes transparentes. Mais, en se reportant aux schémas que nous avons figurés et déposés dans l'atlas de la Société anatomique, on pourra juger assez exactement du siège et des connexions du néoplasme. Nous avons figuré 3 coupes occupant l'une la partie supérieure, l'autre la partie moyenne, la troisième un point situé à 9 millimètres à la partie inférieure de la protubérance. Sur ces trois coupes, on verra que la tumeur se développe en quelque sorte en fuseau, de haut en bas, plus large en effet et plus volumineuse sur la coupe 2, (coupe moyenne), que sur les coupes 1 et 3 (supérieure et inférieure). Le néoplasme occupe assez exactement la partie moyenne de la moitié droite du plan de dehors de la protubérance. Il se dirige un peu obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. En effet, la distance qui, sur la coupe inférieure, sépare la tumeur du raphé médian est plus considérable que sur la coupe supérieure. On pourra d'ailleurs, d'après les dimensions suivantes, juger de la situation exacte du néoplasme sur chacune des coupes.

1. *Distance de la tumeur au plan antérieur de la protubérance.*

a. C. supérieure : 1 centimètre.
b. C. moyenne : 8 millim.
c. C. inférieure : 1 centim. en dedans, 7 millim. en dehors.

2. *Distance de la tumeur au plan postéro-supérieur de la protubérance.*

a. C. supérieure : 8 millim.
b. C. moyenne : 7 millim.
c. C. inférieure : 7 millim.

3. *Distance de la tumeur au plan latéro-externe de la protubérance.*

a. C. supérieure : 4 millim.
b. C. moyenne : 2 et 3 millim.
c. C. inférieure : 1 millim. 1/2 et 2 millim.

4. *Distance de la tumeur au raphé médian.*

a. C. supérieure : 2 millim.
b. C. moyenne : 2 et 5 millim.
c. C. inférieure : 6 et 7 millim.

Réflexions. — Tout l'intérêt de l'observation précédente résulte du siège de la tumeur et de la déviation conjuguée du droit externe et du droit interne du côté opposé. C'est un cas à ajouter à ceux qui ont été publiés par M. Graux (thèse de Paris, 1878), et qui tendent à établir, de par la pathologie, l'existence de fibres unissantes entre le noyau bulbaire du moteur oculaire externe d'un côté, et le noyau du moteur commun du côté opposé.

M. de Beurmann. Il serait désirable que, dans ces cas, l'examen des yeux fut fait à l'aide des verres colorés, seul bon procédé pour reconnaître les paralysies complexes, surtout lorsqu'il s'agit de faits sur lesquels on cherche à fonder une théorie des mouvements associés des globes oculaires.

37. Anévrysme du tronc basilaire; par C. Reynier, prosecteur.

Je présente à la Société anatomique une lésion très rare, et que j'ai trouvée accidentellement en disséquant à l'Ecole pratique. Il s'agit d'une vieille femme de 75 ans, chez laquelle existait une dilatation anévrysmale de l'artère basilaire, dont les parois sont très athéromateuses. Cette dilatation mesure un centimètre et demi de diamètre. Tout le système artériel de l'hexagone de Willis et les artères sylvienne et cérébrale antérieure qui en partent, sont athéromateuses et augmentées de volume. Malheureusement, je ne peux entrer dans plus de détails, n'ayant pu avoir aucun renseignement sur cette femme.

THÉRAPEUTIQUE

Les liqueurs alcooliques. L'usage, l'abus.

Il y a peu de temps que l'alcool est entré dans la thérapeutique, mais il a pris rapidement une importance de premier ordre : la bonne eau-de-vie était le nectar du riche et, la mauvaise, le casse-poitrine du pauvre, sans que riche ou pauvre soupçonnât qu'elle fût un des plus puissants adjuvants de la digestion. La question n'est plus controversable aujourd'hui ; mais ce qui a besoin d'être redit encore, c'est que l'efficacité de l'alcool, comme médicament, dépend d'une manière absolue de son mode d'administration. Deux points importants sont à déterminer dans le traitement à l'alcool, la quantité, la qualité.

M. Leven s'est livré aux études les plus sérieuses sur la quantité d'alcool qu'il convient d'ingérer pour faciliter la

digestion et, par suite, l'assimilation des aliments. Par les expériences les plus concluantes, il a démontré qu'un excès d'alcool, par exemple, 75 grammes d'eau-de-vie pour 200 grammes de viande, arrêtait complètement la digestion, tandis que 25 grammes d'eau-de-vie pour le même poids de viande exerçaient, au contraire, sur la digestion, une action très énergique.

La question de l'alcool employé n'est pas d'une moindre importance. Le Dr Rabuteau, dont les travaux chimiques font autorité, a étudié avec le plus grand soin l'action comparée des divers alcools du commerce. L'alcool éthylique, ou alcool de vin, lui a toujours donné les meilleurs résultats. De ses nombreuses expériences, il résulte que l'excès même de cet alcool n'amène aucun des accidents que fait naître l'emploi, même modéré, de la plupart des alcools industriels, et spécialement de celui qui contient de l'alcool amylique. Ce dernier, principalement, suivant lui, produit les accidents désastreux de l'alcoolisme.

Des opinions aussi autorisées que celles de ces savants distingués doivent nécessairement nous induire à conclure : que le traitement à l'alcool ne doit pas être abandonné à l'initiative de chacun, mais réglé par les médecins, d'une manière aussi sévère que l'emploi des substances toxiques. Il y a plus, c'est que le médecin lui-même doit se mettre à l'abri de la fraude en ne se confiant qu'à une préparation qui ait fait ses prevves, et dont les éléments soient connus, telle, par exemple, que l'élixir alimentaire de Ducro, uniquement composé d'alcool de vin, d'écorces d'oranges amères et des principes nutritifs de la viande soigneusement extraits.

La viande, débarrassée de sa partie non alibile, l'alcool éthylique, si éminemment digestif, enfin, l'écorce d'oranges amères, qui est un apéritif si connu, ne peuvent, réunis ensemble dans de judicieuses proportions, qu'exercer la meilleure influence sur les constitutions débilitées par la maladie. Il s'agit ici moins de guérir que de reconstituer après la guérison, de ramener à la vie commune le malade que sa convalescence épuise, de suppléer à l'impuissance momentanée de ses organes par une alimentation pour ainsi dire digérée d'avance, et qu'il s'assimilera sans souffrance et même sans efforts. C'est là le triomphe de la médication par l'eau-de-vie, ce qui lui assure une place importante dans la thérapeutique nouvelle.

VARIA

Medical mathematisme.

Lecture faite au Congrès international d'hygiène de Turin ;
Par le Dr E. SEGUIN (de New-York).

I. *Progrès de l'uniformité métrique en médecine.* — II. *Méthode numérique d'observation.* — III. *Instruments d'observation physique et positive.* — IV. *Loi de l'inter-convertibilité des forces étendue à la physique et à la physiologie.* — V. *Uniformité métrique.* — VI. *Records métriques d'observation.* — VII. *Medical mathematisme.*

I. Lorsque la pensée n'est plus réprimée, qu'elle peut prendre un véritable essor, le monde des idées devient aussi fécond que celui des pollens et des spermatozoaires, et il est possible de voir, pendant le cours d'une vie de moyenne durée, une idée saine et vigoureuse, couvrir à elle seule le monde des produits de sa prolifération. C'est ce qui est arrivé, de nos jours, pour l'*unité de mesures*, idée devenue infiniment trop vaste pour être embrassée d'un seul coup d'œil, mais dont une simple application peut devenir—il en a été ainsi pour moi, du moins — un moyen d'avancement intellectuel.

Cette idée n'est pas née d'hier, elle ne s'est pas produite spontanément. Pendant longtemps, elle a existé à l'état latent avant de revêtir une forme scientifique, et cette forme elle ne l'a prise que lorsque le besoin s'est fait sentir de réunir les divers procédés mécaniques et intellectuels ; de plus, l'histoire de son dégagement lent d'entre les matériaux de la médecine conjecturale, contient la philosophie de son prochain développement. A tous ces titres, l'historique des phases qu'a parcourues cette idée ne doit donc pas être omis.

De tout temps, les réformateurs de la médecine ont compris dans leurs promesses celle de rendre notre art plus certain, notre science plus positive ; et c'est en voulant tenir cette promesse trompeuse, bien qu'honnête, en se servant d'instruments trop imparfaits pour réaliser l'idéal cherché, que les diverses Écoles qui se sont succédé nous ont laissé quelques grains d'or fin, qui brillent au milieu des scories de toutes leurs œuvres, œuvres trop pareilles à celles des alchimistes, auxquels la médecine a tant emprunté. Mais bien que ce précieux métal, la vérité, se soit accumulé très lentement par ce procédé, les naturalistes du dernier siècle commencèrent à s'apercevoir que l'accroissement de ce trésor était dû, non à l'imagination, mais à l'observation. Ils comprirent que le monde était régi par des lois immuables et non par des dieux anarchiques toujours prêts à bouleverser ces lois; ils comprirent également que, si le commencement de la sagesse était l'étude de ces lois, le commencement de la science devait être la création de méthodes et d'instruments de précision qui permissent de recueillir les faits, de bien voir les divers phénomènes, et qu'alors l'observation positive commencerait avec la mise en jeu de ces instruments et de ces méthodes; ils comprirent enfin que, de ce moment seulement, daterait l'ère de la connaissance de l'homme par l'homme.

Ces idées, exprimées d'abord par des médecins naturalistes, Lamark et Darwin, pénétrèrent peu à peu dans la pratique médicale.

II. Cinquante ans plus tard, nos maîtres étaient arrivés à cette conclusion : Que la médecine conjecturale avait fait son temps, et que le calcul, appliqué à des phénomènes bien décrits, suffirait pour assurer en médecine les résultats positifs obtenus dans les autres sciences naturelles. Leur jugement était juste, mais leurs idées pratiques sur ce sujet étaient fort limitées. Il n'y avait aucun doute dans leur esprit sur ce fait, que le savoir ordinaire d'un statisticien dut suffire à enregistrer tous les résultats ; quant à l'infaillibilité du diagnostic exigée par la méthode, ils n'avaient pas tort de s'y fier dans le cercle de la Société médicale d'observation, qui comptait parmi ses membres : Louis, Andral, Cruveilhier, Bouillaud, Bowditch, Abercrombie, Richard Bright, Addison, Stokes, Skoda, Oppolzer, etc., etc. Inutile de dire à quel point fut attaquée cette Société médicale d'observation ; mais il est instructif de rechercher par qui et par quels moyens. Quelques-unes de ces attaques, visant surtout les personnes, furent oubliées avec leurs auteurs, mais certaines autres eurent temporairement plus de poids, car elles émanaient d'hommes à vues justes, mais courtes et étroites, et qui ne se préoccupaient que du présent. Doués d'une dangereuse aptitude critique, ces hommes purent aisément démontrer que la *Méthode numérique* de Louis, etc., n'était pas une méthode, mais bien l'énoncé d'une forte volonté d'observer plus exactement que les autres, et que leur prétention à la création d'un système parfait d'observation, ne reposait que sur leur propre supériorité.

Les méthodistes modernes, battus sur ce point, gagnèrent à ces attaques de nombreux et attentifs auditeurs, parmi lesquels se répandirent leurs idées, et auxquels ils firent partager leurs aspirations vers une médecine positive. Ils gagnèrent ainsi un grand nombre de disciples ardents, et ceux-ci commencèrent à appliquer leur énergie à la réalisation de l'utopie de leurs maîtres: *Une méthode numérique d'observation.* Les géants avaient été terrassés par les pygmées, mais le trône de la médecine autoritaire était brisé et désormais, comme pour les autres sciences physiques, le règne des lois commençait pour la médecine.

Une remarque qui pourra sembler vulgaire, mais qui trouve ici sa place, c'est que quand une science ou une industrie se trouve notablement en arrière des autres, une de ses collatérales la prend — nous parlons au figuré — par

la nuque et la force à reprendre le niveau commun. C'est ainsi que nous avons vu l'architecture, qui depuis longtemps avait perdu sa grandeur et sa force, recevoir un sens nouveau de force et de grandeur par les progrès récents de la métallurgie et l'application de la nouvelle dynamique qui en résulte. De même et dans le même temps, la physiologie expérimentale et presque toutes les sciences physiques et mathématiques préparaient des *instruments* et des *méthodes* qu'il était facile d'appliquer à la rénovation de la médecine, dans le sens indiqué par la Société d'observation positive. (*A suivre*).

Commission d'Hygiène publique des arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux.

La situation des Commissions d'hygiène des arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux, qui avaient cessé de fonctionner par suite de la suppression de deux sous-préfectures, vient d'être réglée par le décret présidentiel suivant :

Le Président de la République, sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce. Vu, etc..., décrète :

Article premier. — Les Commissions d'hygiène publique des arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux sont présidées par le secrétaire général de la préfecture de police. Ces commissions peuvent élire un vice-président et un secrétaire renouvelables tous les deux ans. Elles se réuniront à Paris, à la préfecture de police. En cas de vacances dans ces commissions, la nomination est faite par le préfet de police, sur une liste de trois candidats présentés par les commissions elles-mêmes.

Art. 2. — Le sous-directeur de l'administration départementale de la préfecture de la Seine est membre de droit desdites commissions.

Art. 3. — Le décret du 15 décembre 1851 continuera à recevoir son exécution en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

Art. 4. — Le ministre de l'agriculture et du commerce est chargé de l'exécution du présent décret.

Les Commissions d'hygiène de Saint Denis et de Sceaux se réuni-

BALZER (F.). Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie, in-8 de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr. 75.

ront en conséquence, à l'avenir, à la préfecture de police, salle des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité. La commission de Saint-Denis se réunira le premier mercredi de chaque mois. La commission de l'arrondissement de Sceaux, le deuxième mercredi de chaque mois. Ces réunions auront lieu à 2 heures. Les premières réunions sont fixées au mois d'octobre prochain.

Médecins Militaires.

Par décret du président de la république en date du 7 septembre 1880, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire, savoir :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Servier, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris, en remplacement de M. Jacquemin mis en non activité pour infirmités temporaires.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Massaloup, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Servier, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : — (Ancienneté) M. Delort, médecin-major de 2e classe au 15e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Lacassagne, hors cadre. — (Choix) M. Joly, médecin-major de 2e classe au 7e bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Dumont de Sournac retraité. — (Ancienneté) M. Maurin, médecin major de 2e classe au 6e régiment de chasseurs, en remplacement de M. Massaloup, promu.

Statistique de la population en Suisse

Il ressort d'une publication du Bureau fédéral de statistique qu'en 1879 il y a eu en Suisse, sur une population présumée de 2,898,493 individus, 19,450 mariages, 86,180 naissances, 63,651 décès et 2,031 mort-nés ; 15,591 enfants sont morts dans leur première année, 5,120 entre 1 et 5 ans, 2,666 entre 5 et 15 ans, 19,939 sont décédés de 15 à 60 ans et 20,531 âgés de 60 et plus, l'âge pour 104 décès est resté inconnu.

Les causes de mort ont été la petite vérole dans 135 cas, la rougeole dans 154, la fièvre scarlatine dans 641, la diphthérie dans 1,352, la coqueluche dans 467, la dyssenterie dans 137, le typhus dans 913, la fièvre puerpérale dans 228, la phthisie dans 5,755, les maladies pulmonaires aiguës et celle du larynx dans 6,621, les maladies organiques du cœur dans 2,220 (896 cas du sexe masculin et 1,324 du sexe féminin), l'apoplexie dans 2,219 et l'entérite dans 4,096.

Le nombre de décès par accident a été de 1,719 (dont 1,386 individus du sexe masculin et 333 du sexe féminin); celui des suicides s'est élevé à 701 (606 hommes et 95 femmes). Enfin, le nombre des décès causés par des crimes a été de 88.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Ribemont commenceront le lundi 20 septembre, à 4 heures et demie, un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en six semaines. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours particulier de technique microscopique. — M. Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le jeudi 9 septembre, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exigent journellement la pratique médicale. — Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les instruments nécessaires sont à leur disposition. — On s'inscrit, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 4 à 6 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 3 septembre au jeudi 9 septembre, 1880, les naissances ont été au nombre de 1048, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 417 ; illégitimes, 129. Total, 546. — *Sexe féminin :* légitimes, 373 ; illégitimes, 129. Total, 502.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 3 septembre au jeudi 9 septembre 1880, les décès ont été au nombre de 1009, savoir : 527 hommes et 482 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 18. F. 15. T. 33. — Variole : M. 16. F. 16. T. 32. — Rougeole : M. 8. F. 10. T. 18. — Scarlartine : M. 5. F. 8. T. 13. — Coqueluche : M. 2. F. 7. T. 9. — Diphthérie. Croup : M. 13. F. 12. T. 25. — Dysentérie : M. F. 1. T. 1. — Erysipèle : M. 2. F. 1. T. 3. — Infections puerpérales : 1. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. ... — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 83. F. 65. T. 148. — Autres tuberculoses : M. 32. F. 17. T. 49. — Autres affections générales : M. 22. F. 28. T. 50. — Bronchite aiguë : M. 17. F. 6. T. 23. — Pneumonie : M. 18. F. 19. T. 35. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 98. F. 98. T. 196. — Autres maladies locales : aiguës : M. 41. F. 50. T. 91 ; — chroniques : M. 99. F. 93. T. 192 ; — à forme douteuse : M. 25. F. 23. T. 48. — Après traumatisme : M. 1. F. 2. T. 3. — Morts violentes : M. M. 23. F. 8. T. 31. — Causes non classées : M. 6. F. 2. T. 8.

Morts-nés et prétendus tels : 76 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29 ; illégitimes, 13. Total, 42. — *Sexe féminin :* légitimes, 22 ; illégitimes, 12. Total, 34.

Faculté de Médecine de Paris. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1880-1881, des Cours auxiliaires créés par les arrêtés des 1, 2 et 30 novembre 1878 et 30 octobre 1879, les agrégés dont les noms suivent : *Chimie* : M. Henninger ; — *Histoire naturelle* : M. de Lanessan ; — *Pathologie interne* : M. Dieulafoy ; — *Pathologie externe* : M. Berger ; — *Physiologie* : M. Cadiat ; — *Anatomie pathologique* : M. Ollivier ; — *Accouchements* : M. Pinard.

Faculté des Sciences de Marseille. — M. Cabasse est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Thierz, démissionnaire.

Nécrologie. — M. le Dr Delpech, médecin des hôpitaux et membre de l'Académie de médecine, vient de succomber à une attaque de congestion cérébrale, alors qu'il faisait l'ouverture de la chasse en Seine-et-Marne. — La *Gazette des hôpitaux* annonce le mort du Dr Raulx, décédé à 28 ans, à Blidah (Algérie) victime d'une épidémie de fièvre typhoïde. M. Raulx avait soutenu une excellente thèse sur *les fonctions générales dans la phthisie pulmonaire chez la femme.*

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Des actes musculaires dans la marche de l'homme ;

Par le Dr M. BOUDET DE PÂRIS, ancien interne des hôpitaux.

L'étude de la marche, chez l'homme, a déjà été entreprise plusieurs fois ; parmi les physiologistes qui ont fait de cette étude le sujet de leurs recherches, nous citerons plus spécialement les frères Weber, M. Carlet, le professeur Marey et Duchenne (de Boulogne).

Déjà, en 1680, Borelli (1) avait abordé cette question. Ce fut lui qui démontra, pour la première fois, que les os sont mus par les muscles *à la manière des leviers ;* il tenta même d'évaluer mathématiquement les divers actes qui concourent à la progression du corps

La théorie moderne des frères Weber (2), encore admise aujourd'hui par un grand nombre de physiologistes, est entachée d'erreurs que les expériences de MM. Carlet et Marey ont su mettre en évidence.

Mais, si les recherches de ces derniers expérimentateurs sont inattaquables comme exactitude, elles n'en restent pas moins incomplètes, puisqu'ils ont laissé de côté toute la question si intéressante des mouvements musculaires, qui jouent le principal rôle dans l'acte de la marche.

La théorie des frères Weber, basée sur des principes de physique pure, ne résiste pas longtemps à un examen raisonné. On sait, en effet, que ces physiologistes font jouer le rôle actif au membre qui supporte le tronc pendant sa progression (membre portant) ; tandis que la jambe oscillante (ou passive) est mue, comme une masse inerte, par le simple effet de la pesanteur. Sa flexion même serait régie par la loi des pendules doubles : tout pendule composé de deux parties réunies par une charnière fléchit légèrement dans la charniere au moment de l'oscillation.

On se demande, tout d'abord, pourquoi la nature aurait doué les membres inférieurs de muscles si puissants, si ces membres devaient jouer le rôle tout passif de balanciers.

D'un autre côté, les frères Weber admettent que le membre portant (membre actif) est, pendant un certain temps, à l'état de flexion. Cette observation est certainement erronée ; car la transmission au sol du poids du corps doit se faire par l'intermédiaire d'un membre rigide. Si le genou était fléchi pendant que le membre supporte le poids du corps, la force dépensée par les muscles serait telle que la fatigue surviendrait au bout de quelques pas ; le travail musculaire nécessaire pour la progression serait assez comparable à celui qu'exige l'ascension d'un escalier.

Nous verrons tout à l'heure que le membre portant, contrairement à l'opinion des frères Weber, peut être considéré comme beaucoup moins actif que le membre oscillant, au point de vue de la propulsion.

(1) Borelli. — *De motu animalium*, 1680.
(2) E. A. W. Weber. — *Mechanik. d. menschlichen gehwerkzeuge*, 1836.

La théorie des frères Weber est, cependant, vraie en partie, dans certains cas de claudication, principalement dans celui où l'un des membres est plus court que l'autre. Dans ce cas, en effet, le membre le plus court, lorsqu'il est portant, devient le principal agent de la propulsion du tronc. Mais alors, on voit entrer en jeu des muscles à peu près inactifs dans la marche normale, et l'ensemble des mouvements n'est plus comparable à ce que l'on observe chez l'homme sain.

Les expériences de M. Carlet (1) et de M. le professeur Marey (2) ont surtout porté sur les temps d'appui du pied, et les mouvements d'oscillation du tronc.

Je n'ai pas à revenir ici sur les résultats obtenus par ces observateurs ; je rappellerai seulement que, tout en laissant de côté l'étude des contractions musculaires, ils ont cependant admis que le membre qui oscille est certainement soumis à l'action des muscles.

Ainsi, M. Carlet montre que le droit antérieur de la cuisse se contracte au début de la période d'oscillation.

M. Marey, à propos de la force motrice développée pendant la marche, écrit (3) :

« Cette force réside dans l'action des muscles extenseurs de la cuisse, de la jambe et du pied. Le membre « inférieur forme dans son ensemble une colonne brisée dont les angles s'effacent, et dont le redressement « s'effectue en poussant le sol par en bas et le corps par « en haut. »

Si l'on veut bien appliquer cette définition au membre oscillant, en y ajoutant ce fait que la force motrice se dédouble pour soulever le tronc d'une part, et de l'autre pousser le bassin en avant, on verra que notre étude des mouvements musculaires ne fait que confirmer l'opinion émise par le savant professeur du Collège de France.

Duchenne (de Boulogne) (4), qui a si bien étudié l'action des muscles de l'homme, affirme également que les mouvements d'oscillation sont impossibles sans l'intervention des fléchisseurs de la cuisse, des fléchisseurs de la jambe et des fléchisseurs du pied.

C'est précisément cette étude des mouvements musculaires accompagnant la marche que j'ai voulu aborder.

J'ai laissé de côté tous les points de la question déjà traités par les précédents auteurs, les considérant comme suffisamment prouvés. D'ailleurs, il sera facile de voir que leurs résultats concordent parfaitement avec ceux de mes expériences personnelles.

Pour analyser les différents mouvements musculaires, j'ai eu recours à la méthode déjà employée par MM. Carlet et Marey, c'est-à-dire à la transmission par l'air. J'ai appliqué sur les principaux groupes musculaires des membres inférieurs des tambours explorateurs, reliés par des tubes de caoutchouc à d'autres tambours inscripteurs. De cette façon, j'ai pu me rendre compte, non seulement de la succession des mouvements pendant les divers temps de la marche, mais aussi de la force de la

(1) Carlet. — *Annales des sciences naturelles*, 1872.
(2) Marey. — *La machine animale*, 1873.
(3) Marey. — *Loc. cit.* page 118.
(4) Duchenne (de Boulogne). — *Physiologie des mouvements.*

contraction des muscles en activité (par la comparaison des courbes inscrites).

Je vais exposer, aussi brièvement que possible, le résultat de ces recherches :

Pendant la marche, la même jambe est tantôt *portante*, tantôt *oscillante*, chacune de ces deux phases ayant exactement la même durée, à l'état normal.

La succession de la période d'oscillation à celle de soutien se fait très rapidement, même lorsque la marche est lente. Cependant, il est possible de subdiviser chacune de ces deux périodes en plusieurs temps ; cette subdivision, il est vrai, n'est surtout intéressante que pour la période d'oscillation.

Si, chez un individu qui marche, nous observons le membre oscillant, nous voyons que ce membre, situé d'abord en arrière du membre portant, arrive au parallélisme avec lui à un certain moment de sa course, puis le dépasse d'une quantité à peu près égale avant de retomber sur le sol, et de devenir portant lui-même. Par conséquent, nous aurions pu prendre comme point de repère pour notre subdivision, le moment où a lieu le parallélisme des deux membres ; mais il nous a semblé plus logique de graduer cette subdivision d'après la succession même des contractions des principaux groupes musculaires.

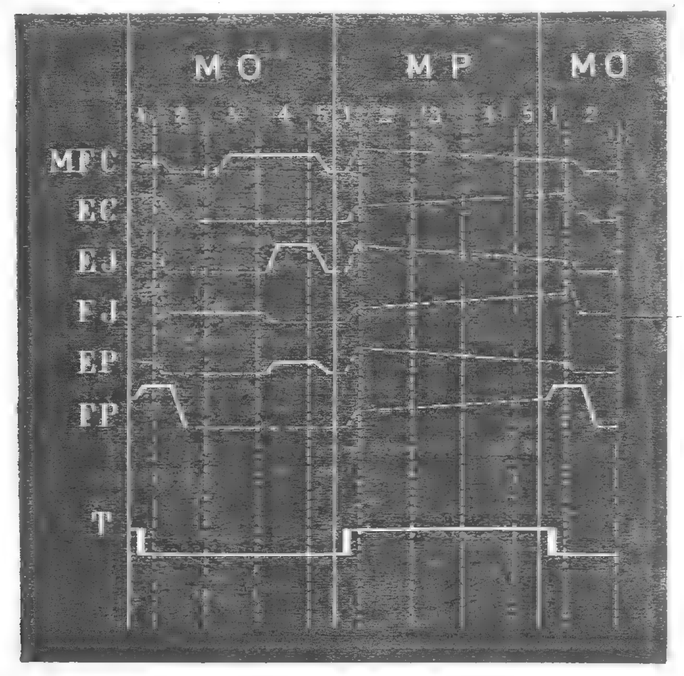


Fig. 77. — MO, Membre oscillant. — MP, Membre portant. — M FC, Muscles fléchisseurs de la cuisse. — EC, Muscles extenseurs de la cuisse. — EJ, Muscles extenseurs de la jambe. — FJ, Muscles fléchisseurs de la jambe. — EP, Muscles extenseurs du pied. — FP, Muscles fléchisseurs du pied. — T, Appuis et levées du talon.

Cette succession des contractions est, d'ailleurs, très rapide, et ce n'est que l'observation attentive de la marche lente et surtout l'emploi de la méthode graphique qui m'ont permis de décomposer la série des actes musculaires.

Le premier et le dernier temps de l'oscillation sont très courts ; mais comme ils correspondent aux dernier et premier temps de soutien, également très brefs, il en résulte que l'harmonie des deux périodes de la marche n'est pas modifiée par cette inégalité apparente.

J'ai tenté de reproduire, sous forme de tableau schématique (*Fig.* 77), les divers tracés recueillis au moyen de la méthode graphique. On peut facilement suivre sur ce tableau la succession des actes musculaires pendant l'oscillation et la période de soutien.

En coupant ce schéma au point de réunion des deux périodes, et en plaçant la seconde au-dessous de la première, on peut se rendre compte, en un seul coup d'œil, des différents états des muscles des deux membres, à tous les instants de la marche.

Parmi les contractions qui déterminent la progression, les unes sont essentielles, c'est-à-dire que ce sont elles qui engendrent la force destinée à soulever le tronc, à le pousser en avant et à faire en même temps progresser le membre oscillant ; elles sont indiquées sur le schéma par un trait plein ; les autres ont pour but de fixer les articulations et de maintenir le membre rigide pour permettre la transmission du poids du corps vers le sol. Ces dernières sont représentées par un trait pointillé.

Enfin, j'ai marqué par un trait vertical les moments de levée et d'appui du talon (T). La durée du temps d'appui a été trop bien étudiée par MM. Carlet et Marey pour que j'aie cru devoir y insister ici.

Voici, maintenant, comment je crois pouvoir analyser les différents temps de la marche, au point de vue des mouvements musculaires. Bien entendu, je ne parle que de l'action des principaux groupes musculaires ; l'étude de l'action isolée de chaque muscle exigerait des recherches beaucoup plus détaillées, que je n'ai pas eu le loisir d'entreprendre. Ce que j'ai surtout cherché à démontrer, c'est la succession des mouvements qui s'opèrent dans le membre inférieur pendant la marche.

1° Membre oscillant. — 1er *temps*. Au moment où le membre, de *portant* qu'il était, va devenir *oscillant*, les muscles extenseurs et fléchisseurs de la cuisse, tous les muscles de la cuisse et ceux de la jambe, sont encore en état de contraction. A ce moment même, les fléchisseurs du pied (postérieurs de la jambe) (1) se contractent plus fortement pour détacher le talon du sol. Mais, comme ce soulèvement du talon coïncide avec un léger soulèvement du tronc, et surtout avec la propulsion du bassin, il est nécessaire que le genou ne fléchisse pas, et que la force motrice, développée dans les muscles du mollet, se transmette au tronc par l'intermédiaire d'un membre rigide. C'est précisément pour maintenir cette rigidité que les autres groupes musculaires de la cuisse et de la jambe conservent le degré de contraction qu'ils avaient pendant qu'ils transmettaient au sol le poids du corps, et que le membre était portant.

Le premier temps de l'oscillation peut donc se résumer ainsi :

Contraction de tous les muscles du membre ;

Contraction très énergique (essentielle) des muscles postérieurs de la jambe (FP) ;

Tronc légèrement soulevé ;

Propulsion du bassin ;

Le pied se détache d'arrière en avant (T).

A ce moment, l'autre membre qui, d'oscillant est devenu portant, reçoit l'impulsion produite par la contraction des muscles du mollet, son congénère; tous ses muscles se contractent pour soutenir cette impulsion, supporter le poids du corps et permettre la progression du membre oscillant (1 MP).

2e *temps*. Dès que le bassin a été lancé en avant, le pied se détache complètement du sol : le membre n'est

(1) Je crois devoir donner aux muscles postérieurs de la jambe la dénomination qui est indiquée par leur action physiologique ; ce sont bien en effet des muscles *fléchisseurs* dont l'action peut être rapprochée de celle des muscles antérieurs de l'avant bras.

plus réellement actif pendant un certain temps, et son rôle se borne à se transporter en avant. La première partie de ce transport est effectuée par les seules forces de la pesanteur. C'est en appliquant cette observation à toute la durée de l'oscillation que les frères Weber avaient fondé leur théorie de l'oscillation pendulaire.

Au deuxième temps de l'oscillation, on voit donc tous les muscles se décontracter, excepté les muscles fléchisseurs de la jambe (muscles postérieurs de la cuisse) (FJ) qui restent très légèrement contractés pour soulever le pied, et l'empêcher de heurter le sol par sa pointe dirigée en bas.

Le genou se fléchit ; la cuisse, emportée par le mouvement en avant du tronc, et obéissant à la pesanteur, arrive au parallélisme avec la cuisse portante.

3e *temps*. Au troisième temps de l'oscillation, la pesanteur n'agit plus suffisamment pour porter le membre en avant; c'est alors que les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin (FC) entrent en action; la cuisse est par eux portée en avant, la jambe restant toujours légèrement fléchie, et la pointe du pied dirigée vers le sol.

4e *temps*. L'action des muscles fléchisseurs de la cuisse (FC) continue; mais, à ce moment, le segment inférieur du membre est porté en avant par la contraction des extenseurs de la jambe (antérieurs de la cuisse) (EJ). En même temps, la pointe du pied est légèrement relevée par une faible contraction des extenseurs du pied (muscles antérieurs de la jambe) (EP). Ce double mouvement d'extension de la jambe et du pied sont très appréciables à la vue lorsqu'on examine attentivement un marcheur.

5e *temps*. Le membre a alors atteint son maximum de projection. D'un autre côté, le tronc, qui a tout d'abord été lancé par lui, dépasse maintenant le plan vertical du membre portant. Le membre oscillant va de nouveau devenir son soutien; tous les muscles qui avaient concouru à sa projection se décontractent ensemble, et il retombe sur le sol par l'effet de son propre poids, augmenté de celui du tronc qui lui arrive à cet instant.

2° Membre portant. — Dès que le membre oscillant est retombé sur le sol et redevenu portant, il a à soutenir la nouvelle impulsion produite sur le tronc par son congénère devenu oscillant

Pour remplir cette fonction, le membre portant doit être roidi et le genou fixé. Le premier temps sera donc marqué par la contraction simultanée de tous les muscles de la cuisse et de la jambe et, bien entendu, des muscles qui relient le membre au bassin.

Cette contraction persiste pendant toute la période de soutien. Nous avons vu qu'elle existait encore pendant le premier temps de l'oscillation.

Sur le schéma, l'inclinaison des traits représentant l'état de contraction a pour but de figurer les variations d'intensité de l'activité musculaire. L'obliquité ascendante indique naturellement un accroissement de cette activité, et inversement.

Tels sont les principaux mouvements musculaires dont la succession a pour résultat la progression du corps.

En résumé, on voit que les contractions que j'ai appelées essentielles n'ont lieu que pendant la période d'oscillation, au premier temps (muscles postérieurs de la jambe), au troisième temps (muscles fléchisseurs de la cuisse et au quatrième temps (muscles extenseurs de la jambe et du pied). Tous les autres actes n'ont qu'une importance secondaire ; en d'autres termes, la jambe oscillante est la plus active, puisque c'est elle qui soulève le tronc et projette le bassin; en outre, ses muscles se contractent pour effectuer la deuxième partie de son oscillation.

Quant au membre portant, ses muscles ne servent qu'à en faire un tuteur inflexible, une sorte de béquille destinée à recevoir et à soutenir l'impulsion du tronc ; c'est donc à lui que l'on peut appliquer l'épithète de *passif*, dont les frères Weber avaient injustement gratifié le membre oscillant.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hopital Saint-Louis. — **M. HILLAIRET.**

VIe Leçon.— De l'acné varioliforme.

Leçon recueillie par M. **Brault**, interne des hôpitaux (1).

Messieurs,

Cette variété a été indiquée la première fois par Tilésius, et plus tard par Bateman sous le nom de *Molluscum contagiosum*.

Rayer, en 1836, a parfaitement décrit cette affection sous le nom d'élevures folliculeuses de la peau. En 1846, Hughier reprenait cette étude sous la dénomination bizarre, d'ailleurs, d'*ecdermoptosis*.

Bazin, en 1851, proposa et fit admettre l'expression d'acné varioliforme. Caillaut, interne à l'hôpital des Enfants, décrivit l'affection sous le nom d'acné molluscoïde, en insistant surtout sur sa nature contagieuse, et Magnan, élève de Bazin, compléta cette étude.

Malgré tout, l'acné varioliforme reste, au point de vue de sa nature, encore à l'étude. Son côté clinique est mieux connu. Tout le monde n'admet pas sa nature contagieuse. Nous verrons dans les leçons suivantes quels sont les points aujourd'hui les plus discutés.

L'affection constituée se présente à la vue sous l'apparence d'élevures boutonneuses, blanches, transparentes, quelquefois rosées, dont la dimension varie de celle d'un grain de chénevis à celle d'un pois. Au sommet ou sur le côté de cette tumeur, se trouve une dépression avec orifice béant. Par cette ouverture, tantôt presque impossible à voir, tantôt ponctuée en noir par des poussières en suspension, s'écoule la matière sébacée, surtout si l'on vient à exercer une pression. La base sur laquelle repose la tumeur est large, quelquefois au contraire son point d'attache est très étroit, elle est comme péduculée.

Dans certains cas, la tumeur est complètement transparente, et ressemble à une pustule de variole à la période de régression, mais cette apparence, qui lui a valu son nom, est loin d'être constante. La matière sébacée peut s'éliminer presque entièrement ; la tumeur ne présente alors que son enveloppe flétrie. La sécrétion est blanche, lactescente, crayeuse et plus ou moins dure et elle diffère notamment de la sécrétion sébacée habituelle.

C'est surtout à propos de la nature de la sécrétion et de la matière contenue dans la tumeur que les auteurs ont discuté dans ces derniers temps.

Hughier et Magnan, les premiers, tentèrent l'étude micrographique de l'affection. Il décrivirent la tumeur comme formée de cloisonnements et de tubes en nombre variable et de formes très diverses. M. Hardy admet cette anatomie pathologique, il avait même cru trouver l'explication de la contagion dans la présence à l'in-

(1) Voir les nos 6, 10, 13, 17 et 37.

térieur du sebum de champignons avec myceliums et spores.

Mais depuis, à la suite des objections qui lui furent faites, il reprit cette étude, et revint lui-même sur sa première opinion ; il avait trouvé les mêmes champignons dans les follicules sains.

Dans ces dernières années, et particulièrement en Allemagne (Archives de Virchow), ont paru plusieurs mémoires ayant trait à l'anatomie pathologique de l'acné varioliforme. Presque tous ont donné les mêmes descriptions, qui diffèrent beaucoup de celles des auteurs que nous avons cités précédemment. La glande sébacée serait augmentée de volume ; sa paroi, au lieu d'être constituée par une seule rangée de cellules épithéliales, serait formée par deux, trois ou quatre rangées de ces mêmes cellules ; à l'intérieur de la glande sébacée, on trouverait, outre les granulations graisseuses habituelles, des globes, des sortes de billes comme apparence extérieure, formées d'une substance réfringente tout à fait spéciale.

Ces blocs réfringents sont légèrement ovoïdes et séparés les uns des autres par de petites cloisons. Ils sont très serrés les uns contre les autres. Quel est leur mode de formation? Dérivent-ils de la graisse ou de la matière sébacée de la glande, ou sont-ils de nature toute particulière ?

Ce point n'est pas élucidé et ne pourra l'être que par l'emploi de réactifs spéciaux dénotant la présence de la graisse.

Ces pustules sont : ou isolées ou dispersées sur toute une région du corps, ou confluentes, ce qui est assez rare. Elles siègent surtout au visage : les parties les plus souvent atteintes sont les lèvres, les joues, les paupières, le nez, le front, le cou.

On les a trouvées aussi sur les seins, sur la poitrine, le dos et les membres. Elles sont assez fréquemment observées aux organes génitaux.

La marche de l'affection est lente, elle évolue par poussées successives, la tumeur est d'ailleurs indolore, elle peut persister indéfiniment et peut guérir spontanément. Dans ce dernier cas, le follicule s'enflamme, se gangrène, s'élimine, et l'ulcération se cicatrise ; quelquefois il s'enflamme et suppure, enfin, il peut être directement résorbé, sans suppuration ni gangrène. Le mieux est encore de vider les boutons par pression.

L'acné varioliforme est assez commune dans l'enfance et la jeunesse, de 13 à 18 ou 19 ans. La cause générale qui prédisposerait le plus à l'affection serait, suivant Bazin, le lymphatisme et la scrofule. M. Hardy combat cette opinion, il ne veut admettre que la contagion.

Il s'appuie sur une observation de Bateman, sur une de Devergie, sur deux de Caillaut et sur deux qui lui sont personnelles. Ces cinq observations paraissent, en effet, militer en faveur de la contagion.

Dans ces derniers temps, M. Vidal voulut contrôler les assertions avancées par les auteurs précédents, et tenta l'inoculation de la papule de l'acné varioliforme. Il crut à la contagion, et on peut voir au musée de Saint-Louis un moule représentant une acné varioliforme obtenue sur un bras, par inoculation. En Angleterre, cette question de la contagion a préoccupé aussi les dermatologistes et, parmi ceux qui se sont rattachés à cette idée, nous devons signaler Erasmus Wilson et Tilbury Fox.

Il y a des faits en faveur de la contagion, mais il y a aussi des preuves contre, et de nouvelles expériences seraient nécessaires pour trancher complètement la question. Pour ma part, je n'ai jamais vu de fait qui m'autorise à admettre la contagion.

Cette affection est facile à reconnaitre : elle siège toujours en un point limité de la peau et ne sera, par conséquent, pas confondue avec la varicelle qui est dispersée sur toute l'étendue du corps.

De plus, la varicelle est formée par des vésicules dont on peut facilement faire sortir le liquide transparent par une petite ponction. La présence de l'ombilic et du point noir sur la tumeur suffira toujours pour faire éviter l'erreur ; nous ne reviendrons pas, d'ailleurs, sur les analogies plus ou moins grandes entre l'acné varioliforme et les éruptions varioliques vraies, la confusion est absolument impossible.

En terminant ce qui a trait aux acnés par rétention, je dois vous dire un mot de plusieurs variétés qui ont été décrites comme des degrés plus avancés de l'acné varioliforme, et qui donnent quelquefois lieu à des erreurs de diagnostic.

M. Hardy, entre autres, a décrit, dans son article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique sur l'acné, une variété de l'acné varioliforme qu'il appelle molluscum. Il distingue le molluscum simple qui présente un point noir sur la surface, et le molluscum pendulum qui ne serait que le moluscum simple *flétri et en partie vidé*. Comme variétés de molluscum, il distingue encore le molluscum granuleux qui correspond à l'acné miliaire et au *milium seu grutum* des Allemands, et le molluscum piriforme qu'il n'a rencontré que cinq fois sur les bourses.

Il existerait, enfin, une dernière forme décrite dans la thèse de Lutz et appelée molluscum éléphantiaque par Bazin ; cette dernière variété se caractérise par un très grand nombre de tumeurs sébacées, de la même espèce, répandues sur tout le corps. Or, si l'on suit avec attention la description de ces tumeurs, le *molluscum simple* pris pour type, on voit que, par sa forme, par la quantité de matière sébacée contenue dans son intérieur, par la persistance de l'orifice marqué de noir sur un point de sa surface, il a été confondu avec la distension exagérée de la glande, *avec les véritables kystes sébacés*. Ces kystes, qui prennent un développement si considérable sur la tête, où ils ont reçu le nom de loupe, peuvent se calcifier, ou déterminer par leur développement considérable des troubles de divers ordres. Mais l'affection, arrivée à ce degré, constitue une véritable tumeur, elle est du domaine de la chirurgie, sa description ne doit donc pas rentrer dans notre cadre.

Mais ce que je tiens aussi à vous dire, c'est que ces molluscums sébacés ont été confondus, quand ils étaient pédiculés, avec le molluscum vrai ou molluscum fibreux.

Le molluscum fibreux, y compris la variété molluscum pendulum, est constitué histologiquement par un fibrome dont les fibres sont lâches et dont le stroma est riche en liquide. Jamais sur une pareille tumeur on ne rencontrera l'ombilication ou le point noir des acnés.

Aussi, pour terminer cette discussion, je crois qu'il faut conserver le nom de molluscum à des tumeurs fibreuses, et ranger les variétés d'acnés décrites par certains auteurs sous le nom de molluscum, dans les kystes sébacés ; ce sera le seul moyen d'éviter une confusion de mots. Cette erreur a été commise autrefois, alors que les deux affections semblaient avoir la même nature.

Je n'ai plus que quelques mots à vous dire sur l'acné varioliforme, touchant le traitement. Nous avons vu qu'il se rencontrait assez fréquemment chez les sujets lymphatiques et scrofuleux, aussi sera-t-il bon d'administrer

à l'intérieur l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer et même l'arsenic. Quant au traitement local, il consiste, soit dans l'application de caustiques atrophiants (teinture d'iode) ou d'autres caustiques (chlorure de zinc ou potasse caustique), soit en des lavages astringents l'issue de la matière sébacée par pression.

On peut encore employer un traitement plus énergique : inciser ou exciser. Cette opération peut être pratiquée sur toutes les parties du corps presque impunément, surtout si les tumeurs sont en petit nombre. Il n'y a de précaution à prendre que dans les régions ou le tissu cellulaire est très lâche, où il s'enflamme facilement, au niveau des paupières et des organes génitaux particulièrement. Ajoutons, enfin, que le raclage est un des meilleurs moyens d'obtenir une guérison rapide et que cette petite opération, qui se pratique très rapidement, est, sauf un peu de cuisson, tout à fait inoffensive.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Le Clinicat de la chaire des maladies mentales.

Dans les nos 23 et 30 du *Progrès médical*, nous avons annoncé les décisions du Conseil des professeurs de la Faculté de Médecine relativement aux concours pour le clinicat des chaires spéciales, et la date d'ouverture de ces concours. Bien que nous n'ayons, à ce moment-là, fait suivre cette annonce d'aucune remarque, nous n'en avions pas moins constaté, avec regret, qu'il n'y avait pas de concours pour la place de chef de clinique des maladies mentales.

Nous espérions, d'ailleurs, que les journaux que nous avions vu, en diverses circonstances, si ardents à réclamer le concours, s'empresseraient de signaler cette anomalie. Quant au *Progrès médical*, par suite de sa situation personnelle vis-à-vis du chef de clinique alors en exercice, et que l'on prorogeait pour une année dans ses fonctions, toute critique de sa part aurait pu être mal interprétée.

Quelques semaines après, lorsque nous avons publié les conditions des concours pour les différentes places de chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, nous avons remarqué que, parmi celles-ci, on n'avait pas manqué de mettre au concours la place de chef de clinique des maladies mentales. Nous avons alors regretté de ne pas avoir réclamé en temps voulu, et de ne pas avoir cherché à faire disparaître, pour la Faculté de médecine de Paris, une situation aussi anormale. La seule raison qui aurait pu être mise en avant pour motiver l'ajournement de ce concours, c'eût été la crainte de ne pas voir se produire des concurrents en nombre suffisant. Cette crainte qui, comme nous le démontrerons tout à l'heure, ne repose sur aucune base sérieuse, n'a pas même été invoquée lors de la réunion du Conseil des professeurs, réunion dans laquelle a été discutée la mise au concours des différentes places de chefs de clinique, et c'est sur le désir exprimé par le professeur qui occupe la chaire des maladies mentales que le concours a été ajourné à un an. A notre avis, ni M. le Doyen, ni le Conseil de la Faculté n'auraient dû accéder à ce désir, car ils ont, en voulant : d'une part, être agréable à un collègue, d'autre part, respecter des droits acquis, créé un fâcheux précédent.

Nous avons dit que la crainte de voir des candidats se présenter en nombre insuffisant était illusoire ; la preuve de notre assertion sera facile à fournir. Nous voyons en effet, depuis près de deux ans, par le fait du rétablissement des concours pour l'internat dans les asiles d'aliénés de la Seine et pour les places de médecins et de médecins adjoints des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière ; par ce fait aussi que l'on a l'espoir de voir ce concours être établi pour les places de médecins des trois asiles départementaux ; nous voyons, disons-nous, un bon nombre d'étudiants et de médecins, certains maintenant que leurs connaissances auront des chances d'être utilisées, se livrer à l'étude des maladies mentales et se spécialiser dans cette branche de la pathologie. Cela est tellement vrai que, dans les deux premiers concours qui ont eu lieu pour deux places de médecin et pour l'internat dans les asiles, nous avons vu de nombreux concurrents se produire.

A l'heure actuelle, les raisons qui nous avaient fait garder le silence n'existent plus. D'autre part, la situation se trouve complètement modifiée, et les causes qui avaient pu peser sur la décision de la Faculté viennent de disparaître. M. Doutrebente, chef de clinique des maladies mentales, faisant fonction de médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne, vient, en effet, d'être nommé médecin directeur de l'asile de Blois. Nous espérons donc que le Conseil de la Faculté n'hésitera pas cette fois, et que ne se trouvant plus en face de titres acquis, il ne cédera pas à nouveau aux demandes que pourrait formuler le même professeur.

Il appartient à M. le Doyen de prendre de suite les mesures nécessaires pour que le concours pour la place de chef de clinique des maladies mentales soit ouvert le plus prochainement possible. A. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 septembre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. MAUREL fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Du traitement de quelques affections des voies respiratoires et en particulier du croup par les inhalations d'oxygène.* L'auteur communique des observations d'emphysème, de coqueluche compliquée de bronchite, de croup, guéris par cet agent thérapeutique, l'oxygène. Il insiste sur ce fait que les inhalations d'oxygène ne sont pas contre-indiquées par l'état fébrile. Il fait appel aux observateurs pour expérimenter l'oxygène dans les diverses maladies qu'il vient d'énumérer, et en particulier dans le croup et la diphthérie.

M. WOILLEZ lit un rapport sur une communication antérieurement faite par M. E. Vidal (d'Hyères) : *De la transmission des bruits thoraciques jusque dans la partie inférieure de l'abdomen, chez les malades atteints d'ascite.* L'auteur, après avoir exposé ses observations, a cherché à établir la signification des phénomènes de transmission du bruit respiratoire. Il est évident que M. Vidal a établi dans son travail que l'on peut rencontrer dans l'ascite la transmission, au niveau de l'abdomen, des bruits respiratoires et des bruits du cœur. Mais, M. Vidal est allé trop loin en considérant le phénomène comme un signe de l'épanche-

ment ascitique à son début. Contrairement à la conclusion de l'auteur, M. Woillez pense que la transmission signalée par M. Vidal peut se rattacher aussi bien au peu d'abondance du liquide qu'à la généralisation de l'épanchement. On ne saurait admettre non plus, comme démontrée, que la transmission atténuée des bruits du cœur soit un signe du début d'un hydropéricarde. Dans l'explication de ces transmissions des bruits intrathoraciques à l'abdomen, M. Vidal semble être allé un peu loin en rejetant l'idée de la transmission des bruits thoraciques par les parois abdominales, intimement rattachées aux parois de la poitrine, et pouvant se trouver dans un état de tension par le fait de l'ascite.

M. Bouley, dans une brillante improvisation, expose les résultats que M. Toussaint (de Toulouse), a obtenus en *vaccinant* des moutons, dans des conditions spéciales, afin de les mettre à l'abri du *charbon*. Lorsqu'il y a un mois, M. Bouley fit part de la découverte de M. Toussaint, en annonçant que son mode expérimental se trouvait consigné dans un pli cacheté, adressé et accepté par l'Académie, plusieurs membres de cette assemblée manifestèrent leur surprise de ne pas voir associées et la publication des faits recueillis et la description des procédés employés. A cette époque, M. Toussaint croyait avoir trouvé le moyen de prévenir le charbon des moutons, en leur inoculant un liquide spécial, qui n'était pas le liquide bactéridien. Des expériences multiples et convaincantes ne laissaient prises à aucun doute sur l'immunité ainsi acquise. De tels travaux devaient émouvoir les esprits intéressés à l'économie rurale et à la reproduction animale en France. C'est pourquoi, M. Bouley s'est empressé de demander à M. le Ministre de l'Agriculture, qui a bien voulu l'accorder, l'autorisation pour M. Toussaint de faire l'essai de son *vaccin* sur une vingtaine de sujets du troupeau d'Alfort. Sur les vingt animaux soumis à cette épreuve, quatre périrent dans les quatre premiers jours, et leur autopsie montra qu'ils étaient morts par le charbon; les seize autres moutons restèrent quelque temps malades, avec une température oscillant entre 40°, 41° et 42°. Contre toutes les prévisions, et bien que le liquide employé ait été expérimenté à Toulouse, ce désastre désappointa tout le monde. C'était là la preuve que le liquide inoculé n'était pas destitué de bactéridies, aussi ne fallait-il songer qu'à un accident, ainsi que l'ont prouvé les expériences ultérieures.

Voyons maintenant les conditions inhérentes à l'action préservatrice des liquides de M. Toussaint; en d'autres termes, que fait M. Toussaint pour donner à ce liquide toutes les propriétés d'un véritable vaccin? Il détruit, il tue la bactéridie, soit en soumettant le liquide charbonneux à une température de 52°, durant dix minutes, soit en le traitant par une solution phéniquée. Le liquide ainsi obtenu n'est autre que le charbon lui-même, avec des propriétés virulentes atténuées et compatibles avec la vie.

L'immunité que donne M. Toussaint résulterait donc de ce qu'il a atténué assez l'activité virulente bactéridienne dans son liquide vaccinal, pour rendre cette activité inférieure aux résistances organiques. Sans insister davantage sur la nature du liquide de M. Toussaint, M. Bouley est d'avis que les faits déjà constatés autorisent à admettre que son inoculation est réellement préventive. Ainsi, M. Toussaint a actuellement à Toulouse dix moutons et un lapin qui sont invulnérables par le charbon. A l'Ecole d'Alfort, sur les seize moutons survivant à l'inoculation vaccinale, deux ont été inoculés avec un charbon très actif, sans en rien ressentir; voilà donc treize sujets qui sont la démonstration vivante des propriétés préventives du liquide de M. Toussaint. Ces expériences vont être poursuivies sur les autres moutons vaccinés; et, si tous ces animaux ne succombent pas, la question expérimentale sera définitivement jugée dans le sens de l'immunité sûrement donnée par une inoculation préventive. La question pratique s'imposera alors; la vaccination ayant pour but de rendre les troupeaux inattaquables par le charbon dans les pays où sévit cette maladie, nécessitera une condition indispensable : l'activité du virus préventif devra être maintenue, par son mode de préparation, dans une telle mesure qu'il ne produise toujours que des effets bénins. — Lorsque l'inoculation préventive contre le charbon sera largement pratiquée, M. Bouley pense qu'on arrivera à rendre des générations réfractaires au charbon. Les magnifiques expériences de M. Chauveau ont établi que les moutons algériens sont réfractaires au charbon, bien qu'ils présentent certains symptômes, propres à la maladie charbonneuse, mais n'aboutissant pas à une terminaison fatale. Or, ces manifestations de l'infection bactéridienne n'apparaissent jamais sur un agneau né d'une mère inoculée à la dernière période de la gestation. Bien plus, toute inoculation sera chez lui complètement infructueuse, stérile. Son organisme, en même temps que celui de sa mère, a contracté l'immunité, car il est remarquable que, si les moutons réfractaires de l'Algérie sont sensibles à une première inoculation charbonneuse, ils deviennent insensibles à toutes les autres.

« Supposons maintenant, dit M. Bouley, que nous soyions en possession d'un liquide d'inoculation, si bien mesuré dans son intensité, qu'il fasse l'office d'un véritable vaccin : rien ne serait simple comme de pratiquer l'inoculation préventive sur les mères, à la dernière période de la gestation. On ferait d'une pierre deux coups : l'inoculation pratiquée aux mères serait préventive pour elles-mêmes et pour leurs fœtus, et, quand ceux-ci viendraient au monde, ils se trouveraient comme naturellement blindés contre le charbon. »

Comme on le voit, le chemin parcouru est plein d'enseignement. Avant les travaux de M. Pasteur, l'étiologie du charbon reposait exclusivement sur des hypothèses. Aujourd'hui, tout le monde sait comment les moutons s'infectent. Autrefois, on invoquait les effluves. L'effluve a pris maintenant un corps et est accessible à nos moyens d'investigation. Cette transformation nous met aux prises avec les génies épidémiques et nous facilite les moyens de les combattre. L'effluve charbonneuse n'est autre que la spore du charbon. Et, en effet, M. Pasteur a démontré que la terre constituait, dans certaines conditions, un moyen favorable de culture pour le charbon. Cette spore charbonneuse, en vertu du mécanisme du transport par un être vivant, le ver de terre, que M. Pasteur a dénommé le messager du charbon, monte et est déposée à la surface du sol. En un mot, lorsqu'on a pu recueillir sur les fosses d'enfouissement le ver de terre, isoler les spores et les cultiver ensuite pour reconstituer le charbon, on a tous les éléments d'un immense problème, dont les conséquences pratiques ne tarderont pas à se produire. A côté de la question expérimentale de M. Pasteur, se trouve maintenant la question pratique de M. Toussaint. Les résultats de M. Pasteur et de M. Toussaint étant connus, M. Bouley annonce à l'Académie que plusieurs moutons vaccinés par le procédé de M. Toussaint, vont être transportés dans des champs maudits, c'est-à-dire dans des endroits où le charbon sévit d'une façon presque continuelle avec une grande intensité. On verra enfin, si ces animaux sont réellement à l'abri du charbon.

M. Leblanc lit un résumé statistique sur les cas de *rage* observés à Paris depuis un certain nombre d'années, dans la race canine. A. Josias.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE.

Session de 1880 : Milan (1).

Séances du 3 septembre 1880. — Présidence de MM. Gayet, Libbrecht, Cervera.

M. Martin (de Cognac) expose le résultat de ses observations sur la *cautérisation ignée* de la cornée. Pendant un an, il a traité presque tous les ulcères par cette méthode, pratiquant une ou plusieurs cautérisations, et les résultats ont toujours été excellents.

Sans attribuer au fer rouge des propriétés antiseptiques en dehors des points touchés; sans le regarder non plus comme un excitant vasculaire à longue action, il pense que la puissance du fer rouge doit être interprétée autrement

(1) Voir les nos 37 et 38.

dans l'effet si favorable obtenu. Un jour, ayant cautérisé un ulcère très profond, il pénétra dans la chambre antérieure ; la malade qui souffrait d'intenses douleurs, fut immédiatement soulagée, et la douleur de tension disparut. C'est là, pour lui, le fait principal, il pense que le fer rouge diminue la tension, même sans qu'il soit arrivé à traverser la cornée. Est-ce parce que la douleur diminuant, l'hypersécrétion interne diminue avec elle ? En tout cas, c'est plus tôt à cette dernière action, qu'à l'effet topique, que M. Martin rattache l'utilité du fer rouge. Si l'ulcère est petit, une seule cautérisation suffit ; s'il est de dimension moyenne, il faut appliquer deux fois plusieurs pointes de feu périphériques, et ne pas hésiter à perforer, si l'ulcère a de la tendance à la nécrose.

M. Delmonte (Naples) n'est pas partisan de la transfixion de l'ulcère avec le fer rouge ; la section au couteau lui parait un moyen tout aussi puissant contre la tension et l'atonicité de l'ulcère.

M. Scellingo (Rome) a publié en 1874 des observations relatives au traitement des ulcères cornéens, et, pour lui, l'ésérine combinée avec la section de l'ulcère lui parait être le meilleur mode de traitement.

M. Gradenigo (Padoue) reconnait la haute puissance de la cautérisation ignée. Depuis 3 ans, il l'a très souvent employée, et il peut affirmer que là où les autres moyens échoueraient, le fer rouge lui a toujours réussi.

M. Cadei (Brescia) confirme les résultats de Gradenigo. Ayant usé d'abord du cautère pour les cas graves, et avec succès, il n'a pas tardé à étendre cette pratique à tous les ulcères, et il s'en félicite. La cautérisation ne porte que sur les bords de l'ulcère. Cette méthode lui a même donné des succès remarquables pour les kératocones.

M. Gayet (Lyon) tient à préciser les principes de sa méthode. Le fer rouge a surtout une action résorbante des matières septiques, indiscutable. Dans les abcès interlamellaires, il suffit de toucher le centre de la tache blanche pour voir souvent disparaître tous les abcès. Mais cette cautérisation donne surtout des résultats précieux dans les ulcères pultacés. Dire que le caustique actuel n'est pas antiseptique, n'active pas la circulation, serait nier toute la théorie de la cautérisation.

Pour la cornée, la douleur est nulle, malgré son immense richesse nerveuse.

Mais il ne faudrait pas croire que cette opération soit appliquée par lui à tous les cas d'ulcères. Il n'exclut de sa pratique ni l'atropine, ni l'ésérine, ni les sections de Sœmisch; il reste même quelquefois dans son service, un mois sans manier le fer rouge. Pour lui, l'application de ce procédé doit être bornée aux ulcères atoniques, parasitaires, pultacés, dont la marche se modifie aussitôt sous le fer rouge.

M. Dorr (Lyon) communique les *résultats psychiques d'une double opération de cataracte congénitale*. Un enfant, âgé de 7 ans, élevé chez les Aveugles, très intelligent, a été opéré de chaque œil, à un certain intervalle de temps : de telle sorte qu'il a été possible de constater l'influence de l'éducation cérébrale sur le sens visuel de chaque œil. Cet enfant, fils d'un père atteint de cataracte à 25 ans, était le septième d'une famille où tous les autres avaient les yeux normaux ; il vint au monde avec la cataracte double.

Le sixième jour après l'opération du premier œil, la vision fut essayée. Le petit malade rapportait alors tout à trois objets qu'il avait toujours avec lui : un petit morceau de bois, un seau, un petit cheval en bois. Il reconnut la fraise par l'odeur. Voyant une clef, il répondit, c'est blanc ; un chat, c'est un gros cheval de bois. Un véritable cheval l'effraya. Il n'avait pas la notion de la distance.

M. Dorr fit la seconde opération : Cinq jours après, il examina séparément la vision de cet œil, opéré récemment, et il constata que cet œil voyait, distinguait, jugeait aussi bien que le premier œil, qui avait été opéré un an avant.

Ce fait démontre donc d'une façon très nette, l'influence de l'éducation cérébrale sur le sens de la vision.

M. Martin (Marseille) a pratiqué une double opération de cataracte sur un conscrit que ses parents avaient conservé aveugle pour éviter le service militaire. Il lui a fallu plus de quarante-cinq jours pour arriver à lui faire distinguer les couleurs ; mais deux ans après, la transformation de ce jeune homme était complète. Ce fait a été publié.

M. Loring (New-York) présente un instrument destiné à mesurer les *courbures de la cornée*, directement, par comparaison de deux images. Cet instrument est un disque sur lequel se trouvent placées de petites surfaces demi-sphériques en verre, taillées d'après les rayons de courbure : 6, 7, 7 1/2, 7 3/4, 8. En partant de ce principe, que les images sont proportionnelles au rayon de courbure, il suffit de placer le disque à côté de l'œil à examiner, et devant un éclairage convenable : on cherche sur le disque la petite sphère qui fournit l'image de même dimension que celle fournie par la cornée, et le rayon de courbure de la cornée est alors connu. Le degré d'approximation peut être jugé par ce fait que M. Loring a obtenu, assez facilement, des sphères taillées avec une différence de rayon de 1/10 de millimètre.

M. Javal confirme les précieuses qualités de cet instrument qui s'appliquerait difficilement, néanmoins, à l'astigmatisme, pour la détermination duquel M. Loring ne l'a pas du reste fait construire.

M. Landolt, pour déterminer les courbures de la cornée, examine les images fournies par un carré de papier placé en face de l'œil.

M. Loring présente un spécimen d'*ophthalmoscope*, dont le système de lentilles combinées, donne les 1/2 dioptries. Le miroir proprement dit est mobile, susceptible d'inclinaison. M. Loring obtient un éclairage très suffisant en abattant les côtés du miroir. Ce modèle très léger, petit, est un type de construction parfait.

M. Landolt, au nom de MM. Donders et John Jeffries, résumant les opinions défendues par les Congrès d'Amsterdam et de Cambridge sur le *daltonisme*, présente les propositions suivantes : 1° Il est désirable qu'une Commission internationale soit nommée pour réglementer l'examen des daltoniques ; 2° Dans tous les pays, les personnes attachées au service des chemins de fer et de la marine doivent subir des examens spéciaux de la vue à leur entrée au service et à des époques régulières ; 3° Un système uniforme de signaux doit être adopté, soit pour les bâtiments, soit pour les chemins de fer.

Ces propositions sont votées à l'unanimité par le Congrès de Milan, dont l'autorité se trouvera réunie aux décisions antérieures d'Amsterdam et Cambridge.

M. Pfluger (Berne) présente un instrument destiné à mesurer la *sensibilité quantitative de l'œil à la lumière homogène*. Cet instrument est un polariscope, avec lequel le degré de sensibilité de l'œil examiné est indiqué par l'angle même de la rotation des prismes. Dans cette expérience, il faut distinguer : 1° l'impression lumineuse ; 2° la séparation des couleurs. Or, c'est à ce deuxième fait que l'angle de rotation varie de 1 à 2 chez les daltoniques : cet instrument peut être d'une précieuse ressource pour l'étude des affections du nerf optique.

M. Dorr (Lyon) expose sa théorie du *daltonisme*. Il n'a jamais rencontré que deux espèces de daltoniques ; les uns sont aveugles pour le rouge et le vert : les autres pour le bleu et le jaune, et ces derniers sont très rares. Jamais, il n'a vu un daltonique au rouge qui ne le fût pas en même temps au vert et réciproquement. Le spectre chez eux est absolument variable : les daltoniques au bleu et au jaune fournissent aussi, soit un spectre normal, soit un spectre raccourci. Ces dernières conditions ne concordent pas avec la théorie de Young-Helmholtz.

Quant aux méthodes de recherches, M. Dorr juge que les laines sont insuffisantes, et qu'après une ou deux expériences les malades arrivent assez bien à classer sans erreur des laines dont ils ne voient pas réellement la couleur. Ils ont recours aux variations d'intensité lumineuse.

Dès 1859, Dorr s'est servi de verres colorés pour corriger le daltonisme. de verres rouges pour le daltonisme au rouge. Cette méthode, à laquelle, en 1878, MM. Delbœuf et Spring avaient accordé une grande confiance, change en effet le ton lumineux du rouge examiné, mais le verre rouge ne guérit pas le daltonique, qui ne voit pas *rouge*, en un mot.

Quant à la cause même du daltonisme, Dorr rejette : 1° la théorie oculaire (altération des milieux de l'œil) qui n'a jamais été anatomiquement prouvée : 2° la théorie rétinienne : cette membrane ayant toujours été rencontrée saine chez les daltoniques. Il se rattache à la théorie de Gall qui

localise l'impression de la couleur dans le cerveau, et, pour lui, le daltonisme est une affection centrale.

M. Quaglino (Milan) se range à cette dernière opinion et cite des observations où le daltonisme a été consécutif à des lésions cérébrales.

M. Galezowski rappelle que, dès 1862, avec Benedict, il attirait l'attention sur la dyschromatopsie dans les affections oculaires. Dans ces derniers temps, pour arriver à un degré plus précis dans ses recherches, il s'est occupé de donner aux couleurs à présenter, un éclat plus vif que les couleurs spectrales, souvent mal distinguées par les personnes saines. L'instrument (présenté à la Société de Biologie, juillet 1880) lui paraît fournir des résultats plus précis que le polariscope de M. Pfluger, où le système de déplacement des nicoles produit des couleurs faibles.

Mais il se sépare de M. Dorr, en laissant à la rétine, la véritable sensation de la couleur. A ce sujet, M. Galezowski reproduit sa théorie de la décomposition de la lumière par les éléments : cônes et bâtonnets. Quand ces éléments sont lésés, la dyschromatopsie se produit.

De 1865 à 1868, il a relevé sur 2365 malades, 203 troubles congénitaux visuels aux couleurs et 305 troubles acquis, pathologiques.— En 1869 : 91 cas congénitaux, 269 acquis. Dans les années suivantes : sur 4002 malades, 119 congénitaux, 351 accidentels; puis sur 9563, 413 congénitaux et 905 accidentels.

Cette statistique démontre que les troubles visuels aux couleurs, congénitaux, sont moitié moins nombreux que ceux qui succèdent aux maladies oculaires ou générales.

M. Landolt partage l'opinion de Dorr pour la localisation du sens des couleurs : les recherches qu'il a entreprises avec Charcot, sur l'hystérie, confirment cette manière de voir. Il partage aussi l'idée de Dorr établissant que tout daltonique au rouge l'est aussi au vert. En effet, pour avoir la sensation du rouge vif, il faut avoir fatigué l'œil au vert et réciproquement. Il en résulte que si un malade n'a pas la sensation complète d'une de ces couleurs, l'autre lui paraîtra toujours aussi d'une intensité moindre.

M. Albini (Naples) fait remarquer que la théorie de la vision des couleurs sera un jour ou l'autre modifiée par la découverte de Boll, bien que le rouge rétinien n'ait pas encore été jugé uniformément par les physiologistes.

M. Stilling (Strasbourg), présentant l'atlas qu'il a fait imprimer pour le *diagnostic du daltonisme*, juge d'abord les résultats que donnent les autres méthodes d'exploration du sens chromatique. Il démontre ainsi que la méthode des ombres de contraste expose souvent à des erreurs parce que les malades n'ayant pas, par exemple, le sens du rouge ou du vert, donneront ce nom à des ombres de contraste d'un ton différent. C'est ainsi que certains malades ne distinguant pas l'ombre complémentaire du rouge, ni du vert, appelleront rouge l'ombre du jaune et vert l'ombre du bleu ; réponses fausses, les ombres de contraste étant bleu pour le jaune et jaune pour le bleu.

Les tables qu'il a construites représentent les séries de couleurs comme les voient les daltoniques. Ce sont des couleurs véritablement de confusion, et, par ces gammes, régulièrement construites en éliminant la couleur perdue, il est aisé d'arriver à des réponses démontrant exactement la partie du spectre non perçue par l'examiné.

M. Stilling, passant à la théorie propre de la vision, ne pense pas que les cônes, ni les bâtonnets soient les organes ultimes destinés à la perception lumineuse ; il rattacherait plutôt cette qualité à la couche des grains.

Dans les examens des daltoniques, il faut multiplier les épreuves : c'est ainsi que la méthode des laines, si on la borne à deux ou trois échantillons, peut être insuffisante, tandis que l'expérience faite avec un grand nombre d'échantillons amène fatalement les erreurs recherchées.

Pour l'application à l'examen du personnel des chemins de fer, il pense que le rôle du médecin doit se borner à la constatation du fait morbide, sans intervenir dans les mesures administratives qui sont du ressort des compagnies.

M. Reymond (Turin), qui a eu l'occasion d'examiner un grand nombre de daltoniques alcooliques, signale une difficulté assez sérieuse qui se présente dans ces examens. Les alcooliques ne sont daltoniques que pour le scotome; et si on leur présente des caractères gros, ils ne commettent pas d'erreur; si l'objet est fin, ils usent de la vision périphérique, et l'examen est encore déjoué.

MM. Stilling, Pfluger, tout en reconnaissant l'exactitude de cette observation, pensent que l'examen au périmètre peut remédier à cette lacune des méthodes.

M. Mazza Andrea (Gênes) décrit toute une instrumentation de *petites canules* pour les *voies lacrymales*. Elles présentent une petite cuvette supérieure pour le cul de sac conjonctival, et sont introduites et retirées au moyen d'un petit mandrin. Ces pièces, en argent, ont été fabriquées avec beaucoup de soin et sont très aisément supportées. L'auteur en a obtenu de bons résultats dans les fistules chroniques.

M. Landolt montre son *écarteur*, à barre transversale extérieure. C'est en effet cette barre palpébrale qui presse sur le globe au moment où l'instrument est retiré : en ne plaçant que les crochets sur la conjonctive, ce danger est évité, et l'écartement se fait tout aussi bien.

M. Musumeci (Messine) lit une observation d'*exophthalmie*, due à une inflammation brusque de la capsule de Ténon. — Guérison en huit jours par la méthode antiphlogistique rigoureuse.

M. Businelli (Rome) montre des photographies prises sur un malade opéré de *blépharoplastie* par un procédé nouveau. C'est la méthode en pont, que Baïseau appliqua au palais et à l'urèthre. Businelli prend son lambeau sur le front et l'abaisse en bandelette sur la perte de substance avivée. Le lambeau adhérent à ces deux extrémités prend rapidement racine sur la plaie : alors on le détache de son implantation primitive, et l'opération est terminée.

MM. Vitali (Bari) et Martin (Cognac), à propos de ce procédé de blépharoplastie, expriment l'opinion que les greffes dermiques doivent remplacer les méthodes anciennes. Il ne s'agit plus de greffes épidermiques, mais bien de véritables morceaux de peau entière, pouvant atteindre 2 à 3 centimètres, et prenant vie sur les plaies à combler. La chaleur paraît être un des moyens les plus puissants pour assurer le succès de cette transplantation.

M. Vladesco (Bukarest) lit un mémoire sur les causes de l'*amblyopie en Bulgarie*. Le nicotinisme qui joue un si grand rôle en Allemagne, bien qu'existant dans cette province, cède cependant le pas à l'action du miasme palustre. Les lésions qu'il a rencontrées sont celles qui ont été décrites par M. Poncet en Algérie : hémorrhagies, pigmentation des leucocytes, œdème, etc. 10 années d'observations lui ont permis de classer aussi ces amblyopies : de cause palustre, 85, anémie, 58. Nicotinisme et alcool, 21; vices de réfraction, 15.

M. Pettorelli (Piacenza) fait connaître l'action de deux alcaloïdes nouveaux : la *nitro-daturine* et la *nitro-atropine*, dont l'action dilatatrice sur la pupille serait exempte de toute action toxique. Le mot *nitro* joint à cette nomenclature n'indique en rien un composé nitreux.

M. Pfluger (Berne) communique le résultat de longues recherches entreprises pour élucider la question de la tension oculaire sous l'*action* de l'*ésérine*, de l'*atropine* et des *courants*.

Après s'être placé dans les meilleures conditions possibles d'expérimentation, après avoir bien régularisé la pression indiquée par le manomètre, suivant les indications données par Leber dans ses expériences, ayant trouvé la pression normale du lapin = 18 mm. de mercure, il a constaté :

1° pour l'atropine; que cet alcaloïde produit après 15 minutes une dépression de 5 mm. ; et jamais aucune augmentation.

2° Pour l'ésérine, l'augmentation est au contraire de 4 à 9 mm., après 45 minutes ; la tension oscille, mais toujours elle reste au-dessus de la normale.

Ces résultats, inscrits soigneusement sur de nombreuses courbes, en plusieurs tableaux, contredisent donc l'opinion de Laqueur et Schnabel, et confirment l'ancienne idée primitive sur la détente par l'atropine et la congestion par l'ésérine.

3° Pour les courants constants. Dans ces derniers temps. Knapp aurait suivi des cas de guérison de décollement, et même de cataracte résorbée. L'action des courants continus varie suivant leur sens. Avec un courant constant de 5 éléments, le catode peut élever la pression intra-oculaire de 10 à 25 millimètres. Mais si l'on change le sens du courant, il n'y a pas de diminution. Toutefois, cette augmentation par le catode se fait avec des oscillations qui paraissent jouer un grand rôle dans l'action de l'électricité.

M. ANGELUCCI (Rome) expose le résultat d'examens histologiques pratiqués sur des *transplantations cornéennes.* Les résultats auxquels l'auteur est arrivé, lui font penser que cette méthode n'a aucun avenir, parce que toujours il a vu la cornée s'opacifier par la cicatrisation qui partait du bord de la plaie. L'humeur aqueuse joue un rôle considérable dans l'oblitération de la brèche ouverte ; elle s'épaissit et s'organise.

M. MANCHÉ Malta) a repris les expériences de Berlin sur les *amblyopies consécutives* aux *contusions* du *globe oculaire.* Les lésions qui produisent cette amblyopie sont de causes multiples et peuvent être rattachées : soit à la torpeur de la rétine même, soit aux ruptures choroïdiennes, à un astigmatisme passager, soit enfin aux luxations du cristallin.

M. CARRERAS ARAGO (Barcelone) présente : 1° un ouvrage imprimé avec un grand luxe et contenant tout ce qui a rapport à l'*examen de la vision* : acuité et couleurs. C'est un livre qui, réalisant les dernières données de la science, nous paraît appelé à un caractère officiel en Espagne. 2° Un cas rare de *persistance d'artère hyaloïde*, le filet permanent, mobile était blanc. 3° Une pièce pathologique, trouvée dans un cimetière : une *exostose éburnée* du volume du poing, occupant la partie supérieure de l'orbite droite et le crâne.

M. GARIEL (Paris) donne la description des modèles qu'il a fait construire pour la démonstration dans l'enseignement, de la marche des *rayons lumineux dans l'œil.* La réfraction, l'accommodation sont alors étudiées sur des lignes mobiles marchant automatiquement. Ces modèles figurent depuis quelque temps déjà à la Faculté de médecine et à la clinique du professeur Panas.

M. FERRADAS (Madrid) lit un mémoire sur les *accidents oculaires* dans la *pellagre.* Ces lésions peuvent aller depuis le simple érythème palpébral et conjonctival, jusqu'à l'atrophie rétino-choroïdienne.

M. KUTSCHLER (Berlin) présente le résultat de recherches faites sur l'*état du nerf optique atrophié*, après perte de l'œil.

M. FALCHI (Turin) a étudié et reproduit expérimentalement les *lésions de la rétino-choroïdite purulente.*

M. PONTI (Parme) lit la relation des accidents oculaires qu'il a rencontrés sur des soldats dans une *explosion de dynamite.*

M. CERVERA (Madrid) donne : 1° les dessins d'un cas de *muguet* de la conjonctive palpébrale et oculaire sur une jeune fille de 16 ans. Le microscope a fait reconnaître la présence de l'oïdium albicans. Des cas analogues ont été observés par M. Reymon à Turin. 2° L'observation d'un cas d'*absence complète des iris*, avec cataracte double molle. Le cristallin mobile laisse, à la partie inférieure, une légère zone transparente par laquelle se fait la vision.

M. RAMPOLDI-ROBERTO (Pavie) montre : 1° des dessins de préparations anatomiques faites sur un *gliosarcome* du N. O. La tumeur, localisée en arrière du globe oculaire et le respectant, avait le volume de l'œil. Des dissociations très habilement pratiquées ont permis à l'auteur d'arriver à isoler les longues cellules du sarcome avec leurs prolongements : 2° des *cellules isolées* de la couche intergranulaire. Ces cellules à longs et nombreux prolongements, à gros noyau, et observées déjà par Manfredi et Golgi (1872) pourraient être prises pour des cellules nerveuses ; il n'en est rien, et ces éléments ramifiés sont bien de nature connective. C'est en dissociant des rétines dans une très légère solution de bichromate que M. Rampoldi est arrivé à ces délicates et très remarquables préparations.

M. PONCET signale une circonstance où les dissociations de la rétine se font pathologiquement : c'est la rétinite albuminurique. Dans les plaques graisseuses de la rétine qu'on rencontre dans cette rétinite, il est aisé, par dissociation, de se convaincre que la fibre nerveuse optique descendant aux bâtonnets se trouve enveloppée dans une gaine connective. Celle-ci reste incolore ; le cylindre axe est rosé par le picro-carmin ; mais le fait important c'est que sur cette gaine existent des noyaux d'entothélium, qui constituent les deux couches de grains. Cette démonstration d'anatomie pathologique, la belle réaction de la purpurine par Ranvier, l'état des plaques d'atrophie rétinienne, l'état des grains dans la sclérose de la membrane nerveuse ; tout démontre que les grains ne sont pas des éléments nerveux, mais bien des noyaux de cellules connectives. Ainsi se trouve jugée la théorie soutenue au Congrès par M. Stilling, qui voudrait placer la perception lumineuse dans cette couche et non pas dans les bâtonnets ou cônes.

Le Congrès décide que la prochaine réunion d'ophthalmologie aura lieu à Madrid. M. le professeur Cervera est nommé président du Comité d'organisation.

La majorité décide en outre — et en cela elle se rallie aux propositions de MM. Donders et Warlomont — qu'il y a lieu de proposer immédiatement au Congrès de Madrid d'étudier les moyens de réunir le Congrès international d'ophthalmologie au Congrès général des Sciences médicales, dont il formerait une section.

Après une chaleureuse allocution, M. le président Quaglino, qui a su dans ces assises se concilier les sympathies et la vénération de tous, déclare le Congrès terminé.

F. PONCET (de Cluny).

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1)

48e CONGRÈS : SESSION DE CAMBRIDGE (10, 11, 12, 13 AOUT 1880).

Section de chirurgie. — PRÉSIDENCE DE M. SAVARY.

La discussion est ouverte sur le sujet suivant : *Du traitement des blessures.*

M. Gerald YEO (Londres) donne les résultats du *pansement antiseptique dans les plaies cranio-cérébrales.* — Il a fait ses expériences, en collaboration avec M. le Dr Ferrier, sur des singes ; les instruments baignaient dans une solution au 1/5, le spray a été employé dans presque tous les cas ; les lèvres de la plaie étaient suturées avec du crin, sans drainage, tant la suppuration était peu abondante ; sur la plaie, on mettait plusieurs couches de gaze souple que l'on fixait par un certain nombre de tours de gaze, en ayant soin de badigeonner les derniers tours avec du collodion. Sur les 26 animaux ainsi opérés, M. Yeo n'a eu qu'une seule mort par inflammation, et l'on sait, qu'au contraire, la mort par méningo-encéphalite est la règle dans les opérations pratiquées en dehors de la méthode antiseptique.

M. MAC VAIL (Kilmarnock) vient apporter au Congrès la statistique qu'il a obtenue à l'aide du *pansement sec.* Le but qu'on doit toujours avoir en vue dans ce pansement est de maintenir continuellement la plaie à sec ; aussi, lorsque la suppuration est peu abondante, le pansement doit-il être rare ; fréquent, au contraire, lorsque la suppuration est abondante. Aucun liquide n'est employé, on se sert tout au plus de charpie ou de lin enduit de saindoux. — La moyenne des décès dans le service de M. Borland, qui a fait usage du pansement sec, a été de 1,08, tandis que, dans la même période de 4 ans et 9 mois, la moyenne des décès dans le service de M. Cameron (Glasgow) qui fait le pansement antiseptique a été de 2,9, et si l'on compare la moyenne de M. Borland à celle de Lister lui-même, on la trouve plus avantageuse que cette dernière. La méthode antiseptique n'est donc pas absolument indispensable.

M. LISTER reconnaît que les statistiques fournies par M. Mac Vail sont très remarquables ; mais celui-ci a fait un pansement antiseptique sans s'en douter, car tout pansement qui prévient la putréfaction dans une plaie est un pansement antiseptique, et, en empêchant les liquides de séjourner dans la plaie, il a prévenu la putréfaction. Ici, M. Lister entre dans une assez longue explication d'expériences qu'il vient de faire pour se rendre compte de l'obstacle qu'apporte à la putréfaction, la coagulation du sang ; de ces expériences, il ressort que le sang, en se coagulant, oppose aux processus putrides une barrière sinon infranchissable, du moins assez notable pour que la plupart des plaies protégées par une croûte, sans ouverture, soient à l'abri des accidents septiques. Mais, comme il est à peu près impossible dans la pratique d'obtenir l'occlusion complète

(1) Voir les nos, 33, 34, 35 et 37.

par cette croûte, il est préférable d'avoir recours à d'autres moyens antiseptiques ; parmi ceux-ci, ceux qu'il a trouvés le plus avantageux sont ceux qui consistent dans l'emploi de liquides antiseptiques, permettant d'éloigner à coup sûr la putréfaction; il ne réclame nullement cette spécifité pour le seul acide phénique; il reconnait volontiers qu'il y a une foule d'autres liquides antiseptiques, la seule chose vraiment importante, c'est la méthode. — Quant à la pulvérisation, M. Lister voudrait bien pouvoir s'en passer, mais il croit qu'elle est d'une efficacité trop réelle, surtout dans les opérations où l'on se trouve en présence de grandes cavités qui peuvent, en aspirant l'air, être envahies par les germes contenus dans celui-ci.

MM. Bastian (London) et Darby (Bray) ne croient pas à la théorie des germes, mais ils n'apportent aucun argument sérieux à l'appui de leurs dénégations.

M. Erichsen (Londres) a été très heureux d'entendre la communication de M. Mac Vail, il est tout à fait du même avis que lui, et pense que c'est encore l'ancienne méthode de traitement qui a donné les plus beaux résultats. Quant à la réunion par première intention, ce ne sont pas les chirurgiens de nos jours qui l'ont inventée, elle était connue et parfaitement décrite par Hunter, et ils n'ont fait que changer tout de nom. Il est convaincu de l'inutilité de la pulvérisation, carles opérations sur les lèvres, sur la cornée, guérissent parfaitement, malgré la présence des bactéries, et il ne voit pas non plus à quoi peut bien servir la pulvérisation sur une plaie remplie de matières fécales, comme cela se voit dans les colotomies : de même, la fistule à l'anus et l'opération de la pierre guérissent admirablement, sans aucun pansement antiseptique. Il reproche à la méthode antiseptique de trop s'occuper des états locaux et de perdre de vue les états généraux et constitutionnels, et de s'attacher beaucoup plus à l'effet qu'à la cause; là où elle rend des services incontestables, c'est dans les hôpitaux mal tenus et dans les salles mal aérées, mais il vaudrait beaucoup mieux, à son avis, bien tenir les hôpitaux et aérer les salles. Quels que soient les services rendus par la méthode antiseptique, il considère que la plus grande découverte chirurgicale du siècle a été le drainage de Chassaignac.

M. Macleod (Glasgow) fait usage, depuis un certain nombre d'années, de la méthode antiseptique, et s'en félicite beaucoup. Il croit peu ou pas à la théorie des germes. — Il préfère le catgut ou la soie phéniquée à tout autre fil à ligature. — Le drainage doit être fait avec le plus grand soin, les tubes coupés au ras de la plaie; pour les sutures il préfère les fils métalliques; il fait les pansements avec la gaze de Lister, et ne met de protectives que s'il y a de larges surfaces à nu. Il n'est pas partisan des injections dans les plaies qui ne contiennent pas de pus collecté; il se sert souvent d'attelles pour empêcher les mouvements du membre et les tiraillements musculaires. L'acide phénique est un excellent liquide de pansement, mais lorsque les plaies sont en plein bourgeonnement, il est quelquefois défavorable; aussi, faut-il cesser son emploi à ce moment, d'ailleurs, le danger d'infection n'est plus guère à craindre; il n'a jamais observé de cas bien net d'intoxication phéniquée. L'orateur rend pleine justice à Lister, et donne en terminant la moyenne des décès, 3,3 0/0, dans ses opérations; parmi celles sur lesquelles porte sa statistique, il y en avait 729 d'une véritable gravité.

M. Lund (Manchester) est tout à fait partisan des idées développées plus haut par Lister sur le pansement sec et le pouvoir préservatif du sang coagulé; il est convaincu que la méthode antiseptique est surtout précieuse parce qu'elle empêche les liquides de se putréfier et d'infecter l'organisme.

M. Lister répond à M. Erichsen qu'il n'a pas la prétention d'avoir inventé la réunion par première intention; que si la putréfaction n'a pas lieu dans les opérations de bec de lièvre, cela tient sans doute à l'action des tissus vivants mis en contact, de même qu'il faut attribuer à une action spéciale de l'épithélium uréthral, l'absence de germes dans l'urine. Il serait désolé de penser que sa méthode pût être cause qu'on négligeât les améliorations dans le service hospitalier, et il est convaincu qu'elle supplée à la ventilation souvent si imparfaite, et permet ainsi de ne pas ouvrir les fenêtres des salles pendant l'hiver, aussi largement qu'on le faisait autrefois, et d'éviter ainsi un grand nombre de bronchites et de pneumonies.

Section de Pathologie générale. — Présidence de Sir James Paget.

La discussion est ouverte sur l'*influence exercée par les lésions du système nerveux sur la nutrition.*

M. Jonathan Hutchinson (Londres) rappelle les opinions différentes professées sur ce sujet. Pour les uns, tous les troubles nutritifs consécutifs aux lésions nerveuses s'expliquent facilement par les troubles vaso-moteurs seuls; pour les autres, l'action du système nerveux sur la nutrition est directe, et quelques-uns vont même jusqu'à lui décrire des conducteurs spéciaux (nerfs trophiques. — Samuel). — Pour sa part, l'auteur ne pense pas que le système nerveux ait une action absolument directe sur la nutrition.

M. Brown Sequard est d'un avis contraire. Tout en reconnaissant l'influence des troubles vaso-moteurs sur la production d'un grand nombre de troubles trophiques, il croit que le système nerveux tient la nutrition en son pouvoir; il rapporte quelques expériences faites pour étudier la guérison des plaies sur des membres où les nerfs ont été sectionnés.

M. Buzzard croit à l'influence directe du système nerveux. Il a observé un cas de névralgie de la 5e paire, dans lequel il y avait salivation du même côté et dépôt épithélial abondant sur le côté correspondant de la langue, ces deux actions méritent d'être rapprochées et sont dues à la même cause. Les eschares au sacrum sont la règle dans les myélites aiguës qui affectent en même temps la motilité et la sensibilité, tandis que dans les myélites qui affectent aussi complètement la motilité, mais non la sensibilité, on n'observe pas d'eschares, et cependant les effets de la pression ou de la stagnation de l'urine sont identiquement les mêmes; il rappelle que, récemment, Tschiriew a trouvé une altération de la moelle dans un cas de lèpre.

M. Clifford Albutt croit aussi à l'influence spéciale du système nerveux; il a essayé deux fois d'empêcher la perte de l'œil dans la paralysie de la 5e paire, en le protégeant contre toute atteinte extérieure, il a échoué les deux fois; s'il est vrai qu'au commencement de la vie la nutrition semble se faire sans l'intervention du système nerveux, l'action de celui-ci ne tarde pas à augmenter progressivement pour devenir prépondérante. — Quant aux expériences sur les cochons d'Inde, il ne faut pas oublier que, si on enlève la queue d'un lézard, elle repousse, et qu'on a beau extirper l'œil d'un chien, on n'observe jamais l'ophthalmie de l'autre œil, il ne faut donc pas vouloir appliquer toujours à la pathologie humaine les expériences faites sur les animaux.

M. Thomas Buzzard fait une communication sur les *affections articulaires dans l'ataxie locomotrice* et leur association avec les *crises gastriques.* Il en a récemment observé trois cas, deux chez des hommes, un chez une femme, tous ont présenté les crises gastriques ; aussi M. Buzzard pense-t-il que, près des noyaux du pneumogastrique, dans le bulbe, se trouve un centre présidant à la nutrition des articulations ; l'existence de ce centre jetterait une grande lumière sur la pathogénie des accidents cardiaques et de l'hyperpyrexie si fréquents dans le rhumatisme articulaire aigu, et aussi sur la nature de l'arthrite déformante.

Discussion sur les micro-organismes et leur relation avec les maladies. — M. le professeur Lister rappelle les recherches les plus récentes sur ce sujet, et insiste surtout sur celles de M. Pasteur et celles de M. Toussaint, il met en lumière tout l'intérêt que présentent leurs expériences au point de vue de la vaccination dans le choléra des poules, la culture méthodique de ce germe permettant d'en obtenir une variété qui, inoculée, ne tue pas l'animal, mais le met à l'abri de l'action des germes possédant toutes leurs facultés nocives. — Il termine en parlant des recherches de Buchner à Munich, qui a pu, par des cultures successives dans des milieux différents, transformer le bacillus anthracis en bacillus du foin, et inversement le bacillus du foin en bacillus anthracis.

M. Toussaint (de Toulouse) donne des détails sur ses recherches au sujet du bacillus anthracis. Il croit préférable de ne pas répandre encore sa méthode de vaccination, tant qu'il ne sera pas absolument sûr de son innocence complète

pour le bétail. Il remercie l'association de la façon dont il a été accueilli.

M. Lauchlan-Aitken mentionne les recherches de Klebs et de Tommassi Crudeli sur le bacillus malariœ qui, injecté sous la peau, reproduit les principaux caractères de la fièvre intermittente, et qui a été retrouvé dans la rate et dans les os de trois hommes morts de fièvre pernicieuse.

M. Bell rapporte les faits qu'il a observés chez les ouvriers travaillant la laine ; les accidents étant locaux ou généraux, suivant que les germes n'ont pas pénétré dans le torrent circulatoire, ou, au contraire, ont pu s'y glisser.

M. Malcolm Morris a cherché à cultiver le champignon du favus sur son propre bras ; il n'a réussi qu'une fois, après 6 jours d'incubation ; il s'est occupé de le cultiver dans des liquides colorants; il le croit très semblable au bacillus anthracis.

M. Greenfield insiste sur l'importance des recherches de Buchner, qui sont confirmées par les siennes propres, sauf sur quelques points de détail, et sur celles non moins intéressantes de Toussaint. Il fait ressortir toute l'importance que l'étude des microorganismes, poussée dans cette direction, ne manquera pas d'avoir pour la pratique. Marie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 février 1880. — Présidence de M. Rendu.

38. Note sur un cas de myocardite interstitielle primitive chez une femme de 23 ans, chloro-anémique. Mort par gangrène des extrémités et ramollissement cérébral. Aphasie. Autopsie. Embolie de la sylvienne gauche, de la tibiale du même côté et de la pédieuse du côté droit. Infarctus des reins. Rètrécissement de tout le système artériel. Caillots intra-cardiaques, conséquences de la myocardite ; par J. Dejerine, chef de clinique de la Faculté.

La nommée X... cuisinière, âgée de 23 ans, entre à la Charité le 7 janvier 1880, salle Sainte-Anne, n° 3, service de M. le professeur Hardy.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler, rien de particulier comme antécédents personnels, la malade est à Paris depuis 2 ans et n'a commencé à être malade qu'il y a 6 mois environ. Aucune maladie antérieure.

A cette époque, elle remarqua qu'elle se fatiguait facilement, qu'elle avait de l'essoufflement au moindre effort; cet état augmenta peu à peu et força la malade à entrer à l'hôpital. Elle fit un séjour d'un mois à la salle Sainte-Anne, pour sa chloro-anémie qui était très-intense lors de son entrée; décoloration extrême de la peau et des muqueuses, souffle continu avec renfoncement dans les vaisseaux du cou, souffle systolique très net à la base du cœur.

La malade présentait en outre une éruption de psoriasis, marquée surtout sur la poitrine et le dos, et, pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, elle fut atteinte d'une lypémanie assez prononcée, et présenta sur toute la surface du corps, une analgésie assez marquée, accident relevant chez elle de l'hystérie, affection existant depuis assez longtemps, ainsi que le démontre une hyperesthésie ovariennne, encore assez marquée du côté gauche.

Sous l'influence du traitement par le fer, du repos, de la nourriture, les phénomènes nerveux disparurent en même temps que la chloro-anémie devenait de moins en moins marquée ; et la malade quitta le service, à la fin de décembre 1879, à peu près guérie de sa chloro-anémie, mais présentant toujours sur le corps son psoriasis, ce dernier étant même beaucoup plus accusé qu'à l'entrée de la malade, phénomène qui, comme le faisait souvent remarquer M. Hardy à la clinique, est commun à beaucoup de maladies de la peau, qui sont d'autant plus florissantes sur le sujet qui en est porteur que ce dernier est doué d'une vigoureuse santé.

Huit jours après avoir quitté l'hôpital, la malade revint et demanda à entrer de nouveau dans la salle, le 7 janvier 1880. Elle rentra en se plaignant d'éprouver des symptômes d'un ordre tout différents de ceux qu'elle avait éprouvés jusque-là. Le 4 janvier, dit-elle, elle fut prise à la suite d'une espèce d'étourdissement, sans perte de connaissance, d'une parésie légère du bras et de la jambe du côté droit; en même temps, elle éprouva une douleur assez vive, au niveau du cou-de-pied du côté gauche.

Etat actuel. La malade, assez vigoureusement constituée, présente des signes de chloro-anémie assez accusée : décoloration de la peau, des muqueuses, essouflement, souffle continu très fort avec renforcement dans les vaisseaux du cou ; souffle systolique très net à la base du cœur. Les différents viscères, poumons, foie, ne présentent rien d'anormal, le cœur, en particulier, ne présente pas de trace de lésion valvulaire, il n'est pas augmenté de volume, les valvules mitrales et tricuspides fonctionnent normalement, de même pour les valvules sigmoïdes, l'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal autre que le souffle anémique de la base signalé plus haut. Rien de particulier dans l'urine.

Parésie droite très légère portant sur le bras et la jambe, rien du côté de la face ; cette parésie s'accompagne d'une anesthésie et d'une analgésie assez marquées du même côté. Rien du côté des sens spéciaux. Rien du côté de l'expression du langage, pas de trace d'aphasie. La malade se plaint d'une douleur vive paraissant siéger au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et surtout des articulations métatarso-phalangiennes du pied gauche, cette douleur est exaspérée par la moindre pression, au point de faire pousser des cris à la malade. Pas d'œdème des extrémités. Hyperesthésie ovarienne toujours assez marquée, surtout à gauche. La douleur persiste toujours sur le dos du pied gauche ; le pied est plus froid que celui opposé, la peau est aussi plus blanche ; au niveau du scaphoïde on constate l'existence d'une tache violacée de deux centimètres de diamètre.

10 *janvier.* La tache ecchymotique a augmenté, il y en a en outre une deuxième sur la face externe du gros orteil, ainsi que sur les 3e et 4e orteils. La face dorsale du pied est toujours froide, les douleurs spontanées toujours très-vives et la moindre pression les rend intolérables. On ne sent pas les battements de la pédieuse. L'examen du cœur ne dénote rien d'anormal, à part le souffle systolique de la base.

12 *janvier.* La coloration violette se prononce davantage sur tout le dos du pied et sur la face externe, le pied droit commence à son tour à être le siège de vives douleurs, comme pour le pied gauche, au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes ; on y constate l'existence de quelques taches marbrées.

15 *janvier.* L'état du pied gauche va toujours en s'aggravant ; quant au pied droit, tout en étant toujours très douloureux, il ne présente plus rien d'anormal, la coloration violacée des premiers jours a disparu. Les douleurs sont un peu moins intenses. Phlyctènes de la grosseur d'une noisette sur le cou-de-pied et le bord externe du pied gauche.

22 *janvier.* La veille au soir, vers 8 heures, la malade a ressenti une douleur assez vive dans la région frontale du côté gauche, et, en même temps, des fourmillements dans le bras droit. A la visite du matin, on constate l'existence d'une hémiplégie du côté droit avec aphasie. L'hémiplégie est flasque, sans trace de contracture, elle est complète, porte sur la moitié droite de la face, sur le bras et la jambe du même côté. La commisure labiale gauche est tirée en haut et en arrière, la malade ne peut faire exécuter le moindre mouvement à son bras ou à sa jambe. La sensibilité est un peu altérée, il y a un certain degré d'anesthésie et d'analgésie. Rien du côté des sens spéciaux. Aphasie complète, la malade a perdu absolument la faculté d'exprimer ses idées par la parole : à toutes les questions, elle répond, din, din, din, din.

31 *janvier.* Même état, l'hémiplégie est toujours aussi marquée ainsi que l'aphasie. Outre le mot din din, la malade dit non, en réponse à toutes les questions. La face du pied gauche est couverte d'une large eschare occupant toute la face dorsale, la face interne et remontant un peu au-dessus du cou-de-pied.

6 *février.* L'eschare a envahi tout le pied gauche qui

a une coloration noirâtre (gangrène sèche) ; à droite, l'eschare est beaucoup plus limitée, elle n'occupe guère que les orteils et remonte à quelques centimètres au-dessus des articulations métatarso-phalangiennes sur la face dorsale du pied. L'hémiplégie droite est toujours aussi marquée, l'aphasie persiste toujours au-même degré. La sensibilité est un peu diminuée du côté de l'hémiplégie, mais cette diminution est à peine accusée.

8 février. Depuis deux jours, l'état général qui, jusqu'alors, avait été passable, alla en s'affaiblissant, l'appétit disparut peu à peu, la malade tomba dans un état d'affaiblissement qui augmenta de jour en jour, et succomba le 10 février 1880.

Autopsie. — *Cœur.* Volume normal, mais flasque et à myocarde décoloré. Le sillon interventriculaire de la face antérieure ainsi que le bord droit du cœur contiennent une certaine, quantité de graisse sous le péricarde viscéral. Quelques traces de péricardite sous l'oreillette droite, à sa partie antérieure et latérale. Il n'existe pas d'insuffisance aortique. La valvule mitrale ne paraît pas altérée. Pas de rétrécissement mitral ni d'insuffisance, il y a cependant sur la partie extérieure de la valvule droite une petite plaque laiteuse. On trouve dans la cavité du ventricule, cavité de volume normal, peut-être un peu dilatée, en arrière du pilier droit de la mitrale, dans le point où les cordages tendineux de ce pilier s'insèrent à la valvule, entre ces cordages tendineux et les parois de la valvule, plusieurs petits caillots (3), du volume d'un petit haricot à celui d'une lentille ; ces caillots qui forment des prolongements entre les piliers de 3e ordre, sont jaunâtres, durs ,adhérents à l'endocarde, formés de fibrine disposée en couches concentriques et très dure. (Point de départ des accidents emboliques.) Le ventricule droit non dilaté, contient un caillot volumineux récent, l'oreillette en a un aussi, plus ancien mais non adhérent. La paroi du ventricule droit est très-amincie, surtout à la pointe, elle atteint à peine 0^{m} 0027 d'épaisseur avec une couche graisseuse qui la recouvre en ce point. Le myocarde tout entier est très altéré, couleur feuille morte très marquée, surtout au niveau de la partie postérieure du sillon interventriculaire. L'aorte thoracique est notablement rétrécie, elle admet au plus l'introduction du petit doigt, il en est de même de la crosse de l'aorte, de l'aorte thoracique, et de toutes les artères qui présentent une diminution notable de leur calibre. Pas de plaques scléreuses sur les parois.

Poumon droit. Congestion et œdème du lobe inférieur. Léger degré d'emphysème des bords antérieurs. — *Gauche.* Rien de particulier si ce n'est un petit foyer d'apoplexie siégeant sur le bord tranchant de la base.

Foie. Le foie pèse 1400 grammes. Volume normal, mou, flasque, s'affaisse sur la table. Dégénérescence graisseuse très prononcée de tout le foie. Pas de calculs dans la vésicule.

Estomac. Ecchymoses très nombreuses au niveau de la grande courbure et du grand cul-de-sac.

Rate. Un peu petite; pas d'infarctus.

Rein droit. Présente plusieurs infarctus, un surtout qui occupe un 1/3 de la face antérieure de l'organe, et plusieurs autres plus anciens, du calibre d'une noisette tout au plus. — *Gauche.* Au niveau du bord inférieur, deux cicatrices noirâtres, signes d'anciens infarctus. La substance corticale est en état de tuméfaction trouble assez marqué.

Intestins. Rien de particulier, à part un certain degré de psorentérie.

Utérus. Col de nullipare. Rien de particulier.

Cerveau. On trouve une embolie de la sylvienne du côté gauche siégeant à l'origine même de l'artère ; le caillot a environ deux centimètres de longueur, jaune, dur, adhérent, envoie des prolongements à l'origine des branches de l'artère.

En décorticant le cerveau, on constate du côté de l'hémisphère gauche, l'existence d'un ramollissement cortical occupant le pied des frontales et pariétales ascendantes ainsi que la partie postérieure de la 3e frontale, occupant également la partie antérieure du lobule pariétal inférieur et siégeant aussi sur le tiers supérieur de la frontale ascendante ainsi que sur la partie antérieure du lobule paracentral. Le lobule de l'insula est également ramolli.

Coupe préfrontale. Sur cette coupe on trouve le commencement du foyer de ramollissement siégeant principalement sur la partie de l'hémisphère sous-jacent aux deux circonvolutions frontales internes.

Coupe pédiculo-frontale. Le ramollissement occupe toute la partie supérieure de la face interne de cette coupe, et détruit par conséquent le faisceau pédiculo-frontal supérieur. Il coupe également le faisceau pédiculo-frontal moyen et le faisceau pédiculo-frontal inférieur, et détruit le noyau lenticulaire et la capsule interne à ce niveau-là. Le noyau caudé est également touché à sa partie supérieure.

Coupe frontale. Même lésion que sur la coupe précédente, mais plus considérable. La frontale ascendante est prise jusque sous les méninges : les faisceaux pédiculo-frontaux moyens et inférieurs sont altérés ; la capsule externe et l'avant-mur ont disparu. Le noyau lenticulaire est très altéré ; enfin la capsule interne et la couche optique à ce niveau sont ramollis. Le noyau caudé est également détruit.

Coupe pariétale. La pariétale ascendante est également prise de même que les faisceaux sous-jacents. La lésion occupe le faisceau pariétal supérieur jusque sous le sommet de la pariétale ascendante qui est prise jusqu'à sa superficie. La lésion coupe le faisceau pariétal moyen, le faisceau pariétal inférieur, détruit la capsule externe et l'insula, en touchant encore au noyau lenticulaire, mais en respectant cependant la capsule interne, ainsi que la couche optique ; les deux parties paraissent peu altérées à l'œil nu.

Coupe pédiculo-pariétale. La lésion n'existe plus.

Coupe occipitale. Rien de particulier.

L'hémisphère droit est absolument normal. Dégénération descendante très nette occupant le faisceau pyramidal dans la protubérance, le bulbe et la moelle. Caillot dans la vertébrale gauche, caillot récent, peu adhérent, mais jaune et dur, et de même origine que celui de la sylvienne, mais beaucoup moins ancien.

Membres inférieurs. Gangrène sèche occupant à gauche tout le pied et le 1/3 inférieur de la jambe, à droite ne dépassant pas le cou-de-pied. En disséquant les vaisseaux des membres inférieurs, on trouve dans la tibiale antérieure gauche, à quelques centimètres au-dessus du ligament annulaire du tarse, un caillot oblitérant complètement le calibre du vaisseau, caillot adhérent fortement à la paroi vasculaire, d'un blanc jaunâtre, et dur. Au-dessus de ce caillot on en voit d'autres plus récents, mous, bruns, non adhérents, et remontant jusque dans l'artère fémorale.

A droite, dans l'artère pédieuse, caillot ancien et adhérent.

Examen microscopique. Le cœur a été examiné au microscope, à l'état frais et après durcissement pendant 24 h. dans l'acool absolu.

A l'état frais, on a examiné, par dissociation, la paroi ventriculaire gauche et les piliers de la mitrale. A l'œil nu, ces parties, ainsi que les parois du ventricule droit, ont un aspect spécial, le cœur a une teinte gris-jaunâtre, sur laquelle tranchent des stries d'un blanc jaunâtre, le tissu du cœur est plus ferme que celui d'un cœur atteint de dégénérescence graisseuse, l'examen histologique montre que l'on a affaire à une myocardite interstitielle très avancée. La dissociation de petits fragments montre, après l'action du picro-carmin, une prolifération conjonctive extrêmement abondante, au sein de la substance musculaire. Ce tissu conjonctif de nouvelle formation, est déjà organisé, à fibrilles serrées et aplaties les unes contre les autres; sur certains points le processus est un peu moins avancé ; on voit des cellules allongées, munies d'un noyau, mais nulle part on ne trouve d'éléments embryonnaires. Dans les piliers de la mitrale, qui sont sillonnés de stries blanchâtres, la lésion est encore plus avancée et la dissociation presque impossible. Les fibres musculaires respectées par l'altération, traitées par l'acide osmique, ne montrent pas la moindre granulation graisseuse dans leur intérieur.

Examen après durcissement. Coupes colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine. Sur les préparations ainsi obtenues, on se rend très bien compte de la topographie de l'altération. Le tissu conjonctif est disposé en îlots disséminés au sein de la masse musculaire, qu'il dissèque, les fibres musculaires sont détruites peu à peu par compression, et l'on peut suivre les différentes phases de leur disparition. Dans la partie basilaire de la mitrale, la lésion est un peu plus accentuée, sur certains points il n'y a plus trace de tissu musculaire, on ne voit que du tissu conjonctif.

L'endocarde et le péricarde ne présentent point au microscope d'altérations manifestes.

Réflexions. — Les caillots intra-cardiaques du ventricule gauche ont été le point de départ des accidents observés chez cette femme, et l'intérêt de cette observation, unique peut-être en son genre, consiste dans l'existence d'une myocardite interstitielle très accusée, développée sans cause connue, chez une jeune femme chloro-anémique. C'est évidemment à la myocardite qu'il faut rattacher la production de ces concrétions sanguines, nous avons vu en effet, que l'endocarde était, partout, dans un degré remarquable d'intégrité, et que partant il ne pouvait être mis en cause. Mais, si nous recherchons la pathogénie de cette myocardite scléreuse, nous ne trouvons aucune affection antérieure capable de l'expliquer, cette femme n'avait jamais eu aucune maladie quelconque, ni fièvres éruptives, ni fièvre typhoïde, elle était atteinte seulement de chloro-anémie très intense depuis assez longtemps, et son système artériel présentait le rétrécissement que Wirchow a signalé dans cette affection. Nous ne voyons, dans le cas actuel, que l'anémie à laquelle puisse être attribuée l'altération du cœur, altération plus fréquente dans cette affection, qu'on ne le croit généralement, et à laquelle doivent être rapportés les souffles d'insuffisance mitrale qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les anémiques, souffles qui relèvent tantôt d'altérations parenchymateuses du muscle cardiaque, d'ordre généralement curable; tantôt, et alors le pronostic est autrement sérieux, elles ne sont que la conséquence d'une myocardite interstitielle plus ou moins avancée. L'observation actuelle est un exemple de la possibilité de ce genre d'altération cardiaque, dans la chloro-anémie, et partant, nous avons cru devoir la publier, afin d'attirer l'attention des observateurs, sur cette altération particulière du cœur, chez les chloro-anémiques.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Accouchements.

VIII. — Des varices chez la femme enceinte; par P. Budin. Vol. in-8. Paris, 1880. O. Doin, éditeur.

VIII.— En lisant le titre de ce travail, on est en droit de se demander quel peut être le champ nouveau que parcourra le candidat auquel est échue une semblable question. Pour triompher des difficultés sans nombre qui surgissaient à chaque pas sur un terrain battu, il fallait, nous n'hésitons pas à le dire, le talent de l'auteur, son érudition, son esprit clinique et si M. le Dr Budin ne nous avait pas habitué à de pareilles surprises, nous nous étonnerions de trouver dans sa thèse une série de considérations nouvelles, de conceptions ou d'idées paraissant d'abord hypothétiques, mais reposant toujours en réalité sur des données scientifiques savamment interprétées. Dès son introduction, M. Budin tient à fixer les limites de son sujet : il étudiera les varices de la femme enceinte non seulement pendant la grossesse, mais encore pendant le travail. Comme classification il adopte la plus pratique, celle qui se présente naturellement à l'esprit : varices des membres inférieurs, des organes génitaux externes et internes, de l'anus et du rectum, de l'urèthre et de la vessie, du tronc.

Le chapitre premier est consacré à l'étude de l'anatomie pathologique des varices, ou mieux de la phlébestasie des veines superficielles et profondes, présentée d'après les travaux de Briquet, de Cornil, de M. le professeur Verneuil, dont les recherches devenues classiques ont été appliquées avec raison par M. Budin, aux varices des femmes enceintes, et cela d'autant mieux qu'une pièce déposée par ce maître au musée Dupuytren et portant le nº 356 démontre le bien-fondé de cette opinion.

Dans un second chapitre, l'auteur étudie les symptômes des varices superficielles et des varices profondes. A propos de la description des premières, nous signalerons la façon dont elle est présentée. Les recherches que nous avons vu faire nous permettent de les considérer comme un modèle de description dont la concision et la précision égalent la justesse et la clarté. L'étude des symptômes des varices profondes est la reproduction exacte du mémoire de M. Verneuil : mais elle est suivie d'une observation personnelle on ne peut plus démonstrative au point de vue clinique. La fréquence et les causes des varices sont de la part de l'auteur l'objet de recherches intéressantes et qui permettent de tirer des conclusions qui, cependant, ne sont pas toujours en harmonie avec les résultats obtenus par d'autres : elles ont été faites dans le service de M. le professeur Depaul à l'hôpital des Cliniques et de M. Tarnier, à la Maternité. Deux tableaux fort bien dressés, mais peut-être trop résumés, comme typographie s'entend, ne résument pas moins de 100 observations personnelles. M. Budin arrive à cette conclusion : qu'au point de vue de la fréquence, 1 femme sur 3 est atteinte de varices; résultat en désaccord absolu avec ceux de Lesguillons, de Cazin (de Boulogne), qui n'ont rencontré en moyenne de varices qu'une fois sur 20 environ. C'est là évidemment un point sur lequel il était nécessaire d'insister. Aussi M. Budin sent-il le besoin de faire remarquer, à propos des recherches de M. Cazin, qu'elles ne peuvent être comparées aux siennes, à cause du milieu spécial dans lequel il a pris ses observations. (Milieu hospitalier.) Quant à celles de Lesguillons, la même cause ne pouvant être alléguée, M. Budin explique avec raison, suivant nous, la différence par ce fait que les relevés de M. Lesguillons ont été faits d'après des bulletins où le plus souvent les consignations de varices sont négligées à moins qu'elles ne soient très apparentes.

Puis il passe à la fréquence des varices suivant les différentes régions de l'organisme où elles apparaissent et à l'étude des diverses conditions qui peuvent favoriser leur développement : âge, nombre des grossesses, profession, direction de l'utérus, tempérament, hérédité, etc.

A propos de l'âge, M. Budin a noté que, contrairement à l'opinion émise par Delpech, on rencontre les varices dès l'âge de 19 ans. Au point de vue des grossesses antérieures, on trouve les varices 22,5 fois 0/0 chez les primipares et 44,5 0/0 chez les multipares. L'influence des professions est notoire : les varices sont l'apanage des professions qui réclament la station verticale. C'est ainsi que M. Budin a trouvé des varices « chez les blanchisseuses, dans la moitié des cas; chez les cuisinières, dans les 2/5 des cas environ; chez les lingères, dans 1/5 des cas seulement. » Quant à la pathogénie des varices, différentes théories on été invoquées; l'une reposant sur les causes mécaniques (Mauriceau), réfutée par Briquet, reprise par Follin, le Dr Paul Richard qui ajoute une explication nouvelle, mais peu importante en vérité, à celles déjà émises; l'autre basée sur les modifications survenues pendant la grossesse dans l'appareil circulatoire (Ambroise Paré), admise par MM. Tarnier, Chantreuil, Guéniot en France, par Mahomed, Jancourt Barnes, Macdonald, en Angleterre ; la dernière enfin sur les modifications du système nerveux (P. Dubois, Barnes, Guéniot). En résumé, les causes des varices sont multiples, et nous dirons avec M. Budin que « dans l'état actuel de la science, il serait bien difficile de dire ce qui, dans chaque cas particulier, appartient à chacune d'elles. »

Le chapitre V comprend une série de données intéressantes sur les principales complications des varices : l'œdème, les ulcères variqueux, la rupture des veines, les hémorrhagies, la thrombose et la phlébite qui aggravent considérablement le pronostic peu sérieux en général, pour

les varices quelles qu'elles soient. Indépendamment du traitement approprié aux varices en général, M. Budin insiste plus particulièrement sur les questions qui intéressent l'accoucheur : la compression des membres par l'application des bas élastiques, et son influence très douteuse sinon nulle sur la marche de la grossesse ; la cure radicale des varices chez la femme enceinte mise en pratique en Allemagne par Ruge Martin, Otto Alberts : sur ce dernier point, M. Budin se prononce formellement contre tout procédé semblable, « étant données l'amélioration considérable et souvent la disparition complète des varices après l'accouchement. » Enfin on devra opposer à chaque complication le traitement qui lui convient.

Dans la deuxième partie de sa thèse, M. Budin traite des varices des organes génitaux qu'il étudie successivement au niveau de la vulve et du vagin ; au niveau du col de l'utérus ; au niveau des ligaments larges, au niveau des ligaments ronds. Chacun de ces énoncés comprend une série de paragraphes, faits avec une méthode qui favorise la lecture, en même temps qu'elle rend facile la compréhension des moindres détails. Symptômes, complications, diagnostic, pronostic, traitement : tel est l'ordre que l'auteur a suivi. Nous signalerons plus particulièrement le chapitre consacré aux hémorrhagies externes de la vulve et du vagin, et le choix des observations qui accompagnent chacune des complications possibles, dont il faut être prévenu si l'on ne veut être exposé à perdre à la fois mère et enfant. Aussi est-il bon de pouvoir immédiatement faire le diagnostic de l'hémorrhagie. Le plus souvent dans les cas cités la femme est morte avant l'arrivée du médecin. Mais on ne doit pas oublier qu'on peut être appelé à faire le diagnostic rétrospectif, qui, au point de vue médico-légal, est de la plus haute importance. En outre, M. Budin donne un signe qui pendant le travail et au moment de la sortie du fœtus pourra mettre sur la voie du diagnostic. « Si, dit-il, le sang vient du clitoris, il s'écoule immédiatement à l'extérieur aussitôt après la sortie de la tête, avant même l'expulsion du tronc de l'enfant. S'il venait, au contraire, de la rupture du col de l'utérus, rupture qui est habituelle, il serait sans doute effacé par le frottement du corps du fœtus contre les parois du canal vaginal qui sont si considérablement distendues. Nous nous demandons donc s'il ne serait pas rationnel de conclure de l'apparition d'une large tache de sang s'étendant sur l'épaule et sur le tronc à la rupture d'un vaisseau occupant les parois du vagin. »

Ces réflexions sont suivies d'une étude très détaillée sur le thrombus, à laquelle nous renvoyons le lecteur désireux de connaître l'état actuel de la science sur la question. Puis l'auteur passe en revue les varices du col de l'utérus, celles des ligaments larges sur lesquelles M. le professeur Richet a déjà fait des recherches nombreuses ; celles des veines des ligaments ronds, dont M. Sappey a donné une si belle description anatomique.

A propos de la troisième partie de ce travail, nous ne ferons qu'énoncer les points dignes de remarques : M. Budin et le Dr Richard arrivent à la conclusion que les hémorrhoïdes sont loin d'être fréquentes comme on serait tenté de le croire : ils attachent une plus grande importance à la constipation opiniâtre qu'au fait lui-même de la gestation. Tel n'est pas l'avis de MM. Laroyenne et Cazin. Mais ce dernier auteur fait remarquer que les conditions d'observation ne sont pas les mêmes. C'est peut-être là le motif de désaccord. Quant à la pathogénie des hémorroïdes, elle repose entièrement sur les recherches de M. Duret. Les hémorroïdes sont, de plus, étudiées successivement pendant la grossesse et pendant le travail. Deux courts chapitres sont ensuite consacrés aux varices de l'urèthre et de la vessie ; aux varices du tronc, très rares du reste, que l'on a principalement observées pendant la grossesse, du côté des reins, de l'abdomen et de la région fessière. Nous n'avons pu que donner un court aperçu de la thèse de M. Budin : nous ne saurions mieux résumer notre opinion qu'en répétant avec un maître de l'Ecole de Paris : « Cela n'a pas été le moindre mérite de M. Budin, que de rendre fort intéressant un sujet ardu en lui-même, et d'autant moins nouveau qu'il vient d'être traité d'une façon très sérieuse dans le mémoire de M. Cazin (de Boulogne), pour le prix Capuron. » C'est aussi notre avis. Paul BITOT.

THÉRAPEUTIQUE

Du Goudron et de ses préparations ;

Par le Dr GERARD.

Notre avis nous a souvent été demandé au sujet des nombreuses préparations de goudron qui ont pris naissance dans ces dernières années. Après un examen comparatif de ces différents produits, nous avons reconnu que le goudron pur *émulsionné*, c'est-à-dire divisé à l'infini et suspendu dans l'eau, était la préparation qui répondait le mieux aux exigences de la thérapeutique, qu'elle constituait, en un mot, le moyen le plus rationnel pour l'emploi du goudron dans toutes ses applications *internes* et *externes*.

Nous allons résumer les raisons qui nous ont fait aboutir à cette conclusion.

L'ancienne *Eau de goudron* du Codex empruntait à son mode de préparation trop de chances d'altération pour être considérée comme un médicament sérieux et réellement efficace. Aussi, Cazenave, qui recommandait ce médicament dans la dernière période des catarrhes, dans les bronchites, la coqueluche, la phthisie et les affections chlorotiques et scorbutiques, constatait-il bientôt son infidélité. Il recommande de porter la dose de goudron de 30 gr. à 200 gr. par litre.

Mais, le goudron étant fort peu soluble dans l'eau, s'y dissolvait encore en proportion trop faible, et l'eau de goudron, après avoir été considérée comme une véritable panacée, une sorte de spécifique, fut délaissée. Aussi, les tentatives faites par les pharmaciens pour obtenir des liqueurs contenant le goudron dans un plus grand état de concentration furent-elles nombreuses.

Les uns proposèrent d'augmenter la solubilité du goudron en traitant ce dernier par un *alcali* ; d'autres pensèrent à préparer des liqueurs concentrées par *macération* à chaud, ou par concentration de l'eau de goudron, etc., mais tous ces moyens ont été trouvés défectueux.

Le professeur Gubler dit, en effet, en parlant des liqueurs alcalines : « Ces liquides, fortement alcalins, n'offrent plus certaines qualités de l'eau de goudron, et ne sauraient par conséquent remplacer utilement celle-ci dans tous ses usages. » (*Com. Thérap. du Codex*, 2e éd., p. 166.)

M. Adrian a aussi vivement critiqué la formule de ces préparations, qui ont joui en principe d'une certaine faveur auprès du public, plus amateur de ce qui est commode que bon juge en fait de médicaments : « En recommandant de saturer l'acide du goudron ou sa résine par le carbonate de soude, dit M. Adrian (*Note sur le Goudron*, *Bull. Thérap.*, 1867, p. 407), on commet la même faute que de conseiller la saturation de l'eau de Rabel (acide sulfurique alcoolisé) par les alcalis. Dans le premier cas, on a un médicament styptique qui ne peut être supporté qu'à la dose de quelques grammes ; dans le second cas, on a un sel purgatif, le sulfate de soude. »

Les liqueurs concentrées par *macération* sont également condamnées depuis plus de trente ans par Soubeyran : « J'ai reconnu, dit-il, que la digestion prolongée du goudron au bain-marie, pour préparer une eau par macération, a pour effet de détruire en grande partie les principes amers du goudron. »

Les produits obtenus par *concentration* de l'eau de goudron ne peuvent être non plus de bonnes préparations, car non seulement la chaleur nécessaire pour concentrer l'eau de goudron modifie, comme dans le cas précédent, les produits complexes renfermés dans cette eau, mais, en outre, l'évaporation de l'eau entraîne avec elle une certaine quantité des principes plus ou moins volatils du goudron, entre autres, la créosote, dont la présence dans l'eau de goudron n'est nullement à dédaigner.

Puisque le goudron, à cause de sa faible solubilité dans l'eau, ne peut se prêter à la préparation de *solutions* concentrées, sans recourir à des combinaisons ou à des procédés qui altèrent ses principes constituants, M. Le Beuf, pharmacien à Bayonne, a résolu le problème en *émulsionnant* tout simplement dans l'eau le goudron naturel.

Par ce moyen, les principes balsamiques et résineux du goudron se trouvent réunis en totalité dans cette préparation et n'y sont dénaturés par aucun corps étranger, ni *alcalin*, ni *acide*, car c'est par l'intermédiaire de la saponine (1), substance végétale *neutre* comme la gomme et le sucre, que le goudron est émulsionné, c'est-à-dire divisé et suspendu dans l'eau en particules d'une ténuité extrême.

Quant à l'action de la saponine sur l'économie, cette substance se trouve en si faible proportion dans cette *émulsion* (moins de 2 millièmes), qu'on peut n'en tenir aucun compte; cette émulsion s'administrant, en effet, à la dose de 5 ou 10 grammes à la fois, on peut se rendre compte que la quantité de saponine ainsi absorbée est de beaucoup inférieure à celle contenue dans une tasse d'infusion de saponine.

La préparation de M. Le Beuf, qui renferme, comme il vient d'être dit, tous les principes du goudron pur, simplement divisés à l'infini, diffère par conséquent de l'eau de goudron du Codex, qui, elle, ne contient que la partie extractive du goudron, c'est-à-dire seulement les principes solubles dans l'eau.

Mais, comme dans le goudron il n'y a d'utiles et de médicamenteux que les principes solubles dans l'eau, que les principes résineux qui sont peu ou point solubles, ne peuvent être pour ce motif nuisibles ou inutiles, qu'au contraire, « les résines contenues dans les baumes, ainsi que le dit le Dr Rabuteau, en sont les principes les plus importants, » nous devons reconnaitre que, par son émulsion, M. Le Beuf a résolu la question de la façon la plus heureuse.

Il se s'agissait pas, en effet, de trouver une liqueur concentrée à l'aide de laquelle, par simple addition d'eau, on put reproduire un liquide semblable à l'eau de goudron du Codex, préparation très imparfaite, on est forcé d'en convenir, et à laquelle on a été obligé de recourir, pour le seul motif qu'on ne connaissait pas le moyen d'administrer autrement le goudron.

Ce qu'il fallait, et M. Le Beuf l'a compris, c'était tout simplement trouver le moyen d'administrer le goudron dans toute sa pureté, sans altération ni modification d'aucun de ses principes constituants, et sous une forme facilement absorbable.

La forme pilulaire ou capsulaire résout bien la première condition du problème, puisqu'elle offre l'avantage de présenter le goudron en nature, dans toute sa pureté et son intégrité, mais ces pilules et capsules ont le grave défaut d'être d'une digestion difficile, les liquides digestifs ayant de la peine à pénétrer le goudron contenu dans ces préparations, pour le disposer à l'absorption qui est, dans ce cas, imparfaite et fatigante pour l'estomac. « Les pilules de goudron, préparées avec tout le goudron, dit M. Deschamps (d'Avallon), déterminent chez beaucoup de malades des céphalalgies plus ou moins intenses (*Compendium de pharmacie*). » Céphalalgies produites évidemment par action réflexe de l'estomac fatigué par la digestion de cette matière visqueuse et gluante. Aussi, d'accord avec ce savant pharmacien, nous ne croyons pas qu'on puisse recommander l'emploi du goudron sous cette forme.

Seul, le goudron émulsionné par le procédé de M. Le Beuf répond à toutes les données du problème, puisque, d'une part, tous les principes du goudron sont réunis dans cette préparation et ne s'y trouvent associés à aucune substance étrangère capable de les modifier ou de les altérer, et que, d'autre part, la forme émulsive assure à tous ces principes une absorption facile et complète.

A l'appui de ce que nous disons là, nous citerons l'opinion de notre regretté maître le professeur Gubler : « L'émulsion de goudron Le Beuf, dit ce savant médecin, préparée à l'aide de la teinture de quillaya saponaria, représente *sans altération* et sans pertes tous les principes et, conséquemment, *toutes les qualités* du goudron en nature. » (*Com. Thérap. du Codex*, 2e éd., p. 167.)

Plus loin (page 314), M. Gubler ajoute : « Les émulsions Le Beuf de goudron, de tolu, ont sur la plupart des autres préparations l'*avantage* d'offrir, *sous une forme aisément absorbable*, l'ensemble des principes actifs de ces médicaments complexes. »

On lit également, dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome XVI, page 528 : « L'émulsion de goudron peut être substituée, dans tous les cas, à l'eau de goudron du Codex. »

Nous ajouterons que l'émulsion de goudron végétal Le Beuf, qui est dosée à 2 pour 0/0, étant miscible à l'eau en toutes proportions, possède l'avantage de se prêter très commodément à toutes les exigences de la pratique.

Ce sont toutes ces considérations qui font que nous accordons la préférence au goudron émulsionné, sur toutes les autres préparations de goudron. Le goudron de M. Le Beuf est un produit sérieux, dont la formule très rationelle a en outre réalisé un véritable progrès et constitue une véritable découverte.

(1) Principe immédiat contenu dans la saponaire, et auquel cette plante doit ses vertus dépuratives et rafraichissantes. La saponine se concentrant en plus grande abondance dans le *quillaya saponaria*, c'est lui que M. Le Beuf emploie pour obtenir la teinture qui lui sert à préparer son émulsion.

CORRESPONDANCE

Congrès international d'Hygiène de Turin.

A Monsieur le Dr Blondeau, *Secrétaire de la rédaction du* Progrès Médical.

Turin, 11 septembre.

..... Les sections, au nombre de dix, ont constitué leurs bureaux le jour même de l'ouverture du Congrès et ont immédiatement commencé leurs travaux. Nous devons dire que l'on s'est bien vite aperçu que l'on avait eu tort de trop multiplier les sections; aussi, a-t-on dû en réunir plusieurs à d'autres sections.

Dans la première section (Hygiène générale et internationale) je signalerai l'importante communication du professeur Guido Baccelli (de Rome) sur l'utilisation des colonies pénitentiaires à l'assainissement de la campagne de Rome. — A la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. de Piétra-Santa et Bertillon, le professeur Tessier (de Lyon) a présenté un ordre du jour, qui a été adopté à l'unanimité, et par lequel les membres du Congrès « louent et encouragent le gouvernement italien dans son œuvre, déjà commencée, d'assainissement de la campagne romaine par l'établissement de colonies pénitentiaires, en considérant que la mortalité qui pourra en résulter ne saurait être mise en balance avec les immenses avantages qui en résulteront au point de vue de l'hygiène générale et de la civilisation. »

La 2e section et la 3e réunies (Hygiène domestique et privée; hygiène professionnelle) ont d'abord entendu une communication de M. Germond de Lavigne, sur la situation des Sociétés de tempérance (contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques) existantes en France; puis, est venue la lecture par M. le professeur Rollet (de Lyon), d'un intéressant travail sur un mode spécial de transmission de la syphilis chez les verriers, par les tuyaux de soufflage.

M. le Dr Vidal (de Paris) nous a aussi communiqué un important mémoire sur les moyens légaux ou d'initiative privée à opposer à la falsification des denrées alimentaires.

Les travaux de la 4e section, ayant trait à l'hygiène des écoles et à l'hygiène des enfants, ont été des plus suivis. Mme Bowell-Sturge, docteur en médecine de la Faculté de Paris, y a fait une lecture des plus écoutées, qui a donné lieu à une discussion sur laquelle nous reviendrons.

M. le Dr Napias (de Paris) a repris, dans une communication intitulée : *Etude et critique des mesures législatives prises dans les divers pays de l'Europe pour la protection des enfants travaillant dans l'Industrie*, la question qu'il avait déjà traitée au mois de juin, devant la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

MM. Javal (de Paris); Roth (de Londres); Gariel (de Paris); Dunant (de Genève); Pennetier (de Rouen); Desjardins (de Nice); etc., etc. ont traité de l'hygiène de la vue dans les écoles, du mobilier scolaire, de la construction des écoles, etc.

La 5e section (Hygiène appliquée à l'agriculture) et la 6e (Hygiène appliquée à l'industrie), ayant eu trop peu de travaux annoncés, ont été réunies dès le second jour à la 2e et à la 3e section.

De la 7e section (Hygiène vétérinaire), de la 8e (Hygiène militaire et navale), de la 9e (Sauvetage sous toutes ses formes) et enfin de la 10e (Architecture et chimie appliquées à l'hygiène), je ne dirai rien aujourd'hui, me réservant de résumer leur travaux dans une prochaine lettre.

Il en sera de même pour les séances générales, dont la première a été signalée par un beau discours de M. Fauvel, consacré à l'étude de la prophylaxie internationale au point de vue des maladies pestilentielles exotiques. Dr Paul Fabre (de Commentry.)

VARIA

Medical mathematisme (1).

Lecture faite au Congrès international d'hygiène de Turin ;
Par le Dr E. SEGUIN (de New-York).

III. Les *sens*, ces instruments exquis de la nature, ont toujours été en médecine des instruments dont savaient se servir un petit nombre de médecins, et non pas la généralité de ceux qui exerçaient cet art. On ne chercha jamais à leur donner le même degré de culture que l'on accordait à l'esprit. En fait, à l'époque dont nous parlons, l'éducation ou plutôt l'entrainement des sens en général, et des sens médicaux en particulier, était non seulement inconnue, mais elle n'avait pas même de nom. Ce n'est qu'à partir de cette époque, que l'éducation des sens médicaux commence à se faire indirectement et empiriquement dans les *Ecoles pratiques* et les *Laboratoires* ouverts nominalement à tous les étudiants mais insuffisamment outillés, même pour un petit nombre d'élèves. Cependant, il est encore vrai, aujourd'hui, que, malgré les efforts déployés et les immenses progrès réalisés, il est encore vrai, disons-nous, que les sens ne reçoivent pas, dans les départements primaires et secondaires de l'instruction, cet entraînement qui leur permettrait de sentir avec délicatesse et précision et qui les préparerait à la manœuvre et à l'usage des instruments de diagnostic positif et d'analyse qualitative et quantitative ; et, par le fait de ce manque d'éducation, les sens médicaux restent comparativement paralysés ou anesthésiés, au lieu de devenir des agents capables de diriger la marche et les opérations des instruments et des méthodes d'observation sensorielle, comme le cerveau qui dirige lui-même les opérations mentales.

Quant aux instruments proprement dits, ils étaient tous destinés aux opérations de chirurgie, à l'exception de la montre ou du chronomètre. Le stéthoscope et le plessimètre étaient, en effet, à peine inventés ; les spéculums, rares et grossiers, étaient limités à un seul usage ; le thermomètre et les balances de Sanctorius avaient été oubliés avec soin. De sorte que l'on peut dire que les moyens d'observer mathématiquement étaient tous à créer, et cette création est aujourd'hui réalisée.

Il n'est pas besoin de rappeler ici les travaux de Kölliker, Becquerel, Vierordt, Helmhostz, Donders, Duchenne (de Boulogne), Remak, Wunderlich, Marey, Malassez et de tous ceux qui inventaient successivement nos instruments de précision et ouvraient la série, en apparence interminable, de nos observations chimiques, héliographiques, mathématiques et autographiques (*self registering*). Cette période de création dura quarante ans ; après quoi, on espéra qu'il suffirait de se servir de ces instruments merveilleux pour obtenir la certitude médicale.

Cette espérance fut déçue ; et cela tint à ce que tous ces moyens précieux d'analyse étaient sans lien commum, sans philosophie commune, ce qui fut amplement démontré par les conclusions auxquelles arrivèrent les spécialistes. Cela tenait également à ce que ces derniers, savants distingués dans la petite sphère où ils s'étaient confinés, étaient en réalité plutôt des microscopistes, des électriciens, des thermométriciens (etc.), que des médecins, dans le sens synthétique du mot. De sorte que, pendant la brillante période que nous venons de parcourir, ce ne fut pas le génie qui manqua, mais bien la méthode.

Cette méthode résultera de la coordination des observations positives, prises dans les limites de l'uniformité mathématique, la seule qui permettra d'enregistrer et de traiter les normales de la santé et toutes les anomalies de la maladie comme des quantités inter-changeables et intermensurables en toutes proportions.

Cette méthode, que la Société médicale d'observation avait préparée et en quelque sorte pressentie, c'était le « *Mathématisme médical.* »

Nous voyons, maintenant, que la cause première de l'insuccès de la Société médicale, c'était le manque d'instruments d'observation. Mais, à cette cause, il s'en ajoutait deux autres.

IV. La loi de la corrélation — interchange ou plutôt identité des forces naturelles —, ne pouvait pas être appliquée à la physiologie et de là à la médecine, avant d'avoir été démontrée et appliquée en physique.

Le mathématisme médical ne pouvait pas être créé avant que l'uniformité mathématique des quantités eût été bien déterminée, acceptée par la généralité, et appliquée aux quantités physiologiques.

Quoi que Rumford eût proclamé l'unité essentielle des impondérables à la fin du siècle dernier, c'est seulement en 1824 que Sadi Carnot a formulé la théorie de la corrélation des forces, et en 1842 que Mayer (de Heilbron) a démontré que la lumière du soleil, le dégagement de la chaleur, le mouvement mécanique, les affinités électriques ne sont que les modifications interchangeables d'une force unique. En d'autres termes, il y a une *force* qui revêt sans cesse les formes de la nature vivante ou morte, c'est la chaleur (*calor*) active ou latente. Joulé mit cette vérité au-dessus de toute controverse pour la physique, et Traube a fait de même pour la pathologie physiologique.

Depuis lors, il devint sinon facile, du moins possible, au moyen de nos nouveaux instruments d'observation, de vérifier cette loi sur l'homme à l'état physiologique et pathologique. Maintenant, ce sont des vérités banales, que, à une caloricité normale, correspond la régularité des autres fonctions ; que, quand cet équilibre est rompu, l'augmentation des produits d'une fonction correspond à la diminution des produits d'une ou de plusieurs autres ; que l'excès de dégagement de chaleur correspond à un excédent d'urée, à une diminution de poids, à un arrêt de croissance (etc.).

Sans doute, on avait dit ou soupçonné tout cela depuis longtemps, mais on ne l'avait pas démontré mathématiquement. C'était une hypothèse, mais ce n'était pas une loi. C'est pourquoi ces substitutions de fonctions n'étaient ni enseignées ni traitées avec autorité ; car la science peut bien, de temps à autre, avancer, en vertu d'une croyance ou d'une hypothèse heureuse, mais elle ne fait des progrès certains que lorsqu'elle s'appuie sur des faits authentiques.

L'interdépendance des fonctions dans la santé et dans la maladie n'ayant été mise hors de doute que depuis que la loi de la convertibilité des forces est ressortie des faits, elle passa successivement de la physique à la physiologie et de la physiologie à la médecine, et c'est seulement alors qu'elle pût être appliquée à la pathologie avec certitude et continuité.

Le même progrès a été obtenu en thérapeutique, pour laquelle les nouveaux instruments et méthodes d'analyses ont donné les moyens de réduire en quantités mathématiques l'action d'un certain nombre de médicaments. Pourquoi pas de tous, pourra-t-on nous objecter ? Cela tient peut-être à ce que cette section du mathématisme médical vient à peine de commencer cette série d'études. D'ailleurs, de ce fait que le mathématisme appliqué méthodiquement n'aura pas, après de rigoureuses expériences, démontré par des chiffres l'action thérapeutique d'un médicament, il n'y aurait aucune raison d'imputer la faute à la méthode en elle-même. Nous n'insisterons pas sur ce

(1) Voir le n° 38.

côté de la question, important sans doute, mais qui n'est ici que secondaire, car nous considérons seulement la méthode dans sa généralité. (*A suivre.*)

Troisième Congrès international d'hygiène de Turin.

Rapport de la Commission nommée par le troisième Congrès international d'hygiène dans la séance du 9 septembre 1880 et chargée de formuler un programme de concours pour un prix de 2,500 francs. (Ce prix a été gracieusement donné par le Conseil provincial de Turin, à l'effet de récompenser un ouvrage utile à l'*Hygiène des populations des campagnes*, suivant la délibération prise dans la séance du 4 septembre 1879.)

1° Tous les hygiénistes peuvent concourir au prix de 2,500 fr. (lire italiane) pour des ouvrages manuscrits ou imprimés en langue française ou italienne; 2° Le Jury est composé des délégués de tous les gouvernements représentés ici au troisième Congrès international d'hygiène, sous la présidence de M. Fauvel; 3° le Jury siègera à Paris. Les ouvrages seront adressés à M. Fauvel, au siège du Comité, qui sera annoncé ultérieurement en temps utile. On indiquera également le mode de correspondance. Tous les ouvrages devront être remis au Jury avant le 31 décembre 1881; 4° Le rapport du Jury sera lu à la séance d'ouverture du quatrième Congrès; 5° dans le cas où le prix ne serait pas décerné, la valeur en resterait au Conseil provincial; 6° les ouvrages qui n'auront pas été considérés dignes du prix, seront retirés par leurs auteurs dans les trois mois calculés après la publication du rapport de la Commission; 7° l'auteur de l'ouvrage qui a mérité le prix, devra le faire imprimer, en conservant la propriété littéraire et tous les droits d'auteur. Il aura cependant la bonté d'en envoyer une copie au 60 conseillers provinciaux et aux 60 conseillers municipaux de Turin.

Les soussignés, membres de la Commission :
Eulenberg. — Fauvel. — Froben. — Félix. — Georgevitch. — Liouville. — Overbeeck de Meyer. — Pacchiotti. — Petresco. — Vogt.

Vins plâtrés.

M. le Ministre de la justice vient d'adresser la circulaire suivante aux procureurs généraux :

Monsieur le Procureur général,

A la suite de diverses décisions judiciaires relatives à la vente des vins plâtrés, un de mes prédécesseurs avait exprimé à M. le Ministre de l'agriculture et du commerce le désir que de nouvelles expériences fussent faites à l'effet d'établir si, dans l'état actuel de la science, l'immunité accordée aux vins plâtrés, par la circulaire du 21 juillet 1858, pouvait être maintenue.

Saisi de l'examen de la question, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a émis l'avis : 1° que l'immunité absolue dont jouissent les vins plâtrés, en vertu de la circulaire du Ministre de la justice, en date du 21 juillet 1858, ne doit pas être officiellement admise; 2° que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, qu'elle résulte du plâtrage du moût, du mélange du plâtre ou de l'acide sulfurique au vin, ou qu'elle résulte du coupage des vins non plâtrés, ne doit être tolérée que dans la limite maxima de 2 grammes par litre.

En portant cet avis à ma connaissance, mon collègue de l'agriculture et du commerce m'informe qu'il y adhère complètement. L'immunité résultant des dispositions précitées devra être restreinte; en conséquence, il y aura lieu désormais, pour les parquets, de poursuivre, en vertu des lois sur la falsification, le commerce des vins contenant une quantité de sulfate de potasse supérieure à celle de 2 grammes par litre, laquelle peut seule être tolérée sans danger pour la santé des consommateurs.

Je vous prie de vouloir bien adresser à vos substituts des instructions en ce sens et m'accuser réception de la présente circulaire. Recevez, etc.

Un nouveau lit pour les troupes.

On expérimente actuellement, dans le 11° corps d'armée, un nouveau système de lit pour les troupes. Le cadre est en fer, et le fond est fermé d'une toile solide supportant le matelas et supprimant la paillasse et les trois planches de l'ancien châlit. Le cadre est supporté par quatre pieds, comme l'ancienne couchette; mais il est mobile et s'articule avec le montant de la tête. Le soldat, peut, de cette façon, le relever pour l'appuyer contre un mur. Le corps du lit ayant été ainsi redressé, une plaque en fer, adoptée au support de la tête, un peu au-dessous de la charnière, se relève pour former siège. L'homme peut s'y asseoir commodément et appuyer son dos contre la toile de son lit. Enfin, une tablette, en fer également, s'adapte sur l'un des côtés du cadre pour servir de table. Avec ce système, les locaux deviennent disponibles pour certaines conférences, et le soldat se trouve pourvu d'une table pour écrire et manger, d'un siège pour s'asseoir. (*Journal des Débats.*)

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. —MM. Budin et Ribemont ont commencé le lundi 20 septembre, à 4 heures et demie, un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en six semaines. — Pour les renseignements et pour s'inscrire, s'adresser, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Clinique médicale. Hôtel-Dieu. — M. le Dr Raymond continuera à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au 1er novembre, ses leçons cliniques. Elles ont lieu à 9 heures les lundi et vendredi.

Cours d'anatomie. — M. le Dr Fort recommencera son cours d'anatomie et de physiologie le lundi 18 octobre 1880. — On s'inscrit le matin chez M. Fort, rue Jacob, 21.

FORMULES

64. — Traitement de la cystite chronique.

Dans un article très complet sur la cystite paru dans le *Dictionnaire encyclopédique*, M. Chauvel indique, au sujet de la cystite chronique du col, les préparations suivantes dont on aurait obtenu de bons effets :

Térébenthine.	15 grammes.
Camphre	1 —
Extrait de jusquiame.	0, 15 centig.

Mélez s. a.— Prendre matin et soir gros comme un noyau de cerise dans du pain azyme.

Dans la cystite chronique en général, Thompson prescrit avec grande utilité la mixture suivante qu'il a empruntée à un malade américain :

Feuilles de busserole (*uva ursi*).	50 à 60 grammes.
Racines de pareira brava . . .	—

Faites bouillir ensemble dans un litre et demi d'eau et réduisez à un litre; filtrez, 60 à 90 grammes à prendre de quatre à cinq fois par jour. On peut y ajouter après refroidissement, si on le désire, de la teinture de bucco.

Pour empêcher le développement des urines ammoniacales, dans la cystite chronique, M. Gosselin préconise l'acide benzoïque; voici la formule qu'il conseille :

Acide benzoïque. . .	1 à 3 grammes.
Glycérine neutre. .	4 à 6 —
Julep gommeux. . .	150 —

On débute par 1 gramme et on arrive rapidement à 3 et 4 grammes par jour. On peut même atteindre 6 grammes chez beaucoup de sujets, sans autre inconvénient qu'une certaine sécheresse de la gorge. Le résultat, qui consiste dans la neutralisation de l'acidité des urines, se fait sentir au bout de 7 à 8 jours en moyenne (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 10 septembre au jeudi 16 septembre, 1880, les naissances ont été au nombre de 974, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 383; illégitimes, 127. Total, 510. — *Sexe féminin :* légitimes, 360; illégitimes, 104. Total, 231.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 10 septembre au jeudi 16 septembre 1880, les décès ont été au nombre de 881, savoir : 443 hommes et 437 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 19. F. 19. T. 38. — Variole : M. 6. F. 5. T. 11. — Rougeole : M. 5. F. 8. T. 13. — Scarlatine : M. 4. F. 5. T. 9. — Coqueluche : M. 2. F. 1. T. 3. — Diphthérie. Croup : M. 15. F. 10. T. 25. — Dysentérie : M. 1. F. 2. T. 3. — Erysipèle : M. 2. F. .. T. 2. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 85. F. 82. T. 167. — Autres tuberculoses : M. 16. F. 22. T. 38. — Autres affections générales : M. 30. F. 51. T. 81. — Bronchite aiguë : M. 12. F. 12. T. 24. — Pneumonie : M. 15. F. 16. T. 31. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 64. F. 93. T. 157. — Autres maladies locales : aiguës : M. 51. F. 34. T. 85 ; — chroniques : M. 56. F. 47. T. 103 ; — à forme douteuse : M. 26. F. 17. T. 43. — Après traumatisme : M. 2. F. .. T. 2. — Morts violentes : M. 28. F. 28. T. 56. — Causes non classées : M. 5. F. 3. T. 8.

Morts-nés et prétendus tels : 60 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 24; illégitimes, 14. Total, 38. — *Sexe féminin :* légitimes, 13; illégitimes, 9. Total, 22.

Faculté de médecine de Lille. — Par décret en date du 16 septembre, M. Cazeneuve, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, est nommé professeur honoraire à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

Faculté de Médecine de Lyon. — Sont maintenus dans les fonctions de préparateur ci-après désignées, pendant l'année scolaire 1880-81, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon : MM. Jacquemaire, physique; — Magnien, histoire naturelle ; — Guion, chimie ; — Reverchon, pharmacie ; — Bonnet, anatomie pathologique ; — Hortolès, anatomie générale et histologie. — M. le Dr Jubin est maintenu dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des femmes à la Faculté de médecine de Lyon, pendant l'année scolaire 1880-81.

Ecole de Médecine de Rennes. — M. le Dr Blin est institué suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement pour une période de 9 ans.

Hôpital Général de Tours. — La Commission administrative de l'hôpital général de Tours, donne avis qu'en vertu de sa délibération du 30 août 1880, un Concours pour la nomination à deux places d'internes en pharmacie et à quatre places d'internes provisoires du même service, aura lieu cette année, le vendredi 24 septembre, à une heure de l'après midi.

Asile de Cadillac. — M. le Dr Champon est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac en remplacement de M. le Dr Péon.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral, en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du 16e arrondissement que, le mardi 5 octobre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

Nécrologie. — M. le Dr Patté, membre honoraire et ancien président de la Société nationale de médecine vétérinaire, est décédé le 13 septembre à l'âge de 64 ans. — M. le Dr Descieux, qui avait pendant longtemps exercé la médecine à Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise), est mort dernièrement à Avesnes (Nord). — On annonce la mort du Dr Willemsens, médecin-aide-major de 1re classe, qui a succombé brusquement à un accès de fièvre pernicieuse.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.
Le rédacteur-gérant : Bourneville.

8e ANNÉE. — N° 40. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 2 OCTOBRE 1880.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De la nature de la coqueluche. — Traitement par l'acide phénique;

Par le Dr H. OLTRAMARE (de Genève).

Depuis longtemps, l'étude de la coqueluche, de sa symptomatologie et de son mode de propagation a fait admettre le caractère spécifique et infectieux de cette maladie, et il ne faut pas s'étonner qu'un grand nombre de médecins lui aient assigné une nature parasitaire. Rosen l'attribuait à une excitation des voies respiratoires par des insectes ou autres principes morbifiques; Boelle à un miasme; Bienner à un contage contenu dans l'air expiré par le malade.

M. Poulet, en 1867, signalait des bactéries dans les gaz provenant de la respiration. En 1870, Letzerich, allant plus loin, décrivit même l'agent parasitaire et fit des inoculations. Cet agent serait formé par des flocons de micrococcus se multipliant en culture, et se transformant en globules contenant des spores. En cultivant cet organisme sur de l'eau sucrée ou de l'amidon lacté, on voit se développer un mycelium bien caractérisé. Les spores sont petites, brun jaunâtres, d'un contour ovale. On devrait rapporter cette espèce au genre *Ustilagineitus*. L'inoculation de ce produit à des lapins déterminerait chez eux la coqueluche. Sans vouloir contester le résultat des inoculations, nous pouvons nous étonner de voir un micrococcus émettre des spores, à moins qu'on ne considère comme reproduction sporalaire la multiplication par diversion transversale. Plus curieux est encore de savoir qu'un micrococcus peut donner naissance à un mycelium bien caractérisé. Il y a évidemment là des confusions d'espèces différentes, et la chose a besoin d'être tirée au clair.

Malgré les recherches faites, le doute subsiste donc encore, entraînant avec lui les incertitudes thérapeutiques, et cette immense variété des médicaments prouve qu'aucun d'eux n'a répondu à l'indication causale.

Résumons les faits acquis, et voyons s'il n'y a pas lieu, d'après les faits hors de contestation, de se former une opinion. L'anatomie pathologique nous a démontré, entre les mains de Beau et Gendrin, Parrot, Wannebroucq et Watson, que c'est surtout dans la partie sus-glottique que siègent les lésions, qui sont de nature catarrhale. La trachée, d'après tous ces auteurs, reste indemne, et s'il y a quelquefois des lésions bronchiques; elles ne sont que consécutives et tardives.

La physiologie rend exactement compte de la symptomatologie, qui est caractéristique d'une excitation du laryngé supérieur, excitation qui peut bien plus logiquement être attribuée à une lésion de la muqueuse qu'à une tuméfaction des ganglions bronchiques, comme le voudrait M. Guéneau. Quant à voir là une névrose du laryngé, ce serait aussi absurde que d'admettre une névrose des nerfs sensitifs cutanés dans une affection parasitaire prurigineuse. Qu'au bout d'un certain temps, survienne une légère névrite des extrémités, c'est ce qui est possible, mais ce n'est pas en tout cas un phénomène de début. Enfin, il y a lieu de tenir compte de l'effet produit sur la portion sus-glottique par la sécrétion abondante qui, s'accumulant en avant de l'épiglotte, tend à couler en arrière.

Le caractère contagieux, qui ne saurait être nié par aucun praticien observatenr, et ce fait, qu'une atteinte antérieure confère une immunité à peu près absolue, tendent nécessairement à faire admettre l'existence d'un organisme parasitaire.

Reste à déterminer cet agent lui-même, sur lequel, en dépit des travaux de Letzerich, plane un doute tout scientifique. Le difficile, ce n'est pas de trouver dans les produits expectorés un organisme inférieur, qu'on puisse accuser sûrement, c'est de n'en trouver qu'un, constant, susceptible d'être cultivé et inoculé, déterminant dans une espèce animale les symptômes caractéristiques de la coqueluche, et pouvant, à l'autopsie, être retrouvé en place, dans ses connexions avec les éléments anatomiques. Or, Letzerich, tout autre côté de la question mis à part, n'a rempli ni l'une ni l'autre de ces conditions, les lapins n'étant pas susceptibles de tousser et la relation de ses expériences ne disant pas qu'il a trouvé le micrococcus en place.

Pendant le cours d'une épidémie de coqueluche qui a sévi cet hiver à Genève, nous avons fait l'examen d'un grand nombre des crachats que rendent en si grande abondance les malades atteints de cette affection, mais, malgré le soin que nous avons apporté à cette étude, il est impossible, croyons-nous, de résoudre la question par les seules ressources du microscope.

En effet, à côté de quelques bactéries et de baccillus, nous avons constamment trouvé deux autres organismes, dont l'un, très semblable au micrococcus septicus de Cohn et de Klebs, semble être l'agent dont parle Letzerich, tandis que l'autre se rapproche beaucoup de l'oïdium albicans. Est-ce l'un de ces deux parasites qui est la cause efficiente de la coqueluche, telle est la question que nous ne pouvons que nous poser.

La seule chose qu'il nous est permis d'affirmer, c'est l'intégrité constante des cellules cylindriques contenues dans les crachats, contrastant avec un envahissement fréquent des cellules pavimenteuses par les organismes parasitaires. C'est là un fait qui concorde absolument avec le résultat des autopsies de Beau, Gendrin, Parrot, Watson, et nous croyons que le seul point possible d'implantation du parasite, c'est l'épithélium pavimenteux de l'arrière-gorge. Que, partie de là, l'inflammation catarrhale ne se propage pas dans les points voisins, au larynx, à ses ventricules, et très rarement à la trachée, c'est ce que nous ne voudrions pas nier, non plus que les lésions consécutives des bronches et du poumon, dues aux efforts de toux et aux expirations violentes qui caractérisent la coqueluche.

Si nous insistons sur ce point de localisation, c'est que nous le croyons capital pour l'explication des procédés thérapeutiques qui nous ont réussi.

Partant de cette idée, non encore complètement démontrée, il est vrai, que la coqueluche est une affection parasitaire, prurigineuse, de la muqueuse sus-glottique, et que toute la pathogénie, l'anatomie pathologique et la

symptomatologie peuvent se rapporter à cette opinion, nous avons appliqué à son traitement la substance qui a le plus d'action sur les organismes inférieurs.

Avant moi, et sans que j'en eusse connaissance, cette médication a été employée par Thorner qui a préconisé dans *Deutsch Archiv für Klinik Medical*, les inhalations d'acide phénique à 1 ou 2 pour 100 ; mais, comme ce traitement est encore peu connu, je n'ai pas cru inutile de publier les quelques succès que j'ai obtenus. Sur 13 malades atteints de coqueluche absolument confirmée, avec accès, reprise, vomissements, nous avons eu 10 succès complets ; 1 coqueluche a été peu modifiée ; dans deux cas, nous avons échoué totalement, en ce sens, que l'état s'est aggravé en dépit du traitement qui a dû être suspendu.

Les 10 succès ont porté sur : 2 adultes femmes ; 8 enfants de : 6 ans, 3 ans, 2 ans, 7 ans, 16 ans, 5 ans, 1 an.

Dans le cas ou la coqueluche n'a pas été notablement modifiée, l'enfant a présenté, dès le début, une recrudescence d'une bronchite chronique, dont il était atteint auparavant, avec crachats très purulents.

Les deux insuccès se rapportent à deux enfants atteints de coqueluche depuis plus de deux mois, ayant déjà changé d'air, présentant surtout de la bronchite, et peut-être un début de tuberculisation.

Chez tous nos malades, à l'exception d'un, l'acide phénique a été administré de la façon suivante et d'après cette formule :

Acide phénique crist. .	1	gramme.
Sirop de menthe	40	—
Eau	80	—

3 à 4 cuillerées à café par jour, additionnées d'un peu d'eau. Cette addition a pour but de diminuer la saveur caustique de la potion, dont plusieurs malades se sont plaint.

Au bout de 4 à 5 jours, dans nos 10 cas de succès, les vomissements ont cessé, le nombre des quintes a diminué d'un quart ou de moitié, et, dans le cas le plus favorable, au bout de 8 jours, la toux de la coqueluche avait perdu tous ses caractères et était remplacée par une petite toux de bronchite, qui ne tarda pas à disparaître.

Chez deux enfants de 7 ans et 5 ans, qui étaient au quinzième jour de leur coqueluche, l'amélioration eut lieu subitement, et, en même temps, au sixième jour du traitement ; au bout de 10 jours, le nombre des accès nocturnes était tombé de 18 ou 20 à 2 ou 3. Un autre enfant de 3 ans, frère des précédents, eut un début par bronchite avec fièvre ; le tout dura 8 jours, au bout desquels la coqueluche fut bien caractérisée. Le traitement phéniqué, donné à ce moment, enraya la marche de la maladie en 6 jours, et la guérison était obtenue au bout de 15 jours.

Chez une petite fille de 1 an, l'acide phénique ne put être administré à l'intérieur, mais la malade fut soumise à une inspiration continuelle de vapeurs phéniquées. On vaporisait dans sa chambre, sur une bouche de chaleur, une solution phéniquée à 10 pour 100 ; 120 grammes d'acide cristallisé furent ainsi volatilisés, sans que l'enfant ou la nourrice fussent incommodés par l'odeur phéniquée qui était des plus intenses. L'effet thérapeutique, quoique moins rapide, fut cependant très sensible, ainsi que le prouve le tableau suivant :

L. D., 1 an, nourrie au sein. — Toux depuis le 24 janvier. Le 2 février, coqueluche confirmée, vomissements.

	Accès		
FÉVRIER.	GRANDS.	PETITS.	TOTAL.
2	11	21	32
3	13	22	35
4	8	26	34
5	13	15	28
6	9	19	28
7	6	15	31
8	7	18	25
9	10	16	26
10	13	13	26
11	8	17	25
12	»	»	»
13	8	17	25
14	4	17	21
15	4	15	19
14	8	13	21
17	3	12	15

	Accès		
FÉVRIER.	GRANDS.	PETITS.	TOTAL.
18	3	11	14
19	1	10	11
20	4	10	14
21	2	12	14
22	0	8	8
23	2	12	16
24	2	9	11
25	2	9	11
26	2	12	14
27	1	11	12
23	0	5	5
29	1	8	9
Mars 1	0	8	8
2	0	10	10
3	0	6	6
4	0	0	0

Ce cas est de beaucoup le moins brillant de nos succès thérapeutiques, et pourtant, si nous nous en rapportons à lui, nous voyons qu'une coqueluche, observée dès le début, et qui s'est de suite annoncée comme assez sérieuse, puisque d'emblée, le nombre des accès a été de 32, dont 11 avec vomissements, s'est améliorée dès le septième jour, et a guéri au bout de 32. Ce n'est pas la marche d'une coqueluche abandonnée à elle-même, et il y a lieu de voir là une influence thérapeutique. Mais c'est surtout en présence du cas le plus favorable, dans lequel le caractère spasmodique avait disparu au bout de 8 jours, qu'on peut admettre l'influence du traitement.

Quant au mode d'action de l'acide phénique, nous le croyons tout à fait local, et il nous semble probable qu'on obtiendra les mêmes résultats, soit par des badigeonnages bien faits, soit par des inhalations ou des pulvérisations. Il est même très possible qu'un agent médicamenteux, autre que l'acide phénique, appliqué localement, ait une action équivalente, sinon plus rapide.

Ce que nous tenons seulement à faire ressortir ici, c'est la probabilité d'une affection bien limitée à l'arrière-gorge, de nature parasitaire, devant être traitée par des moyens appropriés à sa nature et à sa localisation, point qui nous semble avoir été très négligé jusqu'aujourd'hui.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hopital Saint-Louis. — **M. HILLAIRET**.

VII[e] Leçon.— Des acnés par hypersécrétion.

Leçon recueillie par M. **BRAULT**, interne des hôpitaux (1).

Messieurs,

Dans cette dernière classe des acnés, la sécrétion dépasse la quantité suffisante à la lubréfaction de la peau. La sécrétion est modifiée en quantité, elle doit être modifiée aussi dans sa qualité, car elle présente quelquefois une odeur fétide. Ce vice de sécrétion se traduit par deux formes : une forme fluente, une forme concrète.

La *séborrhée fluente* a été décrite par Hebra, Erasmus Wilson, Tilbury Fox, dans des chapitres spéciaux, et non dans le cadre général des acnés. Je vous ai exposé précédemment les raisons qui m'ont déterminé à agir autrement et à suivre les errements de l'école française, aussi n'y reviendrai-je pas.

Hebra a décrit deux variétés de séborrhée : la *seborrhea oleosa seu adiposa*, qui est la séborrhée fluente commune, et une *seborrhea sicca*, qui correspond au pityriasis du cuir chevelu. Bazin a voulu trouver, au point de vue de la pathogénie, une différence tranchée entre

(1) Voir les n[os] 6, 10, 13, 17, 37 et 39.

les deux variétés de séborrhée, il a fait de la séborrhée fluente une affection scrofuleuse, et de la séborrhée concrète une affection de nature arthritique.

Pour mon compte, voici les variétés cliniques de séborrhée que j'admets avec la plupart des dermatologues français.

1° L'acné séborrhée fluente ; 2° l'acné séborrhée concrète ; cette dernière comprenant comme sous-variétés : a) une séborrhée sèche qui a une grande ressemblance avec le pityriasis capitis qu'elle accompagne souvent ; b) une séborrhée en plaques lenticulaires, variété également sèche et qui persiste indéfiniment chez les vieillards ; c) une séborrhée concrète avec tendance à la dégénérescence épithéliale, qu'elle précède le plus souvent.

De la séborrhée fluente. — Nous nous occuperons d'abord de cette variété. Elle est caractérisée par un écoulement, au dehors, de la matière sébacée produite en excès. Il en résulte que la peau présente un état gras, huileux, oléagineux. — La couche de matière sébacée étendue sur les téguments offre quelquefois une teinte grisâtre, elle est mince ou quelquefois d'une certaine épaisseur.

Lorsque l'on vient à passer légèrement le doigt sur la peau, il emporte à son extrémité une substance brillante et grasse qui est le sebum altéré et huileux. Si l'on enlève avec une compresse toute la couche sébacée qui recouvre la peau, on trouve la surface de celle-ci tantôt de couleur normale, tantôt boursouflée et rouge, avec une congestion plus ou moins intense autour de l'orifice des follicules dilatés et béants. Ces congestions peuvent, d'ailleurs, être passagères.

L'écoulement est peu intense, il faudra qu'un temps assez long s'écoule pour que la région reprenne sa première apparence, mais le contraire peut arriver. J'ai vu des personnes atteintes de séborrhées tellement intenses qu'à peine la figure était-elle essuyée, on voyait les gouttelettes graisseuses sourdre des orifices entr'ouverts et se réunir rapidement pour former une nappe semblable à la première. D'ailleurs, même à ce degré, les phénomènes fonctionnels sont très peu accentués ; à peine les malades accusent-ils une certaine tension, presque jamais, sauf dans les cas congestifs que je vous ai cités, il n'y a de cuisson, de picotement ou de chaleur.

Lorsque la sécrétion est aussi abondante que je viens de le dire, elle peut subir une demi-dessiccation à la surface et présenter une croûte qui va s'épaississant par l'addition des couches successives qui sont sécrétées. — A mesure que la sécrétion se produit, la croûte de la surface, est soulevée peu à peu. Assez souvent, dans ces circonstances, la matière sécrétée présente une odeur fade très désagréable à supporter. L'odeur peut être même fétide et, jointe à l'abondance de la sécrétion, être une cause de dégoût profond pour les malades et les personnes qui les entourent. Ces cas sont exceptionnels, mais j'aurai tout à l'heure occasion de revenir sur un de ces faits que vous connaissez.

A l'examen histologique de cette substance, on ne trouve que des cellules épithéliales plus ou moins déformées, des granulations graisseuses en grande abondance et des cristaux de cholestérine (Kölliker, Newmann, Simon (de Berlin).

Cette affection est le plus fréquemment observée au visage, au front, au cuir chevelu, quelquefois, et moins souvent, sur la poitrine, le dos, les membres et les parties génitales. Souvent, elle est limitée à une région ; rien n'est plus ordinaire que de la rencontrer occupant seulement le nez ; elle y reste fixée pendant longtemps, et peut, à la longue, envahir le front et le cuir chevelu. Dans ce dernier siège, elle agglutine les cheveux en masse, et, si elle est abondante, on ne peut la modifier qu'après avoir préalablement coupé les cheveux aussi ras que possible.

J'ai eu l'occasion d'observer deux ou trois fois des séborrhées généralisées. Vous avez vu l'un de ces cas, tout dernièrement, au numéro 57 de la salle Saint-Louis. Le sujet auquel je fais allusion présentait une sécrétion de toute la surface cutanée, sauf à la paume des mains et à la plante des pieds où les glandes sébacées manquent. La face était recouverte d'un véritable masque jaune sale, formé de croûtes superposées. L'épaisseur de la couche était considérable au niveau de la moustache, dans le cuir chevelu, aux aisselles, sur le bas-ventre et dans les aines.

L'odeur qui se dégageait de la surface du corps était très fétide. Le malade, porteur de cette affection, avait contracté un mois et demi auparavant la syphilis. Il me paraît très probable qu'il y a entre la syphilis et cette séborrhée généralisée une relation de cause à effet, car j'ai déjà observé des cas de syphilis cutanée dans lesquels il existait, au même moment, une séborrhée fluente du visage qui disparaissait en même temps que les éruptions spécifiques, sous l'influence du traitement mercuriel.

Parfois, cette séborrhée persiste sans gêne aucune, présentant des alternatives d'augmentation et de décroissance. Rarement elle se résout d'elle-même. Le plus ordinairement, elle est à marche chronique et surtout au cuir chevelu. Quand elle se prolonge ainsi, elle peut déterminer, secondairement, l'inflammation du follicule pileux et la chute du poil. Le follicule s'irrite, s'enflamme, fait saillie et donne à la main une sécrétion visqueuse.

Dans des cas exceptionnels comme celui que je vous ai rapporté plus haut, elle affecte une *marche aiguë* et se résout complètement. D'ailleurs, aucun traitement n'a été institué en dehors du traitement général syphilitique, ce qui prouve bien que cette séborrhée est d'une nature spéciale.

Diagnostic. — Rien de plus facile que de reconnaître la séborrhée aux caractères décrits précédemment. Ni la sueur, ni la sécrétion de l'eczéma ne s'en rapprochent. Quant aux croûtes d'impétigo, elles ne sont pas grasses ; elles sont minces et jaune de miel. Si l'on avait le moindre doute, il suffirait de soulever les croûtes et l'on verrait au-dessous la sécrétion sébacée qui s'effectue.

Pûnertie. — C'est une affection peu grave, mais fatigante par sa persistance. Quand elle n'occupe que le lobule et les ailes du nez et qu'elle est peu abondante, on la néglige souvent ; mais elle devient au contraire une incommodité grave lorsqu'elle occupe le cuir chevelu ; elle est intolérable quand l'écoulement est très abondant et que son odeur est forte, car elle donne au visage un aspect repoussant.

Etiologie. — On la rencontre généralement sur des sujets lymphatiques, Bazin ajoute : scrofuleux, le plus souvent dans le jeune âge, quelquefois chez les adolescents, en tous cas plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

Parmi les causes déterminantes, nous rangerons les excitations provoquées. On pourrait aussi se demander si cette affection ne serait pas sous la dépendance des altérations du système nerveux. J'ai vu, il y a une quinzaine d'années, au pavillon Gabrielle, un sujet de 35 ans ayant une congestion passagère de la moelle épinière avec paralysie momentanée des quatre membres, qui fut

pris d'une séborrhée fluente de toute la partie supérieure du corps. La sécrétion disparut lorsque cessèrent les accidents paralytiques.

Enfin, la syphilis pourrait être, d'après les faits que je vous ai cités, considérée comme une des causes générales les plus puissantes de cette affection.

Le traitement consiste :

1° A enlever la matière sébacée au moyen de solutions alcalines dont le principe actif est soit le bicarbonate de soude, soit le bicarbonate de potasse ou, plus ordinairement, le borate de soude ;

2° A tarir la sécrétion, une fois les conduits dégagés, au moyen de solutions astringentes. Mais on ne doit chercher à tarir la sécrétion qu'au moment où, modifiée par la première partie du traitement, elle commence à diminuer.

Les astringents les plus employés sous forme de solutions sont : le sulfate de fer, le perchlorure de fer, l'acide pyrogallique et le tannin.

Bazin conseille l'huile de cade, qui bouche les orifices et donne de mauvais résultats. L'huile de noix d'acajou et les lotions mercurielles doivent être rejetées comme de mauvais moyens ; l'huile de noix d'acajou, outre l'inflammation extrême qu'elle provoque, présente les mêmes inconvénients que l'huile de cade.

En tous cas, les lotions sont préférables aux pommades.

Voici le traitement que je vous recommande :

Le matin, conseillez les lotions d'eau très chaude ou des douches de vapeur sur le visage ; immédiatement après, on emploiera la solution boratée suivante :

Eau distillée.	250	grammes.
Borate de soude.	8 à 15	—
Ether sulfurique.	8 à 15	—

Dans les cas de séborrhée généralisée, il faut y joindre les bains alcalins, les eaux minérales alcalines ou quelquefois alcalines sulfureuses en douches, et principalement celles de Bagnères-de-Luchon, Barèges, Aix, Louesche.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Création d'Hôpitaux d'enfants spécialement consacrés aux Maladies contagieuses.

Depuis près d'un siècle, les médecins s'attachent à démontrer la nécessité d'isoler les malades atteints de maladies contagieuses. Née avec Tenon, cette question a fait l'objet de nombreuses discussions dans le sein des Sociétés savantes ; il nous suffira de rappeler celles qui ont eu lieu à l'Académie de médecine, à la Société médicale des hôpitaux, et, plus récemment, à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle et au Congrès international d'hygiène de 1878. De toutes ces discussions, il est ressorti ce fait indéniable, que, dans nos hôpitaux mêmes, un grand nombre de malades contractent une maladie contagieuse alors qu'ils étaient en convalescence de la maladie qui avait motivé leur entrée, d'où l'urgence absolue de créer des hôpitaux spéciaux pour les maladies contagieuses.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, étudiant de nouveau cette question et l'envisageant par un seul de ses côtés, celui relatif à l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses, vient à son tour, il y a à peine quelques jours, de proclamer, par la voix de ses rapporteurs MM. Bouchardat, Léon Collin et A. Voisin, la nécessité de l'isolement et de demander la création de deux hôpitaux spéciaux.

Nous n'entrerons ni dans l'étude des statistiques de mortalité dans les hôpitaux d'enfants, ni dans celle des considérations sur lesquelles s'appuient les rapporteurs. Elles sont, pour la plupart, empruntées à l'excellent rapport de MM. Fauvel et Vallin, présenté au Congrès international d'hygiène. D'ailleurs, toute discussion serait oiseuse, et, à part quelques médecins obstinés, qui nieraient la lumière elle-même, les opinions sont faites depuis longtemps. Nous nous contenterons seulement de citer ces deux phrases, que nous avons entendues lors de la discussion du rapport de MM. Fauvel et Vallin au Congrès d'hygiène, phrases d'une terrible et douloureuse éloquence et qui sont, à notre avis, le meilleur plaidoyer en faveur de l'isolement : « 22 enfants ayant subi la trachéotomie ont été pris de fièvre éruptive dans les salles, et *quatorze* sont morts, 4 de scarlatine, 5 de rougeole, 5 de variole ; chez la plupart, la maladie intercurrente avait éclaté alors que les enfants pouvaient être regardés comme guéris de l'affection pour laquelle ils étaient entrés à l'hôpital. » « Sur 100 décès qui se produisent à l'hôpital des enfants, il y en a plus de *soixante* qui sont dus à des maladies contractées dans les salles. »

Ce qu'il est plus important d'étudier, c'est le mode d'isolement réclamé par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité. Trois modes peuvent être appliqués : dans le premier mode, on installe une salle pour les maladies contagieuses, attenante à celles affectées aux maladies ordinaires ; c'est le système déplorable employé généralement en France. Dans le deuxième mode, on établit des pavillons distincts dans un hôpital général ; c'est ce qui a été pratiqué à Sainte-Eugénie pour les diphthéritiques et plus récemment à Saint-Louis et à Saint-Antoine pour les varioleux. Le troisième mode consiste dans la construction d'un hôpital spécial.

Nous sommes heureux de voir que le Conseil d'hygiène a complètement rejeté les deux premiers systèmes et s'est formellement déclaré pour le troisième. Il est d'avis : « qu'il serait nécessaire de construire, dans Paris ou le plus près possible de Paris, deux hôpitaux d'isolement d'enfants consacrés aux maladies fébriles contagieuses, telles que la rougeole, la variole, la scarlatine, la diphthérie, la fièvre typhoïde ; que ces deux hôpitaux, pouvant contenir chacun 300 lits, devraient être placés sur un terrain peu élevé, et établis sur le modèle des châlets de l'hôpital militaire régional de Bourges, à une distance de 100 mètres au moins de toute habitation. » C'est, en effet, par la création d'hôpitaux spéciaux, que l'on arrivera à empêcher l'extension des maladies contagieuses et dans l'hôpital et au dehors ; c'est ce système seul qui permettra de circonscrire le principe morbide et de lui fermer toute issue.

Les rapporteurs ont insisté tout particulièrement sur l'organisation des divers services dans ces hôpitaux spéciaux. Cette organisation, qui est calquée en grande partie sur celle que M. Rauchfuss a adoptée pour l'hôpital Saint-Vladimir, à Moscou, serait la suivante : Chacun

des hôpitaux renfermerait des pavillons parfaitement séparés ; et chacun de ces derniers formerait, en quelque sorte, un hôpital distinct, affecté à une seule maladie, avec ses infirmiers spéciaux, ses services et ses dépendances distincts. Chaque pavillon d'isolement aurait un étage seulement, et serait construit en briques creuses et en fer, ce qui le rendrait incombustible et facile à désinfecter. Ces hôpitaux, éloignés des habitations (100 mètres au moins) n'auraient qu'une entrée, et la porte serait surveillée de manière à n'y laisser pénétrer aucune personne étrangère au service, et à n'en laisser sortir sans autorisation aucun malade en traitement ou convalescent. Des infirmiers spéciaux devraient être réservés exclusivement à chacun des services; ils prendraient leurs repas et coucheraient auprès des salles. De plus, les sorties des infirmiers hors de l'hôpital seraient limitées à certains jours, et ils ne pourraient en user qu'après avoir changé leurs vêtements de travail contre d'autres vêtements, et après avoir pris la précaution de se laver la barbe et les cheveux avec une eau désinfectante. Enfin, les visites des parents seraient soumises à une réglementation particulière.

Et maintenant, que va faire l'Administration en présence de l'avis motivé du Conseil d'hygiène publique et de salubrité ? Comme toutes les administrations qui l'ont précédée, restera-t-elle sourde à ces appels réitérés ? Ou bien encore, pour donner un semblant de satisfaction, essaiera-t-elle dans les autres hôpitaux la construction de quelques pavillons, similaires à celui de Sainte-Eugénie, ou à ceux plus récents de Saint-Louis et de Saint-Antoine? Nous espérons que non, et nous attendons d'elle la prompte réalisation du projet proposé par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité. En cette circonstance, nous en avons la conviction, elle trouvera un ferme appui dans le Conseil municipal de la ville de Paris.

La question de l'isolement des malades contagieux, débattue sous toutes ses formes, est mûre aujourd'hui, et la terrible épidémie que nous venons de traverser vient de démontrer, une fois encore, que sa solution ne peut être différée plus longtemps. Il est temps, en effet, que Paris ne restent point en arrière dans ce grand mouvement qui s'accomplit, depuis plusieurs années, en Amérique et chez les nations voisines. Il est temps que les parents pauvres qui ont, plus qu'on ne saurait le croire, une profonde terreur de l'hôpital pour leurs enfants, soient rassurés sur les dangers que ces derniers peuvent y courir et qu'ils n'accueillent plus le médecin par cette réponse navrante, qui nous a été faite il y a quelques jours: « Tous les enfants meurent à l'hôpital, je soignerai le mien comme je le pourrai, mais j'aime encore mieux qu'il meure chez moi. » Il est temps enfin, qu'ils cessent d'être applicables, comme ils le sont encore aujourd'hui, ces mots du rapport fait en 1785 par les Commissaires de l'Académie royale des sciences : « Et la charité publique qui reçoit le pauvre ne doit pas lui dire : Ou tu ne seras pas secouru, ou tu courras ce danger. »

A. Blondeau.

Exercice illégal de la pharmacie. — Les religieuses de Saint-Charles, à Saint-Germain-Laval (Loire), ont été condamnées à 25 fr. d'amende par le tribunal de police correctionnelle de Rouanne. Elles étaient inculpées d'exercice illégal de la pharmacie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *septembre* 1880. — Présidence de M. Roger.

M. J. Worms fait une lecture intitulée : *Des névralgies symétriques dans le diabète.* L'auteur pense que, dans une question encore aussi obscure que celle du diabète et de la glycosurie, aucun fait nouveau qui pourrait conduire à une classification rationnelle des diverses espèces de diabète ne doit être négligé. A ce titre, il communique les observations et les réflexions qu'elles lui ont suggérées sur deux cas de névralgie symétrique dans le sciatique et le dentaire inférieur, manifestés dans le cours du diabète. Cette variété de névralgie n'a pas encore été décrite.

Il tire de ces observations les conclusions suivantes : 1° il existe une forme spéciale de névralgie propre au diabète, qui présente pour caractère de siéger dans les deux branches symétriques d'un même nerf. 2° Jusqu'à présent, cette névralgie symétrique a été observée dans les nerfs dentaire et sciatique. 3° La névralgie diabétique paraît être beaucoup plus douloureuse que les autres névralgies. 4° Elle ne cède pas au traitement habituel des névralgies (quinine, morphine, bromure, etc) ; elle s'aggrave et s'atténue parallèlement à l'intensité de la glycémie.

L'auteur range ces névralgies dans dans la classe des névralgies dyscrasiques observées chez les goutteux, les chlorotiques, les saturnins. Il laisse indécise et subordonnée à de nouvelles recherches la question de savoir s'il existe des altérations dues à la glycémie, des nerfs ou du névrilemme.

M. Leblanc fait la lecture d'un travail statistique sur la *morve* et le *farcin*, ainsi que sur la *péripneumonie* dans le département de la Seine durant les années 1876, 1877, 1878 et 1879.

M. Pasteur fait une communication sur la *non-récidive de l'affection charbonneuse*. Chargé par M. le ministre de l'agriculture de faire une enquête expérimentale sur la valeur du procédé de guérison du charbon des vaches, imaginé par M. Louvrier (du Jura) M. Pasteur s'est assuré le concours de M. Chamberland, pour entreprendre ces expériences, dont il apporte aujourd'hui les résultats. Ce procédé consiste à maintenir l'animal à une température élevée par des frictions, des incisions à la peau dans lesquelles est introduit un liniment à la térébenthine, etc... Les expériences de contrôle entreprises par MM. Pasteur et Chamberland ont démontré : d'une part, qu'une première atteinte de la maladie préserve l'animal d'atteintes ultérieures, d'autre part que le remède Louvrier n'est passible d'aucune approbation ou désapprobation. — Ces faits tendraient à prouver que la non-récidive du charbon intéresse également et les moutons et les vaches. Par les communications antérieures de M. Pasteur sur le choléra des poules, on connaissait une maladie virulente susceptible de non-récidive. On a maintenant un second exemple dans l'affection charbonneuse. Ces résultats tendent, une fois de plus, à rapprocher les maladies virulentes à parasites microscopiques des maladies virulentes dont la cause est encore inconnue.

M. J. Guérin demande à M. Pasteur, à l'occasion de sa présente communication, en quoi consiste son vaccin du choléra des poules, car, si ce vaccin n'est autre que la maladie atténuée, on ne peut s'empêcher de le comparer à notre vaccin de la variole, ce qui exclut l'idée d'une innovation.

M. Bouillaud déclare que, dans ces questions de médecine générale, on méconnaît trop les droits incontestables de la clinique. Celle-ci devrait avoir une voix prépondérante dans toutes les discussions relatives à la nosologie.

M. Pasteur reconnaît que le vaccin humain est le produit du cow-pox ou du horse-pox transmis à l'homme et humanisé par des inoculations successives ; mais, ce qu'il n'a pas encore découvert ni appris, c'est le rapport qui existe entre le virus vaccinal et le virus varioleux.

M. J. Guérin répond que le cow-pox et le horse-pox cons-

tituent la variole des animaux. Quant à la vaccine, tout concourt à prouver qu'elle n'est autre que la variole des animaux inoculée à l'homme.

M. PASTEUR persiste à établir une différence profonde entre le virus vaccinal et le virus varioleux, tout en admettant une variole humaine et une variole animale. A. JOSIAS.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1)

48e CONGRÈS : SESSION DE CAMBRIDGE (10, 11, 12, 13 AOUT 1880).

Section d'ophthalmologie. — PRÉSIDENCE DE M. BOWMANN.

La discussion est ouverte sur le sujet suivant : *Du Glaucome.*

M. PRIESTLEY SMITH pense que la cause essentielle du glaucome primitif réside dans une malformation de l'intérieur de l'œil, consistant dans l'insuffisance de l'espace entre les procès ciliaires et le cristallin, de sorte que le pourtour de la chambre antérieure, se trouvant comprimé, les liquides oculaires ne peuvent y refluer comme dans l'état normal, et si la pression dans le corps vitré s'élève au-dessus de l'état normal, cette espèce de réservoir de sûreté n'existant plus, l'état glaucomateux survient. En examinant des yeux glaucomateux, on a trouvé que cet espace, autour de la lentille, était considérablement rétréci.

M. BRAILEY (Londres) n'a jamais trouvé le diamètre de la lentille augmenté dans les yeux glaucomateux ; il a toujours vu les procès ciliaires atrophiés, ils étaient aplatis et leur tension était diminuée, ils ne pouvaient donc amener la projection de l'iris en avant. Il pense que leur atrophie n'est pas due à la compression, mais il croit qu'à la suite de l'atrophie des procès ciliaires et surtout du ligament pectiné, la périphérie de l'iris se trouve forcément rapprochée de la cornée. Il a toujours vu l'atrophie du corps ciliaire chez les vieillards, accompagnée du dévoloppement d'un épais tissu conjonctif, évidemment dû à une inflammation qui, d'ailleurs, reste généralement très légère.

M. COWELL (Londres) pense que la plupart des théories émises sur le glaucome ont une valeur indiscutable, mais qu'aucune d'elles ne peut expliquer tous les faits. Il est très partisan de l'iridectomie dans cette affection.

M. DONDERS (Utrecht). Dans les caractères inflammatoires, on voit très bien que le cristallin est poussé contre le bord pupillaire de l'iris; rien qu'une semblable juxtaposition, purement physique, sans adhérences d'aucune sorte, suffit à empêcher toute communication entre la partie périphérique de la chambre antérieure et la chambre postérieure; la pression se trouve ainsi augmentée dans la chambre postérieure, ce qui explique l'aplatissement des procès ciliaires et la propulsion en avant du ligament pectiné. — La dilatation des artères périphériques de l'iris semble être en relation avec la dilatation notable des artères ciliaires antérieures.

M. VOSE SALOMON (Birmingham) rappelle tous les inconvénients de l'iridectomie. Dans certains cas, elle n'a procuré aucun soulagement et les accidents n'ont disparu que lorsqu'il a eu sectionné la base du coloboma formé par la première opération, de cette façon, en effet, il a divisé tous les tissus, au tiraillement desquels M. Brailey attribue la productiou du glaucome. C'est cette opération de « myotomie intraoculaire », introduite par lui, depuis quelques années déjà, dans la pratique, qu'il vient recommander à ses collègues.

M. ARGYLL ROBERTSON (Edimbourg) ne partage pas les idées de M. Priestley Smith. Il ne pense pas non plus comme M. Brailey, que la propulsion de l'iris contre la cornée, trouve une raison suffisante dans la rétraction des fibres du ligament pectiné, celle-ci pouvant tout au plus attirer vers la périphérie le bord pupillaire de l'iris, mais non faire porter cette membrane dans un plan plus antérieur. Il pense qu'une des choses à souhaiter après l'iridectomie, c'est d'obtenir une cicatrice dépressible, pouvant faire l'office d'une soupape de sûreté. Dans un cas de glaucome double, il a fait l'iridectomie seule sur le meilleur des deux yeux, tandis qu'il a trépané la sclérotique de l'œil le plus malade, grâce cette perte de substance, il a obtenu une cicatrice dépressible, et le malade a pu conserver cet œil, tandis qu'il a perdu celui sur lequel il n'avait fait qu'une simple iridectomie.

M. BOWMAN rappelle tous les efforts qui, dans ces dernières années, ont été faits pour arriver à une connaissance plus parfaite du mécanisme du glaucome. Quoique la question soit loin d'être épuisée, ils ont cependant porté leurs fruits ; cette question a d'ailleurs, au point de vue du traitement, le plus grand intérêt pratique.

Dans cette séance, différents instruments ont été présentés par leurs auteurs aux membres de la *British Medical Association.* Ces instruments offrent des perfectionnements dans la description desquels nous ne pouvons entrer ici. Signalons ceux de M. Landolt, dont nous aurons d'ailleurs à résumer l'intéressante communication, et de M. Fitzgerald (de Dublin), ces derniers destinés au tatouage de la cornée.

Section d'otologie. — PRÉSIDENCE DE M. DALBY.

La discussion est ouverte sur la *valeur thérapeutique de l'électricité dans les maladies de l'oreille.*

M. VOAKES (Londres) donne un aperçu général de l'état de la question. Il ajoute quelques détails sur les nouveaux audiomètres dont le principe est basé sur l'électricité. — Quant à l'électrisation directe de l'oreille, comme moyen de traitement, il ne lui accorde qu'une valeur très-médiocre.

MM. PIERCE (Manchester) et GARDINER BROWN (London) ont employé souvent l'électrisation sans obtenir aucun résultat satisfaisant.

M. CASSELS (Glasgow) a observé quelques bons effets de l'électricité ; il pense qu'elle est souvent utile lorsqu'il est nécessaire de rétablir l'action de certains muscles de l'oreille, mais qu'on ne saurait lui demander de rétablir des tissus trop profondément dégénérés ou envahis par une suppuration trop prolongée.

M. LOEWENBERG (Paris) fait une communication sur la *paracousie* de Willis, qui, comme on le sait, consiste dans ce fait bizarre que certains sourds peuvent entendre beaucoup mieux au milieu d'un bruit intense que dans un silence absolu. Il a trouvé que, dans tous ces cas, la surdité affectait les deux oreilles, quelquefois à des degrés différents, les sons élevés étant le mieux perçus ; il n'y avait aucune perforation du tympan. Il a noté comme une règle la présence de céphalalgie et d'étourdissements. Ces différents indices permettent de penser que l'affection en question ne dépend pas d'une lésion de l'oreille moyenne ; voici l'explication donnée par l'auteur : chez ces individus, le nerf auditif n'est pas suffisamment excitable dans l'état ordinaire pour percevoir les sons, mais si un grand bruit vient à se faire, le nerf se trouvant plus fortement excité se trouve dans un état tel, qu'il lui est possible de percevoir non seulement ces bruits très intenses, mais encore d'autres bien moins forts. C'est là un phénomène qui s'observe quelquefois sur les nerfs de la sensibilité générale.

M. DALBY accepte tout à fait cette manière de voir, et fait remarquer que cette affection peut être précieuse pour indiquer au médecin une lésion au début du nerf auditif. Il fait remarquer que cette affection est plus fréquente dans la jeunesse que dans l'âge avancé.

M. PIERCE (Manchester) rapporte l'observation d'un cas d'*eczéma du conduit auditif externe*, guéri par l'administration de l'arsenic à l'intérieur, par l'incision et par l'application de divers topiques, sans qu'il y ait eu rétrécissement du conduit.

M. GARDINER BROWN (London) préconise une nouvelle méthode pour mesurer l'*acuité auditive*, basée sur le temps qui s'écoule entre le moment où un malade cesse d'entendre les vibrations d'un diapason placé sur son apophyse mastoide, et celui où les doigts du médecin cessent de sentir les vibrations de celui-ci. Il faut combiner l'exploration avec le diapason et celle avec la montre.

(1) Voir les nos, 33, 34, 35, 37 et 39.

Un certain nombre de membres de la section prennent part à une discussion sur la valeur comparative des différents moyens propres à faciliter l'audition, dans laquelle il est question de l'*audiphone*, qu'aucun des membres présents n'a pu encore rendre apte à transmettre les sons articulés.

M. Cassels (Glasgow) fait part de ses recherches sur l'application du *traitement antiseptique aux suppurations de l'oreille*. Après avoir essayé un grand nombre d'agents antiseptiques sans grand résultat, il en est venu à employer l'acide borique réduit en poudre très fine. Il l'introduit dans l'oreille sur de petites boulettes de coton. Il faut avoir soin de ne pas faire d'injections dans l'oreille, car si on introduit des liquides, la suppuration ne tarde pas à reparaître. — Il a essayé aussi l'alcool, comme le Dr Lœwenberg, et il en a obtenu de très bons résultats; au bout de très peu de séances, les malades supportent parfaitement l'introduction dans l'oreille d'alcool pur.

M. Pritchard (Londres) fait observer qu'on ne peut pas appeler ce pansement un pansement antiseptique réel, conforme aux principes de Lister, car des germes peuvent entrer par la trompe d'Eustache.

M. Cassels demande à M. Pritchard s'il connaît un seul fait qui lui permette d'affirmer le passage d'un germe à travers une trompe d'Eustache imperméable à l'air. — Que son pansement soit ou non conforme aux idées de Lister, il en obtient d'excellents résultats. Marie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 février 1880. — Présidence de M. Rendu.

39. Rapport sur la candidature de M. Leloir au titre de membre-adjoint; par J. Dejerine, chef de clinique de la Faculté.

Parmi les nombreuses communications que M. Leloir a faites à la Société anatomique, quelques-unes méritent particulièrement d'attirer l'attention.

Signalons en passant un cas de ramollissement cérébral siégeant dans les régions antérieures du cerveau et accompagné néanmoins d'eschares précoces; un cas curieux de malformation congénitale du membre supérieur gauche (le moulage et le squelette sont déposés au musée Dupuytren); une observation d'ulcération tuberculeuse de la langue, tendant à la guérison, après l'arrachement du chicot aigu contre lequel elle frottait; un cancer latent de la plèvre et du poumon; un cas intéressant de dilatation bronchique avec pneumonie chronique et gangrène pulmonaire, etc.

Deux observations surtout me paraissent devoir être désignées à votre attention. La première de ces observations a pour titre: *Néphrite interstitielle chronique, avec foyers purulents développés primitivement dans le rein. Œdème de la glotte; trachéotomie; mort.*

Il s'agit d'une femme de 34 ans, atteinte depuis plusieurs années de néphrite interstitielle (œdème, phénomènes d'urémie latente, albuminurie passagère). Cette malade meurt en quelques jours d'œdème de la glotte, malgré une trachéotomie pratiquée au moyen du thermo-cautère, par M. le Dr Berger, dans le service de M. le professeur Vulpian. (Voir la discussion de la Société de Chirurgie, 2 octobre 1878.)

A l'autopsie, on put constater que les deux reins étaient atteints de néphrite interstitielle des plus caractérisée (atrophie, induration du parenchyme, adhérence de la capsule, état granuleux de la surface du rein, etc.). Mais, outre la lésion précitée, la substance rénale présente des altérations remarquables, que rien n'avait pu faire prévoir pendant la vie. Elle est creusée d'une multitude de cavités anfractueuses, pleines d'un pus jaune-verdâtre, constitué, comme le montre l'examen microscopique, par de nombreux globules de pus, quelques globules rouges altérés, quelques cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse, des granulations. Ce pus ne contenait ni cristaux d'acide urique, ni bâtonnets.

Toutes ces petites cavités se trouvent situées à environ 3 à 4 millimètres de la surface du rein. Leur volume varie entre celui d'un petit pois et celui d'une noisette; elles sont creusées dans l'épaisseur du parenchyme rénal, bridées par des colonnes charnues et dépourvues de parois propres. Plusieurs communiquent entre elles par des conduits anfractueux. Elles ne communiquent en aucun point avec le bassinet. Les reins ainsi altérés rappellent un poumon de phthisique, creusé d'une multitude de petites cavernes. Les bassinets, les uretères, la vessie sont absolument sains.

L'examen histologique détaillé des reins ainsi altérés permet de constater, outre les lésions ordinaires de la néphrite interstitielle, que toute la substance du rein est en quelque sorte en dégénérescence kystique; cette formation kystique se fait aux dépens des tubes contournés et aussi des glomérules. Outre les innombrables kystes microscopiques de la région corticale, on trouve plus profondément des kystes, moins nombreux, mais plus volumineux, formés aux dépens des tubes collecteurs. Quelques-uns de ces kystes sont vides, la plupart contiennent des masses granulo-graisseuses ou de la substance colloïde. En plusieurs points, on peut voir 2, 3, 5 kystes et plus se fusionner par amincissement progressif et disparition ultime de leurs parois. Par endroits, on rencontre de grandes cavernules à parois plus ou moins anfractueuses. Entre elles et les kystes précités, on peut suivre histologiquement tous les passages. Les parois de ces cavernes sont constituées par le parenchyme rénal, plus ou moins altéré par le tissu conjonctif envahissant. En certains points, on voit de petits kystes s'ouvrir dans ces cavernules. Ces cavités sont parfois vides, mais, le plus souvent, elles sont pleines de détritus granulo-graisseux et, plus fréquemment, de globules de pus. Elles ne contiennent pas de cristaux d'acide urique, ni de parasites. Les artères sont atteintes d'inflammation chronique.

Cette observation constitue un exemple remarquable de suppuration primitive du rein dans le cours d'une néphrite interstitielle. En effet, l'absence totale d'altérations dans la vessie, les uretères et les bassinets; la non-communication des cavernules purulentes avec les bassinets, l'absence de pus dans l'urine pendant la vie, ne permettent pas de songer à une néphrite suppurée par propagation d'une inflammation des organes sécréteurs de l'urine au rein. L'absence totale de calculs, soit macroscopiquement, soit microscopiquement, fait également rejeter l'hypothèse d'une néphrite calculeuse suppurée. Devant le manque complet d'embolies ou de foyers métastatiques dans tous les autres organes, devant l'aspect spécial des cavernules purulentes, l'on ne peut émettre l'idée d'embolies ou de foyers métastatiques. Ce n'est pas là non plus une néphrite tuberculeuse, car l'on ne peut constater macroscopiquement ni microscopiquement la moindre trace de tubercules dans les reins et les voies urinaires ou dans les autres viscères.

Nous sommes, sans aucun doute, en présence d'une suppuration primitive et en foyers du rein, survenue dans le cours d'une néphrite interstitielle. Or, la suppuration dans le cours de la néphrite interstitielle est des plus rares et ne se rencontrerait même jamais, pour la plupart des auteurs: il n'en est pas fait mention dans Lecorché, Lancereaux, le cours de M. Charcot, ni dans la thèse d'agrégation de M. Rendu. Toutefois, la suppuration primitive des reins, quoique rare, ne doit pas être rejetée d'une façon absolue. Cruveilhier signale l'inflammation suppurative des kystes séreux du rein. L'on trouve dans Rayer (tome III, page 513) que « lorsque les kystes séreux des reins s'enflamment, l'humeur qu'ils contiennent se trouble et devient lactescente par suite de son mélange avec le pus. Cette inflammation des kystes séreux est bien rarement primitive; le plus souvent, elle a lieu dans le cas de néphrite générale, cas dans lesquels l'inflammation envahit non seulement la substance rénale, mais encore les kystes développés dans son épaisseur... » Comme on le voit, il s'agit ici encore de l'inflammation primitive des « kystes séreux. » Le fait que nous venons de relater permet d'admettre que les mêmes données sont applicables aux kystes microscopiques de la

néphrite interstitielle. Rosenstein (page 314) fait remarquer, à propos de la « néphrite diffuse » que « l'on rencontre parfois dans les reins atrophiés des collections purulentes, aussi bien dans la couche corticale que dans la couche des pyramides, notamment dans les atrophies rénales produites par un obstacle mécanique au cours de l'urine dans les conduits excréteurs. »

L'observation de M. Leloir constitue donc un remarquable exemple de formation primitive de foyers purulents dans un rein atteint de néphrite interstitielle. M. Leloir pense, qu'à un moment donné, les innombrables kystes microscopiques qui criblaient le parenchyme rénal, ouverts ou non les uns dans les autres, se sont enflammés. Ainsi se seraient formées les cavernules purulentes. Tel fut aussi l'avis du Dr Malassez.

La 2e observation est intitulée : *Monoplégie brachiale droite produite par une plaque de méningite gommeuse située sur la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche.* Il s'agit d'un homme de 52 ans, mort en novembre 1878, dans le service de M. Vulpian. Ce sujet contracta, il y a 15 ans, une syphilis des plus nettes. Bien portant depuis plusieurs années, il est pris, en 1874, de maux de tête violents qui précèdent de plusieurs mois un engourdissement progressif, avec amaigrissement du bras droit, survenu sans autre prodrome. En un jour environ, la monoplégie brachiale droite était complète. La face et le membre inférieur du côté correspondant ont toujours été absolument intacts. Jamais le malade n'aurait eu dans le membre paralysé de convulsions ni de contractures; le membre droit était notablement atrophié. Pas de troubles dans la sensibilité.

A l'autopsie, on constate sur l'hémisphère gauche, au niveau de sa partie moyenne, à environ 5 millimètres de la grande scissure interhémisphérique, une plaque de méningite gommeuse environ du diamètre d'une pièce de 50 centimes, épaisse de plusieurs millimètres. Cette plaque de méningite gommeuse adhérait intimement à la substance cérébrale. Elle se trouvait située au niveau du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante, à peu près à 5 millimètres de la grande scissure interhémisphérique.

Nous avons donc eu affaire, dans ce cas, à une paralysie du membre supérieur seul, produite par une plaque de méningite gommeuse siégeant au niveau du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante du côté opposé. Ce fait doit être joint aux observations de Huguenin, Pierret, Raymond, Jackson, Raynaud, Monod, de Boyer, Bourdon, Chuquet, Oudin, Ringross, etc., citées dans la thèse de Henri de Boyer et d'après lesquelles il résulte que c'est surtout sur la frontale ascendante que l'on doit placer le centre des mouvements isolés du bras, ainsi que l'a dit M. Charcot. Mais l'observation de M. Leloir n'est pas complètement d'accord avec l'opinion de MM. Charcot et Pitres, pour lesquels le centre des mouvements isolés du membre supérieur siégerait vers le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, ni avec celle de Hitzig, qui place ce centre dans la partie moyenne de cette circonvolution.

Elle se rapproche plutôt de l'opinion de Ferrier, pour lequel le centre moteur du bras siégerait plus haut, c'est-à-dire au niveau du point de jonction de la frontale ascendante avec la circonvolution pariétale supérieure.

40. Calcul du pancréas se déversant dans l'estomac (fistule pancréatico-gastrique); par L. Galliard, interne des hôpitaux.

Chez un sujet de quarante-cinq ans, mort quelques minutes après son arrivée dans le service de M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, et pour lequel nous n'avons pu avoir aucun renseignement, nous avons trouvé, à l'autopsie, de nombreuses adhérences autour de l'estomac. La grosse tubérosité de cet organe était fixée au rein gauche et à la queue du pancréas. En ouvrant l'estomac, nous avons constaté l'existence d'une sorte d'infundibulum, auprès duquel se trouvait un petit calcul gros comme un pois. Nous crûmes d'abord avoir affaire à un calcul urinaire, mais en disséquant l'uretère et les calices, il était facile de constater que les conduits urinifères étaient libres et que le rein avait conservé son intégrité.

La queue du pancréas, au contraire, contenait à son extrémité une petite excavation, de la grosseur d'une noisette, et dans cette excavation siégeaient un grand nombre de petits calculs, dont les plus gros atteignaient la grosseur d'un grain de chènevis. Quelques calculs étaient en outre engagés dans les canaux pancréatiques. L'excavation n'était pas en communication directe avec l'estomac, mais l'infundibulum stomacal avait sa petite extrémité implantée dans le tissu de la glande, et c'était bien du pancréas que provenait le calcul qui se disposait à passer dans les voies digestives par cette fistule pancréatico-gastrique.

Les calculs ont été examinés par M. Ferry, chimiste distingué : ils sont composés en majeure partie de sulfate de chaux avec une petite quantité de carbonate de chaux.

En ouvrant l'intestin, nous avons constaté quelques plaques de Peyer tuméfiées, ce qui donnait à penser que le sujet avait succombé à une fièvre typhoïde au début.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation : Accouchements.

IX. Des altérations des villosités choriales; par Duchamp. Vol. in-8. Paris, 1880. O. Doin, éditeur.

IX. Parmi les sujets donnés au Concours d'agrégation, il en est peu, il faut le reconnaître, qui présentent des difficultés aussi nombreuses et aussi grandes que celui des altérations des villosités choriales. C'est en effet une question d'anatomie pathologique de la plus haute importance, et au sujet de laquelle les travaux anciens sont absolument muets. Les recherches microscopiques sont venues jeter un jour nouveau sur quelques points : mais ils sont rares; aussi M. Duchamp se trouvait-il en présence d'un problème dont la solution réclamait de sa part des recherches spéciales, qui lui ont du reste été facilitées par les conseils et les préparations de M. de Sinéty.

Avant d'aborder le chapitre de la pathologie, il importait d'être parfaitement fixé sur les termes anatomiques eux-mêmes. Aussi M. Duchamp a-t-il cru utile, voire même nécessaire, de consacrer les deux premiers chapitres à l'étude de l'anatomie et de la physiologie des villosités choriales. Sans suivre l'auteur dans les détails techniques, nous dirons cependant que, dans le premier, il a successivement abordé le développement des villosités choriales, la structure des villosités choriales proprement dites, qu'il a fait suivre d'un trop court chapitre, à notre avis, sur l'atrophie des villosités choriales proprement dites, dont la description est empruntée à M. Robin. C'était là un point intéressant à côté duquel il eût pu beaucoup moins insister sur le mode de groupement et sur la structure des villosités placentaires.

Loin de nous l'idée de croire qu'un aperçu anatomique de la question ne fût pas capital, mais il semble que la lecture eût été très facilitée si ces considérations avaient été moins longues : nous reconnaissons, cependant, que tout a été traité d'une façon peu ordinaire.

Un des points les mieux traités est certainement celui des rapports des villosités placentaires avec les parties maternelles : nous signalons à ce propos les recherches de MM. de Sinéty, Léopold, Delore, Ercolani. A propos de ce dernier auteur, M. Duchamp fait remarquer avec justesse que la théorie d'Ercolani a été exposée pour la première fois, en 1860, par M. Courty (de Montpellier), à propos d'un article qu'il fit paraître sur le mécanisme de l'avortement dans le *Montpellier Médical;* sauf peut-être quelques modifications qu'il donne en détails.

Après avoir successivement étudié, à propos de la physiologie des villosités, l'indépendance de la circulation fœtale, le mode de nutrition du fœtus, les échanges gazeux et de matériaux solubles qui se produisent au niveau du placenta, M. Duchamp en arrive à ces conclusions : Les villosités servent à la respiration du fœtus ; elles sont pour lui

le lieu des échanges nutritifs nécessaires à sa vie et à son développement; les matériaux que fournit la mère ne peuvent passer à travers les villosités que lorsqu'ils sont dissous; la mère peut transmettre au fœtus certaines maladies infectieuses comme variole et syphilis.

Le troisième chapitre est consacré à l'anatomie pathologique : altération fibreuse des villosités choriales, altération graisseuse et caséeuse, calcaire, hypertrophie simple des villosités. Dans ces différents paragraphes, M. Duchamp reproduit les idées de M. Robin : cependant, à propos de l'altération fibreuse, il rapporte trois observations, d'un intérêt très grand, et qu'il doit à M. le Dr Chandelux (de Lyon) et à M. Guéniot.

Les altérations des villosités dans leurs rapports avec les maladies du fœtus et de la mère, sont aussi de sa part l'objet de considérations qui intéressent plus spécialement l'accoucheur. Il étudie successement l'apoplexie et la thrombose du placenta, la placentite et plus particulièrement l'influence de la syphilis.

Cette dernière question a été en particulier examinée avec détails, et, malgré l'observation communiquée par M. Hervieux à l'Académie de médecine, et l'examen de la pièce par deux histologistes tels que MM. de Sinéty et Malassez, il a conclu avec MM. Depaul et Tarnier, que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de reconnaître une lésion placentaire caractéristique de la syphilis. Ces différentes recherches sont accompagnées de considérations cliniques, qui, tout en n'étant pas absolues, seront d'un grand secours pour tout médecin désireux de combattre une maladie essentiellement grave pour le produit de conception. Le chapitre VI est consacré en entier à une étude consciencieusement faite et complète de la môle vésiculaire; tous les points de la question sont touchés, et ce n'est pas le moindre mérite de M. Duchamp que d'avoir pu réunir autant de matériaux en aussi peu de temps. Un index bibliographique complet termine ce travail dans lequel, malheureusement, l'originalité de son auteur n'a pu se manifester, comme nous l'eussions désiré. Paul Bitot.

CORRESPONDANCE

Congrès international d'Hygiène de Turin.

A Monsieur le Dr Blondeau, *Secrétaire de la rédaction du* Progrès Médical.

Milan, le 13 septembre 1880.

Il serait difficile d'entrer dans le détail des nombreuses communications qui ont été faites au Congrès ; tout au plus, mentionnerai-je celles qui ont été suivies de l'émission d'un vœu, soumis à l'adoption de tous les membres réunis en séance générale.

Le jeudi 9, le Congrès tout entier a entendu la lecture d'un travail du Dr Zucchi (de Milan), sur l'organisation de l'administration sanitaire dans les divers Etats. Une longue discussion s'est engagée, qui s'est terminée par l'approbation, à l'unanimité, d'une proposition formulée par M. le Dr Vidal (de Paris), et demandant que « dans chaque gouvernement, on organise un centre directeur de la Santé publique, et que ce centre ne soit pas soumis aux fluctuations de la politique, qu'il soit autonome et pourvu d'un budget spécial ».

La séance générale du lendemain, vendredi, a été plus émouvante. Il s'agissait de demander au Congrès son opinion sur le projet de loi présenté par le Dr Liouville, à notre Chambre des députés, et qui tend à rendre obligatoires la vaccination et la revaccination. Seuls, M. Pietra-Santa et M. Overbeck de Meyer ont attaqué la proposition de M. Liouville ; le premier, en invoquant les difficultés que l'on trouverait à la mettre en pratique, le second en nous exposant certains méfaits de la vaccine.

Mais alors, les Français comme les étrangers ; M. Brouardel comme MM. Fauvel et Carville, MM. Spatuzzi et Balestreri comme MM. Lubelski, Finkelburg, Froben et Klas-Linroth, se sont succédé à la tribune pour appuyer le projet de loi, les uns démontrant que l'Etat a le devoir de protéger les citoyens contre la variole, d'autres nous affirmant que, dans les pays où elle est en vigueur, la vaccination obligatoire a déjà rendu d'éminents services ; d'autres encore, faisant ressortir que les cas de syphilis ou d'autres accidents d'origine vaccinale étaient imputables, non pas à la vaccine, mais plutôt à la nature même du vaccin, sinon au manque de soins ou de surveillance du vaccinateur.

C'est encore M. Vidal qui a eu l'honneur de voir voter, à une immense majorité, sa rédaction de l'ordre du jour. Le Congrès d'hygiène de Turin demande donc que, dans tous les pays, la loi impose l'obligation de la vaccination et des revaccinations.

L'agitation passée, M. Bonnafont a pu nous lire un mémoire sur la nécessité de réunir un Congrès international, dans le but d'assainir les contrées insalubres ; et lui aussi a réclamé la création, dans chaque Etat, d'un ministère de la Santé publique. MM. Torelli et Troubetzkoy ont exposé ensuite les bienfaits de la culture de l'eucalyptus pour l'assainissement des terrains marécageux, et le Congrès a appuyé de ses vœux tous les efforts tentés pour la propagation de l'eucalyptus en Italie. Enfin, le professeur Spatuzzi (de Naples) a brillamment rompu une lance en faveur de l'organisation des bureaux municipaux d'hygiène.

C'est le samedi, 11, qu'a eu lieu la dernière séance du palais Carignan. Après avoir entendu M. Layet (de Bordeaux), qui nous a exposé ce que doit être l'enseignement de l'hygiène, en nous détaillant un vaste programme, le Congrès, convaincu que les progrès de l'enseignement de l'hygiène exigent que cet enseignement soit en rapport avec l'importance de ses nombreuses applications pratiques sur le terrain de la salubrité publique, a émis le vœu que, dans les centres d'instruction universitaire, cet enseignement reçoive les perfectionnements exigés par l'état actuel de la science.

C'est alors que l'on a procédé au choix de la ville qui doit être le siège du 4e Congrès international d'hygiène, en 1882. — Genève a réuni les suffrages de la presque totalité des membres présents, et M. Dumont, professeur d'hygiène à l'Université de Genève, nous a promis le meilleur accueil, au nom du gouvernement suisse, qui l'avait délégué au Congrès de Turin.

Le Dr Demaison, secrétaire du Congrès, a terminé la séance par la lecture d'un résumé des travaux des sections, en insistant spécialement sur les communications qui ont été l'objet d'un vœu.

Pour la première section, je signalerai une longue discussion relative à la prophylaxie internationale de la syphilis, qui a abouti à la conclusion suivante : que les gouvernements devaient prendre des mesures pour exiger des équipages, au départ et à l'arrivée des navires, une patente nette des affections vénériennes ; puis, encore, un vœu sur l'organisation des bureaux d'hygiène et aussi un vœu destiné à étendre et à compléter l'étude de la pellagre.

Dans les 2e, 3e, 5e et 6e sections réunies, à la suite d'une très intéressante étude de Mme le Dr Emilie Bowell-Sturge, on a adopté une proposition réclamant la substitution obligatoire de l'oxyde de zinc au blanc de céruse, dans tous les travaux de peinture.

M. Chambrelent fils nous a décrit les travaux d'assainissement entrepris par son père dans les landes de Gascogne. — M. Layet nous a exposé les dangers que fait courir l'oxyde de carbone entrant dans la composition du gaz d'éclairage.— M. Vallin (du Val-de-Grâce) a fait une étude comparée du rouissage industriel et du rouissage agricole, et, conformément à ses conclusions, les membres présents ont approuvé l'adoption, du moins pour les centres de grande production, du rouissage dans de grandes usines spéciales. — M. Drouineau (de la Rochelle) a fait, de son côté, adopter un vœu tendant à établir, dans le voisinage de tous les hôpitaux, des usines de désinfection pour les objets de literie. — Enfin, à propos d'une communication sur l'hygiène des mineurs, communication dont il m'est interdit de parler, M. Pagliani, professeur d'hygiène à l'Université de Turin, nous a exposé les conditions, déplorables au point de vue sanitaire, dans lesquelles se sont trouvés un grand nombre d'ouvriers occupés au percement du Saint-Gothard. Les phénomènes morbides ont été de nature fort complexe ; la présence d'anchylostomes duodénaux paraît n'avoir été qu'un épiphénomène, car on en trouve chez beaucoup de Piémontais. Quoi qu'il en soit, un vœu a été émis, réclamant des gouvernements intéressés, une loi destinée à sauvegarder la santé des ouvriers dans les travaux des tunnels.

Dans la 4e section, après le vote d'une motion du Dr Carville, déclarant indispensable une visite médicale périodique de toutes les écoles, après une longue discussion sur le rachitisme, Mme Bowell-Sturge a lu un mémoire sur l'éducation physique des jeunes filles dans les gymnases de Londres. M. Roth a présenté quelques observations sur la gymnastique des aveugles, et M. Bourneville a parlé de l'introduction de la gymnastique à la Salpêtrière et dans d'autres hôpitaux de Paris. Puis, sont venues des discussions sur la surveillance des apprentis, sur l'exposition des enfants et les secours aux filles-mères, sur l'hygiène de la vue dans les écoles et sur l'utilité qu'il y aurait à imprimer les livres scolaires sur du papier jaunâtre, puis encore la discussion sur l'horaire des écoles que la section pense ne devoir pas être continu, la lecture du mémoire du Dr Coudereau sur l'hygiène alimentaire de la première enfance, la demande d'un cours d'hygiène dans les écoles, et enfin la proposition Jervis, demandant que les études et l'époque des examens ne coïncident pas, autant que possible, avec les grandes chaleurs de l'été. On voit par ce simple aperçu combien a été active la 4e section, et combien ses travaux ont été multipliés.

Le programme du prochain Congrès a été déjà ébauché, car, sur la demande de M. Gariel, on y a déjà inscrit la question de l'influence

des programmes scolaires et de leur étendue exagérée sur la santé des enfants, et, sur la proposition de M. Bourneville, la question des écoles d'infirmiers.

Dans la 7e section, je mentionnerai un vœu sur l'inspection sanitaire des viandes; un autre sur la nécessité de désinfecter régulièrement les wagons de chemins de fer qui servent au transport des bestiaux, afin de prévenir la diffusion des maladies contagieuses, et un 3e, réclamant de chaque gouvernement, l'abattage immédiat des animaux morveux, qui ne seront soignés que dans les écoles vétérinaires, le public étant en même temps averti par des instructions populaires du danger qu'il court en s'exposant au contact de ces animaux.

Dans la 8e et la 9e sections réunies, on a étudié la mortalité dans les armées. M. Colin s'est occupé du développement de la fièvre typhoïde dans les casernes et les villes de garnison, M. Ollivier (de Toulon) des épidémies à bord des navires, et M. Baroffio du développement de la tuberculose chez les soldats. Et la section a émis des vœux tendant à diminuer l'état actuel d'encombrement des casernes et des navires, et à faire un choix plus sévère du soldat, en même temps que l'époque de l'appel sous les armes aura lieu en octobre (ou en avril et non au milieu de l'hiver. Sur les observations de M. Emile Trélat, la section a aussi proposé que, dans la construction des casernes, on suive le principe des pavillons détachés. Enfin, on a admis la nécessité d'une meilleure alimentation pour éviter le scorbut dans les armées, scorbut qui, d'ailleurs, en temps normal, n'est pas très grave.

La 10e section a entendu un intéressant rapport de M. Napias sur les règles à observer pour l'élaboration des quartiers nouveaux ou la transformation des quartiers insalubres; M. Pennetier (de Rouen) a présenté l'aéroscope de Pouchet, en le recommandant pour l'étude des poussières et des germes atmosphériques, surtout dans les hôpitaux; M. Porto (de Turin), tout en admettant la nécessité des maternités, est arrivé à cette conclusion que les femmes y sont exposées d'autant plus aux maladies puerpérales qu'elles y ont séjourné depuis plus longtemps avant le travail; M. Normand a donné des explications détaillées sur le nouvel hôpital en construction à Saint-Germain. M. Nouzeau (de Rouen) s'est occupé de l'éclairage et du chauffage au gaz, et l'assemblée a exprimé le double désir que les produits de la combustion du gaz soient toujours conduits hors des appartements, et que les sociétés de fabrication de gaz livrent à la consommation du public un produit épuré le plus possible. Enfin, dans cette section, on n'a pas oublié l'étude des systèmes d'égouts dans les grandes villes (M. Laura), ni la question de la distribution des eaux tant au point de vue de la quantité (M. Carlevaris) que de la qualité (M. Jäger).

Que de communications ont encore eu lieu, et non des moins intéressantes! Mais on est obligé de se borner.

Dès le dimanche matin, nous quittions Turin pour nous rendre à Milan, où devait avoir lieu la clôture réelle du 3e Congrès international d'hygiène. Ce voyage fera l'objet d'une dernière lettre.

Paul Fabre (de Commentry).

VARIA

Medical mathematisme (1).

Lecture faite au Congrès international d'hygiène de Turin;
Par le Dr E. Seguin (de New-York).

V. Nous avons vu que les instruments mathématiques d'observation étaient suffisants pour le travail à accomplir, et que le principe de la méthode « la corrélation des forces » était indiscutable, en physiologie aussi bien qu'en physique. Il reste donc seulement à trouver le lien qui unira toutes les opérations exécutées au moyen de ces instruments avec le principe lui-même, et ce lien nous donnera la méthode recherchée. Ce lien, nous le trouvons dans l'unité mathématique et l'adoption universelle du système métro-décimal.

Bien que ce système ait été formulé dès la fin du siècle dernier, recommandé par Washington et Jefferson avant même d'être promulgué en France et employé par Humboldt, avant 1880, dans son traité de l'*Irritation de la fibre musculaire*, c'est seulement depuis 1840 que son usage s'est répandu en médecine. Il y a cependant encore des écoles de médecine qui ne l'adoptent pas; il n'en est pas ainsi pour les écoles de pharmacie, qui, en aucun endroit que nous sachions, ne sont aussi rétrogrades.

Quoi qu'il en soit, le système métrique devînt populaire à l'époque même où les instruments de diagnostic positif étaient inventés et le principe de l'inter-convertibilité des forces accepté. Par cette heureuse coïncidence, en même temps que la doctrine de l'unité des forces faisait son entrée dans les sciences physiques, l'unité du système métrique venait offrir, pour la première fois, la possibilité de mesurer avec le même étalon, le monde matériel solide, liquide ou gazeux; les impondérables, mouvement, vitesse de la lumière, sons, forces centripète et centrifuge, courants nerveux et électriques, et même de noter en chiffres métro-décimaux l'intensité d'action exercée par la pensée et par les émotions sur le cours du sang, la calorification et l'innervation. Voilà où en est aujourd'hui la question.

Nous pourrions maintenant, en présence des résultats merveilleux que nous venons de signaler, demander pourquoi certaines nations, très avancées sous d'autres rapports, refusent encore d'adopter le système métrique qui leur assurerait les avantages d'une mesure scientifique internationale? Nous pourrions également demander aux médecins ana-métriques jusques à quand ils se refuseront à l'emploi du système métrique comme moyen de communication médicale entre nations; et aux médecins qui se servent des poids et mesures métriques pour prescrire et pour décrire, pourquoi ils s'arrêtent là et refusent de s'en servir pour enregistrer et calculer les fluctuations des principales fonctions dans les états physiologiques et pathologiques et pour en prédire ou en modifier le cours par la méthode graphique et mathématique?

Mais, pour notre objet, il nous a suffi d'avoir établi la concurrence de ces trois faits : *a*) l'invention des instruments d'observation positive; *b*) la preuve que toutes les énergies humaines sont les expressions d'une synergie unique; *c*) la possibilité de traiter les quantités les plus hétérogènes comme homologues par le calcul métro-décimal. Et cette concurrence est tellement frappante, que sa simple énonciation nous a permis de faire voir que, de l'usage simultané de ces trois éléments par les médecins, il résultera un système de médecine dont les moyens d'exécution seront les instruments d'observation positive, dont le principe sera la loi de l'unité des forces physiologiques et dont l'unité métrique sera l'expression mathématique.

Ce système de médecine n'est autre que la méthode numérique cherchée et prédite par Louis, Andral et leurs collaborateurs, mais il est beaucoup plus complet que ces derniers n'avaient osé l'espérer. Il est la représentation la plus délicate et la plus parfaite de la puissance des nombres.

VI. Dans un ordre de phénomènes dont l'incertitude préparait la gloire de quelques-uns et l'oubli des autres, cette puissance des nombres vient apporter une précision qui retire aux premiers le monopole des diagnostics difficiles et donne, à tous les praticiens studieux, la capacité de prendre, d'enregistrer, de lire les signes et surtout la marche des maladies avec une précision mathématique.

Pour remplir les conditions exigées par le nouvel ordre de choses, bien autrement important que les anciennes divisions d'écoles « le médecin qui ne peut pas donner dix minutes à chacune de ses visites et beaucoup plus lors de la première, ne doit pas se charger de nouveaux malades (Wunderlich). » A cet effet, il doit avoir avec lui un *livret d'observations* sur lequel il écrit de suite en chiffres métriques, le mouvement des grandes fonctions et les quantités des produits morbides importants. Il ne saurait ouvrir ce journal, matin et soir et plus souvent s'il le faut, sans être à même de lire d'un coup d'œil des séries de chiffres, comparables et computables en toutes proportions (bien que représentant les phénomènes morbides les plus hétérogènes), et cela parce que les mesures qu'il a prises sont toutes métriques. Une série de ces chiffres représente l'état d'une fonction, l'ensemble, la marche de la maladie avec ses progressions, ses oscillations, les perturbations partielles ou nouvelles, une complication, une crise (etc.). Le tout avec un petit nombre de chiffres, sans longueurs ni perte de temps.

Voilà la balance du doit et avoir de la vitalité confiée au médecin. De ce capital *vie*, nous devons compte en toutes circonstances, et, avec les moyens que la science a mis récemment à notre disposition, nous devons être prêts à ren-

(1) Voir les nos 38 et 39.

dre ce compte mathématiquement. Aussi, mettons-nous au premier rang des avantages de ces *Records d'observation quotidiens*, la garantie qu'ils offrent, au médecin et à ceux qui l'emploient, à un moment quelconque d'un traitement ou longtemps après, et à quelque distance qu'il réside de ses anciens clients, de pouvoir toujours communiquer à un nouveau médecin copie de ces Records, qui éclairent le présent par le passé, préviennent les erreurs, en même temps qu'ils couvrent la responsabilité et font foi de la valeur des services rendus. Ces Records sont encore plus utiles, en ce qu'ils offrent au praticien le moyen de critiquer ses propres opérations, de préparer les matériaux de beaucoup de monographies et de se tenir au courant des progrès positifs de sa profession.

Que doivent contenir ces Records d'observation (*bed-side-notes*)? Quelques chiffres représentant les quantités métriques des aberrations de fonction ; l'augment ou le décroît de la *calor* produite, dégagée ou retenue ; les pertes de poids, de globules sanguins, d'hématine (etc.); les altérations du mouvement du pouls, du cœur, et de la respiration ; celles des excrétions et sécrétions, comme l'urée, l'albumine, le sucre ; et, d'après ces quantités métriques, nous pourrons lire et inscrire en chiffres, l'étendue et les variations des désordres qui caractérisent les maladies, leur marche et leur terminaison. Si l'on ajoute à ces chiffres, qui représentent l'état pathologique, ceux fournis par les effets thérapeutiques des médicaments, on pourra dire que l'on traite les maladies avec une unité et une rigueur scientifiques. Si l'on collationne ligne par ligne, tous les cas d'une même sorte, on apprend bientôt, de l'inflexible équité des nombres, la véritable histoire naturelle des maladies et leur prophylaxie, et l'on prépare les matériaux d'une nosologie mathématique et ceux d'une statistique médicale universelle. (*A suivre*).

BÉHIER. Études de quelques points de l'urémie (clinique, théories, expériences), leçons recueillies par H. LIOUVILLE et I. STRAUS. In-8° de 24 pages, 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès médical.* 40 cent.

La trichinose en France.

On sait que, depuis quelques années, les Etats-Unis expédient en France une grande quantité de viande de porc, soit sur pied, soit fumée ou salée, et qui se vend à très bas prix. Malheureusement, dans presque tous les pays en même temps, on a reconnu que cette viande contient très souvent des trichines, et plusieurs gouvernements, l'Italie, le Portugal, l'Espagne, l'Autriche et la Prusse, ont prohibé l'importation des viandes de porc venant d'Amérique. Il résulte de cette prohibition que ces viandes affluent en plus grande quantité dans notre pays, où elles trouvent un débouché facile.

Des renseignements particuliers nous apprennent que, dans certaines villes du Nord, on a constaté de la façon la plus certaine la présence de trichines dans le lard vendu par les petits détaillants. Il paraîtrait que certains consommateurs, pour éviter la réduction trop complète des fragments de lards dans les ragoûts, ne les soumettent à la cuisson que pendant très peu de temps, et au dernier moment. Le danger est donc assez réel, malgré notre coutume, en France, de cuire fortement les viandes de porc; il importe en ce moment de ne pas se relâcher de cette bonne habitude et de surveiller les viandes de provenances étrangères. (*Revue d'hygiène.*)

Service médical de nuit à New-York

La législature de l'Etat de New-York, dans une des dernières séances de la session récemment close, a adopté un projet de loi ayant pour objet d'organiser un service médical de nuit, à l'instar des principales villes d'Europe. Chaque capitaine de police sera pourvu d'un registre sur lequel seront inscrits les noms et adresses de tous les médecins réguliers de son district qui en feront la demande, et s'engageront à répondre à tout appel de nuit qui leur sera adressé. Ces noms seront affichés dans la station, près du bureau du capitaine, à portée du public. Lorsqu'un capitaine ou l'officier de service sera avisé que quelqu'un a besoin d'un médecin à une heure quelconque de la nuit, il désignera, d'après la liste, à moins de préférence indiquée, le médecin le plus rapproché de la résidence du malade, et l'enverra requérir par un agent, qui le conduira à l'adresse désignée.

La législature a ouvert, pour ce service, un crédit annuel de 75,000 francs, ce qui paraît bien limité, à première vue. M. le Dr Natchel (de Paris), qui avait présenté le projet, a indiqué ce chiffre. On suppose que, sur dix personnes ainsi visitées, sept paieront le prix du service rendu, et, qu'en temps ordinaire, la somme allouée sera suffisante, sauf à l'augmenter en temps d'épidémie, s'il y a lieu.

(*Gazette hebdomadaire.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 17 septembre au jeudi 23 septembre, 1880, les naissances ont été au nombre de 1030, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 383; illégitimes, 126. Total, 509. — *Sexe féminin :* légitimes, 387; illégitimes, 134. Total, 521.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 17 septembre au jeudi 23 septembre 1880, les décès ont été au nombre de 935, savoir : 502 hommes et 433 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 21. F. 17. T. 38. — Variole : M. 18. F. 11. T. 29. — Rougeole : M. 8. F. 5. T. 43. — Scarlartine : M. 4. F. 4. T. 8. — Coqueluche : M. 5. F. 5. T. 10. — Diphthérie. Croup : M. 15. F. 9. T. 24. — Dysentérie : M. ... F. 1. T. 1. — Erysipèle : M. 2. F. 2. T. 4. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. ... — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 95. F. 70. T. 165. — Autres tuberculoses : M. 26. F. 29. T. 55. — Autres affections générales : M. 19. F. 27. T. 46. — Bronchite aiguë : M. 11. F. 14. T. 25. — Pneumonie : M. 16. F. 14. T. 30. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 74. F. 73. T. 147. — Autres maladies locales : aiguës : M. 48. F. 29. T. 97 ; — chroniques : M. 86. F. 94. T. 130 ; — à forme douteuse : M. 20. F. 16. T. 36. — Après traumatisme : M. 2. F. .. T. 2. — Morts violentes : M. 28. F. 8. T. 36. — Causes non classées : M. 4. F. .. T. 4.

Morts-nés et prétendus tels : 75 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34; illégitimes, 12. Total, 46. — *Sexe féminin:* légitimes, 21; illégitimes, 8. Total, 29.

Nominations d'agrégés près les Facultés. — Par arrêté en date du 25 septembre 1880, sont attachés aux Facultés ci-après désignées, pour une période de neuf années, à partir du 1er mars 1880, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent : *Faculté de Paris :* Chirurgie : MM. Reclus, Bouilly, Peyrot ; — Accouchements : M. Budin. — *Faculté de Montpellier* : Chirurgie : M. Tédenat ; — Accouchements : M. Dumas. — *Faculté de Nancy* : Chirurgie : M. Weiss. — *Faculté de Lille :* Accouchements : M. Gaulard. — *Faculté de Lyon :* Chirurgie : M. Levrat ; — Accouchements : M. Duchamp. — *Faculté de Bordeaux :* Chirurgie : M. Boursier ; — Accouchements : M. Lefour.

Faculté de médecine de Lyon. *Laboratoires.* — Sont maintenus dans les fonctions de chef des travaux des laboratoires ci-après désignés, à la Faculté de médecine de Lyon, pendant l'année scolaire 1880-81, les docteurs en médecine dont les noms suivent : *Physique* : M. Imbert; — *Anatomie générale et histologie :* M. Chandelux; — *Médecine expérimentale et comparée :* M. Arloing; — *Anatomie pathologique* : M. Colrat; — *Pharmacie* : M. Guérin ; — *Chimie :* M. Peter ; — *Histoire naturelle* : M. Charbonnel-Salle ; — *Médecine opératoire* : M. Poncet ; — *Matière médicale et botanique :* M. Magnin.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Baraban, chef des travaux d'anatomie pathologique, est délégué provisoirement dans les fonctions de conservateur du Musée et des collections de la Faculté.

Hospices civils de Marseille. *Concours pour une place de chirurgien adjoint et deux places de médecins adjoints.* — Les épreuves de ce Concours auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Marseille et commenceront, pour la chirurgie, le lundi 10 janvier 1881, à trois heures, et, pour la médecine, le lundi 24 janvier 1881, à la même heure. — Les candidats devront se faire inscrire huit jours au moins avant l'ouverture desdits concours. Ils doivent avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, à moins qu'ils n'aient été internes des hôpitaux de Marseille ou de l'une des villes où siège une Faculté.

Prix du Conseil général du département du Rhône. — Le Conseil général du département du Rhône vient d'ouvrir un Concours sur la question suivante : *Faire l'histoire de l'hospitalisation des épileptiques non aliénés, de son état actuel dans les différentes nations, et des meilleures conditions à remplir pour l'institution d'une œuvre de ce genre dans le département du Rhône.* — Un prix de 1,000 francs sera décerné à l'auteur du mémoire couronné. Les mémoires devront être remis à la préfecture du Rhône avant le 1er juillet 1881.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.
Le rédacteur-gérant : Bourneville.

8e ANNÉE. — N° 41. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 9 OCTOBRE 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HILLAIRET.

VIIIe LEÇON. — De la séborrhée concrète;

Leçon recueillie par M. BRAULT, interne des hôpitaux (1).

Messieurs,

Dans la séborrhée concrète, par laquelle je termine, la sécrétion sébacée est assez abondante, mais elle se solidifie en croûtes d'un gris jaunâtre, quelquefois d'un gris noirâtre (*seborrhea nigricans*).

L'aspect noirâtre est toujours dû aux poussières, comme je vous l'ai fait remarquer plusieurs fois. La séborrhée concrète se présente généralement en plaques séparées les unes des autres (de une à cinq) ; rarement, elle se généralise, sauf au visage, où elle peut former un véritable masque, disposition, d'ailleurs, fort rare, tandis que pour la séborrhée fluente, elle est assez fréquente.

M. Hardy cite deux cas qu'il aurait observés d'acné sébacée concrète généralisée et il ajoute : j'en ai trouvé dans la paume des mains, quoique les anatomistes prétendent n'avoir jamais trouvé de follicules dans cette région.—Bien des auteurs ne partagent pas son opinion, en ce qui concerne la paume des mains. Les croûtes sont adhérentes à la peau par de petits prolongements qui pénètrent dans les orifices des follicules sébacés. Au-dessous, la peau est normale ou, fréquemment, un peu rouge, épaissie, ce qui explique que les malades accusent de la cuisson, quelquefois une douleur vive. M. Hardy signale aussi ces cuissons et ces douleurs vives, mais surtout après l'avulsion des plaques.

Je n'ai jamais remarqué, ainsi que Bazin le signale, de démangeaisons ; j'ai toujours observé, au contraire, cette douleur que je vous signale, plus aiguë lorsque les croûtes sont développées.

Vous voyez, d'après cette courte description, que les caractères de la séborrhée concrète sont bien tranchés et bien différents de l'autre séborrhée par hypersécrétion, la séborrhée fluente.

Les croûtes ont des caractères particuliers importants à connaître ; si dures qu'elles soient, elles sont malléables, on peut les rouler facilement entre les doigts, elles tachent le papier de soie d'une tache grasse, huileuse. Elles sont donc bien différentes par leurs caractères physiques consistance, malléabilité, etc., des croûtes de l'eczéma et de la syphilis, dont aucune n'a sur le papier de soie l'effet que je vous indique et qu'on ne peut, non plus, malaxer entre les doigts sans en déterminer la rupture. Ces deux caractères sont donc, pour ainsi dire, pathognomoniques et, à défaut d'autres, autorisent à faire un diagnostic sans hésitation.

La composition chimique et histologique de ces croûtes est la même que celle de la matière sébacée, que nous avons rapportée dans notre dernière conférence. Elles contiennent un peu plus de cellules cornées et déformées, elles renferment un peu moins de matière grasse.

(1) Voir les nos 6, 10, 13, 17, 37, 39 et 40.

Les régions qui avoisinent la plaque d'acné concrète sont souvent le siège d'une petite congestion chronique, qui donne aux tissus une certaine épaisseur. Le siège de prédilection de cette variété d'acné se trouve au nez, puis à la face et au cuir chevelu. Sur les parties glabres, la croûte adhère intimement à la peau ; sur les parties pourvues de poils, elle adhère surtout à ces derniers, qui la repoussent et l'entrainent en se développant. On peut voir aussi des poils qui supportent dans leur longueur un certain nombre de croûtelles, entre lesquelles des espaces restent complètement libres.

L'acné sébacée concrète est rare sur le tronc, quelquefois elle occupe la région sternale, plus rarement le dos, presque jamais les bras et la paume des mains, qui sont dépourvues de glandes.

Cette sécrétion est normale dans certaines régions où elle se dépose en couches plus ou moins épaisses. Ainsi à la vulve, au prépuce, elle s'accumule et forme le smegma. — Au moment de la naissance, elle recouvre une partie du corps, quelquefois le cuir chevelu en est complètement recouvert.

Selon Cazenave, opinion que partage M. Lailler, l'acné sébacée concrète serait quelquefois la conséquence d'une variole confluente.

L'absence d'éruption préalable est suffisante pour établir le diagnostic. Le caractère gras et onctueux des croûtes, à défaut de renseignements donnés par le malade, est suffisant. En effet : les croûtes de l'eczéma sont sèches, lamelleuses ; les croûtes de l'impétigo ont une couleur et un aspect melliforme caractéristique, de plus, elles sont suintantes, les squames du pityriasis, confondu par Hebra avec la séborrhée sèche, sont plus furfuracées, plus minces, plus nacrées, les cheveux sont secs ; quand il y a séborrhée concrète du cuir chevelu, il y a toujours un certain état gras et un aspect gris sale de la région. De plus, dans le pityriasis capitis, il existe souvent des démangeaisons violentes, tellement vives parfois qu'elles obligent les malades à des grattages continuels ; il en résulte souvent des poussées d'eczéma aigu ou d'eczéma impétigineux. Ces démangeaisons manquent dans la séborrhée.

Le lupus acnéique repose sur une base violacée, présente des points cicatrisés, quelquefois des petits tubercules roses du début et, souvent aussi, une desquamation plus sèche ; il se présente sous forme de plaques plus étendues. L'affection la plus difficile à distinguer dans certains cas, c'est le cancroïde ; nous y reviendrons tout à l'heure.

Les causes sont mal établies ; Bazin rapporte l'acné concrète à l'arthritisme et l'acné fluente à la scrofule, rien n'est moins prouvé.

L'âge parait avoir dans la question une certaine valeur, c'est surtout à partir de 50 ans qu'on rencontre la séborrhée concrète. Il existe une forme spéciale de séborrhée concrète qui appartient aux vieillards, et qui se développe de préférence sur le nez, les pommettes, le front, la lèvre inférieure ; cette forme peut rester stationnaire, mais elle peut aussi se transformer ultérieurement en cancroïdes. Cette question a été entrevue depuis long-

temps déjà, mais certains auteurs ne veulent pas admettre la transformation directe *in situ* de l'acné en épithélium. M. Hardy, entre autres, prétend qu'il y a eu dans ces cas une erreur de diagnostic. Cette question a été reprise dans ces derniers temps. M. Lailler et moi nous admettons cette transformation directe et M. Audouard, ancien interne à l'hôpital Saint-Louis, a pris comme sujet de sa thèse inaugurale « de l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde. »

Voici comment évolue l'affection : au début, elle présente absolument l'apparence de l'acné sébacée concrète, avec plus ou moins de desquamation cornée. Autour de la croûte, on voit une zone congestive. L'affection progresse lentement, mais souvent en même temps qu'elle diminue au centre, elle s'étend à la périphérie ; le centre desquamé se cicatrise. D'abord rouges, les cicatrices deviennent blanches et déprimées, c'est ce qui a valu à l'affection le nom d'*acné atrophique* (Chausit).

L'acné continue sa marche serpigineuse jusqu'au jour où il se transforme en véritable cancroïde. Suivant M. Audouard, ce résultat serait souvent provoqué par un traitement intempestif. Il cite dans sa thèse un passage tiré de Cazenave, qui avait remarqué le même résultat. C'est presque toujours à la suite d'irritations, de cautérisations, que l'acné subit la transformation. On voit le centre devenir rouge saignant, les bords s'épaissir et s'indurer, et l'ulcération devenir serpigineuse. Etudiée dans son ensemble, l'acné sébacée peut donc se terminer heureusement par cicatrice et atrophie, ou, au contraire, par dégénérescence épithéliomateuse. Lorsque la transformation est effectuée, il ne reste plus qu'une ressource, l'ablation de la petite tumeur.

Si l'on vient à examiner de pareilles lésions, on peut constater le point de départ du processus dans les culs-de-sac des glandes sébacées. M. Malassez a examiné des pièces qui lui ont été fournies par M. Lailler et où il était possible de suivre les degrés de la lésion par prolifération épithéliale de l'appareil sébacé.

Vous admettrez donc cette variété d'acné sébacée concrète, mais, malheureusement, au point de vue du pronostic et de l'indication thérapeutique, aucun signe ne peut nous éclairer assez pour nous permettre d'affirmer qu'une acné sébacée restera indéfiniment sans gravité ou se modifiera, au contraire, dans le sens d'un cancroïde.

Il faut retenir que cette acné doit être respectée ; on doit éviter les irritations de tout genre, surveiller son évolution, et s'il devient nécessaire d'agir énergiquement, le faire plus vite possible. Ce que je viens de vous exposer me dispense de vous parler du pronostic de l'affection.

Avant d'aborder le traitement, je dois vous signaler encore deux variétés très rares d'acné sébacée partielle, l'une que j'ai observée au cuir chevelu et que je vous proposerai d'appeler *crayeuse*, caractérisée par une sécrétion très sèche qui s'émiette comme du plâtre ; il n'existe pas de démangeaisons, et les cheveux ne tombent pas.

Enfin, la variété décrite par Bazin sous le nom d'acné pénicilliforme, Bazin la range parmi les acnés par rétention, je préfère la ranger parmi les acnés par hypersécrétion et, dans l'acné concrète, elle tient à la fois de l'acné varioliforme et de l'acné cornée.

Elle est caractérisée « par des concrétions sébacées se présentant sous forme de végétations coniques ou plutôt de houppes soyeuses comparées à de l'amiante ». Ce sont les expressions dont se sert Bazin. Dans le seul fait qu'il a observé, l'affection avait pour siège le cou et la région sous-maxillaire, les filaments soyeux, longs de deux à cinq ou six centimètres, très multipliés et rapprochés sous forme de brosse ou de pinceau, se trouvaient implantés dans les follicules acnéiques.

Quel est le traitement de l'acné sébacée concrète ? Il consiste d'abord à faire tomber les croûtes au moyen de cataplasmes ; puis, les croûtes tombées, il faut dissoudre la matière sébacée concrétée dans les conduits au moyen de la solution alcaline que vous connaissez :

Eau distillée.	250 grammes.	
Borate de soude. . .	10 à 15	—
Ether sulfurique. . .	8 à 15	—

Pour l'acné sébacée concrète du cuir chevelu, on emploiera le même traitement et, dans un certain nombre de cas, si la lésion n'est pas trop développée, on pourra éviter de couper les cheveux.

Je vous recommande aussi de revenir aux moyens d'excitation locale par les douches d'eau chaude simple ou d'eau chaude alcaline ou sulfureuse, suivant les cas. De même pour les stations thermales, vous indiquerez celles dont je vous ai déjà parlé à propos de la séborrhée fluente.

L'acné concrète, avec tendance à la transformation en cancroïde, mérite un traitement spécial. Vous pourrez user, comme certains auteurs, du chlorate de potasse à l'intérieur, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, et à l'extérieur, sous forme de solutions concentrées. Si ce traitement ne vous donne aucun résultat et qu'il n'y ait pas d'engorgement ganglionnaire, pratiquez l'ablation de la tumeur.

J'aurais désiré vous exposer également les affections des glandes sudoripares, mais le temps me manque et je suis obligé de remettre cette étude à une autre série de leçons.

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de Bicêtre. — M. **BOURNEVILLE.**

Épilepsie, délire, idées de suicide ; mort par érysipèle de la face. — Inégalité des hémisphères ; anomalies des circonvolutions ;

Par **H. D'OLIER**, interne des hôpitaux.

Fontaine, César-Alexandre, 41 ans, est entré le 23 août 1875 à Bicêtre, division des épileptiques simples (service de M. Bourneville).

Antécédents. Ce malade est né dans le Pas-de-Calais. Il a fait en Afrique un congé de deux ans, pendant lequel il aurait passé 11 mois à l'hôpital pour la dysentérie et les fièvres. Il avoue lui même qu'il était, à cette époque, grand buveur d'absinthe.

Pendant son enfance, il aurait eu de l'impétigo du cuir chevelu jusqu'à 11 ans. Variole bénigne à 16 ans. Le père a toujours été bien portant ; la mère est morte à 72 ans, paralysée, mais sans avoir jamais présenté auparavant de troubles nerveux. Le malade avait un frère et cinq sœurs, dont deux sont mortes de la poitrine.

Les premiers accès épileptiques se seraient montrés vers 26 ans (1860), à la suite de nombreux excès génitaux. Le premier accès serait survenu sans aucun phénomène précurseur, alors que le malade était à son travail. Il existait déjà à cette époque un certain défaut d'équilibre dans l'état mental ; Fontaine dit lui même « qu'il n'avait alors aucune confiance en lui, qu'il se voyait abandonné par sa famille, qu'il était désespéré. »

Au début, les accès étaient faibles et assez fréquents ; peu à peu, ils s'espacèrent et devinrent plus violents. Au moment de l'arrivée à Bicêtre (15 ans après le début), les ac-

cès se renouvellent en moyenne 7 ou 8 fois par jour : le malade tombe ordinairement sur la face[1]; il est agité de convulsions qui atteignent tous les membres, écume beaucoup, se mord la langue et, souvent, urine sous lui ; puis, la respiration devient fréquente et stertoreuse et l'accès se termine au bout de 5 à 10 minutes, sans laisser aucun souvenir.

L'état mental s'est profondément modifié depuis 15 ans. En 1875, le malade présente fréquemment, dans l'intervalle des accès, une agitation extrême, avec un délire caractérisé par des idées politiques en faveur de la République ; il veut que tout le monde soit heureux. De plus, il manifeste des impulsions violentes et est en état de nuire aux personnes qui l'entourent. C'est ainsi que, le 31 septembre 1876, dans une période d'exaltation extrême, le malade se lève furieux de son lit et se précipite sur le veilleur pour l'étrangler. Cette agitation, accompagnée du délire habituel, persiste pendant trois jours pleins. Quand les accès étaient séparés par un intervalle suffisant, le calme revenait et le malade pouvait encore s'occuper ; il allait à la Bibliothèque. Cependant, dans le courant de 1877, la prédominance du délire devint telle qu'on dut le faire passer à la section des épileptiques aliénés.

C'est seulement en 1879 que se manifestèrent les idées de suicide. Plusieurs fois, on l'a surpris se frappant la tête le long des murs. En février 1880, ces tentatives deviennent si fréquentes qu'on est obligé de laisser le malade constamment camisolé. Son délire est raisonné : il raconte avec un air de profonde résignation que tout ce qu'il fait lui est commandé par des voix, celle de Dieu notamment, qui lui ordonnent de temps en temps à travers la muraille de se donner la mort pour le bien de ses semblables. Dès qu'il entend la voix, il tâche de se jeter hors du lit, de se frapper, etc.

Avant d'en arriver à l'idée du suicide, le malade a présenté à plusieurs reprises une sorte d'exaltation mystique. C'est ainsi que, pendant l'été de 1879, il se mettait très souvent à genoux dans la cour, un bandeau sur les yeux, la face tournée vers le soleil, et restait parfois plusieurs heures dans cette position. D'autres fois, il restait agenouillé devant les grilles, les bras étendus, marmottant des prières et demandant des prêtres. Le lendemain, il trouvait qu'il n'y en avait pas assez et demandait qu'on les coupât en deux pour en doubler le nombre.

L'examen physique, au commencement de 1880, donnait les renseignements suivants :

Tête irrégulière et face asymétrique ; l'os malaire gauche paraît être sur un plan postérieur au droit. Le nez est comme écrasé et un peu déjeté à droite, arcades sourcilières à peine marquées.

Oreilles régulières, mais un peu asymétriques ; l'ourlet descend beaucoup moins bas à gauche qu'à droite. Le lobule est adhérent jusqu'à son extrémité, des deux côtés.

Lèvres volumineuses ; la supérieure très épaisse paraît avoir été coupée à plusieures reprises, soit dans les chutes, soit par des morsures et présente des plis de cicatrices de la muqueuse formant comme une série d'étages.

La voûte palatine, le voile du palais, les arcades dentaires ne paraissent pas présenter d'asymétrie.

La physionomie présente une expression bestiale et annonce un abrutissement profond. Les yeux sont petits, presque constamment fermés ; le cuir chevelu et surtout le front sont couturés de nombreuses cicatrices qui rendent le visage hideux.

Les autres parties du corps, les membres, les organes génitaux, ne présentent rien de particulier à noter. La sensibilité générale et spéciale paraît normale.

28 mars. Début d'un érysipèle de la face. Le pavillon de l'oreille gauche est rouge et chaud ainsi que la joue correspondante. Le malade ne peut ouvrir les yeux à cause d'un œdème considérable des paupières de chaque côté. T. R. M. 40°. Soir, 37°, 6. Trait. : Eau de Sedlitz. Compresses d'eau de sureau.

29 mars. L'érysipèle a gagné le front et une partie du cuir chevelu. T. R. M. 38°, 6. Soir, 37°.

30 mars. La face est envahie complètement et présente un gonflement énorme. Les paupières supérieures, très œdématiées, présentent des eschares superficielles larges comme des pièces de 1 franc. Du côté du cuir chevelu, la rougeur ne paraît pas dépasser la région temporale. Il y a, en plusieurs points, de petits abcès sous-cutanés qui existaient avant l'apparition de l'érysipèle, et dont le plus volumineux, situé au niveau du sinciput est ouvert à l'extérieur depuis 3 jours. T. R. M. 39°, 4. Soir, 39°.

31 mars. Même état. Il est impossible de tirer une réponse du malade qui marmotte continuellement des mots incompréhensibles. T. R. Matin, 39°; Soir, 39°, 6.

1er avril. Mort à 6 heures du matin. T. R. une heure avant la mort 39°, 8.

Autopsie. — *Cuir chevelu* épais d'un centimètre et très adhérent au crâne. Vaste décollement dans la région occipitale, au niveau de l'abcès dont il a été parlé plus haut.

Le *crâne* n'a pas une épaisseur exagérée, mais présente une asymétrie remarquable dont on se rend surtout compte en examinant la face interne. La crête frontale et la protubérance occipitale interne sont, en effet, notablement reportées vers la gauche, ainsi que la gouttière sagittale et la suture interpariétale.

La demi-circonférence de la base du crâne, mesurée de la suture sagittale à la protubérance occipitale externe, est, à droite de 285 mill. et à gauche seulement de 235. Différence : 5 centimètres. Enfin, lorsque tendant un fil de la crête frontale à la protubérance occipitale interne, on mesure la distance qui sépare le milieu de ce fil des parois latérales du crâne, on trouve à droite 80 mill. ; à gauche 57 mill. ; Différence : 23 mill. Les os du crâne sont soudés sur plusieurs points des sutures pariéto-occipitales.

Dure-mère très épaissie, très adhérente sur les bords de la scissure interhémisphérique, principalement en haut et en arrière; ailleurs, on ne constate pas d'adhérence. Au niveau des fosses sphénoïdales, elle présente un piqueté rouge qui résiste au lavage et au grattage.

Les deux hémisphères cérébraux présentent une congestion considérable sur la base, surtout à gauche. Sur la partie la plus élevée de la convexité, l'*arachnoïde* et la *pie-mère* sont très-épaissies et offrent une teinte blanchâtre opalescente.

Artères de la base. Les vertébrales présentent une grande différence de volume, tandis que la gauche présente une largeur de 4 mill., la droite n'a que 1 mill. 1/2. La cérébelleuse inférieure gauche est également plus volumineuse que la droite, qui est filiforme.

Au niveau de l'hexagone, la communicante postérieure gauche est beaucoup plus petite que la droite. Les deux cérébrales antérieures sont largement anastomosées par la communicante antérieure. Enfin, les vertébrales, le tronc basilaire, les carotides présentent de nombreuses plaques d'athérome. Rien de particulier dans les tissus. Le poids total de l'encéphale est de 1.480 gr. et se décompose ainsi :

Cerveau, 1,280 gr. (Hémisph. g. 560 gr. hémisph., droit 720 gr. Différence : 160 gr.)

Cervelet et isthme : 200 gr. (lobes cérébelleux droit et gauche, 85 gr. Bulbe et protub., 30.)

L'inégalité de volume des hémisphères cérébraux est très apparente à la vue. Du côté gauche, la scissure de Sylvius paraît se prolonger en arrière plus loin que sur l'hémisphère droit. On remarque, sur les deux hémisphères, que le sillon de Rolando est très reporté en arrière, d'où il résulte que les circonvolutions frontales présentent une longueur notablement plus considérable qu'à l'habitude. On trouve, en mesurant la distance qui sépare l'extrémité supérieure du sillon de Rolando de la pointe du côté frontal : sur l'hémisphère droit 18 cent., sur l'hémisphère gauche 19 cent. 15, alors que, sur la plupart des cerveaux, cette distance est en moyenne 15 à 16 cent D'autre part, on trouve, en mesurant de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando à la pointe du côté occipital, à droite 13 cent. ; à gauche 8, 5. Remarquons en passant que c'est l'hémisphère gauche, le plus petit, qui présente le plus grand développement du lobe frontal.

Outre cette première anomalie, le dédoublement normal de la deuxième circonvolution frontale se trouve ici tellement accentué, qu'on pourrait croire, au premier abord, qu'il existe quatre circonvolutions frontales parallèles. Mais on sait que la présence d'une frontale parallèle supplémentaire n'est admise par les auteurs qu'autant qu'il existe 4 points d'attache sur la frontale ascendante : or, il n'en existe ici que trois.

Les longueurs des trois frontales de chaque côté, mesurées d'une extrémité à l'autre sans tenir compte des plis intermédiaires, sont les suivantes :

Côté droit : $F^1 = 15$ cent. ; $F^2 = 11{,}5$; $F^3 = 6{,}5$.

Côté gauche : $F^1 = 16{,}5$; $F^2 = 11{,}5$; $= F^3 = 7{,}5$.

Comme on le voit, chacune de ces circonvolutions présente son plus grand développement sur le plus petit hémisphère.

Les circonvolutions occipitales et sphénoïdales ne présentent pas d'anomalies, mais on remarque, vers la face inféro-interne du lobe sphénoïdal gauche, que la pie-mère est adhérente à la substance cérébrale sur une étendue de 4 ou 5 centimètres carrés.

Si l'on tient compte du piqueté de la dure-mère au même niveau et de la congestion veineuse générale de la base de l'encéphale, on voit qu'il y a là des lésions de méningite récente, vraisemblablement suffisantes pour expliquer la mort.

Réflexions. — Nous n'insisterons pas sur les anomalies des circonvolutions qui viennent d'être signalées. On nous permettra seulement de remarquer combien est arbitraire la manière de compter les circonvolutions frontales, que nous avons mentionnées plus haut. Il paraît au moins exagéré de persister à considérer comme une même circonvolution, deux plis cérébraux parallèles, égaux en volume, égaux aussi aux circonvolutions voisines et séparés par un sillon aussi profond que les autres sillons parallèles. Les quatre circonvolutions frontales des cerveaux de criminels mentionnés par Benedickt et par M. Hanot présentaient-elles quatre attaches à la frontale ascendante ? Ce point n'est pas indiqué dans le compte rendu des communications et ne paraît pas davantage confirmé par les figures de l'atlas de Benedickt.

L'observation précédente est encore intéressante par l'*absence complète* des lésions de méningite et de périencéphalite chroniques, qu'on aurait pu s'attendre à rencontrer à la convexité des lobes frontaux. Ce résultat négatif paraît être en corrélation avec l'état symptomatique, dont le phénomène principal était le délire. Sans doute, l'intelligence avait progressivement baissé depuis une dizaine d'années, mais le malade est resté capable, jusqu'au derniers jours, de répondre aux questions qu'on lui adressait et même de raconter ses sensations. La démence, si elle a existé, a donc été peu marquée. Toutefois, ce fait est plutôt l'exception et on observe inversement chez certains épileptiques des états prolongés de démence et, quelquefois, une déchéance intellectuelle rapide, se traduisant à l'autopsie par des lésions de méningo-encéphalite plus ou moins avancées. Enfin, un certain nombre d'observations paraissent prouver que, chez des épileptiques manifestement déments, on peut ne rencontrer à l'autopsie aucune lésion corticale (Bourneville). Nous aurons, d'ailleurs, bientôt l'occasion de revenir sur ces lésions corticales et méningées qu'on observe chez les épileptiques, et qui paraissent se rapprocher singulièrement de celles de la paralysie générale. En d'autres termes, suivant M. Bourneville, la *démence épileptique* se traduit anatomiquement par des résultats négatifs, dans certains cas, et, dans d'autres, par des lésions offrant les plus grandes analogies avec celles de la paralysie générale, bien que, *cliniquement*, il n'y ait pas eu de différences, jusqu'ici, appréciables.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital de la Pitié. — M. **POLAILLON** ;

Mélano-Sarcome du pied. — Généralisation. — Tumeur cérébrale de même nature. — Aphasie. — Mort ;

Par **OZENNE**, interne des hôpitaux.

Le 25 février 1880, M. Dumontpallier fait passer à la salle Saint-Jean, service de M. Polaillon, la nommée Besse (Marie), âgée de 27 ans.

Les renseignements consignés dans le début de l'observation sont dus à l'obligeance de notre collègue, M. Bernard. La malade est amenée dans le service de M. Dumontpallier le dimanche 8 février, dans l'après-midi. Elle est plongée dans le coma le plus profond ; nulle excitation ne l'en peut tirer ; les paupières sont dilatées et immobiles, insensibles à la lumière. Pas d'odeur alcoolique, ni sucre, ni albumine dans l'urine. Le thermomètre dans l'aisselle marque 38° et le pouls bat 80 fois par minute. Des taches de sang existent sur les draps et la chemise de la malade, qui est d'ailleurs fort sale. Il n'existe aucune lésion appréciable de l'utérus, du rectum, du cœur et des poumons. La malade va sous elle. Une tumeur mélanique est constatée sur le bord interne du pied droit.

Le lundi matin, le coma est un peu dissipé et, chaque jour, on en constate une diminution sensible : il est pourtant impossible, durant les quinze jours que Besse passe dans le service, de tirer d'elle aucune réponse raisonnable, si bien qu'il fut un instant question de la faire passer à Sainte-Anne. Il a été également impossible d'avoir aucun renseignement sur elle de l'extérieur.

Il fallut, durant la première semaine, qu'une infirmière fît manger Besse, qui souvent rejetait autour de son lit les aliments déposés dans sa bouche. On dut la porter plusieurs fois à la baignoire, où elle prenait des bains de sublimé, seul traitement institué dans le service. Quand fut agitée la question de son passage en chirurgie, chez M. Polaillon, Besse ne comprit jamais les demandes qu'on lui adressa pour avoir son consentement.

25 *février*. Entrée salle Saint-Jean. — Les renseignements donnés sur le passé de la malade sont à peu près nuls. Une personne qui ne la connaissait que depuis trois mois nous raconte que, l'ayant rencontrée par hasard, elle ignorait complètement son genre de vie antérieur ; que, durant sa cohabitation avec Besse, elle avait remarqué plus d'une fois son plaisir à prendre des liqueurs alcooliques. D'une intelligence bornée, parlant peu, Besse était devenue encore plus taciturne dans les derniers jours qui ont précédé l'attaque. Aucun renseignement certain n'a été fourni sur l'origine de la tumeur qu'elle portait au pied.

A la visite du 26 février, on constate :

Au niveau du premier métatarsien, du côté droit, une tumeur du volume d'une grosse noix. Développée aux dépens de la peau, qui est mobile sur l'os sous-jacent, elle offre une ulcération arrondie, de la largeur d'une pièce de 1 fr., bourgeonnante, noirâtre, à fonds inégal et entourée d'un bourrelet cutané induré ; elle ne semble réveiller aucune douleur à la pression. Autour de cette tumeur se voient plusieurs nodosités, dures, arrondies, bien circonscrites, mobiles, du volume d'une noisette et développées sous la peau, dont l'amincissement et la transparence sont tels, qu'elle laisse apercevoir leur couleur noire.

Sur le trajet des cordons lymphatiques qui accompagnent la veine saphène interne, depuis le pied jusqu'à la racine du membre, on compte une dizaine de petites masses de même volume que les premières décrites et offrant les mêmes caractères, sauf la coloration noire, qui n'existe pas ; elles semblent, en effet, plus profondément situées dans le tissu sous-cutané, recouvertes par la peau intacte.

Dans la région de l'aine, plusieurs ganglions, les uns à direction verticale, les autres à direction transversale, présentent un volume assez considérable. Dans les téguments de la poitrine, on sent également un certain nombre de

petites nodosités analogues aux autres. Sur le membre inférieur gauche, sur les membres supérieurs, de même que sur la face, il n'en existe aucune.

Le cœur, les poumons fonctionnent sans aucune altération. La vue est normale. Le toucher vaginal et le toucher rectal sont négatifs. Aucun trouble de la sensibilité. Aucun trouble de la motilité; peut-être un peu de faiblesse dans les membres inférieurs, mais pas de paralysie, pas de contractures. Défécation et miction involontaires. Urine non albumineuse, claire au moment de l'émission, se colorant en noir par addition d'acide azotique. Pouls et température normaux.

La malade garde un silence absolu. Lorsqu'on lui adresse quelques questions, elle regarde l'interrogateur et ne répond pas, ou si, à intervalles éloignés, elle ouvre la bouche, c'est pour répéter vivement la demande, mais sans accompagnement de réponse ; encore même en dénature-t-elle le sens. Elle est aphasique.

M. Polaillon porte le diagnostic suivant: *mélano-sarcome du pied; tumeur cérébrale de même nature.*

La généralisation contre-indiquait toute intervention chirurgicale. La malade reste dans le même état une douzaine de jours, refuse bientôt tout aliment et succombe dans le marasme.

Autopsie — *Cavité abdominale.* Les reins, les uretères, la vessie, l'utérus, les ovaires, l'estomac, l'intestin, le péritoine n'offrent à l'œil nu aucune altération. Le foie présente son volume et sa coloration ordinaires; on n'y observe aucune saillie extérieure, et des coupes pratiquées en différents points ne révèlent la présence d'aucune tumeur mélanique, si petite qu'elle puisse être. La rate est petite, sans altération appréciable.

Cavité thoracique. Les plèvres ne contiennent aucun épanchement, et nulle part on n'y constate de fausses membranes. Les poumons, libres dans leur cavité, sont sains : volume, coloration, densité, aspect extérieur, tout est normal ; à la coupe, nulle trace de mélanose. Comme les organes précédents, le péricarde est intact, mais le *cœur* est *malade;* au niveau de la *pointe*, intercalées entre les faisceaux musculaires, existent plusieurs petites nodosités noires, dures et nettement séparées du tissu musculaire. Dans l'*épaisseur des parois du ventricule droit*, on en trouve quelques-unes et, saillant dans sa cavité, l'une d'elles, pédiculée, se présente sous l'aspect d'un petit grain de raisin noir. Dans l'*oreillette droite*, tant entre les colonnes charnues qu'à la surface de l'endocarde, on en voit une multitude, les unes isolées, les autres réunies en groupe, offrant des grosseurs différentes, mais toutes ayant les mêmes caractères.

Cavité orbitaire. L'examen des orbites ne dénote la présence d'aucune tumeur mélanique; la couche graisseuse périoptique est saine, sans infiltration, sans pigmentation. De même que la cavité orbitaire, l'œil est intact, et ses différentes membranes n'offrent, à l'œil nu, aucune production mélanique.

Cavité crânienne. Les méninges sont normales. Le cerveau, dépouillé de la pie-mère, ne parait pas malade extérieurement; mais, en y pratiquant des coupes, on met au jour un certain nombre de petites nodosités noirâtres; elles existent sur les deux hémisphères, dans les sillons qui séparent les circonvolutions, les unes isolées, les autres agglomérées au nombre de 3 ou 4, offrant un volume qui varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une grosse perle : ces dernières, les plus volumineuses, sont moins nombreuses que les premières, par leur disposition, par leur coloration non uniforme, et par l'aspect qu'elles offrent à la coupe, elles rappellent entièrement l'apparence de la truffe.

Le 4me ventricule, le ventricule moyen, le ventricule latéral droit ne renferment pas d'épanchement, et leurs parois sont intactes. Le *ventricule latéral gauche* est énormément dilaté; et sa cavité est remplie par une tumeur, qui s'étend de l'extrémité de la corne frontale, à l'extrémité de la corne sphénoïdale. Peu adhérente aux parois, elle offre le volume d'un petit œuf de poule allongé, faisant surtout saillie du côté des circonvolutions frontales et pariétales correspondantes. Molle, de couleur noire, présentant, à première vue, quelque analogie avec un caillot sanguin, elle se laisse facilement pénétrer, et, par la pression, on en fait suinter un liquide, qui tache les doigts à l'instar de l'encre de Chine, ou plutôt à l'instar du suc que donne une variété de cerises, la cerise grillotte-guigne. Les parois du ventricule ne paraissent point altérées : aucune déchirure, aucun signe d'inflammation.

Dans le cervelet existent également quelques petites productions mélaniques. Dans le bulbe et la protubérance, on n'en rencontre aucune trace.

Examen histologique. Tumeurs présentant tous les caractères du mélano-sarcome.

Réflexions.— Prise dans son ensemble, cette observation ne mériterait aucune mention spéciale, si nous nous placions uniquement au point de vue de la mélanose en général. De nombreuses observations de cette maladie ont été publiées, et son histoire est assez bien connue. Mais, dans le cas actuel, il nous a paru bon de relever quelques détails, d'attirer l'attention sur la généralisation limitée, sur la tumeur ventriculaire, dont le retentissement a été si peu marqué.

Sans insister sur l'âge de la malade, qui n'avait que 27 ans (et l'on sait que la mélanose est plus fréquente dans la deuxième moitié de la vie), nous rappellerons que le point de départ a été la tumeur de la peau, siégeant sur le pied. Or, d'après la plupart des auteurs, ce siège, le tégument externe (de même que l'œil) est celui qui s'accompagne ordinairement de la généralisation la plus étendue. Chez notre malade, il y a eu exception, puisque le cœur et la masse encéphalique sont les seuls organes qui aient été atteints. Peut-être les autres n'ont-ils pas eu le temps d'être affectés? Nous remarquons encore que l'œil, qui est, presque aussi souvent que la peau, le siège primitif de la production mélanique, en a été exempt; ce qui vient confirmer ce fait, depuis longtemps signalé, que la généralisation envahit moins fréquemment les organes, dans lesquels la maladie a l'habitude de se développer primitivement.

Cette absence de mélanose *secondaire* du côté de l'orbite et du côté de l'œil (ce qui avait été constaté durant la vie) était peut-être le seul signe, ayant quelque valeur, qui permit de porter le diagnostic de mélano-sarcome de la peau, avec tumeur cérébrale de même nature. En effet, il n'est aucun signe clinique certain qui puisse faire dire : Telle tumeur cutanée est un mélano-sarcome; telle autre est un mélano-carcinome : Aussi, doit-on songer à la première variété, lorsque, en présence de mélanose généralisée, on note l'intégrité de l'appareil oculaire, le mélano-sarcome *secondaire* de l'œil n'ayant jamais été constaté suivant MM. Cornil et Trasbot.

D'autre part, l'œil étant indemne, était-on en droit, en présence des troubles intellectuels observés, de supposer une tumeur cérébrale? Il semble que la réponse doit être négative, si l'on s'en rapporte aux observations antérieures et à la conclusion qu'on en a tirée et qui est la suivante. La généralisation du côté du cerveau est presque toujours la conséquence d'une mélanose primitive de l'œil et de l'orbite. Le cas, que nous publions, doit donc, encore sur ce point, rentrer dans l'exception.

Enfin, nous ferons remarquer que la tumeur ventriculaire ne s'est accompagnée d'aucun trouble de la sensibilité. Pas d'hyperesthésie; pas d'anesthésie (sauf peut-être au moment de l'attaque comateuse, dont la cause est restée ignorée; en tout cas, cette anesthésie n'aurait duré que quelques heures). Quant à la motilité, elle est restée intacte : ni paralysie, ni convulsions, ni contractures. Ces faits viennent donc à l'appui des expériences que M. le Dr Cossy a pratiquées sur les ventricules latéraux, et qu'il a publiées dans son excellente thèse ; et, bien que cet auteur n'ait en vue que

les épanchements liquides, ce cas de tumeur mélanique, demi-liquide, n'en vient pas moins confirmer la conclusion qu'il a formulée : « Les épanchements ventriculaires, séreux, sanguins ou purulents, peu abondants et surtout développés lentement et graduellement ne s'accompagnent pas de phénomènes convulsifs. » Mais, d'un autre côté, nous devons signaler l'aphasie, dans laquelle était plongée la malade, aphasie qui trouve son explication dans la compression que la tumeur exerçait sur les circonvolutions voisines et en particulier sur la circonvolution de Broca.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Projet de Budget des recettes de l'Assistance publique pour 1881.

Tous les ans, nous avons placé sous les yeux de nos lecteurs un résumé des ressources dont dispose l'Administration de l'Assistance publique de Paris, et nous avons indiqué l'origine de ces ressources. Comme il ne s'est pas créé de nouvelle source de recettes, nous pourrions nous borner à indiquer le chiffre total et passer de suite à l'examen des dépenses. Toutefois, nous suivrons les errements anciens et nous exposerons ces recettes par le menu, parce que beaucoup de personnes, même des médecins, se figurent que l'Assistance publique est très riche, qu'elle dispose de revenus considérables : cette illusion, trop répandue dans le public, a presque sûrement pour résultat de diminuer la générosité des riches particuliers, désireux de venir en aide à leurs concitoyens malheureux.

Les *recettes* comprennent les *recettes ordinaires* et *extraordinaires*. Les premières se décomposent ainsi : 1° les *revenus immobiliers* (loyers de maisons et de terrains dans Paris, loyers d'écoles, asiles et ouvroirs dus par la ville de Paris, — fermages en argent, — coupes ordinaires de bois) s'élèvent à 2,100,000 fr. — 2° Les *revenus mobiliers* comprennent : a) les rentes sur l'Etat pour une somme de 3,142,000 fr. ; — b) les actions, créances et rentes sur particuliers pour 126,200 fr. ; — c) les intérêts de prix de vente d'immeubles pour 65,200 fr. ; — d) enfin les intérêts de fonds placés au Trésor pour 250,000 fr. En définitive, les *revenus propres* de l'Assistance publique ne sont que de 5,683,800 francs.

Les *Droits attribués*, susceptibles de variations, sujets à de nombreuses contestations, proviennent : 1° de l'impôt en faveur des indigents sur les billets d'entrée aux spectacles, bals et concerts, soit 2,771,000 fr. ; — 2° des Bons prescrits et bénéfices d'exploitation du Mont-de-Piété, évalués à 475,000 fr. Or, depuis 1876, le Mont-de-Piété refuse de verser les sommes en question dans les caisses de l'Assistance publique et, malgré les instances réitérées du Conseil municipal pour avoir une solution, l'Administration supérieure laisse la solution en suspens, le Mont-de-Piété garde son argent et il en résulte un déficit équivalent dans les comptes de l'Assistance publique. Dans le même ordre de recettes, se range la perception sur les produits de concessions de terrain dans les cimetières, soit 310,000 francs. Total des droits attribués, 3,556,000 francs.

Dans la troisième section des recettes sont réunis les *Produits intérieurs* et *remboursements divers* : a) Ventes et recettes diverses, 190,700 fr. ; — b) successions hospitalières, 65,000 fr. ; — c) le remboursement des frais de séjour et de pensions dans divers établissements (journées de malades, pensions dans les hospices et les maisons de retraite, pensions d'élèves sages-femmes) fournit 2.537,900 fr. ; — d) produits de diverses exploitations (culture, vacheries, ateliers de couture, etc.), 272,000 fr. Ce qui fait en tout, pour cette section, 3.065,000 fr.

La 4e section : *Produit de revente d'objets pour les magasins généraux*, monte à 2.128,000 fr. Il s'agit là simplement d'un compte d'ordre, l'Administration achetant pour certains établissements qui la remboursent, par exemple pour les asiles d'aliénés de Sainte-Anne, Vaucluse et Ville-Evrard.

Les *recettes des services ayant un revenu distinct* constituent la cinquième section. Nous y trouvons : a) le domaine des enfants assistés, 251,000 fr. ; — b) la fondation Montyon, 285,600 fr. ; — c) la fondation Boulard, 23,400 fr. ; — d) la fondation Brézin, 237,200 fr. ; — e) la fondation Devillas, 54,000 fr. ; — f) la fondation Chardon-Lagache, 123,800 fr. ; — g) la fondation Lenoir-Jousseran, 152,800 fr. ; — h) la fondation Lambrechts, 70,700 fr. En tout, 1.199,300 fr.

Si nous réunissons l'ensemble de ces recettes, dont, nous le répétons, une partie est aléatoire et dont une autre a une affectation spéciale (les fondations), nous arrivons au chiffre de 15.633,000 fr. Or, comme les *dépenses prévues pour* 1881 s'élèvent à 28.865,000 fr., il en résulte un *déficit* de 13.232,000 fr. C'est précisément cette somme considérable que le Conseil municipale donne à l'Assistance publique à titre de *subvention municipale* et qui justifie pleinement l'ingérence du Conseil dans les affaires de l'Assistance publique.

Voici comment se répartit la subvention réclamée par l'Administration dans son Projet de budget :

Subvention pour dépenses ordinaires.	13.062.300 fr.
— pour les écoles d'infirmiers et d'infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière. .	17.700
— pour le musée et le laboratoire de la Salpêtrière et de Bicêtre.	2.000
— pour extension des secours d'hospice. . .	100.000
— pour extension des secours aux phthisiques.	50.000
Total.	13.232.000 fr

Nous espérons obtenir une augmentation pour faire face à des besoins incontestables, et nous en parlerons en examinant les dépenses. B.

La Salubrité à Paris.

Dans le numéro du 11 septembre dernier, nous avons indiqué quelles étaient, à notre avis, les principales causes des mauvaises odeurs qui infectaient et infectent encore la ville de Paris.

Beaucoup d'autres causes, secondaires ou locales, contribuent également à entretenir ce triste état de choses. Parmi ces causes, nous pourrions signaler : le défaut d'entretien de la Morgue, de la Halle aux cuirs ; la non-désinfection des latrines publiques qui sont dans le plus déplorable état ; la circulation dans les rues de Paris des voitures Souffrice, au moyen desquelles on enlève les détritus plus ou moins putréfiés des divers hôpitaux, voitures qui sont découvertes et pour l'aménagement

desquelles on n'a pris aucune des précautions nécessitées pour atténuer les inconvénients de ce service ; les urinoirs publics, dont les liquides s'écoulent directement au ruisseau, etc.

Nous terminerons cette énumération, que nous aurions pu faire beaucoup plus longue, en appelant tout particulièrement l'attention de l'Administration sur une cause d'infection permanente pour les maisons du boulevard du Port-Royal qui font face à l'hôpital de la Maternité. C'est sur ce boulevard, en effet, que vient aboutir le tuyau de conduite chargé de transporter les liquides et les eaux de lavage provenant de la salle d'autopsie de cet hôpital. Au lieu de se rendre directement à l'égout, ce tuyau se déverse dans le ruisseau, et les liquides cheminent le long du trottoir et à ciel ouvert pendant un parcours de près de 150 mètres. C'est au coin de la rue du Faubourg-Saint-Jacques seulement qu'ils tombent à l'égout. Nous n'insisterons pas davantage, et nous croyons que l'Administration ne s'appuiera pas sur ce fait, que cette situation a existé de tout temps, pour la perpétuer indéfiniment. A. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 octobre 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. Polaillon fait la lecture de son rapport sur une observation adressée à l'Académie par M. Mignot (de Chantelle). Cette observation est relative à un cas d'*étranglement herniaire, suivi d'anus contre-nature, de gangrène d'un pied et d'aphasie.* Le rapporteur, tout en reconnaissant l'intérêt du fait rapporté par M. Mignot, regrette qu'il ait tardé à opérer et, surtout, qu'il ait mis un aussi long temps entre le taxis et le débridement herniaire. En agissant plus rapidement, on eût pu prévenir l'anus contre nature.

M. Gosselin déclare qu'il a été le premier à formuler cette pratique chirurgicale, à savoir qu'il convient d'opérer les hernies inguinales étranglées, dès que le taxis n'a amené aucune réduction. Temporiser dans ces cas spéciaux, constitue une véritable faute.

M. Marjolin lit un travail intitulé : *Études sur les causes et les effets des logements insalubres; par quels moyens peut-on remédier à leur fâcheuse influence ?* Les logements insalubres et la salubrité des logements constituent un problème dont la discussion prompte importe au public, et dont la solution s'impose aujourd'hui, en présence des catastrophes que nous observons tous les jours. Si les Parisiens ne connaissent pas leur Paris, il faut bien reconnaître que nombre de médecins de la capitale ignorent certains bouges infects disséminés dans Paris même, où naissent, vivent et meurent des milliers de créatures humaines. L'autorité compétente devrait s'imposer le devoir de fermer d'abord, puis d'assainir ces véritables cloaques. Aussi, ne saurait-on trop blâmer l'Assistance publique d'avoir manqué de prévoyance, en ne tenant pas compte des plaintes des intéressés et en refusant, jadis, des documents spéciaux aux Commissions d'hygiène qui les sollicitaient. A propos de ces tristes gîtes, dans lesquels tout n'est que désordre et malpropreté, où règne la misère humaine, M. Marjolin se demande s'il peut être question du traitement à domicile, question souvent soulevée dans les Sociétés savantes. Les latrines, en effet, ne sont pas dissimulées dans la plupart de ces nombreux bouges parisiens : bien au contraire, elles présentent un trou béant, non muni de soupape automatique et donnant lieu à des exhalations spéciales qui constituent un véritable danger épidémique. En France, on néglige trop l'installation et l'entretien des latrines, alors que tout le monde est unanime à reconnaître l'importance et l'urgence des réformes à faire. L'eau elle-même, que nécessite la moindre hygiène, fait souvent complètement défaut dans ces maisons ; et, on n'est pas peu surpris de constater qu'il faut aller la chercher à une distance assez éloignée du logis. Tels sont les résultats des observations relevées et contrôlées par M. Marjolin ; tels sont les résultats des enquêtes faites par l'Assistance publique elle-même.

La mauvaise hygiène entraînant la maladie, ne saurait s'adapter au traitement à domicile. Et cependant, malgré cette déplorable hygiène, il est encore préférable de défendre le traitement à domicile pour les accouchées. Les statistiques des Maternités, en effet, sont plus détestables que toutes les statistiques des quartiers de Paris les plus empoisonnés.

M. Marjolin s'élève également contre la pratique, dans les hôpitaux d'enfants, de la division des malades en aigus et en chroniques. Ces derniers ne pouvant entrer à l'hôpital, dès qu'ils se présentent, sont souvent obligés d'attendre plusieurs mois avant d'être réellement et efficacement traités. Qu'a-t-on fait ? On a abandonné le petit malade, et on a permis à la maladie de s'installer définitivement. Que convenait-il de faire? Tirer ces enfants de la misère, les soustraire à l'action délétère des milieux dans lesquels ils vivent, et les soumettre ainsi à une meilleure hygiène. Tout le monde sait que de malheureux enfants, réputés chroniques, ont guéri, en séjournant quelque temps à Berck ou à Forges.

M. Marjolin expose ensuite le danger de traiter à domicile les maladies contagieuses et proteste contre l'abandon des épileptiques. — En terminant sa communication, M. Marjolin déclare qu'on ne saurait trop combattre l'insalubrité des logements et, par suite, qu'on ne saurait trop réclamer la révision de la loi. A l'avenir, il importe, dans l'intérêt général, que les architectes se montrent plus scrupuleux des lois de l'hygiène, et que l'autorité n'attende pas les plaintes des intéressés pour provoquer des enquêtes.

Il est indispensable que les Commissions d'hygiène, dont le zèle est connu, fassent des visites régulières, pénètrent partout, y aient assez de puissance pour qu'on tienne compte de leurs observations.

M. J. Guérin, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, prend la parole pour manifester son étonnement de ce que le Gouvernement se soit ému des travaux de M. Pasteur, au point de formuler des circulaires contre le choléra des poules, et de proposer des subsides pécuniaires pour permettre à M. Pasteur de poursuivre ses expériences sur les virus atténués.

Revenant à la question de la vaccine et de la variole, M. J. Guérin déclare que, depuis la découverte de Jenner, on a voulu savoir ce qu'était la vaccine. Or, on sait, depuis longtemps, que la vaccine est la variole des animaux inoculée à l'homme.

M. Pasteur répond à M. Guérin qu'il n'a jamais combattu cette opinion légitime que la vaccine humaine est la variole des animaux. Ce qui est et reste en discussion, ce sont les rapports qui existent entre la vaccine et la variole. M. Pasteur, s'appuyant sur ses nombreuses expériences, est d'avis que nous sommes en présence d'un virus infectieux, atténué, donnant la maladie, non la mort.

A la suite de quelques paroles vives, échangées entre MM. Guérin et Pasteur, M. le Président lève la séance.

A. Josias.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1)

48e Congrès : Session de Cambridge (10, 11, 12, 13 Aout 1880).

Section de Chirurgie. — Présidence de M. Savary.

M. H. Thompson expose la façon dont il pratique le traitement des *rétrécissements de l'urèthre* ; c'est la reproduction de ses précédentes publications sur ce sujet, il insiste

(1) Voir les nos, 33, 34, 35, 37, 39 et 40.

sur les précautions avec lesquelles on doit passer les bougies et préfère les explorateurs à extrémités olivaire et métallique. Lorsque l'uréthrotomie a été pratiquée, il ne manque jamais d'introduire une sonde d'assez fort calibre, immédiatement après l'opération, il la laisse pendant quelques heures dans le canal et continue les jours suivants.

M. Macleod (Glasgow) expose les principes qui, selon lui, doivent présider au traitement des rétrécissements de l'urèthre, il se sert pour l'uréthrotomie de l'instrument de Trélat, qui lui a toujours donné les meilleurs résultats ; il pratique presque toujours l'uréthrotomie externe quand il y a des fistules; dans le cas de rétention insurmontable d'urine, il fait sans hésiter la ponction capillaire au-dessus du pubis.

M. Trevan (Londres) se prononce énergiquement contre la dilatation forcée, et rappelle que, presque toujours, le point de l'urèthre qui cède dans cette opération est non pas le point malade, mais toute autre partie saine de la muqueuse; il croit que l'uréthrotomie interne est bien préférable. Quant à la méthode des simples scarifications sur les rétrécissements, l'expérience a prouvé qu'elle est tout à fait insuffisante.

M. H. Thompson partage cette opinion sur le compte de la dilatation forcée, mais acorde la plus grande valeur à la dilatation progressive sagement conduite ; lorsqu'elle échoue, il faut recourir à l'uréthrotomie interne, mais il faut alors avoir soin de diviser complètement les tissus malades, sinon l'amélioration n'est que passagère.

M. H. Thompson fait une autre communication sur la *lithotritie* en une seule séance; il arrive aux conclusions suivantes : 1° si on veut adopter comme méthode générale la lithotritie en une seule séance, il devient plus important que jamais de diagnostiquer avec soin, avant l'opération, les dimensions et, autant que possible, la nature du calcul, de façon à n'employer que les instruments les plus petits possible ; 2° l'opération est plus délicate que la lithotritie en plusieurs séances et demande une main plus exercée. 3° il est convaincu qu'on ne peut actuellement prétendre extraire tous les calculs par le broiement et surtout par une même méthode de broiement, et il regarde la lithotomie latérale comme une excellente opération, non seulement pour les pierres très dures et au-dessus de 60 grammes, mais aussi pour des pierres plus petites dans certaines circonstances telles que l'étroitesse de l'urèthre, etc.—D'ailleurs, il pense qu'un médecin peu exercé fait courir moins de risques à son malade par la lithotomie que par la lithotritie en une seule séance, s'il s'agit d'une pierre dure et pesant plus de 30 grammes. Sur 46 cas consécutifs de lithotritie en une seule séance pratiqués sur des hommes généralement âgés ; il a eu trois morts.

M. Wheelhouse (Leeds) et Reginald Harrison (Liverpool) se déclarent partisans de l'opération de Bigelow, sinon dans tous les cas, du moins dans un grand nombre de cas.

M. Edmond Owen (Londres) s'élève contre l'usage des *bains chauds dans la hernie étranglée.* Il ne peut s'expliquer quelle action favorable ils pourraient avoir, et pense que leur effet le plus certain est de produire la dilatation des gaz contenus dans les anses herniées et, par conséquent, de rendre l'étranglement plus serré ; si c'est pour relâcher les aponévroses et les muscles, il est bien préférable d'avoir recours au chloroforme. En somme, les bains chauds sont plutôt nuisibles, car ils font perdre un temps précieux et poussent le chirurgien à répéter le taxis plus qu'il ne conviendrait ; c'est tout au plus s'il faut en faire usage dans les grosses hernies, comme un moyen de répartir plus uniformément la pression.

M. Edward Bennet a étudié le mécanisme des *fractures du col de l'humérus* accompagnant les luxations de l'épaule; il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° La fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus commence à la partie du col anatomique en contact avec le bord de la cavité glénoïde après que la luxation a eu lieu. — 2° Elle est causée par la pression du bord de cette cavité sur le col. — 3° Elle peut rester uniquement limitée au col, mais, le plus souvent, elle se dirige obliquement vers le corps de l'os et détache la petite tubérosité qui fait partie du même fragment que la tête.

M. Austin Meldon (Dublin) préconise les *injections intraveineuses de lait* pour remplacer la *transfusion du sang* ; il en a obtenu de bons résultats dans la phthisie au 3e degré, dans l'anémie pernicieuse, dans la convalescence des fièvres graves ; il fait usage de lait de chèvre trait au moment même de l'opération et rendu alcalin par l'addition d'un peu de carbonate d'ammoniaque; jamais il n'injecte plus de 170 grammes de lait à la fois.

M. Warlomont (Bruxelles) présente à la section ses *ciseaux hémostatiques* fabriqués par Colin. Ces ciseaux se composent essentiellement d'une paire de ciseaux et d'une paire de pinces pouvant être superposées, de sorte que les vaisseaux des parties coupées par les ciseaux se trouvent comprimés pendant et après la section par les pinces ; on peut ensuite enlever les ciseaux, les pinces restant en place, et procéder aux ligatures.

Section de Médecine. — Présidence de M. G. E. Paget.

M. David Ferrier communique les recherches faites en collaboration avec M. Gerald Yeo sur les *relations* qui existent entre les *hémisphères cérébraux* et la *vision.* Quelque importants que fussent les renseignements donnés par la clinique sur l'existence d'un centre visuel, ils ne pouvaient, à eux seuls, suffire; chez le singe, ils ont trouvé que le centre visuel est situé non seulement dans le gyrus angularis, mais encore dans les lobes occipitaux, car, bien que l'on puisse enlever ces derniers presque complètement sans nuire sensiblement à la vision, il ne suffit pas de détruire le gyrus angularis pour obtenir l'abolition complète de la vision, il faut encore enlever les lobes occipitaux. — Les lésions exercent une action croisée. Chez les singes, la guérison se fait progressivement et la vision revient à peu près complètement ; il est probable que, chez l'homme, on peut espérer aussi, dans les cas d'hémiopie cérébrale pure, une restauration plus ou moins complète de la vision.

M. Mac Call Anderson pose la question de la *curabilité* de la *phthisie aiguë.* Par l'expression de phthisie aiguë, il entend une affection pulmonaire aiguë accompagnée d'une fièvre intense et continue, à marche rapide, et conduisant invariablement à une destruction plus ou moins étendue du tissu pulmonaire si la vie du malade est assez longue pour cela. Il en reconnaît trois variétés : 1° tuberculose pulmonaire aiguë; — 2° phthisie pneumonique aiguë ; — 3° phthisie pneumonique aiguë compliquée secondairement du développement de tubercules miliaires. — Il pense qu'il est très difficile de distinguer cliniquement la deuxième variété de la troisième. Dans un grand nombre de cas de phthisie aiguë, il a obtenu d'excellents résultats d'un traitement dont les principales conditions sont : 1° des soins hygiéniques bien entendus, une alimentation très souvent répétée et comprenant quelques stimulants. — 2° une injection sous-cutanée de 1/2 à 1 milligramme chaque nuit. — 3° l'emploi des moyens propres à faire disparaître la fièvre : glace sur l'abdomen, 50 centigr. à 1 gr. 50 de quinine par jour en une seule dose, une pilule composée de 5 cent. de quinine, de 12 milligrammes de digitale et de 15 miligr. d'opium toutes les quatre heures; en même temps, le médecin devra, selon les cas, s'appliquer à combattre la constipation, la diarrhée ou tout autre symptôme prédominant.

M. Goodchild (Bordighera) rappelle que la phthisie aiguë présente bien souvent des rémissions telles qu'on peut espérer avoir obtenu une guérison ; mais, qu'après un laps de temps variable, une nouvelle poussée se fait qui emporte irrévocablement le malade. Il vient d'observer un cas de ce genre, et quoique le malade ait actuellement quitté le lit et vaque à ses affaires, il est convaincu qu'une terminaison fatale, à bref délai, n'est que trop certaine.

M. Turnbull (Liverpool) est convaincu de la curabilité de la phthisie aiguë ; il en a observé des cas, et invoque en faveur de son opinion les cas où à l'autopsie on trouve des parties du poumon plus ou moins sclérosées et portant les traces des cicatrices dues à la guérison de tubercules antérieurs, ou bien encore la transformation calcaire d'autres tubercules.

MM. Carter (Liverpool) et Barr (Liverpool) n'ont jamais observé de guérison de la phthisie aiguë ; mais ce dernier croit avoir guéri plusieurs cas de méningite tuberculeuse.

M. Totherick (Wolverhampton) a obtenu plusieurs fois de bons résultats avec le perchlorure de fer à hautes doses ; récemment, il a appliqué le traitement de M. Mac Call Anderson sur une jeune fille

très fortement soupçonnée de phthisie aiguë, cette malade vient de quitter l'hôpital dans un état à peu près satisfaisant. Pour combattre la fièvre, il préfère de beaucoup le salicylate de soude à la quinine, à moins de donner celle-ci à des doses capables de troubler tout l'organisme et de détruire l'appétit du malade.

M. Mac Call ANDERSON répond qu'il ne prétend pas guérir radicalement la phthisie, mais défendre le malade contre le processus aigu; une fois celui-ci apaisé, c'est à l'hygiène qu'il faut demander les moyens d'en prévenir le retour. Il insiste sur les dangers des températures élevées et sur la nécessité des applications froides, puis il repousse complètement l'action antipyrétique attribuée au salicylate de soude et fait remarquer que, dans le rhumatisme aigu, ce sel agit sur la douleur mais non sur la fièvre.

M. GAIRDNER (Glasgow) fait une communication sur le *traitement du mal de Bright* et l'importance de la médication diurétique dans cette affection. Il croit qu'en partant de cette idée, que tout organe enflammé doit travailler le moins possible, on est arrivé à supprimer trop complètement les diurétiques du traitement du mal de Bright, et à insister beaucoup trop sur l'usage des drastiques; il admet ceux-ci, mais il en repousse l'abus; c'est surtout dans les cas d'urémie, lorsqu'il faut agir promptement, qu'il les croit indiqués. Parmi les diurétiques, il préfère la crème de tartre, et l'associe assez souvent à la digitale.

M. MAHOMED lit également un travail sur la *maladie de Bright* et l'importance des différents facteurs qui la constituent. Il cherche à prouver que l'on attache trop d'importance aux modifications de l'urine; que celles-ci peuvent ne pas exister ou être à peine marquées dans les périodes initiales, tandis que le déplacement de la pointe du cœur et l'augmentation de la tension artérielle seraient des signes d'une bien plus grande valeur, puisque l'essence de la maladie consiste dans l'épaississement fibrohyalin des tuniques artérielles et l'hypertrophie de leurs fibres musculaires, et que c'est là la lésion initiale qui est directement produite par une élévation de tension artérielle, d'origine constitutionnelle.

M. HAYDEN (Dublin) admet toute l'importance des symptômes dont parle M. Mahomed, mais il croit que, dans un grand nombre de cas, la lésion initiale siège dans le rein. Quant à l'action des diurétiques préconisée par M. Gairdner, il a eu à s'en féliciter dans un grand nombre de cas, mais jamais dans ceux de congestion du rein.

M. WILBERFORCE SMITH pense que, si l'excellence de la diaphorèse contre les hydropisies de cause rénale n'est pas plus généralement reconnue, c'est qu'on ne sait pas assez comment s'y prendre pour l'obtenir facilement et abondamment; le meilleur moyen est d'administrer au malade un bain d'air chaud dans sa propre chambre; pour cela, on n'a qu'à couvrir le malade de couvertures et à allumer une quantité suffisante d'esprit de vin dans un vase métallique: la chaleur développée ne tarde pas à amener une abondante sudation; ce traitement peut offrir quelques dangers d'urémie dans les cas avancés, mais il est excellent dans les périodes initiales et moyennes de la maladie.

MM. HADDON et DICKINSON n'admettent pas que l'hypertrophie des tuniques artérielles soit toujours antérieure à l'affection rénale, et surtout qu'elle soit amenée par une augmentation de tension toute primitive.

M. MAHOMED soutient ses opinions et affirme de nouveau que, pour lui, la tension artérielle et le pouls dur sont de nature constitutionnelle et antérieure, soit à la lésion artérielle, soit à la lésion rénale. — Il y a quelque temps, il a essayé au London Fever Hospital de faire vivre quelques brightiques dans un climat chaud artificiel, produit par l'introduction de vapeur chaude sous la tente habitée par les malades; la chaleur n'a jamais dépassé 80° Fahr. La quantité d'albumine a diminué très rapidement, il n'en restait plus que des traces dans les urines, lorsque ce mode de traitement a dû être interrompu.

M. Octavius STURGES (Londres) propose une nouvelle *nomenclature* pour les différentes *pneumonies* et les *affections pulmonaires* plus ou moins voisines de celles-ci. L'auteur a pour but de sortir de l'ambiguité causée par un certain nombre de termes tels que pneumonie chronique, pneumonique, etc.

M. Reginald E. THOMPSON apporte les observations de 60 cas bien marqués de *syphilis pulmonaire*. A l'auscultation, respiration bronchique et bronchophonie, bruits ressemblant au froissement d'un papier; à la percussion, peu de résonnance; hémoptysies très peu abondantes, mais assez fréquentes; cachexie syphilitique; essoufflement rapide après avoir monté un escalier — Amendement rapide par l'usage du traitement spécifique.

M. DRYSDALE (Londres) pense que la *folie syphilitique* n'est pas aussi fréquente que l'ont dit certains auteurs; mais qu'elle n'est pas non plus excessivement rare, elle peut se présenter sous trois formes: dépression — manie — démence. Il rapporte des observations de ces différentes formes chez des syphilitiques.

M. GOODRIDGE (Bath) lit une observation de *ramollissement du pont de Varole*. Un homme âgé de 60 ans avait été frappé, dix jours avant son entrée à l'hôpital, d'étourdissements et d'hémiplégie gauche; à son entrée, on trouva de plus un peu de diminution de la sensibilité au membre inférieur gauche. Seize jours plus tard, il commençait à marcher, lorsqu'il fut pris d'un nouvel étourdissement sans perte de connaissance et fut frappé d'hémiplégie à droite, avec strabisme externe à droite et anesthésie de la moitié droite de la face. La température était de 130° Fahr. 36 heures après l'attaque nouvelle, la mort arriva. Il y avait du sucre dans les urines; à l'autopsie, on trouva la moitié gauche du pont de Varole ramollie.

M. MOORHEAD (Weymouth) communique une observation d'*aphasie*, *hémiplégie* et *convulsions* chez un *goutteux*, se terminant par une complète guérison. L'auteur attribue tous ces symptômes transitoires et variés au développement de thrombus goutteux dans les régions correspondantes des hémisphères cérébraux.

M. BOWLES (Folkestone) insiste sur la nécessité qu'il y a de placer les malades frappés d'*apoplexie* dans une position telle que la respiration stertoreuse disparaisse; car il suffit pour cela de mettre la tête de façon à ce que la simple pesanteur entraîne ces liquides et la langue, au lieu de les laisser séjourner au-dessus du larynx; il pense que cette « dyspnée pharyngienne » est extrêmement fatigante pour les malades, et qu'elle peut à elle seule causer une terminaison fatale.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 février 1880. — PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

41. **Note sur un cas d'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens spéciaux avec hémichorée post-hémiplégique, chez une femme de 49 ans, ancienne hystérique, atteinte d'affection cardiaque. Mort par pneumonie. Autopsie. Intégrité absolue du cerveau et de la capsule interne**; par J. DEJERINE, chef de clinique de la Faculté.

La nommée Boujat, Joséphine, âgée de 47 ans, rempailleuse, entre à la Charité le 18 janvier 1880, salle Sainte-Anne, n° 16.

Antécédents de famille. Mère et sœur aînée mortes de maladie de cœur. Père mort d'une attaque d'apoplexie.

Antécédents personnels. Rhumatisme articulaire il y a une vingtaine d'années. Pas de syphilis, migraines fréquentes. Accidents nerveux consistant en attaques de nature probablement hystérique. Iritis chronique.

L'affection pour laquelle la malade entre à l'hôpital a commencé à se manifester six mois avant son entrée. A cette époque, elle eut pendant plusieurs semaines des fourmillements dans les bras et la jambe droite, des maux de tête, des vertiges. Elle avait de la peine à parler; il y avait certains mots qu'elle ne pouvait prononcer (aphasie)? Les accidents paralytiques survinrent un matin sans que la malade perdît connaissance. Un matin, au moment de se lever, la malade constata l'impossibilité de se servir de ses membres du côté droit. L'hémiplégie, à ce qu'elle raconte, était complète, portait sur les membres et la face qui était fortement déviée à gauche. A ce moment, elle avait de l'œdème des membres inférieurs. Au bout de huit jours, la malade put se lever et commencer à marcher, mais avec difficulté. Il y a deux mois, nouvelle attaque de paralysie à droite, sans perte de connaissance.

Etat actuel. Femme d'apparence plutôt chétive, amaigrie, léger œdème périmalléolaire. La malade est atteinte d'hémianesthésie droite, affectant les sens spéciaux aussi bien que la sensibilité générale, s'accompagnant d'hé-

michorée et d'un certain degré d'hémiplégie motrice. Pas de paralysie faciale apparente. Force musculaire diminuée du côté droit. La marche est cependant possible quoique difficile. Elle marche sans faucher. Le bras est plus pris que la jambe. Les deux mains au repos sont atteintes d'un léger tremblement beaucoup plus marqué du côté droit, de ce côté, ce n'est pas à un tremblement véritable que l'on a affaire, mais bien plutôt à des mouvements désordonnés des doigts et de la main, mouvements choréiques s'exagérant considérablement lorsque la malade veut exécuter un mouvement. Dans l'accomplissement de cet acte, il y a une telle exagération des mouvements choréiques, que la malade ne peut arriver à prendre un objet devant elle. Rien de semblable du côté gauche.

Pas de mouvements choréiques appréciables de la jambe droite.

Sensibilité. Normale à gauche sous ses différents modes. A droite, absence de la sensibilité tactile sur les membres, le tronc et la face. Analgésie presque complète, anesthésie complète. Sensibilité à la température à peu près abolie. Abolition du réflexe des deux tendons rotuliens.

Sens spéciaux. Vue. Le Dr Landolt ayant bien voulu examiner cette malade nous a remis la note suivante :

Examen ophthalmoscopique. Pupilles étroites, égales, ne réagissant pas sous l'influence de la lumière. Réagissant sous l'influence de la coloration. Mouvements conservés. *Œil gauche* (côté sain). Acuité visuelle 4/10.

Accommodation : Amplitude d'accommodation ; 5 dioptries (normale). L'œil gauche distingue toutes les couleurs ; champ visuel normal pour le blanc. Perception des couleurs normales, visibles dans leur ordre habituel.

Œil droit (côté de l'hémianesthésie). Compte les doigts à 40 centimètres seulement. Acuité visuelle 1/100. La lettre qui doit être vue à 50 mètres, n'est visible qu'à 50 centimètres.

Couleurs. Toutes les couleurs sont distinguées, le bleu cependant est le plus vite reconnu. Bleu visible à 60 centimètres, rouge à 40 centimètres, vert à 30 centimètres, jaune orange à 45 centimètres, jaune clair à 50 centimètres. C'est toujours le bleu qui fait l'impression la plus vive, le vert la moins vive. Le champ visuel est extraordinairement rétréci concentriquement.

Examen ophthalmoscopique. Pour l'œil droit. Légère opacité du cristallin. Moitié externe de la papille du côté droit plus pâle que la moitié externe de la papille du côté gauche. La tension intraoculaire est un peu diminuée des deux côtés.

Pas de synéchies à l'œil droit, un peu d'opacité du cristallin.

Cristallin plus transparent du côté droit.

Œil gauche. De nombreuses synéchies maintiennent le bord de la pupille au bord antérieur du cristallin. Papille grisâtre dans sa moité externe avec staphylome postérieur.

Odorat. Aboli du côté droit. La malade ne perçoit de ce côté aucune espèce d'odeur (assa-fœtida, essence de roses). — *Ouïe.* Est également abolie du même côté. La malade ne perçoit pas les battements d'une montre appliquée à un centimètre de son oreille.

Le *goût* est également aboli dans toute la moitié droite de la langue. Les muqueuses aussi bien que la peau sont absolument insensibles. Les sens spéciaux du côté gauche sont intacts aussi bien que la sensibilité générale.

Cœur. Volumineux, bat dans le 5e espace intercostal ; battements énergiques. Souffle systolique, râpeux à la pointe. De temps, en temps bruit de piaulement. A la base, souffle également systolique et très râpeux ; pas de souffle diastolique. Diagnostic. Insuffisance mitrale et rétrécissement aortique.

Rien de particulier du côté des différents viscères, sauf un peu d'emphysème pulmonaire.

4 *Février.* Vers quatre heures du matin, en allant au cabinet, la malade est prise d'un frisson violent, presque en même temps apparaît un point de côté, siégeant un peu en dehors du sein droit. Dyspnée intense. Vomissements ; crachats pneumoniques, râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue de la poitrine; en arrière, à droite, râles sous-crépitants se mêlant aux ronchus bronchiques. Pouls, 120 pulsations.

On administre à la malade du tartre stibié, 20 ventouses sèches sur la poitrine, potion au rhum. Diagnostic. Broncho-pneumonie.

Expectoration moins jaune, fluide, légèrement muqueuse et colorée en brun, langue sèche. Matité en arrière, à droite à la base, on entend profondément quelques râles sous-crépitants, mais la sibilance domine. 112 Pulsations. Vésicatoire en arrière.

6 *Février.* Rétention d'urine, cathétérisme.

7 *Février.* La fièvre augmente et l'état général devient plus mauvais. Dyspnée très prononcée. Matité considérable au sommet droit, en avant et en arrière. Souffle intense. Bronchophonie et retentissement très fort de la toux. Râles sous-crépitants; pas de crachats. L'urine contient un nuage d'albumine ; pas de sucre.

9 *Février.* Même état général. La sensibilité est toujours abolie dans le côté droit; mais les sens spéciaux n'ont pas été examinés. Persistance de l'hémichorée.

10 *Février.* L'état général s'aggrave de plus en plus. Râles trachéaux. Elle meurt dans la nuit du 10 au 11 février 1880.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité pleurale, il s'écoule de la plèvre droite une certaine quantité (1 litre environ) de liquide séreux. Toute la partie inférieure du poumon droit est refoulée, et toute la cavité pleurale est recouverte de fausses membranes jaunâtres, épaissies, molles, non adhérentes. Cette coque membraneuse acquiert, dans certains endroits une épaisseur de deux centimètres. Pas de liquide dans le péricarde.

Poumon droit. Recouvert de fausses membranes fibrineuses très épaisses et non adhérentes ; les lobes sont adhérents entre eux, mais se décollent cependant facilement. Pneumonie au stade d'hépatisation rouge occupant le lobe supérieur et le lobe moyen. Le lobe inférieur du même poumon, ne présente aucune trace d'exsudat intra-alvéolaire et présente seulement des traces d'atélectasie.

Pas de caillot dans l'artère pulmonaire. — La muqueuse bronchique est épaissie, d'un rouge brun et recouverte de mucus. Le poumon gauche présente un emphysème peu prononcé des bords antérieurs et congestion œdémateuse, plus marquée au lobe inférieur.

Cœur. Volumineux, 500 grammes. Traces de péricardite ancienne sur la face antérieure. Insuffisance aortique très nette.

Quelques caillots récents dans le ventricule gauche; mais on trouve sur la paroi interventriculaire, au-dessous de la ligne d'insertion des valvules sigmoïdes, un petit caillot d'une grosseur d'une noisette, jaunâtre, dur et très adhérent à la paroi. Pas de rétrécissement mitral. La valvule présente simplement quelques plaques laiteuses et un peu de rigidité de ses parois. Rétrécissement sous-aortique léger ; insuffisance aortique très nette. Le ventricule droit est assez dilaté. Pas de lésion de la tricuspide ni de l'artère pulmonaire. Myocarde très altéré, jaunâtre, feuille morte. L'aorte fortement scléreuse au niveau de la crosse, ainsi que dans sa portion thoracique. Plaques scléreuses nombreuses.

Foie. Aspect muscade très net. Sur la coupe on voit de petits points rouges entourés de zones blanchâtres. La mollesse du foie, son aspect luisant à la coupe, montrent qu'il est atteint de dégénérescence graisseuse.

Rate. Rien à noter.

Rein. Pas d'adhérence de la capsule; congestion très intense des étoiles de Verheyen. A la coupe, on constate des altérations du début de la seconde période de la néphrite parenchymateuse. Tuméfaction trouble et dégénérescence graisseuse des épithéliums de la couche corticale qui est passablement augmentée de volume et sur laquelle tranchent des stries vasculaires très prononcées. Rien de particulier du côté de l'utérus.

Intestins. Rien de particulier.

Cerveau. Rien à noter du côté des parois osseuses de

la boîte crânienne. Rien du côté de la dure-mère. Les artères de la base ne sont pas scléreuses. Méninges un peu épaissies, mais non adhérentes. En séparant les hémisphères l'un de l'autre, il s'écoule une certaine quantité de liquide, conséquence de l'hydropisie ventriculaire. Ventricules latéraux et moyens manifestement dilatés. Rien à noter du côté des circonvolutions, aussi bien sur la face externe qu'au niveau de l'insula. Aucune lésion superficielle appréciable.

Les circonvolutions occipitales ne présentent pas de traces d'altérations.

Examen des coupes. — *Coupe préfrontale*. Rien de particulier. — *Coupe pédiculo-frontale*. Rien de particulier, l'insula, la capsule interne, le noyau caudé, sont normaux. Rien du côté des faisceaux pédiculo-frontaux.

Coupe frontale. Rien de particulier, même état d'intégrité de la partie antérieure des capsules interne et externe, du noyau caudé et lenticulaire, de l'avant-mur et de la masse blanche. — *Coupe pariétale*. Rien de particulier. La partie postérieure de la capsule interne est dans un état remarquable d'intégrité ainsi que les ganglions. — *Coupe pédiculo-pariétale*. Rien à noter. — *Coupe occipitale*. Rien de particulier.

Hémisphère droit. Aucune lésion. Le bulbe et la protubérance, le cervelet, ne présentent pas d'altération à l'œil nu, la moelle épinière a son canal passablement dilaté.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre, étant donné le résultat négatif de l'autopsie. Cette malade était un type d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, son âge, le mode de début des accidents, l'existence d'une affection cardiaque, firent penser à l'existence chez elle d'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne; ce diagnostic ne fut toutefois posé qu'avec réserves, car il existait chez cette malade des antécédents de nature hystérique, très nets, remontant à plusieurs années. De plus, cette femme étant atteinte de pneumonie, à laquelle elle succomba, on ne vit pas sous l'influence de la maladie intercurrente, disparaître son hémianesthésie, ainsi que cela a lieu d'habitude chez les hystériques (Charcot). L'hémianesthésie et l'hémichorée persistèrent jusqu'à la mort. L'existence d'une lésion cardiaque très accusée avait contribué à faire supposer une altération matérielle des conducteurs de la sensibilité. L'autopsie, en nous faisant constater l'intégrité absolue de la capsule interne, nous montra, une fois de plus, qu'il est à peu près impossible, chez la femme, de faire le diagnostic entre l'hémianesthésie hystérique et l'hémianesthésie de cause cérébrale.

42. Rapport sur la candidature de M. Desnos au titre de membre-adjoint de la Société anatomique; par M. Paul Segond, prosecteur.

Parmi les intéressantes présentations que M. Desnos a faites à la Société anatomique, j'appellerai particulièrement votre attention sur l'une d'entre elles, qui a trait à un cancer primitif des voies biliaires. Vous vous rappelez sans doute, qu'il s'agissait d'un sujet relativement peu avancé en âge, d'une femme de 44 ans, dont l'histoire clinique peut être résumée en peu de mots. La mère a succombé à un cancer de l'utérus; elle-même a eu dans sa jeunesse de nombreuses manifestations arthritiques, et fut atteinte à plusieurs reprises de rhumatisme polyarticulaire, puis d'éruptions d'eczéma survenant à intervalles irréguliers. Toutes ces manifestations ont cessé de se produire il y a 10 ans environ.

Deux ou trois ans après, éclatent des coliques hépatiques dont la durée et l'époque d'apparition sont difficilement précisées, mais qui semblent avoir cessé pendant 3 ou 4 ans pour reparaître, il y a 2 ans, avec une intensité plus grande. Ces accès se sont renouvelés à époques irrégulières jusqu'au mois de septembre dernier: ils acquirent alors une violence inaccoutumée, puis d'autres symptômes apparurent: l'ictère, jusque-là transitoire, devint permanent, l'appétit disparut, des nausées, des vomissements, au début plus rares, se montrèrent après chaque repas; les selles prirent une coloration grisâtre et les urines, rares, offrirent une coloration de plus en plus foncée. Les douleurs changèrent de caractère, les accès s'éloignèrent, mais une pesanteur, une tension douloureuse de la région hépatique tourmenta la malade, sans relâche, dès ce moment.

C'est alors que, l'amaigrissement s'étant prononcé de plus en plus, la malade entra à l'hôpital. Le diagnostic s'imposait sur un point; on était en présence d'une obstruction des vois biliaires. En effet, aux symptômes fonctionnels que je viens de vous rappeler, se joignaient des signes physiques de la plus grande netteté. Le foie, dont la percussion était douloureuse, remontait jusqu'à la troisième côte et dépassait en bas le rebord costal de deux travers de doigt. On sentait en outre, à ce niveau et en avant, une tumeur arrondie, douloureuse, qui ne pouvait être que la vésicule biliaire distendue. Mais, d'autres symptômes relevaient moins directement d'une simple obstruction des voies biliaires, et un épanchement ascitique assez considérable, une dilatation légère des veines sous-cutanées abdominales, joints à l'amaigrissement rapide et à l'état cachectique de la malade, devaient faire supposer qu'un obstacle, qu'un néoplasme obstruait à la fois les canaux excréteurs de la bile et la veine porte. La marche de la maladie vint donner raison à cette dernière hypothèse : la cachexie s'accentua, l'ascite augmenta et la malade mourut après six semaines de séjour à l'hôpital. Pendant les derniers jours, s'était manifesté un symptôme important: je veux parler d'accès de fièvre intermittente mais non périodique.

Vous avez pu, ici-même, constater les lésions les plus diverses: la vésicule biliaire, très distendue et remplie de calculs, adhérait au niveau de son col au pancréas, et cette masse se prolongeait jusqu'au hile du foie: mais, un examen attentif permettait de reconnaître au niveau de la partie initiale du canal cholédoque, une tumeur de la grosseur d'une noix englobant la veine porte et l'artère hépatique, et adhérant simplement à la tête du pancréas dont le tissu était normal. Le foie était très volumineux, parsemé de noyaux blanc jaunâtre, ramollis à leur centre, très abondants, laissant seulement entre eux des ponts de tissu hépatique normal; mais, ce qui frappait le plus vivement l'attention était la dilatation énorme des conduits biliaires, dont le calibre, au niveau du hile, était au moins égal à celui de la crosse aortique. Ces canaux étaient remplis de calculs irrégulièrement cuboïdes vers le hile, ramifiés et moulés sur les conduits biliaires dans l'intérieur de la glande. Deux abcès volumineux, l'un dans le lobe droit, l'autre sous le centre phrénique, présentaient un contenu différent: dans l'un, parfaitement limité, du pus à peu près pur; l'autre, sous-péricardique, communiquait avec des conduits biliaires, et on voyait surnager des paillettes de cholestérine à la surface d'un liquide verdâtre. Enfin, le péricarde était distendu par trois cents grammes environ d'un liquide grisâtre, mélangé de grumeaux abondants: la séreuse pariétale et viscérale offrait un aspect tomenteux, mais, sur aucun point, on ne découvrait de masses cancéreuses, non plus que de perforation ou d'ulcération au niveau du centre phrénique. Ajoutons que l'examen histologique a permis de constater une dilatation notable des canalicules biliaires, dont les uns ne contiennent qu'une seule couche de cellules cylindriques de revêtement, les autres, deux ou plusieurs, et que, dans ces derniers, les cellules du centre ont perdu leur caractère épithélial, et sont dégénérées, en un mot épithélioïdes.

Je n'aurai pas à insister longuement sur les détails de cette observation pour en faire ressortir tout l'intérêt. Les lésions qui vous ont été présentées sont assurément connues et on trouve d'assez nombreux exemples mentionnés dans les Bulletins de la Société. Mais il importe de faire remarquer combien il est rare de trouver réunies, dans les pièces analogues, des lésions aussi nombreuses et aussi variées: nous en avons cherché un exemple. Mais il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence et nous devons chercher à établir leur dépendance mutuelle et trouver le lien qui les unit.

En jetant un coup d'œil sur une coupe du foie et en face de cette abondance de tissu carcinomateux qui a presque entièrement absorbé le tissu hépatique, on doit se demander si ce n'est pas là la lésion initiale. Le cancer primitf du foie,

admis par Frerichs et plusieurs autres auteurs, nié ou du moins mis en doute par d'autres, se présente avec des caractères assez nets que M. Rendu, se basant surtout sur une pièce présentée par M. Fourestier à la Société en 1874, a établis dans l'article Foie du Dict. encycl. La surface de section est transformée en une substance blanchâtre ou jaunâtre, ramollie ou pulpeuse dans ses parties centrales, tantôt recouverte par une lame de tissu hépatique, tantôt faisant saillie à la surface de l'organe. Tout au contraire, dans le cancer secondaire, le foie est comme farci de tumeurs multiples, sous formes d'îlots de grandeur différente, de couleur blanche plus ou moins sale, les unes profondes, d'autres faisant à la surface une saillie hémisphérique, déprimée en cupule vers le centre. D'après ces caractères, le cancer hépatique a dû se développer secondairement, et si, maintenant, nous envisageons le canal cholédoque, nous trouverons dans la portion initiale de ce conduit, une masse cancéreuse peu volumineuse, mais qui ne permet pas de douter du point de départ du néoplasme. D'ailleurs, l'examen microscopique vient démontrer que, dans l'intérieur même du parenchyme hépatique, c'est encore par les conduits biliaires que le cancer a envahi la glande, et on voit successivement les cellules de revêtement se multiplier, perdre leur caractère épithélial jusqu'à ce que nous les retrouvions agglomérées dans les parois des points les plus altérés.

Le cancer primitif des voies biliaires, mentionné pour la première fois par Durand-Fardel en 1838, n'est plus une rareté pathologique, et il est rare qu'on n'observe pas dans ces cas, une propagation au foie ; ordinairement la lésion secondaire l'emporte en étendue sur l'élément carcinomateux primitif, qui consiste quelquefois en un simple noyau perdu dans les parois de l'appareil biliaire. Aussi, en parcourant les Bulletins de la Société anatomique, est-on frappé du petit nombre de cas de cancers des voies biliaires, et en même temps de la fréquence des cancers primitifs du foie. N'y a-t-il pas lieu de se demander, quand on remarque surtout que l'état des voies biliaires n'est pas toujours signalé, si l'examen a été suffisant et si la lésion première n'a pas échappé à l'observation.

On signale comme une coïncidence fréquente de l'obstruction des voies biliaires, la présence de calculs ; mais il est difficile ordinairement d'établir si la lithiase est primitive ou consécutive : or, dans l'observation qui précède, l'histoire de la malade permet de supposer qu'il existait des calculs, longtemps avant le développement du néoplasme. Quelle influence les deux affections ont-elles exercée l'une sur l'autre ? Ce n'est qu'avec les plus grandes réserves, croyons-nous, qu'il faut admettre que la présence des calculs dans l'appareil biliaire ait pu en favoriser la dégénérescence. En revanche, on comprend facilement que la stagnation de la bile, chez un sujet déjà prédisposé à la formation de calculs, ait pu être la cause d'une production considérable, comme dans le cas précédent. Ces calculs en effet, remplissant complètement les canaux, se moulant sur les dernières ramifications et conservant l'empreinte de toutes leurs subdivisions, constituent une rareté pathologique.

C'est aussi à la présence de ces calculs qu'il faut rattacher l'apparition des abcès. Leur production, tardive croyons-nous, a dû coïncider avec les accès de fièvre, avec les frissons que la malade a présentés dans les derniers jours. Le développement de masses cancéreuses nous paraît complètement indépendant de ces poussées inflammatoires, qui ne sont autres que l'aboutissant ultime d'une périangiocholite d'origine calculeuse. Quant à la péricardite qui est restée essentiellement latente, qu'aucun symptôme ne pouvait faire découvrir, la cause en paraît évidente et il a suffi d'inciser le centre phrénique pour découvrir une masse purulente considérable : il n'y avait aucun noyau cancéreux dans la cavité séreuse, et la lésion, purement inflammatoire, s'est, selon toute probabilité, propagée à travers le diaphragme par la voie lymphatique.

Séance du 5 mars 1880. — PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

1. Tumeur du testicule; par M. DUPLAIX, interne des hôpitaux.

Le nommé Lefaivre (Auguste), âgé de 35 ans, profession de métreur, entré le 18 février 1880 à la Charité, salle Saint-Jean, lit nº 13 (service de M. TRÉLAT).

Cet homme présente au premier abord les apparences d'une santé peu robuste. Dans son enfance, il a été sujet à des accidents scrofuleux tels que blépharite, impétigo du cuir chevelu, mais on ne trouve chez lui aucune manifestation syphilitique ou rhumatismale. Signalons, enfin, plusieurs maladies graves qu'il a eues pendant sa jeunesse et qui sont : la variole, la rougeole et la fièvre typhoïde.

Depuis l'âge de vingt ans, il jouit d'une santé relativement bonne, mais il s'enrhume facilement, et, depuis plusieurs années, la toux est continuelle, mais légère. Toutes les fonctions se font bien, l'appétit est resté excellent et les digestions sont faciles ; cependant, le malade sent ses forces diminuer chaque jour et remarque qu'il maigrit depuis quelques mois.

Il présente une tumeur du scrotum du côté droit, depuis trois semaines seulement. La rapidité avec laquelle elle s'est développée est importante à signaler ; le malade, en effet, déclare nettement avoir remarqué, un matin à son réveil, un gonflement considérable des bourses, alors que la veille celles-ci ne présentaient rien d'anormal. Cette tuméfaction était un peu douloureuse spontanément, mais les frottements, la pression augmentaient les douleurs, qui étaient surtout marquées sur le trajet du cordon. Aucun phénomène inflammatoire local ne s'est montré à cette époque, la peau du scrotum a conservé sa couleur normale et le malade n'a pas de fièvre.

Trois semaines après, le volume de la tumeur était énorme ; mais dans les quinze derniers jours, celle-ci s'est développée lentement ; c'est dans la première semaine qu'elle est arrivée à son maximum de développement.

A l'époque de l'entrée à l'hôpital, la tumeur a à peu près le volume du poing ; c'est un ovoïde à grosse extrémité inférieure ; la peau du scrotum est un peu rouge, luisante, mais sans adhérences à la masse sous-jacente. La consistance est égale partout ; en aucun point on ne trouve de fluctuation, mais on perçoit une certaine mollesse qui, cependant, est plus accusée dans un point très limité en avant. On ne sent également aucune saillie, aucune bosselure ; la tumeur est absolument lisse dans toute son étendue.

Une pression assez forte est nécessaire pour déterminer une légère douleur, mais celle-ci est plus accusée au niveau du cordon, qui est augmenté de volume. De plus, si la pression porte sur la partie postérieure de la tumeur, à peu près vers le centre, on détermine une sensation douloureuse analogue à celle que provoque la pression du testicule sain.

L'organe du côté gauche ne présente aucune augmentation de volume et n'est nullement douloureux. Le doigt, introduit dans le rectum, sent la vésicule séminale et la prostate, qui sont augmentées de volume du côté correspondant à la tumeur des bourses.

L'état général n'a guère été modifié par l'évolution de la tumeur ; l'appétit est resté bon, mais la peau de tout le corps présente une coloration d'un blanc mat, et, à la face, une teinte jaune assez prononcée. Depuis quelques mois, la toux est habituelle, quoique légère et peu douloureuse. La percussion de la poitrine révèle un peu de submatité au sommet gauche, et la sonorité normale dans le reste de l'étendue du thorax. A l'auscultation, on perçoit quelques craquements au sommet gauche, avec de l'expiration rude et prolongée. M. Trélat institue le traitement suivant : huile de foie de morue ; frictions avec la pommade à l'iodure de plomb.

1er *mars*. La tumeur présente le même aspect et la même consistance ; la peau, cependant, est adhérente par places et le volume semble avoir augmenté. La plus grande circonférence, passant par les deux extrémités, mesure 27 centimètres ; la circonférence au niveau de la grosse

extrémité, perpendiculaire à la première, mesure 21 centimètres. L'état général commence à être moins bon, le malade maigrit et perd l'appétit.

11 *mars*. M. Trélat fait l'ablation de la tumeur; le cordon est lié en masse et les lèvres de la plaie sont réunies par des points de suture.

Examen macroscopique. Sur une coupe antéro-postérieure de la tumeur, on remarque que celle-ci est développée entièrement aux dépens du testicule lui-même et qu'elle est nettement circonscrite par la tunique albuginée. On observe également une atrophie de l'épididyme, dont il ne reste plus que des vestiges au niveau de la tête et de la queue. Dans toute l'étendue de la coupe, la coloration est d'un blanc grisâtre, et l'on voit au milieu, dans un point qui correspond à la tête de l'épididyme, de petites saillies transparentes qui ont l'apparence des tubercules. L'examen sur des coupes durcies sera fait ultérieurement.

M. Déjerine dit que la tumeur, vue de près, présente sur la coupe des granulations qui semblent indiquer qu'il s'agit d'une orchite tuberculeuse.

M. Monod fait plusieurs objections à cette opinion : la tumeur est manifestement testiculaire; il y a intégrité relative de l'épididyme; on peut, en regardant avec attention, retrouver l'apparence de structure du testicule; ce pourrait bien être un lymphadénome.

BIBLIOGRAPHIE

Compte-rendu des thèses d'agrégation :

Chirurgie.

VIII. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde; par le Dr A. Boursier. Vol. in-8 de 210 pages. Paris, 1880. Masson, éditeur.

VIII. Après avoir rapidement passé en revue, dans un premier chapitre, les tumeurs du corps thyroïde et les variétés anatomiques et cliniques du goître, M. Boursier étudie les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale en elle-même. Cette intervention ne doit être mise en question que dans les cas où l'inefficacité du traitement médical a été parfaitement établie. Les indications d'après lesquelles le chirurgien devra régler sa conduite peuvent être rangées sous 4 chefs : 1° Indications fournies par la tumeur, considérée quant à son volume, à sa situation, à sa forme, à sa nature ; 2° Indications fournies par les troubles fonctionnels (accidents de compression du côté de la trachée, de l'œsophage, des nerfs ou des vaisseaux); 3° Indications fournies par les accidents qui peuvent survenir dans la tumeur (inflammation et suppuration, hémorrhagies, etc.) ; 4° Indications fournies par l'état général du malade (état cachectique, goître cancéreux, crétinisme). L'examen détaillé de ces divers points constitue la première partie du travail qui nous occupe.

Dans la seconde partie, l'auteur traite des méthodes opératoires employées pour combattre le goître. Ces méthodes sont curatives ou palliatives. Les premières peuvent être divisées en deux grandes classes : méthodes modificatrices et méthodes destructives. M. Boursier étudie successivement : d'abord les nombreuses opérations modificatrices applicables aux goîtres kystiques, puis celles qui conviennent aux goîtres parenchymateux et vasculaires. Arrivant ensuite aux méthodes destructives, il présente l'historique des vicissitudes qu'à traversées l'opération de l'extirpation des goîtres, depuis 1770 jusqu'à nos jours. Condamnée tout d'abord d'une façon absolue jusqu'en 1850, reprise timidement et exécutée assez rarement de 1850 à 1870, cette grave opération tend, au contraire, maintenant, grâce aux perfectionnements opératoires et aux nouvelles méthodes de pansements, à prendre définitivement place dans la pratique de la grande chirurgie. Aussi l'auteur lui consacre-t-il un long chapitre, dans lequel il expose avec détails le manuel opératoire, les procédés d'hémostase, les accidents primitifs et consécutifs, le pansement et les soins à donner à l'opéré. Il s'occupe ensuite de l'extirpation partielle, de ses indications et de sa valeur. Etudiant enfin, d'après les statistiques des divers auteurs, les résultats de l'extirpation totale, il montre la décroissance rapide de la proportion des insuccès dans les trente années qui viennent de s'écouler : en effet, tandis que les opérations antérieures à 1850 donnaient la proportion énorme de 40 0/0 de mortalité, les 46 cas les plus récents réunis par l'auteur ont fourni seulement 8 morts, soit un peu moins de 18 0/0 d'insuccès. Cette seconde partie du travail de M. Boursier se termine par un chapitre relatif aux opérations palliatives : section des muscles et des aponévroses du cou, déplacement de la tumeur, et trachéotomie.

La troisième partie est, en quelque sorte, une synthèse des deux précédentes, dans laquelle l'auteur a pris à tâche de tracer des règles de conduite, aussi précises que possible, pour les divers cas de la pratique. Après avoir parlé des indications des opérations d'urgence, il discute le choix des procédés applicables aux principales variétés de tumeurs du corps thyroïde, kystes, goîtres parenchymateux, goîtres cancéreux, et il termine par quelques considérations sur la question, pleine d'actualité, du traitement chirurgical du goître exophthalmique.

Un certain nombre d'observations, toutes inédites, et un index bibliographique très important et très méthodiquement divisé, complètent l'intéressant et instructif travail dont nous venons d'essayer de donner un aperçu.

Ch. H. Petit.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Johanny Rendu. **De l'utilité des lavages intra-utérins antiseptiques dans l'infection puerpérale.** Thèse de Lyon, 1879.

II. G. Léopold. **Ueber die Complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit acuter Pleuritis.** *Archiv. f. Gynæk.* xi, Bd. 2 Heft.

III. A. Ribemont. **Recherches expérimentales sur la résistance et le mode de déchirure des membranes de l'œuf humain.** *Archives de tocologie*. Novembre 1879.

IV. Budin et Ribemont. **Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus.** *Archives de tocologie*. Août 1879.

V Sanger. **Ueber eine Gefahr unzeitiger Anwendung des Pilocarpins bei der Eclampsie.** *Archiv. f. Gynæk.* xiv. Bd. 3 Heft., 1879.

VI. G. Léopold. **Das scoliotisch und kyphoskoliotisch rachitische Becken.** Leipzig, 1880.

VII. G. Léopold. **Weitere Untersuchungen über das scoliotisch und kyphoscoliotisch rachitische Becken.** *Archiv. f. Gynæk.* Bd. xvi, Heft I, 1880.

I.— M. Johanny Rendu, dans sa thèse intitulée de l'*Utilité des lavages intra-utérins dans l'infection puerpérale*, a donné un bon résumé des travaux anciens et surtout des travaux modernes sur cette question. Dans ces deux dernières années, on a tenté d'employer en obstétrique l'acide phénique qui donne de si excellents résultats en chirurgie, et on l'a porté dans la cavité utérine soit comme moyen préventif après l'accouchement, soit comme moyen curatif lorsque des complications survenaient pendant les suites de couches : Munster, Schülein, Richter, Langenbuch, Schede, Schücking, etc., ont publié sur ce sujet des mémoires intéressants qui ont été analysés par M. J. Rendu. Il s'est efforcé ensuite de prouver l'innocuité des irrigations intra-utérines : le liquide, quoiqu'on en ait dit, ne pénètre à travers les trompes dans la cavité péritonéale qu'avec difficulté et si on emploie une grande force : les hémorrhagies qu'on craignait n'ont pas été observées à la suite des injections; l'entrée de l'air dans les sinus utérins est une hypothèse non encore démontrée. Quant aux frissons qui surviennent assez souvent après les injections, ils ne sont suivis d'aucun accident; on voit, au contraire, lorsque les femmes ont de la fièvre, la température s'abaisser d'une façon presque constante et toutes les observations publiées s'accordent pour prouver l'innocuité des injections intra-utérines. M. Rendu a eu l'idée de consulter par lettre ou de vive voix les accoucheurs

les plus connus de la France et de l'étranger; leurs réponses montrent que la grande majorité d'entre eux est favorable à l'emploi des injections intra-utérines. Il est à noter, cependant, que plusieurs médecins qui les ont essayées à la suite de tous les accouchements, comme moyen prophylactique des accidents puerpéraux, y ont renoncé et ne les conseillent plus dans ce but qu'à la suite des interventions. M. J. Rendu pense du reste qu'il est préférable, lorsque l'accouchée va bien, de la laisser reposer entièrement et d'éviter même toute injection vaginale. Il recommande d'avoir recours aux injections intra-utérines dans les cas suivants : lorsque la femme a été touchée fréquemment, surtout dans une Maternité ou en temps d'épidémie, lorsque l'accouchement s'est prolongé et a nécessité l'introduction de la main ou d'instruments quelconques dans les voies génitales : quand il y a rétention totale ou partielle du placenta et des membranes, et enfin, lorsque à la suite d'hémorrhagies ou de toute autre cause, les lochies plus ou moins altérées dans leur couleur prennent un caractère de fétidité inquiétant ou sont retenues dans la matrice, en un mot toutes les fois qu'on a des raisons pour penser que des produits septiques se trouvent en contact avec les plaies génitales. Nous ne pouvons malheureusement pas suivre M. Rendu dans l'exposition détaillée du manuel opératoire qu'on lira avec fruit dans sa thèse ; il insiste sur la situation qu'on doit donner à la femme, les instruments dont on doit faire usage, les liquides qu'il faut préférer, les précautions qu'il faut prendre, etc, etc,. Nous nous permettrons seulement d'insister sur une lacune qui existe dans son excellent mémoire, et qui peut avoir une certaine importance au point de vue opératoire : des accidents mortels ou excessivement graves, conséquences immédiates des injections intra-utérines ont été rapportés par O Küstner, H. Fritsch, et R. Herdegen (in *Centralblatt für Gynækologie* 1878). On s'est demandé s'il n'y avait pas eu d'empoisonnement par l'acide phénique; le professeur H. Fristch, à la suite d'une discussion habilement conduite, a montré qu'il n'y avait pas eu dans ces cas intoxication, mais qu'avec l'extrémité de la sonde on avait très probablement détaché un caillot qui remplissait une veine ou un sinus : le caillot tombé, le liquide de l'injection avait pénétré directement dans les veines, de là les accidents. Il en résulte, qu'au point de vue opératoire, il faut non pas faire à proprement parler des injections intra-utérines, mais plutôt des lavages intra-utérins : le courant ne doit passer que doucement sur les parois de l'organe et il faut s'assurer avec grand soin qu'il n'existe aucun obstacle au retour du liquide.

II.— M. Léopold (de Leipzig) ayant eu l'occasion d'observer quatre cas de *Pleurésie chez des femmes enceintes* y a joint trois faits rapportés par Fischl, et a publié sur ce sujet un mémoire intéressant. Dans cinq cas, la pleurésie est survenue vers le milieu de la grossesse qui a continué son cours. Quatre femmes étaient guéries avant l'accouchement. Une seule n'a guéri qu'après l'expulsion du fœtus. Deux fois la pleurésie est survenue vers le fin de la grossesse, chez une des femmes le travail est apparu prématurément. Léopold montre que, contrairement à ce qui se passe pour la pneumonie, la pleurésie ne nuit pas à l'enfant. Quant aux femmes, elles ont toutes guéri. Le traitement ne présentera rien de particulier. Si, cependant, les phénomènes de travail étaient apparus, il faudrait, à cause de l'asphyxie qui existe, chercher à terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

III.— La *rupture des membranes*, déjà étudiée au point de vue expérimental par Poppel et Matthews Duncan vient d'être de la part de M. Ribemont, l'objet de recherches nouvelles. Comme l'a montré Duncan, elles peuvent avoir une certaine importance, car parfois, la force qui détermine la rupture de la poche des eaux paraît à peu près semblable à celle qui détermine l'expulsion du fœtus. Déterminer la première, c'est donc arriver approximativement à la connaissance de la seconde. La rupture des membranes qui constituent la paroi de la poche des eaux se fait, d'après Ribemont, de deux façons différentes : tantôt elles se rompent simultanément, tantôt elles se déchirent successivement. Dans la plupart des cas où la déchirure se fait en deux temps, l'amnios cède le premier. M. Ribemont, dans une série de figures, montre combien le siège et la forme de la déchirure peuvent être variables. Il insiste également sur l'extensibilité que possèdent les membranes de l'œuf, extensibilité qui, non seulement varie d'un œuf à un autre, mais encore diffère souvent par chacune des membranes ; les trois membranes réunies ont une force de résistance supérieure à celle de l'une d'entre elles prise isolément ; chaque enveloppe a du reste une résistance et une extensibilité particulières. L'amnios qui est plus résistant, semble, dans un certain nombre de cas, moins extensible que le chorion et la caduque. On peut évaluer approximativement à 11 kilog. 178, la force moyenne des contractions utérines, qui ont déterminé l'expulsion du fœtus dans les cas où l'accouchement s'est fait de 5 à 15 minutes après la rupture de la poche des eaux.

IV. — Le *volume de la tête du fœtus*, a, en, obstérique une grande importance : aussi des recherches nombreuses ont-elles été faites sur ce point par Simpson, Chéreau, Casper, Veit, Pfannkuch, Soutouguine. MM. Budin et Ribemont en ont entrepris de nouvelles en prenant des mensurations aussi exactes que possible et suffisamment nombreuses puisqu'elles ont porté sur 211 enfants. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés :

1° Les dimensions de la tête d'un enfant du poids moyen de 3,250 grammes, sont : diam. max. 13 cent. 1/2 ; OM = 13c. ; OF. 11 cent. 1/2 ; S.OB=10 c. ; Bi. P=9 cent. 1/2 ; Bi. T = 8 centim. ; Bi. M = 7 cent. 1/2 ; grande circonférence = 38 centim. ; petite circonf. 31 cent. 1/2.

2° Le diamètre sous-occipito-frontal et la circonférence correspondante pour un enfant du poids moyen de 3,250 grammes, sont tels que la tête doit traverser au niveau de l'utérus, du vagin et de la vulve, un canal et des orifices dilatés au point qu'ils mesurent 11 centim. de diam. et de 32 cent. 1/2 à 33 cent. de circonférence.

3° Les diam. de la tête ne semblent pas être, à poids égal, plus considérables chez les garçons que chez les filles. Ce n'est donc pas le sexe, mais le poids de l'enfant qui ferait varier le volume de la tête.

4° Les dimensions de la tête (diamètres et circonférences) et la longueur totale du corps augmentent d'une façon progressive au fur et à mesure que le poids du fœtus s'accroît.

5° Les augmentations des dimensions de la tête et de la longueur du corps, si elles sont progressives, sont cependant loin d'être proportionnelles à l'augmentation du poids de l'enfant.

V. – L'emploi de la *pilocarpine* ne paraît pas être absolument sans danger dans le traitement de l'éclampsie. M. Saenger a rapporté trois cas, qui montrent les accidents qu'elle peut provoquer. Bien que les attaques convulsives parussent diminuer, on vit survenir aussitôt après l'injection, des symptômes excessivements graves de suffocation, dus à ce que les malades étaient absolument incapables d'expectorer les quantités énormes de mucosités et de salive qui s'étaient produites. Deux fois sur trois la femme succomba. Tandis que Sænger considère la pilocarpine comme un médicament utile au début et dans les cas peu graves d'éclampsie, il en déconseille l'usage dans les dernières périodes de la maladie, alors que le coma existe.

VI et VII. — M. Léopold vient de publier sur les bassins rachitiques scoliotiques et sur les bassins rachitiques cypho-scoliotiques deux mémoires excessivement intéressants : le premier a paru en 1879, il est fondé sur l'étude attentive de 19 bassins osseux et de quelques cas observés sur la femme vivante : c'est un ouvrage in-folio magnifiquement imprimé et suivi de planches éditées à grands frais. Le second a paru en 1880, à la suite d'un voyage que le Dr Léopold avait fait en France et pendant lequel il avait pu, à Lyon, observer quelques pièces et étudier à Paris la collection du professeur Depaul et celle du Musée Dupuytren : 17 bassins ont ainsi été examinés de nouveau par lui, et leur étude a confirmé les résultats auquels l'auteur était déjà parvenu.

L'historique de la question est rappelé en détail. Breisky avait déjà signalé l'influence de la scolio-cyphose en ces termes : « Dans la scolio-cyphose d'origine rachitique, l'influence de la cyphose produit une modification déterminée du bassin rachitique » et Léopold ajoute : « d'après une figure de l'Institut de Prague les altérations principales sont : le promontoire est reculé en haut et en arrière, la conjugata vera est agrandie et le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur est diminué, en un mot les diamètres droits ont une disposition inverse de celle qu'ils présentent dans le rachitisme. »

Les bassins dont Léopold a fait l'étude sont des bassins rachitiques (à l'exception de deux). Mais les uns sont rachitiques et scoliotiques ; les autres sont rachitiques et cypho-scoliotiques. L'auteur étudie d'abord les premiers ; puis il montre quelles modifications la cyphose vient ajouter à la forme des bassins scolio-rachitiques.

Bassins scolio-rachitiques. — Lorsque, chez une femme rachitique, il existe une scoliose de la colonne vertébrale, les altérations du bassin peuvent porter sur le détroit supérieur et sur le détroit inférieur.

Le détroit supérieur déformé peut l'être d'une façon symétrique ou d'une façon asymétrique. Dans le premier cas, le détroit supérieur a la forme d'un cœur de carte à jouer ; on peut dire encore que, par suite de la saillie faite en dedans au niveau de l'angle sacro-vertébral et du fond des cavités cotyloïdes, il offre l'aspect d'un tricorne ou qu'il rappelle la forme en Y du bassin appelé pseudo-ostéomalacique par Nægele.

D'autres fois, le bassin est asymétrique : il existe alors un aplatissement beaucoup plus marqué d'un côté que de l'autre, il y a diminution d'un diamètre sacro-cotyloïdien et le détroit supérieur a une forme qui rappelle celle du bassin oblique ovalaire.

Pour expliquer ces déformations, Léopold étudie les facteurs suivants, qui agissent : 1° la forme congénitale individuelle des divers bassins ; 2° la pression du poids du corps ; 3° la traction des ligaments ; 4° la traction des muscles ; 5° les conditions d'équilibre de tout le corps.

En se fondant sur l'étude du développement, il montre que, malgré l'existence chez une femme rachitique d'une scoliose lombaire à gauche et dorsale à droite, si les membres inférieurs sont d'une égale longueur, si le poids de la tête et celui de la partie supérieure du tronc viennent tomber sur le milieu du bassin, celui-ci reste symétrique.

Mais si le sacrum prend part à la scoliose, qui devient alors lombo-sacrée, le bassin se trouve plus chargé du côté où prédomine la scoliose, la résistance augmente du même côté sur le fond de la cavité cotyloïde, petit à petit l'asymétrie se prononce et le bassin s'aplatit du côté où la scoliose lombaire existait. De là, la forme asymétrique avec diminution du diamètre sacro-cotyloïdien du côté de la scoliose lombaire. Cette déformation du même côté que la scoliose lombaire est la règle.

Dans quelques cas exceptionnels, cependant, on voit l'aplatissement exister du côté opposé, c'est-à-dire à droite, si la scoliose lombaire se trouve du côté gauche. Léopold montre que, dans ces cas, par suite de la courbure de compensation, le poids de la tête et celui de la partie supérieure du tronc portent principalement, au niveau du bassin, sur le côté opposé à celui où existe la scoliose lombaire : Comme, en conséquence, la pression au niveau du fond de la cavité cotyloïde est plus considérable, il en est résulté un aplatissement à ce niveau.

En résumé, dans le cas de bassin rachitique et scoliotique, au niveau du détroit supérieur, on peut avoir : 1° une forme symétrique lorsque le poids du corps porte également sur les membres inférieurs ; 2° une forme asymétrique, si le poids du corps porte surtout sur un côté ; l'aplatissement du bassin existe habituellement du même côté que la déviation de la colonne lombaire.

Au détroit inférieur, on observe, au contraire, une modification inverse, le bassin est agrandi du côté de la scoliose lombaire et rétréci du côté opposé.

Au point de vue du diagnostic, le bassin scolio-rachitique peut être surtout soupçonné par la direction des apophyses épineuses : or, en général, la torsion de la colonne vertébrale ne détermine qu'une courbure assez faible de la ligne formée par les apophyses épineuses : une courbure très petite de cette dernière, chez la femme vivante, devra donc faire admettre une courbure plus forte de la colonne formée par les corps des vertèbres, et, par conséquent, un bassin aplati latéralement.

Bassin rachitique cypho-scoliotique. — Dans le cas où le bassin rachitique est à la fois scoliotique et cyphotique, on observe comme dans la cyphose ordinaire décrite par Breisky la forme en entonnoir du bassin : le détroit supérieur est agrandi, le promontoire se trouve entraîné en haut et en arrière, et le détroit inférieur se trouve diminué suivant les diamètres antéro-postérieur et transversal. On a donc un bassin en entonnoir.

Il est cependant possible de distinguer le bassin rachitique scolio-cyphotique du bassin cyphotique pur. En effet, dans la cyphose pure, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur arrive à être plus grand que le diamètre transverse. Dans les bassins rachitiques cypho-scoliotiques, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est toujours plus petit que le diamètre transverse ou arrive au plus à être égal, dans ce dernier cas, la forme du détroit supérieur est ronde. On pourrait donc dire que la moins grande étendue *relative* du diamètre antéro-postérieur reste, dans le bassin rachitique cypho-scoliotique, la caractéristique comme dans le bassin simplement rachitique.

Le diagnostic, le pronostic, le traitement ont été étudiés également avec soin par M. Léopold, et, suivant le degré de rétrécissement, on pourra être obligé d'avoir recours à diverses opérations, à l'embryotomie et même à la section césarienne. P. BUDIN.

CORRESPONDANCE

Congrès international d'Hygiène de Turin.

A Monsieur le Dr BLONDEAU, *Secrétaire de la rédaction du* Progrès Médical.

Milan, le 14 septembre 1880.

Le dimanche, 12, à 7 heures du matin, nous quittions Turin par un train spécial qui nous emportait à Milan. C'est là que le Congrès d'Hygiène devait tenir sa dernière séance. En arrivant à la gare, nous trouvons le syndic de Milan, le préfet de la province, les assesseurs de la ville, le Dr Corradi et le Dr Pini, l'un président et l'autre secrétaire de la Société Italienne d'hygiène, le Dr Cristoforis, président de la Société de Crémation et une foule d'autres notabilités scientifiques et administratives. La bannière noire de la Société de Crémation avait été, elle aussi, portée à la gare !

Nous n'avions pas déjeuné. C'est dans un superbe restaurant, aux jardins publics, que les omnibus de la ville nous conduisirent d'abord. Après un charmant repas, suivi d'une multitude de toasts, nous nous dirigeâmes vers le grand cimetière, où nous devions assister à une expérience de crémation.

C'est bien là, en effet, un véritable *cimetière monumental* ; il est fort bien nommé. Quel magnifique cimetière !... Malheureusement, il pleuvait à verse. On nous fit d'abord assister à une exhumation. C'était donc là une expérience comparative que nous allions avoir à juger. Et, au risque de passer pour cruels, nos hôtes tenaient à ce que notre jugement fût porté en connaissance de cause.

La visite aux caveaux, où nous pûmes admirer les restes d'Alexandre Manzoni et de G. Rovani, parfaitement conservés par le procédé du professeur Gorini, précéda la séance de crémation.

Ce n'était pas une seule crémation que nous allions voir opérer, mais bien une double crémation et par deux procédés différents.

A droite de la porte d'entrée du cimetière, un cadavre fut incinéré par le procédé Poma et Venini, qui utilise, pour la combustion du corps, les produits gazeux de la distillation du bois ; puis, dans le superbe monument élevé à peu près au centre du cimetière, grâce à la générosité d'Albert Keller qui, le premier, en 1876, avait demandé à être incinéré, un second cadavre fut introduit dans un four à réverbère, chauffé par un feu de bois sec (méthode du professeur Gorini). Par l'un et l'autre système, la crémation complète a duré environ une heure et demie.

Depuis la date du 22 janvier 1876, où le cadavre d'Albert Keller fut incinéré par le procédé Polli et Clericetti, jusqu'au 18 août dernier, 86

corps humains ont été livrés à la crémation, soit à Milan, soit à Lodi. Dans ce nombre, il y a eu 32 femmes et 54 hommes. (1)

Sous le vestibule du *temple crématoire*, où une pluie torrentielle nous avait accumulés et nous retenait, ont été prononcés les discours enflammés de ces vrais champions de la crémation, qui, faisant acte désintéressé de prosélytisme, cherchent à faire passer chez les indifférents et même chez les adversaires, l'ardeur de leurs convictions. Là, les fondateurs de cette Société de crémation, dont les membres paient une cotisation annuelle pour avoir le droit d'aspirer à la crémation de leur cadavre, ont cherché à recruter parmi nous des adhérents. Le culte des morts, les raisons puisées dans le sentimentalisme le plus épuré, des motifs empruntés à l'hygiène aussi bien qu'à la poésie, tout sert de thème aux enthousiastes adeptes de la crémation.

Chose bizarre ! Pendant que ces nouveaux adorateurs du feu incendiaient leur auditoire, je ne pouvais m'empêcher de faire un singulier rapprochement. Quelques jours avant, à Turin, la majorité des congressistes applaudissait aux paroles de MM. Durand Claye et Bourneville, justifiant l'utilisation des eaux d'égout, et démontrant la décomposition des matières organiques par les terrains qui les utilisent à la végétation. L'innocuité de ce travail réducteur, opéré par les plantes, ressortait évidente de leur argumentation si nourrie. Et aujourd'hui, pour convertir les hygiénistes à la crémation et à l'abolition des cimetières, on était obligé d'invoquer cette insalubrité des cimetières, plus problématique encore à Milan que partout ailleurs ; car ici, l'espace est loin de manquer, et la ville est à une certaine distance.

Je livre aux hygiénistes compétents ces remarques, que je formule sans aucun parti pris personnel et sans la moindre répugnance de ma part pour tel ou tel mode de destruction cadavérique.

Quoi qu'il en soit, le Dr Pini, dont le dévouement aux réformes hospitalières et hygiéniques est si fécond, a fait voter par l'immense majorité des membres présents, une double motion demandant :

1° Que les gouvernements se hâtent de régler par des lois spéciales, l'exercice de la crémation facultative des cadavres humains; 2° que les gouvernements qui ont adhéré à la convention sanitaire de Genève, ajoutent à cette convention un codicille par lequel il sera établi qu'en cas de guerre, les armées devront être munies d'appareils de crémation portatifs, à l'effet de pratiquer l'incinération des morts sur les champs de bataille.

Le professeur Gorini a été l'objet des félicitations générales; MM. Napias et Lacassagne ont prononcé chacun une allocution chaleureuse, et le professeur Pacchiotti, président du Congrès, en a proclamé la clôture en nous donnant rendez-vous dans deux ans à Genève.

Nous allons donc rentrer en France, en emportant d'ici le meilleur souvenir de l'accueil plein d'aménité et de sympathie, qui nous a été fait par les Italiens.

Tel a été le 3e Congrès international d'hygiène. Beaucoup de travail y a été accompli; mais l'œuvre est vaste. Nous aurons encore à travailler longtemps et à combattre pour faire pénétrer dans nos institutions sociales les résultats des études hygiéniques. Mais c'est là qu'on doit tendre, car l'hygiène scientifique est la vraie médecine de l'avenir.

Paul Fabre (de Commentry).

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

(Année scolaire 1880-1881)

Les Cours d'Hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 Novembre :

Physique médicale : M. Gavarret. — Physique biologique. — Des phénomènes physiques de la phonation et de l'audition.— Lundi, à cinq heures (*petit Amphithéâtre*). — M. Gariel. — Physique générale. — Actions moléculaires. — Chaleur. — Electricité. — Lundi, Mercredi, Vendredi, à midi (*petit Amphithéâtre*).

Pathologie médicale : M. Jaccoud. — Maladies des poumons et du cœur. — Mardi, Jeudi, Samedi, à trois heures.

Anatomie : M. Sappey. — Les appareils de la vie nutritive et les appareils de la génération. — Lundi, Mercredi, Vendredi, à cinq heures.

Pathologie et Thérapeutique générales : M. Bouchard. — Etiologie et pathogénie générales. — Contagion et infection. — Mardi, Jeudi, Samedi, à cinq heures.

Chimie médicale : M. Wurtz. — Chimie inorganique comprenant les applications à la médecine. — Mardi, Jeudi, Samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale : M. X... — Lundi, Mercredi, Vendredi, à trois heures.

Opérations et appareils : M. Léon le Fort. — Opérations générales. — Thérapeutique des maladies des vaisseaux, des téguments et des os. — Amputations, résections. — Mardi, Jeudi, Samedi, à quatre heures.

Histologie : M. Robin. — 1° L'anatomie générale. — Les principes immédiats et les éléments anatomiques; — 2° Les humeurs normales et morbides du corps humain. — Mardi, Jeudi, Samedi, à cinq heures.

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des maladies parasitaires. — Bibliographie. — Bibliographie médicale. — Mardi, Jeudi, Samedi, à quatre heures (*petit Amphithéâtre*).

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Hardy, à la Charité, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. Parrot, à l'hospice des Enfants assistés, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Trélat, à l'hôpital Necker, tous les jours, de 8 à 10 heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à la Clinique de la Faculté, tous les jours, de 8 à 10 heures du matin.

Conférences de médecine légale pratique : M. Brouardel, à la Morgue, tous les mardis, à 4 heures.

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf. — Articulations, muscles, vaisseaux. — Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 heures et demie. (Ecole pratique, rue Vauquelin)

Cours auxiliaires.

Cours auxiliaire de chimie médicale: M. Henninger, agrégé. — Biologie générale. — Phénomènes chimiques de la digestion. — Mercredi, à quatre heures (*petit Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale : M. de Lanessan, agrégé. — Zoologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à deux heures (*grand Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire de Pathologie interne : M. Dieulafoy, agrégé. — Maladies du larynx, des bronches, de la plèvre et des vaisseaux. — Lundi, Mercredi, Vendredi, à cinq heures (*petit Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire de Pathologie externe : M. Berger, agrégé. — Maladies de l'abdomen, du rectum et des organes génitaux. — Mardi, Jeudi, Samedi, à cinq heures (*petit Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire d'Accouchements : M. Pinard, agrégé. — Dystocie. — Chirurgie obstétricale. — Manœuvres. — Mardi, Jeudi, Samedi, à trois heures (*petit Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire de Physiologie : M. X...

Cours auxiliaire d'Anatomie pathologique : M. Ollivier, agrégé. — Anatomie pathologique de l'appareil digestif. — Lundi, Mercredi, Vendredi, à trois heures (*petit Amphithéâtre*).

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, directeur des travaux anatomiques. — Enseignement de l'ostéologie. — Dissection. — Démonstrations quotidiennes d'anatomie par les prosecteurs. — Tous les jours, étude et dissections de midi à quatre heures. — Démonstration dans chaque pavillon, de une heure à quatre heures.

Physiologie : M. Laborde, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations de physiologie.

Histologie : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'histologie.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histoire naturelle. — Lundi, Jeudi (1re série) ; Mardi, Samedi (2e série), de neuf heures à onze heures.

Chimie médicale : M. Willm, chef des travaux. — Manipulations chimiques. — Mardi, Jeudi, de 1 heure à trois heures; Mercredi, Vendredi, de huit heures à dix heures.

Physique médicale : M. Gay, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques de Physique. — Conférences de Physique. — Mardi, Jeudi, Samedi, de quatre heures à six heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'anatomie pathologique.

(1) Voir la brochure du Dr Gaetano Pini : *La Cremazione dei morti*. Milan 1880. (Extrait du journal de la Société Italienne d'hygiène, 7 septembre 1880.)

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle.
Deuxième année : Anatomie, histologie, dissections.
Troisième année : Anatomie, histologie, dissections, médecine opératoire, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.
Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

Année scolaire 1880-1881. *Consignations. Inscriptions.* — MM. les Etudiants sont prévenus : 1° que les consignations pour les examens seront reçues à partir du 22 Octobre les Vendredis et Samedis, de 1 heure à 4 heures ; — 2° que le Registre destiné à recevoir l'Inscription des élèves qui ont à contracter l'engagement conditionnel sera ouvert le Lundi 18 Octobre ; — 3° que, pour tous les autres élèves, les Inscriptions seront reçues, à partir du 3 Novembre jusqu'au 16 inclusivement, les Lundis, Mardis, Mercredis et Jeudis, de 1 heure à 4 heures.

Les élèves qui commenceront leurs études ne seront admis à prendre leur première Inscription qu'en présentant et déposant au Secrétariat : 1° leur acte de naissance dûment légalisé ; — 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; — 3° le diplôme de bachelier ès lettres ; — 4° le diplôme de bachelier ès science restreint ou complet ; — 5° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs.— Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les aspirants au titre d'Officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres ; mais ils devront justifier du Certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'Arrêté du 23 Décembre 1854.

Clinicat de pathologie mentale. — M. le Dr Régis est délégué provisoirement dans les fonctions de chef de clinique de pathologie mentale, en remplacement de M. Doutrebente, démissionnaire.

Candidats admis aux emplois de médecins stagiaires et d'élèves du service de santé militaire.

Médecin stagiaire. — M. Guérard (F.).

Médecine — *Elèves de troisième année.* — 1. Haghe (G.); 2. Nicolas (E.); 3. Viret (J.); 4. D'Audibert Caille du Bourguet (H.); 5. Lajoue (F.); 6. Boudet (P.); 7. Maulrac (J); 8. Séguin (D.); 9. Milliot (J.-B.); 10. Buot (E.); 11. Lassalle (S.); 12. Minière (X.); 13. Dupré (M.); 14. Privat (M.); 15. Speckhahn (J.); 16. Bruncher (A.); 17. L'Héritier de Chezelle (M.); 18. Astier (A.); 19. Olier (M.); 20. Farquelle (J.); 21. Clary (R.); 22. Saint-Macary (P.); 23. Guigo (B.); 24. Dommartin (G.); 25. Boyer (C.); 26. Trilhe (L.); 27. Ricordeau (J.); 28. Pilon (N.); 29. Laflotte (L.); 30. Petitbien (E.); 31. Malgat (J.); 32. Baptiste (B.); 33. Breton (A.); 34. Luhand (R.); 35. Lazerat (F.); 36. Ollivier (L.); 37. Castagné (N.); 38. Soula (H.); 39. Courboulès (J.); 40. Mouret (C.).

Elèves de quatrième année. — 1. Germaix (V.); 2. Merner (L.); 3. Krantz (E.); 4. Belliard (A.); 5. Monnot (X.); 6. Février (I.); 7. Mazeillé (T.); 8. Antoine (L.); 9. Sabatier (L.); 10. Talayrach (H.); 11. Ricoux (A.); 12. Gruson (N.); 13. Pelletier (L.); 14. Valissant (A.); 15. Guérin (M.); 16. Martin (A.); 17. Bonjean (E.); 18. Faveret (G.); 19. Joire (J.); 20. Remy (E.); 21. Salebert (A.); 22. Martin (V.); 23. Humbert (L.); 24. Doze (R.); 25. Pesme (E.); 26. Malet (L.); 27. Péradon (G.); 28. Genty (F.); 29. Amiet (M.); 30. Maguin (L.).

Elèves de cinquième année. — 1. Bernheim (S.); 2. Bodeau (E.); 3. Leclerc (E.); 4. Fockenberghe (E.); 5. Mesnier (E.).

Pharmacie. — *Elèves de première année.* — 1. Daviron (E.); 2. Cornuhait (C.); 3. Quéva (A).

Elèves de deuxième année. — 1. Darrigau (A); 2. Gros (L.); 3. Allain (E.).

Elèves de troisième année. — 1. Evesque (P.); 2. Bisserié (H.); 3. Bardeau (G.); 4. Adam (E.); 5. Bosc (C.).

Académie de Médecine. Concours Vulfranc-Gerdy.

Le Concours Vulfranc-Gerdy, pour deux places de stagiaire aux eaux minérales, aura lieu au mois de novembre prochain. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1881. Le concours comprend deux épreuves publiques : 1° Une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie ; 2° une épreuve orale de vingt minutes, après vingt minutes de réflexion, sur un sujet de physique et de chimie appliquées aux questions hydrologiques.

Sont admis à concourir : les élèves en médecine qui ont passés au moins les trois premiers examens de doctorat, et rempli, pendant 2 ans au moins, les fonctions d'internes titulaires, nommés au concours dans les hôpitaux des villes où il existe, soit une Faculté de médecine, soit une école de plein exercice, soit une école préparatoire. Les mois de novembre et de décembre, pendant lesquels aura lieu le concours, sont admis en déduction des deux années d'internat exigées des candidats. Les candidats devront se faire inscrire, soit au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, soit au secrétariat des Facultés de médecine, des Ecoles de plein exercice, des Ecoles supérieures de pharmacie ou des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. La liste d'inscription sera close le 15 novembre 1880, à quatre heures de l'après-midi.

Ecole supérieure de pharmacie.

Prix de fin d'année. — Les résultats des différents concours pour l'année scolaire 1879-1880 sont les suivants :

Prix de l'Ecole, 1re année : Prix : M. Martin ; — Mention honorable : M. Gallois. — *2e année* : 1er prix : M. Chicandard ; — 2e prix : M. Nardin. — *3e année* : il n'y a pas eu de prix.

Concours. — *Concours Buignet* : 1er prix : M. Jacquin ; — 2e prix : M. Rolland. — *Concours Menier-Couréol* : Prix : M. Aulagne.

Travaux pratiques. — *1re année :* Médailles d'or : 1° M. Grattier ; — 2° M. Grignon ; — Médaille d'argent : M. Tercinet. — *2e année* : Médailles d'or : 1° M. Bouillet ; — 2° M. Sannisé-Moret ; — Médaille d'argent : M. Mazeron ; — Citation : M. Bouillié. — *3e année* : *Botanique* : Médailles d'or : 1° M. Girerd ; — 2° M. Marcq ; — Médailles d'argent : 1° M. Cordier ; — 2° M. Labitte. — *Physique* : Médaille d'or : M. Garnaud ; — Médaille d'argent : M. Cordier.

Hôpitaux de Paris. Amphithéâtre d'Anatomie.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à 4 heures, dans l'ordre suivant : 1° *Anatomie topographique* : M. le Dr Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ; — 2° *Physiologie* : M. le Dr Schwartz, prosecteur, les mercredis et samedis ; — 3° *Anatomie descriptive* : M. le Dr Henriet, prosecteur, les mardis et jeudis ; — 4° *Histologie* : M. Quénu, chef du Laboratoire, les mardis et vendredis, à 2 heures. — Le Laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le Musée d'anatomie sera ouvert *tous les jours*, de 1 heure à 4 heures.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Mallez a commencé, le lundi 4 octobre, à une heure et demie, à la clinique de la rue Christine, 3, ses conférences cliniques sur les maladies de l'appareil urinaire, pour les continuer les lundis suivants à la même heure. M. le Dr Jardin fera, les vendredis, un cours d'examen chimique et microscopique des urines.

Maladies des enfants et cérébroscopie. — M. le Dr Bouchut, médecin de l'hôpital des enfants malades, rue de Sèvres, 149, recommencera ses leçons cliniques le mardi 19 octobre, à 8 heures et demie du matin. La première séance sera consacrée à la cérébroscopie, au moyen de démonstrations faites par la lumière oxydrique et par la projection lumineuse de toutes les lésions de l'œil causées par les maladies du cerveau.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 24 septembre au jeudi 30 septembre, 1880, les naissances ont été au nombre de 1009, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 353 ; illégitimes, 147. Total, 500. — *Sexe féminin :* légitimes, 375 ; illégitimes, 134. Total, 509.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 24 septembre au jeudi 30 septembre 1880, les décès ont été au nombre de 906, savoir : 495 hommes et 411 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 19. F. 22. T. 41. — Variole : M. 16. F. 7. T. 23. — Rougeole : M. 6. F. 6. T. 12. — Scarlatine : M. 4. F. 5. T. 9. — Coqueluche : M. 2. F. 2. T. 4. — Diphthérie. Croup : M. 15. F. 14. T. 29. — Dysentérie : M. ... F. . T. . — Erysipèle : M. 3. F. 1. T. 4. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. ... — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 98. F. 67. T. 165. — Autres tuberculoses : M. 30. F. 11. T. 41. — Autres affections générales : M. 20. F. 22. T. 42. — Bronchite aiguë : M. 13. F. 11. T. 24. — Pneumonie : M. 9. F. 26. T. 35. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 73. F. 55. T. 128. — Autres maladies locales : aiguës : M. 37. F. 28. T. 65 ; — chroniques : M. 87. F. 97. T. 184 ; — à forme douteuse : M. 27. F. 22. T. 49. — Après traumatisme : M. 1. F. 1. T. 2. — Morts violentes : M. 31. F. 7. T. 38. — Causes non classées : M. 5. F. 2. T. 7.

Morts-nés et prétendus tels : 75 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33 ; illégitimes, 11. Total, 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 20 ; illégitimes, 11. Total, 31.

HÔPITAUX CIVILS D'ALGER. — *Concours pour l'internat :* Un concours pour deux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira à Alger le lundi 8 novembre 1880. Les internes, nommés pour une durée de trois ans, entrent en fonctions le 1er décembre de l'année du concours. Le traitement est de 1,200 fr. pour ceux de 1re classe, et de 1,000 fr. pour ceux de 2e classe. Une indemnité annuelle de 800 fr. est accordée aux internes provisoires faisant le service.

Concours pour l'externat : Le lundi 15 novembre 1880 aura lieu un autre concours pour la nomination d'élèves externes (six au moins), appelés à assurer les services de médecine et de chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — La Société a repris le cours de ses séances ordinaires le vendredi 8 octobre. Comme par le passé, elles ont lieu à 3 heures et demie très précises.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Cette Société reprendra ses séances le mercredi 13 octobre, à 8 heures précises du soir, à l'Administration de l'Assistance publique. — Ordre du jour : 1° Election de membres associés nationaux et étrangers ; — 2° Constitution médicale des mois d'août et de septembre ; — 3° De l'inspection médicale scolaire, scientifique et obligatoire ; par M. le Dr Roth, de Londres ; — 4° Sur la réorganisation de l'Assistance à domicile à Paris.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — En exécution de l'arrêté préfectoral, en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du IIIe arrondissement que le lundi, 18 octobre 1880, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. *Prix.* — Cette Société met au Concours la question suivante : *Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications ?* Un prix, de la valeur de 2,000 fr., sera décerné en 1881. Les mémoires devront être déposés au secrétariat général de la Société, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1881. Ils seront accompagnés d'un pli cacheté indiquant le nom et l'adresse de l'auteur.

VACANCES MÉDICALES. — On demande un médecin dans un chef-lieu de canton du département de Seine-et-Oise. S'adresser à M. Fournon, pharmacien à Mireville (Seine-et-Oise), ou à M. Masson, rue Git-le-Cœur, à Paris. — Demande d'un docteur en médecine, à Firblaines, village à 7 kilomètres de Meaux (Seine-et-Marne). Pour les renseignements, s'adresser à M. Alfred Mutrel, négociant à Firblaines. — On demande un médecin à la Croix-de-Brie (Seine-et-Marne). S'adresser à M. Mondre, maire de la localité.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 42. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 16 OCTOBRE 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

De la ténotomie partielle des muscles de l'œil, pour combattre le développement de la myopie progressive ;

Par le Dr CH. ABADIE.

L'étude de la myopie et en particulier de la myopie progressive a été, dans ces derniers temps, l'objet de travaux considérables. Peu de sujets, du reste, sont aussi dignes d'intérêts. Cette affection n'est-elle pas intimement liée au développement de la civilisation elle-même? N'est-il pas définitivement établi, qu'elle a surtout pour origine une application excessive aux travaux de lecture et d'écriture ?

Pendant la fixation des objets rapprochés, deux actes physiologiques sont en jeu :

D'une part, l'accommodation D'autre part, la convergence des globes oculaires.

Lequel de ces deux facteurs exerce l'influence la plus grande sur le développement de la myopie? — Est-ce l'accommodation? — Nous ne le pensons pas. Ne voyons-nous pas, en effet, à chaque instant, les hypermétropes obligés de soutenir des efforts excessifs d'accommodation, et, chez eux, néanmoins, on n'observe jamais cette désorganisation, cet amincissement des enveloppes du fond de l'œil, si fréquents dans la myopie.

On a bien invoqué, pour expliquer le développement du staphylome postérieur, les déplacements de la choroïde sous l'influence des contractions du muscle ciliaire (Hensen et Vœlkers); mais on semble avoir oublié, en édifiant cette théorie, que ces tiraillements sont très limités en avant, et qu'ils cessent déjà de se faire sentir au niveau de la macula, où la rétine est intimement unie à la choroïde. Ce n'est donc pas surtout dans l'acte de l'accommodation qu'il faut chercher la raison d'être du développement de la myopie, mais bien dans le fonctionnement de la convergence. Ici, intervient nécessairement le jeu des muscles de l'œil, mais, par quel mécanisme se produit la désorganisation de la région postérieure du globe oculaire? Est-ce, comme l'a indiqué M. Giraud-Teulon, parce que les obliques brident transversalement, comme le ferait une sangle, le globe oculaire, attirant la sclérotique en avant et refoulant en arrière la chroroïde et le corps vitré ? Est-ce parce que le droit externe, entraîné en avant, s'enroule à la surface du globe et le comprime latéralement dans le sens du méridien horizontal ?

Ces hypothèses semblent rationnelles au premier abord; mais, en y réfléchissant avec attention, on s'aperçoit qu'elles ne peuvent expliquer l'*évolution systématique* des lésions de la myopie progressive.

En effet, ce n'est pas tout d'abord au pôle postérieur de l'œil que se développe le staphylome, comme cela devrait avoir lieu avant les théories précédentes, mais bien du côté *externe* et au voisinage du nerf optique.

Or, la lésion initiale débute toujours au côté externe de la papille, affectant constamment la même forme, celle d'un croissant à grand diamètre vertical et se développant ultérieurement vers la macula.

Après de longues études qui ont porté sur la conformation de l'orbite, sur les rapports réciproques du globe oculaire et du nerf optique avec les muscles qui l'entourent, le Dr Emmert, (1) a trouvé, selon nous, la véritable pathogénie du staphylome postérieur dans la myopie. Il a démontré que lorsque le globe oculaire se dirigeait fortement en dedans, le muscle droit externe venait presser contre le nerf optique et tendait à le rejeter en dedans. Bien entendu, cette compression n'est pas directe, mais elle a lieu par l'intermédiaire du tissu cellulo-graisseux de la cavité orbitaire. Il est évident que cette pression est d'autant plus forte que la convergence est plus excessive, elle dépend en outre de la conformation de l'orbite et des rapports réciproques des parties qui remplissent cette cavité.

Cette pression qui s'exerce sur l'insertion oculaire du nerf optique, à chaque mouvement de convergence, nous rend compte d'une façon satisfaisante de la succession des phénomènes qui président à la formation et au développement de la myopie.

En effet, le nerf optique étant à chaque instant refoulé en dedans, ses attaches au niveau de la sclérotique et plus spécialement à l'anneau choroïdien tendent à se disjoindre, et cette disjonction se traduit du côté de la choroïde par l'apparition du croissant atrophique caractéristique, et du côté de la sclérotique par la dissociation des deux gaînes du nerf, qui, en ce point, font partie intégrante de la paroi oculaire.

Dès lors, la résistance des enveloppes de l'œil venant à faiblir dans l'espace compris entre la papille et la macula, désormais, alors même que la tension intra-oculaire ne s'élèverait pas, la région postérieure de l'œil, devenue la plus faible, cédera; et le diamètre antéro-postérieur augmentera, d'où la progression de la myopie.

Il résulte de ce qui précède que le point de départ des staphylomes étant la compression exercée sur le nerf optique, nos efforts doivent tendre à atténuer cette compression et à faciliter chez les myopes les mouvements de convergence.

Déjà, par l'observation clinique pure, de Græfe était arrivé à prouver que l'insuffisance des muscles droits internes est souvent liée au développement de la myopie progressive. Il avait montré que cette insuffisance se traduit d'abord par une fatigue musculaire pendant la vision de près (asthénopie musculaire), plus tard, par un strabisme *dynamique*, c'est-à-dire une déviation de l'œil en dehors, qui ne survient que pendant la fixation des objets rapprochés. Puis, finalement, quand la myopie atteint un degré excessif, l'un des deux yeux reste constamment dévié en dehors, et la vision n'est plus que monoculaire.

Pour remédier à ce fâcheux état de choses, de Græfe avait proposé la ténotomie des droits externes, et, dans un mémoire des plus importants, il avait posé des règles précises pour doser le reculement de ces muscles. Malheureusement, ce beau travail de de Græfe fut un de ses derniers, et depuis la mort de cet homme éminent, il semble que l'opération qu'il avait si chaudement re-

(1) *Auge und Schädel*, Berlin, 1880.

commandée, et mise si souvent à exécution (environ 80 fois) ait été complètement abandonnée.

A quoi tient ce discrédit? Il faut peut-être l'attribuer, selon nous, aux risques que fait courir cette opération. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, qu'il s'agit de combattre un strabisme purement dynamique, c'est-à-dire dans lequel la déviation de l'œil n'est pas constante, et ne se produit que dans certaines conditions déterminées.

Malgré les recommandations de de Græfe, qui a eu bien soin dans son mémoire d'insister longuement sur la façon dont il fallait suturer plus ou moins énergiquement la conjonctive, de manière à éviter un retrait considérable du muscle, nombre d'opérateurs craignent qu'une ténotomie complète ne produise un strabisme permanent en sens inverse de la déviation passagère qu'il s'agissait de combattre.

Il est bien entendu que nous ne parlons ici que des cas très légers, ceux où la tendance au strabisme divergent, est encore peu accusée; mais c'est précisément à ce moment qu'il importe d'intervenir, avant que les effets désastreux de la compression du droit externe sur le nerf optique aient commencé à se faire sentir. L'indication à remplir est donc d'*affaiblir* le droit externe, mais sans changer son *insertion*, qui n'est pas défectueuse. Pour cela, nous avons imaginé de pratiquer la ténotomie partielle.

Voici comment nous procédons :

Les premiers temps de l'opération sont absolument les mêmes que ceux du strabisme ordinaire. L'un des bords du muscle est bien dégagé avec les ciseaux mousses, afin que l'on puisse glisser complètement le crochet sur le tendon et que celui-ci, complètement embrassé, apparaisse très distinctement et tout entier dans le champ opératoire. Cela fait, à petits coups de ciseaux, on commence la section du tendon du côté du bord libre du crochet, et on s'arrête quand on est arrivé vers le milieu de l'insertion tendineuse; la section est ensuite reprise du côté du manche du crochet, en avançant de nouveau vers le milieu du tendon.

On s'arrête quand il ne reste plus que quelques fibres médianes à couper.

En somme, l'opération est à peu près la même que la ténotomie ordinaire, sauf qu'on épargne quelques petites fibres tendineuses qui empêchent le reculement en arrière du muscle tout entier.

Il n'y a que ses bords supérieur et inférieur détachés qui se rétractent, et cela suffit pour affaiblir, dans une certaine mesure, le muscle lui-même.

Nous avons déjà mis plusieurs fois cette opération en pratique chez des myopes et même des emmétropes atteints d'insuffisance des droits internes, et nous avons pu ainsi faire disparaître des troubles d'asthénopie musculaire contre lesquels l'emploi des verres prismatiques était resté sans résultat, On pourrait également appliquer ce procédé pour guérir ces diplopies si gênantes, consécutives à des paralysies incomplètes des muscles de l'œil sans strabisme apparent.

Congrès géologique.— Le deuxième Congrès géologique international se réunira l'an prochain à Bologne; il se prépare sous l'habile direction du savant professeur de l'Université de Bologne, M. Copellini. Le roi d'Italie en est le protecteur et s'y intéresse, M. Sella en est le président d'honneur et le gouvernement a déjà fait beaucoup pour en assurer le succès et l'utilité. En souscrivant au siège de la Société géologique, rue des Grands-Augustins, 7, l'on reçoit franco les documents préparatoires.

Congrès de bienfaisance. — Le Congrès de bienfaisance qui a eu lieu le mois dernier à Milan, a décidé que sa seconde réunion aurait lieu dans deux ans à Paris.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

De l'amputation ostéoplastique de la jambe;

Par le Dr Alexandre Tauber, professeur agrégé à l'Université de Varsovie.

Nous voudrions attirer l'attention des médecins français sur une opération qui, pratiquée fréquemment en Russie, en Allemagne, en Angleterre, jouit cependant en France de peu de crédit. Nous voulons parler de l'amputation de Pirogoff.

Si quelques rares chirurgiens en vue, MM. E. Bœckel, à Strasbourg, Léon Le Fort, à Paris, pratiquent cette opération, la grande majorité des opérateurs s'abstient de l'employer et quelques-uns même, dont l'opinion fait autorité, la critiquent. Habitué que nous étions à la voir préconisée et utilisée avec avantage dans notre pays, ce n'est pas sans quelque surprise, — soit dit sans la moindre apparence de critique — que, pendant les quatre mois que nous venons de consacrer à visiter les cliniques chirurgicales de Paris, les services des hôpitaux et les amphithéâtres de démonstration, nous ne l'avons pas vue utilisée sur le vivant et à peine enseignée sur le cadavre.

Les avantages de cette opération sont cependant incontestables, et nous semblent bien faits pour lui attirer plus de sympathie de la part des opérateurs français. Attaché comme chirurgien militaire aux ambulances russes pendant la dernière guerre russo-turque, nous avons pu observer une foule de blessés atteints de coups de feu au pied ou de congélations étendues de l'avant-pied. Ces dernières furent surtout fréquemment observées lorsque nos troupes furent retenues aux passes des Balkans, de Chipka et d'Arapkanak. Dans ces conditions, nos collègues pratiquèrent très souvent l'amputation ostéoplastique de la jambe. Pour notre part, nous l'avons pratiquée huit fois.

Les chirurgiens militaires russes ne furent pas les seuls à la pratiquer et, lors d'une visite que nous fîmes en janvier 1878, à l'hôpital turc de Kazanlik, on nous fit voir quatre amputés par le procédé de Pirogoff. A la fin de la campagne, dans nos visites aux hôpitaux de Nicolaïeff, Odessa, Karkoff, Moscou, Saint-Pétersbourg, nous avons encore pu voir un certain nombre de blessés qui avaient subi l'amputation du pied par divers procédés, et en particulier par celui du professeur Pirogoff.

Après la guerre, dans un mémoire publié dans le journal médical militaire russe et intitulé : *De l'allongement artificiel des extrémités*. Mai, Juin 1878, et dans d'autres écrits, (1) nous attirions l'attention de nos collègues sur l'importance qu'il y aurait à utiliser les matériaux de cette guerre pour étudier comparativement les divers procédés classiques de l'amputation du pied. Depuis, divers journaux russes ou étrangers ont publié un assez grand nombre d'observations d'amputation du pied par divers procédés, et en particulier par celui de Pirogoff.

Comme on vient de le voir, les matériaux fournis par la dernière guerre sur cette opération sont assez importants pour réclamer une étude approfondie et de longue haleine, et nous nous réservons de l'entreprendre bientôt et de la faire connaître à nos collègues français.

Pour le moment, nous nous contenterons de relater succinctement nos huit observations personnelles. Nous élaguerons de notre description tout détail inutile et

---

(1) A. Tauber. — *Lettres d'un chirurgien militaire*; et *Gazette Médicale de Saint-Pétersbourg*, 1877 et 1878.

nous n'insisterons que sur les points importants à rappeler.

Il n'est pas sans importance de noter d'abord que, pendant cette guerre, nous nous sommes trouvé, habituellement, dans des conditions telles, que nous n'avons pu suivre nos blessés opérés.

C'est ainsi que ceux de Chipka (août 1877), réunis à Gabroff, Tirnoff, Sistoff, furent d'abord conservés pendant quelques semaines dans notre hôpital. Quand leur convalescence fut établie, nous les fîmes transporter à l'hôpital le plus proche où ils reçurent les soins d'un de nos collègues qui put nous tenir au courant des résultats de nos opérations. On attendit que la guérison de ces blessés fût assurée pour les évacuer sur la Russie. Ceux de Plewna restèrent pendant plus de trois mois à recevoir nos soins à l'hôpital provisoire n° 69 du village de Bagotte, et, là, nous pûmes faire l'autopsie de ceux de nos opérés qui succombèrent.

Sur 8 cas, 5 fois nous pratiquâmes l'opération par le procédé de Pirogoff et trois fois par le procédé du professeur Léon Le Fort. Trois opérés succombèrent, un de ces derniers avait été amputé par le procédé de Pirogoff, deux par le procédé de M. Le Fort. Nous croirions injuste d'accuser le procédé du chirurgien français d'avoir fourni une mortalité plus grande que le procédé de Pirogoff, les trois opérés ayant succombé à l'infection purulente. Trois des cinq blessés restants furent revus par nous, longtemps après l'opération. L'un d'entre eux avait été amputé par le procédé de M. Le Fort.

Obs. I. — Soldat de 22 ans, blessé le 9 août sous Chipka. Transporté à l'hôpital de division n° 14, trois jours après avoir été blessé. Une balle de gros calibre, après avoir brisé l'astragale, avait pénétré l'article tibio-tarsien, sans faire de trou de sortie. Impossibilité de trouver le corps étranger. Suppuration articulaire abondante. Quatorze jours après la blessure, les accidents inflammatoires persistant, nous engageâmes cet homme à subir une opération ; il y consentit. Nous ouvrîmes alors largement l'articulation tibio-tarsienne ; l'astragale était fracturée, le calcanéum, également lésé, se présentait sous l'aspect d'une masse ramollie ; ses surfaces articulaires astragaliennes et cuboïdiennes étaient, dans quelques endroits, entièrement détruites ; sur le reste de leur étendue, elles présentaient une coloration rouge, rappelant l'inflammation aiguë du cartilage.

Nous résolûmes de pratiquer l'amputation ostéoplastique de la jambe, par le procédé de Pirogoff.

Incision curviligne dorsale, lambeau talonnier délimité par une incision en étrier commençant un demi-pouce en avant de la malléole interne et aboutissant à la malléole externe ; section verticale du calcanéum ; nous conservons la plus grande partie de l'os. La section faite, craignant de laisser dans le lambeau talonnier une partie osseuse suspecte, nous raclâmes à l'aide de la curette toute la partie spongieuse de l'os conservé. Il ne resta plus alors dans le lambeau que la tubérosité postérieure du talon et une partie du périoste. Le tibia et le péroné furent enfin sciés horizontalement au-dessus des malléoles, après avoir eu soin de les dégager de leur périoste.

Gros tube de drainage dans l'angle postérieur de la plaie. Réunion calcanéo-tibiale au moyen de gros fil de catgut. Suture de la plaie cutanée à l'aide de fils de soie. Plaie laissée à découvert et désinfectée soigneusement, plusieurs fois par jour, avec une solution d'acide phénique au 5 0/0. Talon soutenu avec de la gaze repliée que maintiennent quelques tours de bande. On prévint ainsi le mouvement de bascule que la pesanteur du talon eût pu imprimer au moignon, ce qui eût compromis le succès de la réunion primitive de la peau.

Tout alla pour le mieux ; le cinquième jour après l'opération, on enleva toutes les sutures cutanées et on constata la réunion de la peau par première intention. Le huitième jour, application d'un bandage plâtré, percé de trous, par lesquels s'engageaient les extrémités du drain. A ce moment, le blessé dut subir un transport de 50 kilomètres, de Gabroff à Tirnoff, dans un pays très montagneux.

Pendant la route, le malade était placé sur une litière réglementaire à ressorts. Nous ignorons combien de temps ce blessé resta à l'hôpital de Tirnoff, mais sept mois plus tard, en mars 1878, faisant avec le bateau à vapeur, le trajet d'Odessa à Nicolaïeff, ce blessé nous reconnut et nous montra son pied. Non seulement il marchait librement, sans bâton, mais il courait même sur le pont du bateau à vapeur en montrant à ses compagnons qu'il était capable de devancer un soldat bien portant. Il chaussait un bas ordinaire en cuir, garni à l'intérieur d'un petit coussin mou. En examinant son moignon, nous eûmes beaucoup de peine à croire à une soudure si parfaite des os. Il était régulièrement arrondi, et sa surface inférieure recouverte d'une peau épaisse. La cicatrice cutanée, linéaire, rosée, répondait à sa partie antéro-postérieure. Le talon n'avait aucune tendance à s'incliner en arrière et il n'y avait aucune douleur pendant la marche.

Nous croyons bon de faire remarquer ici, que, dans nos opérations ostéoplastiques, nous laissions toujours intact, non seulement le tendon d'Achille, mais que nous nous gardions bien d'ouvrir la bourse séreuse rétro-calcanéenne située en avant de ce tendon.

Obs. II. — Jean Fedorenko, blessé par une balle, le 18 juillet 1877, sous Plewna, transporté à l'ambulance militaire provisoire n° 50, à Sistoff. La forme de la blessure avait beaucoup de ressemblance avec celle du cas précédent ; mais ce malade n'avait de brisé que l'astragale. Le calcanéum ne nous semblait pas avoir été touché par le projectile.

La plaie était dirigée d'avant en arrière. Près de l'ouverture de sortie, la gaîne du tendon d'Achille avait été blessée, sa lésion répondait à trois travers de doigts de l'insertion tendineuse.

Incision de Pirogoff. Ici, nous sciâmes avec une scie étroite le calcanéum, très obliquement d'arrière en avant et de haut en bas, du rebord de la surface astragalo-calcanéenne postérieure à la surface cuboïdienne. Les deux malléoles furent également sciées obliquement, mais en sens contraire, d'avant en arrière. La coaptation fut facile et parfaite ; nous la maintînmes à l'aide d'une suture osseuse au catgut.

Au début, le malade alla mal. Il avait la fièvre, quelquefois, sa température montait à 40°. On fut obligé de pratiquer plusieurs fois l'incision de collections purulentes de la partie postérieure de la jambe, étendues dans la direction des fléchisseurs. Plus tard, l'immobilisation à l'aide d'un appareil inamovible plâtré du moignon et de la jambe jusqu'au genou, les lavages fréquents de la plaie avec une solution d'acide phénique par les trous percés dans l'appareil, amenèrent une amélioration sensible dans son état.

Le 13 octobre (41e jour après l'opération), nous dûmes quitter Sistoff et notre blessé. La plaie cutanée se cicatrisait par seconde intention. Les angles de la plaie étaient encore occupés par les drains qui donnaient issue à un pus épais, jaune, louable. Les plaies résultant d'incisions des collections purulentes de la jambe étaient granuleuses et en voie de cicatrisation. Le calcanéum greffé paraissait s'être complètement soudé avec la surface correspondante du tibia. Les pressions antéro-postérieures et latérales le laissaient immobiles. Ces pressions ne causaient point de douleur au blessé.

En avril 1878 (7e mois après l'opération), nous reçûmes une lettre d'un de nos collègues de Krementchug. Il nous informait que Jean Fedorenko « était complètement guéri et qu'il marchait très bien. »

Obs. III. — Un artilleur blessé par les éclats d'une grenade qui frappèrent son pied gauche, fut transporté à l'hôpital de Sistoff. Son pied était complètement broyé. L'articulation tibio-tarsienne était intacte, mais les tissus mous et la partie antérieure du squelette du pied, jusqu'à l'interligne de Chopart, étaient fortement broyés.

Dans ce cas, nous crûmes devoir pratiquer une amputation ostéoplastique de la jambe.

Même procédé opératoire que dans le premier cas. Le calcanéum étant sain, il devenait inutile de le ruginer. Même traitement que dans les cas précédents. Talon soutenu à l'aide de quelques tours de bande et désinfection rigoureuse de la plaie laissée presque à découvert.

Trois jours après l'opération, le lambeau greffé du talon noircit. La gangrène, qui apparut d'abord près des bords de la plaie, se propagea rapidement sur la jambe. Nous enlevâmes sur le champ nos sutures, mais sans résultat. Le malade mourut de septicémie.

La cause de cette gangrène fut en vain recherchée à l'autopsie. L'artère tibiale postérieure n'avait point été lésée. Pendant l'opération, nous l'avions vue battre d'une façon très distincte près de la malléole interne. Le lambeau calcanéen ne pouvait non plus exercer de pressions sur les parties postérieures du moignon, puisqu'il nous avait été très facile de le rabattre. Nous croyons donc que la septicémie doit être considérée comme l'unique cause de la gangrène du lambeau. Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que la même salle contenait un autre malade à qui nous avions fait la résection du genou d'après le procédé de Moreau. Il alla très bien pendant les dix jours qui suivirent l'opération; après ce temps, la gangrène de la peau se déclara au-dessus de la rotule, se propagea en haut sur la cuisse, et produisit l'infection générale de l'organisme.

Obs. IV. — Au mois d'août 1877, arriva dans la même ambulance militaire provisoire n° 50, un soldat chez lequel une balle avait traversé l'articulation tibio-tarsienne droite, de dehors en dedans, et brisé les deux malléoles. A notre premier examen, nous pûmes constater une arthrite purulente de l'articulation blessée, une lésion des articulations calcanéo-astragalienne et calcanéo-cuboïdienne. Ce blessé avait beaucoup de fièvre. Nous drainons immédiatement toute la région des articulations tibio-tarsienne et tarso-métatarsienne, enlevons les esquilles et simplifions la plaie. Cette intervention n'amena aucun résultat. Craignant alors que notre blessé ne succombât à la pyémie, nous nous décidons à pratiquer la résection.

Après avoir fait deux incisions latérales suivant l'axe des malléoles, nous introduisons le doigt dans l'articulation. L'astragale étant complètement séparée de ses attaches aux os voisins, nous renonçons alors à la résection pour recourir à l'amputation ostéoplastique.

En effet, contrairement à l'opinion de Hueter, qui admet que l'ablation de l'astragale ne constitue pas une contre-indication à la résection, l'expérience de la guerre serbe de 1876 nous avait démontré que, dans ces cas, on obtient parfois une articulation *ballante*, qui rend le pied inapte à ses fonctions. Faire ici cette opération à résultat douteux, et exposer notre blessé, déjà épuisé, à une suppuration de longue durée, nous semblait bien moins rationnel que de pratiquer l'amputation ostéoplastique. Nous nous décidâmes donc pour cette dernière opération.

La dissection de notre lambeau dorsal curviligne nous fit constater une altération des os de la jambe, remontant au-dessus de la base des malléoles; le tibia et le péroné furent sciés à deux pouces au-dessus de ces saillies, et bien horizontalement. Le calcanéum fut ensuite coupé d'arrière en avant et horizontalement, comme le recommande M. le professeur Le Fort. Nous croyons nécessaire d'insister ici sur un petit détail de la manœuvre opératoire : La marche d'arrière en avant de la scie à lame étroite de Langenbeck (L. Le Fort), nous semblant pénible, et nous exposant à blesser le tendon et les parties molles du talon, nous crûmes devoir abandonner cette façon de procéder. L'astragale extirpée, nous fîmes saisir par un aide le calcalcanéum, avec un davier à résection, et, avec la scie à chaîne, nous détachâmes la surface supérieure du calcanéum jusqu'au cuboïde. Pour terminer l'opération, un lambeau, d'une longueur suffisante, fut taillé sur le talon. Avec ce procédé, la surface sciée des os de la jambe était deux fois environ moins étendue que la surface correspondante du calcanéum. Nous ne pûmes alors fixer les os par la suture aussi bien que dans les cas précédents. Un gros drain fut placé dans la profondeur de la plaie et nous réunîmes les lèvres de la section cutanée. Ce cas marcha très mal. Bientôt les sutures superficielles tombèrent ; du pus en abondance s'interposa entre les os greffés et empêcha leur adhésion rapide. Il nous fallut employer des bandes de diachylon pour soutenir le calcanéum et maintenir en contact les lèvres de la plaie.

Vers la fin de la 5e semaine après l'opération, nous dûmes quitter le blessé que nous laissâmes dans l'état suivant : les bords de la plaie cutanée étaient couverts de granulations de belle nature; par les angles de cette plaie, où se trouvaient encore des drains, sortait en grande quantité un pus épais et bien lié. Le calcanéum n'était pas soudé aux os de la jambe sur lesquels il restait mobile. Quant à l'état général du blessé, il était satisfaisant. Six mois après l'opération; nous pûmes examiner ce blessé à l'ambulance militaire provisoire de Nicolaïef. Il nous apprit que sa plaie avait suppuré pendant deux mois. Un fait qui nous frappa, c'est qu'il ne se servait point de sa jambe droite. Il béquillait. Cette jambe était fléchie sur la cuisse; quand il cherchait à s'appuyer sur le pied droit, il ressentait des douleurs dans la cicatrice, perdait l'équilibre et tombait. Un examen attentif nous démontra que l'extrémité du tibia s'était soudée avec l'extrémité antérieure du calcanéum, et que la partie postérieure de ce dernier os avait basculé en haut, forçant le blessé à s'appuyer seulement sur les angles et le bord inférieur de l'os. La jambe droite était de 8 centimètres plus courte que la gauche. Dans cette ambulance, on avait essayé d'appliquer un appareil prothétique, mais le blessé avait préféré s'aider de béquilles. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Opération chirurgicale et gravelle.

Nous suivions avec attention l'œuvre de réparation de la vaste plaie (Il s'agissait de l'ablation d'un sein chez une malade de forte corpulence et chargée d'un épais tissu adipeux). Nous avions assisté, les premiers jours, à la filtration, par les voies ouvertes sous le tranchant du couteau, des liquides imprégnant les interstices des tissus, liquides séreux et ténus, où glissaient quelques gouttes huileuses, débris des vésicules adipeuses divisées ou éclatées spontanément. Nous avions dû, pour combattre l'action irritante et l'odeur vive des acides gras qu'ils contenaient, établir un système de pulvérisations répétées. Les jours suivants, les sécrétions de la plaie étaient devenues plus troubles, plus plastiques, plus organisatrices, quoique purulentes. Sur les bords de la brèche traumatique, nous voyions d'ici, de là, les lobes graisseux se fondre, se liquéfier ou se dessécher, se flétrir, noircir ou subir la transformation alcaline; puis, chaque jour, quelques-uns, peu à peu détachés, dissociés ou réduits en détritus, tombaient au fond de la plaie, et étaient entraînés par les débâcles des liquides. En même temps, aux lieux occupés par ces lobules graisseux effondrés, surgissaient peu à peu, comme les têtes de jeunes plantations, les petits bourgeons charnus. D'abord, disposés en ordre sur les grosses travées conjonctives interlobulaires, ils envahissaient bientôt tout l'espace qu'ils avaient d'abord circonscrit. — La végétation devint complète, et nous pouvions espérer une heureuse réparation de cette grande perte de substance, imposée par la nécessité d'enlever jusqu'aux dernières

radicules d'un parasite morbide, déjà largement étendu dans la glande. Non seulement la section bourgeonnait, mais encore le glacis cutané de la brèche organique restait indemne; sa coloration et son aspect étaient ceux d'une peau normale, et n'étaient à craindre pour l'instant ni l'infiltration septique, ni l'irritation inflammatoire.

C'était le *douzième jour* depuis le début du traumatisme chirurgical. Beaucoup auraient pu se livrer à l'espérance; nous, nous gardions une inquiétude secrète... Eh! quoi! la plaie était belle; notre malade, dyspeptique les premiers jours, reprenait peu à peu son appétit. On en était aux douceurs alimentaires, consolantes et réparatrices. Il semblait même que la tête, renversée sur l'épaule les premiers jours par un torticolis rhumatismal très douloureux, allait revenir en situation; la souffrance disparaissait, le visage reprenait peu à peu sa sérénité et exprimait la confiance. Qu'avions-nous donc à craindre?

Deux choses nous avaient frappé dans l'évolution de cet état général, de cette activité physiologique, auquel est soumis l'organisme quand il doit fournir les éléments de réparation d'une large brèche: 1° la température était demeurée constamment un peu trop élevée et le pouls fréquent; 2° la malade n'avait jamais pu uriner spontanément; trois fois par jour on était obligé de faire le cathétérisme. Très fréquemment, dans la journée, elle était somnolente, plongée dans la torpeur intellectuelle, « incapable de penser, le cerveau lourd, disait-elle. »

Cependant, la température était un peu descendue, le pouls était moins agité. La somnolence même semblait disparaître. On éveillait plus facilement l'attention de la malade: elle n'avait plus les mêmes accès d'humeur quand on la tirait de son sommeil pour faire le pansement. Les urines obtenues par la sonde étaient en quantité suffisante; mais elles paraissaient fortement chargées de principes salins, d'urates, qui, par le repos, cristallisaient au fond du vase.

Nous avouons même qu'à cette époque nous aurions considéré la victoire comme définitivement assurée, si nous n'avions su depuis longtemps combien était défectueux le terrain sur lequel il fallait livrer la lutte chirurgicale. L'histoire pathologique de notre malade était en effet peu rassurante. Mme X. avait 63 ans à l'époque de l'opération, le 27 décembre 1879. Elle avait eu plusieurs attaques de goutte, de gravelle, des névralgies, de l'insomnie, une dyspepsie presque constante, et des éruptions herpétiques nombreuses (zona, eczémas, etc.). Elle n'avait jamais cessé d'observer des déptôs abondants dans ses urines, et le savant Dr Leudet (de Rouen), qui lui donnait ses soins, l'avait soumise au traitement alcalin: à deux reprises différentes, elle avait avec avantage fait une cure à Vichy. Son tempérament était donc profondément diathésique; en un mot, elle était uricémique et graveleuse.

Notre excellent maître, M. le professeur Verneuil, connaissait ces funestes antécédents; et il avait, autant que possible, retardé l'époque de l'intervention. Mais, la lésion mammaire faisait de rapides progrès: trois semaines auparavant, l'éminent professeur Gosselin, consulté, avait formulé ce diagnostic précis et décisif: tumeur probablement sarcomateuse à marche rapide avec kystes, nécessité d'une prompte intervention. Ignorant l'opinion de son collègue, M. Verneuil avait porté un pronostic aussi sévère. Trois semaines plus tard, la tumeur, qui, à un premier examen, avait la grosseur d'une orange, dépassait le volume du poing; quelques ganglions s'engorgeaient dans l'aisselle. On attendit huit jours cependant, pendant lesquels on soumit la malade à un régime alcalin. Nous ne décrirons pas l'opération: le sein tout entier fut extirpé ainsi que les ganglions suspects de l'aisselle. L'examen anatomique, fait après l'opération, démontra qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse contenant plusieurs cavités kystiques. Au centre de l'une d'elles, se voyait un énorme caillot sanguin, du volume d'une pomme. Coïncidence importante au point de vue de la pathogénie de ces tumeurs: la malade avait, au mois de septembre de la même année, reçu dans la région du sein où s'était développée la tumeur, un coup violent. Elle affirme d'une manière nette et positive, que c'est de ce moment seulement qu'elle commença à souffrir, en ce point, d'une douleur tensive et continue. Ensuite, la grosseur s'était formée progressivement.

Ces antécédents morbides connus, M. Verneuil gardait une prudente réserve. Et cependant, il faut l'avouer, nous nous laissions gagner par l'espoir d'une heureuse guérison de la plaie opératoire. Mais, un jour, nous vîmes la malade retomber dans la somnolence; le lendemain, 9 janvier, la température s'élevait à 40°,7, le pouls à 120. Les urines devinrent fortement troublées par la présence de sels abondants; elles ne contenaient ni dépôts puriformes, ni mucus; les réactifs ordinaires ne révélaient ni sucre, ni albumine. Mais la palpation de la région lombaire et des flancs provoquait une vive douleur; lorsqu'on pressait cette région, quoique somnolente, la malade poussait une plainte profonde. Connaissant par les enseignements de notre maître toute la valeur de ce symptôme (douleur lombaire à la pression) au point de vue du diagnostic d'une congestion rénale, nous n'hésitâmes pas à faire sur la région une active révulsion par des ventouses sèches et scarifiées. Deux heures après, Mme X. était complètement revenue à elle, et, fait remarquable, le torticolis avait disparu. Malheureusement, l'amélioration fut peu durable; la température, le jour suivant, remontait à 40°,1, puis à 41°,3... C'était fini! Malgré des tentatives pour produire la révulsion une seconde fois, malgré (suprême remède!) l'administration du jaborandi dans le but de provoquer une crise sudorale, la mort survint le 17e jour après l'opération. La plaie restée belle, sans indice d'inflammation et de résorption, s'était flétrie seulement dans les dernières heures, et avait été le siége d'une de ces hémorrhagies terminales dont la venue assombrit toujours le pronostic.

Ce lamentable évènement d'une pratique chirurgicale pourtant attentive, nous a paru être d'un haut enseignement pour tous et fournir un appui à la doctrine du traumatisme et des diathèses. Ces funestes accidents, Paget les a désignés, dans ses remarquables Leçons cliniques, de « Calamités de la chirurgie. » « Elles proviennent, dit-il, de choses qu'aucune prévoyance n'aurait pu éviter, qui fondent sur nous par suite de circonstances sur lesquelles nous n'avons aucune prise. Mais la vérité doit

être confessée ; ce ne sont pas toujours des accidents, et souvent, lorsque la calamité est arrivée et que nous jetons un regard en arrière sur les circonstances qui l'ont précédée, nous pouvons trouver que le désastre a été le résultat de quelque inadvertance, ou de quelque manque de soin, de défaut de jugement et d'habileté. Il ne me semble pas qu'on en puisse inférer qu'il n'y a aucun cas de cette espèce que nous puissions appeler purement accidentel. Les calamités en chirurgie peuvent venir de choses que l'omniscience seule aurait pu découvrir auparavant. »

La raison des suites funestes des opérations chez certains graveleux est d'une conception facile. L'excès de sels uriques dans le sang de ces malades le rend impropre à fournir les matériaux de réparation; d'autre part, les détritus les plus ténus, résorbés au voisinage de la plaie, ne sauraient être éliminés facilement par les glandes rénales. Ils encombrent les tubes rénaux déjà incrustés d'aiguilles uriques, occasionnent l'embarras circulatoire, provoquent une congestion intense, irrémédiable. Les patients succombent dans le coma ou par les accès de dyspnée des urémiques.

Notre triste récit montre combien est importante la vulgarisation de ces faits au point de vue de la sûreté de l'intervention et pour la sauvegarde de la dignité chirurgicale. H. Duret.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 *octobre* 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante, que M. Pasteur a adressée à M. le Président de l'Académie :

Monsieur le Président,

L'Académie a été péniblement impressionnée par le tumulte qui a terminé la dernière séance, quand, après la réponse que je lui avais faite, M. J. Guérin a de nouveau demandé la parole. Si, dans ma réplique, et notamment dans les passages qui ont pu davantage saisir son attention et celle de l'assemblée, j'ai, dans la vivacité de la discussion, prononcé quelque parole ou appréciation de nature à porter atteinte à la considération de M. J. Guérin, je la retire et je déclare que je n'ai jamais eu l'intention de blesser notre savant collègue. Dans nos discussions, je n'ai jamais eu qu'une préoccupation, celle de défendre avec énergie l'exactitude de mes travaux.

Élection. — L'Académie procède ensuite à la nomination d'un *vice-président* en remplacement de M. Broca, décédé. Votants 62 ; majorité 32. Au premier tour de scrutin, M. Legouest réunit 60 suffrages. M. Hardy 1, bulletin blanc 1. En conséquence, M. Legouest est proclamé vice-président de l'Académie de médecine.

M. Krishaber fait la lecture d'un travail ayant pour titre: *Recherches expérimentales sur la voix au point de vue de l'intensité du son.* Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes : 1° Les cordes vocales génératrices du son, réduites à elles seules, ne produisent que des bruits très faibles dont la valeur musicale est difficile à déterminer ; 2° L'intensité de ces sons primaires des cordes vocales est puissamment renforcée par les cavités pharyngo-buccale et pharyngo-nasale, qui constituent des agents résonnateurs ; 3° Le vestibule et les ventricules du larynx sont sans influence sur l'intensité du son, chez l'animal sur lequel on expérimente, et dont le larynx présente une grande analogie avec celui de l'homme ; 4° La voix puise les caractères de timbre aux mêmes sources que ceux de l'intensité, avec cette différence, toutefois, que le timbre de la voix se trouve surtout déterminé par la cavité bucco-nasale et son intensité par la cavité pharyngée dont l'ampleur, par conséquent, est l'une des conditions les plus essentielles de la puissance de la voix.

M. Woillez lit un travail sur le *traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids.* Après avoir rappelé, dans un exposé succinct, les circonstances dans lesquelles prend naissance le rhumatisme cérébral, et après avoir montré que le délire, la disparition du rhumatisme articulaire et l'hyperthermie sont les grands signes qui caractérisent cette affection, M. Woillez cite tous les faits qu'il a pu recueillir relativement à l'action de l'eau froide dans le rhumatisme cérébral. La statistique commentée de M. Woillez met en évidence, de la façon la plus péremptoire, l'efficacité de cette méthode thérapeutique que ne contre-indiquent ni le salicylate de soude, ni le sulfate de quinine, ni les autres médicaments auxquels on a le plus souvent recours pour combattre le rhumatisme cérébral. Dans ce cas, la réfrigération donne des résultats inespérés. Aussi ne doit-on pas hésiter à y recourir, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un cas de rhumatisme cérébral. Les moyens employés sont multiples et consistent en lotions et affusions ; mais le procédé de l'immersion est celui auquel il convient de s'arrêter de préférence. Le bain doit être répété irrégulièrement et à la température de 20° centigrades; M. Woillez prescrivait un bain toutes les trois heures, et durant un temps variable, que l'apparition du premier frisson devait seule établir. En terminant sa communication, M. Woillez déclare avoir eu l'intention de combattre les hésitations des médecins qui n'osent pas, le plus souvent, recourir à la pratique des bains froids. Aujourd'hui, le médecin se trouve en présence d'un dilemne qui lui impose sa ligne de conduite: ou regarder mourir son malade, ou vaincre les préjugés de la clientèle et du public en prescrivant l'usage des bains froids dans le rhumatisme cérébral.

A. Josias.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1)

48e Congrès : Session de Cambridge (10, 11, 12, 13 Aout 1880).

Section de Physiologie. — Présidence de M. Foster.

M. le Dr Preyer (de Iéna) expose ses idées sur l'*hypnotisme*, à l'étude duquel il s'est appliqué depuis longtemps. Il commence par donner sa théorie du sommeil, causé d'après lui par l'accumulation dans le sang, puis dans le cerveau, de déchets organiques provenant de l'activité musculaire et cérébrale (*ermüdungsstoffe*) qui empêchait l'oxydation des tissus et, par conséquent, l'activité cellulaire de se produire. — Puis, passant à l'hypnotisme, il en fait un bref historique, rappelant la place importante qui revient à Braid dans l'étude de ces phénomènes ; le professeur Preyer essaye ensuite de montrer à ses auditeurs les phénomènes de la cataplexie, c'est ainsi qu'il nomme l'état produit par une frayeur brusque causée à un animal ; les animaux sur lesquels il opère sont des poules et des cochons d'Inde ; le résultat étant à peu près négatif, M. Preyer l'attribue à ce que le silence dans la salle n'est pas suffisamment complet.

Un des auditeurs se lève, et dit avoir fait déjà les mêmes expériences que M. Preyer, consistant à saisir brusquement un de ces animaux et à le coucher violemment sur le dos ; les poules et les cobayes restaient dans une immobilité parfaite et toute cataplectique, mais, dès qu'il avait le malheur de tourner le dos et de sortir du laboratoire, il pouvait voir par le trou de la serrure les animaux en question se hâter de prendre une position plus en rapport avec leurs habitudes quadrupèdes. Aussi, pense-t-il que ce fameux état cataplectique n'est autre chose qu'une ruse d'un usage fréquent chez les animaux, et facilement observable chez les insectes. Le professeur Preyer aurait, parait-il, recommence le lendemain dans le laboratoire de physiologie les mêmes expériences, avec un succès plus complet.

(1) Voir les nos, 33, 34, 35, 37, 39, 40 et 41.

M. Brown Sequard fait un rapide exposé de sa théorie de l'*inhibition* et de la *dynamogénie*.

M. Marey présente au Congrès son *nouvel enregistreur* qui, sous un volume très restreint, présente tous les instruments nécessaires, soit pour les études cliniques, soit même pour la plupart des recherches de laboratoire. Cet enregistreur est contenu dans une boîte de 30 à 35 centimètres environ, de chaque côté; cette boîte fait corps avec l'instrument et lui sert de support. A l'étage supérieur, se trouve le cylindre qui contient le mouvement d'horlogerie dans son intérieur, disposition qui permet une réduction considérable de volume. Une autre disposition, aussi simple qu'ingénieuse, donne le moyen d'effectuer la mise en marche ou l'arrêt du cylindre sans le secours de la main : l'opérateur n'a qu'à souffler ou à aspirer dans un tube en caoutchouc et il repousse ainsi ou attire une petite tige de métal qui met en liberté ou arrête le jeu des engrenages et, par conséquent, le mouvement du cylindre. Dans un étage inférieur, sont contenus les différents tambours ou cardiographes, ainsi que les autres accessoires.

M. Marey fait ensuite une communication sur les *différences* très nettes qui existent entre les *tracés* du *cœur droit* et celui du *cœur gauche*. Il insiste sur ce point que, si, jusqu'à présent, les tracés cardiographiques ont souvent présenté une certaine confusion, rendant quelquefois leur intelligence difficile, cela tenait à ce qu'on ne plaçait pas convenablement les tambours explorateurs; c'est ainsi que, pour avoir le tracé des mouvements du cœur gauche, il est nécessaire de faire coucher le sujet sur le côté et de placer le tambour à 5 ou 6 centimètres au dehors de l'endroit où l'on sent battre la pointe. — Si on arrête la respiration, on voit les mouvements du cœur droit s'éteindre, et on peut remarquer que ce ne sont pas les maxima qui changent, mais les minima qui montent peu à peu; pendant ce temps, l'amplitude des oscillations du cœur gauche s'élève peu à peu. Cette exploration, par l'arrêt de la respiration, offre un moyen facile de contrôler, avant toute autre expérience, la bonne disposition des tambours, et de savoir si on les a bien placés sur le cœur dont on veut étudier les mouvements. M. le professeur Marey insiste aussi sur ce fait, que les variations de pression du système aortique retentissent sur le ventricule gauche et apparaissent dans les tracés des mouvements de celui-ci; c'est ainsi que, lorsque la pression baisse dans le système aortique comme après une course, l'inspiration de nitrite d'amyle, etc., on voit la pulsation cardiaque être bifide au sommet. — M. Marey termine par quelques considérations sur le retard du pouls dans les anévrysmes et sur les recherches de M. Franck, à propos de cette question.

En même temps, dans les différents laboratoires, avaient lieu d'autres démonstrations d'appareils ou de pièces microscopiques; parmi les plus remarquables, citons celles de M. le professeur Ranvier sur les terminaisons nerveuses dans différents tissus; M. Weber, préparateur de M. Ranvier, aidait celui-ci à donner les explications nécessaires sur les différentes coupes placées sous les microscopes.

Section de Pathologie générale.—Présidence de M. J. Paget

M. Leech (Manchester) fait une communication sur la *prolifération épithéliale* caractéristique dans les *néphrites* glomérulaires. Il a, notamment, observé trois cas de néphrite scarlatineuse dans lesquels on voyait une grande quantité de cellules entre le peloton vasculaire du glomérule et sa capsule, formées probablement aux dépens de la couche endothéliale normalement existante à cet endroit.

M. Greenfield (Londres) confirme les faits exposés par M. Leech, et pense que cette apparence se rencontre non pas seulement dans des cas exceptionnels, mais beaucoup plus fréquemment qu'on ne pense.

M. George Thin (Londres) communique ses recherches sur le *psoriasis*. Il a fait l'examen d'un fragment de peau pris sur le dos d'un jeune homme, au niveau d'une plaque de psoriasis nummulaire; sur des coupes, la couche cornée est très hypertrophiée; au niveau du bord de la plaque, les papilles sont allongées, les prolongements du corps muqueux, entre celles-ci, sont également allongés; mais, au niveau du sommet des papilles, le corps muqueux est aminci, et on ne rencontre souvent qu'une seule couche de cellules pour séparer les papilles de la couche cornée. Dans les papilles et les vaisseaux sanguins superficiels du chorion, au-dessous des points envahis par les écailles, se voit une infiltration cellulaire modérée, décrite déjà par différents auteurs. M. Georges Thin considère le psoriaris comme une affection des cellules épidermiques du corps muqueux, causant leur transformation trop rapide en cellules cornées; les autres lésions seraient secondaires, et dues à une légère inflammation chronique causée par l'épiderme malade.

M. Lees (London) communique une observation de *tubercules* de la *protubérance*, s'accompagnant de *déviation conjuguée* de la tête et des yeux à droite et de paralysie faciale gauche. Le tubercule siégeait juste au niveau du noyau accessoire du facial gauche, l'auteur rapproche ces faits de ceux rapportés dans le travail de M. Graux sur la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée.

M. Hamilton (Edimbourg) expose les opinions auxquelles l'ont conduit ses recherches sur la *tuberculose* et les autres *affections* du poumon qui s'allient à celle-ci. Ses conclusions sont les suivantes :

1° Le tubercule pulmonaire est toujours le résultat de l'irritation de l'endothélium par un agent chimique spécial, probablement un ferment produit par le ramollissement de masses caséeuses; 2° la source de cette infection caséeuse peut résider dans n'importe quel tissu; 3° le tubercule pulmonaire peut être primitif (lorsque la source d'infection caséeuse est située en dehors du poumon) ou secondaire (lorsque les masses caséeuses siègent primitivement dans le poumon); 4° dans la forme primitive, le ferment caséeux est apporté au poumon par les vaisseaux sanguins, et l'irritation porte sur les capillaires sanguins des alvéoles; dans la forme secondaire, le ferment circule dans les lymphatiques et irrite l'endothélium de ceux-ci; 5° un tubercule, quel que soit son siège, est invariablement composé lorsqu'il a atteint son parfait développement: a) d'une ou plusieurs cellules géantes; b) d'un réticulum formé par des prolongements provenant des parties latérales de ces cellules géantes et sur lesquels se trouvent des noyaux comme sur tout autre tissu connectif; c) d'une capsule périphérique; 6° La cellule géante n'est autre chose qu'un corpuscule du tissu conjonctif considérablement hypertrophié; ses prolongements, qu'un essai infructueux de sa part pour s'entourer d'un tissu propre; 7° l'irritation endothéliale qui donne naissance au tubercule pouvant disparaître, on voit les tubercules déjà formés subir la transformation conjonctive, et celle-ci peut même, lorsque le sujet résiste assez longtemps, amener la cirrhose du poumon; 8° la cause la plus commune de la tuberculose pulmonaire primitive est le ramollissement d'un ganglion caséeux; celle de la tuberculose pulmonaire secondaire est, soit une pneumonie caséeuse catarrhale, soit une pneumonie interstitielle chronique avec bronchiectasie et dépôts caséeux dans les dilatations bronchiques; 9° la forme primitive s'observe plus souvent dans l'enfance; la forme secondaire dans l'âge adulte; 10° la pneumonie catarrhale passe par trois périodes : la première, aiguë ou subaiguë, dans laquelle l'endothélium alvéolaire prolifère; la deuxième est la période de caséification; la troisième est la période d'excavation après le ramollissement de la matière caséeuse; 11° le ramollissement est un processus purement chimique; 12° de petits tubercules se trouvent quelquefois au voisinage des cavernes, mais ils sont microscopiques; ceux que l'on prend pour des tubercules, à l'œil nu, ne sont que des nodules de pneumonie catarrhale; 13° le développement de tubercules, à ce niveau, n'a rien à faire avec la désorganisation de l'organe, bien au contraire, les tubercules, par leur transformation fibreuse, tendent plutôt à amener la cicatrisation; 14° les tubercules n'entraînent jamais, par leur ramollissement, la formation de cavernes, car les produits de ramollissement sont absorbés et la capsule du tubercule, en se contractant, ne laisse place à aucune cavité.

M. Frederik Eve (Londres) lit un travail sur les *rapports de l'irritation et de l'inflammation chronique avec le cancer épithélial*. Dans un cas d'épithéliome de la langue, consécutif à une glossite superficielle chronique, l'auteur a trouvé, dans les parties qui semblaient saines à première vue, de nombreuses traînées cellulaires s'enfonçant dans l'épaisseur de l'organe et devenant de plus en plus abondantes à mesure qu'on s'approchait de l'épithéliome lui-même. Dans un autre cas d'ichthyose de la langue, consécutif à une irritation chronique entretenue par des dents

cariées, on observait à peu près la même disposition. L'auteur pense que l'épithéliome n'est qu'un degré plus avancé de cette prolifération cellulaire du réseau de Malpighi, qui s'observe dans les irritations superficielles chroniques, et qu'il est possible de trouver tous les degrés anatomiques de ce processus ; il conseille, dans les cas d'épithéliome de cette nature, d'exciser les tissu le plus loin possible autour de celui-ci, si on veut se mettre à l'abri d'une récidive. MARIE.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 mars 1880. — Présidence de M. Rendu.

2. Cancer de la langue; par M. Duplaix, interne des hôpitaux.

Cet homme, âgé de 66 ans, est malade depuis huit ou neuf mois; mais ce n'est que depuis le mois de décembre 1879 qu'il est réellement alité. Au mois de mai de l'an dernier, il remarqua sur la pointe de la langue, et se continuant sur la face inférieure de cet organe, une tuméfaction légère, nullement douloureuse, mais déterminant une gêne assez marquée de la déglutition.

Les mouvements de la langue devinrent de plus en plus difficiles, par suite de l'augmentation de son volume, qui se fit rapidement, en même temps qu'il s'établit des adhérences au plancher de la bouche. Depuis deux mois, elle n'a pas augmenté sensiblement de volume, mais, en revanche, l'adhérence au plancher est complète; il est impossible au malade de porter la langue au dehors de la cavité buccale, et toute tentative faite pour porter en haut ou sur les côtés la pointe de l'organe est suivie d'un écoulement de sang assez abondant et détermine de vives douleurs.

Remplissant presque complètement la cavité buccale, la langue est large, étalée et déborde en avant les arcades dentaires, repoussant les lèvres inférieure et supérieure. La face dorsale présente des bosselures, dont deux principales situées de chaque côté de la ligne médiane et occupant la partie moyenne de la langue. Elles s'étendent en arrière dans une assez grande étendue, mais on peut arriver avec le doigt sur leurs limites postérieures et remarquer que la masse qui est à droite s'étend un peu plus loin que celle du côté opposé.

On remarque de plus, sur le pourtour de l'organe, tout près des bords et de la pointe, des dépressions dues aux dents de l'arcade supérieure, exerçant une pression continue sur cette partie de la langue. Des dépressions semblables s'observent sur la face inférieure. Une recherche attentive n'a pu faire trouver de ganglions.

Depuis deux mois seulement, le malade éprouve de vives douleurs lancinantes et spontanées, et la déglutition, aujourd'hui très difficile par suite de l'adhérence de la langue, provoque aussi d'assez fortes douleurs. Dès le début de la maladie, la salivation a été plus abondante qu'à l'état normal, mais elle a toujours augmenté depuis et elle s'accompagne aujourd'hui de mucosités épaisses, quelquefois sanguinolentes, qui donnent une odeur fétide à l'haleine du malade.

L'état général du malade n'est pas trop mauvais; cependant, il accuse un amaigrissement assez notable, causé sans doute par la difficulté de l'alimentation. Les aliments solides sont refusés par le malade, à cause des douleurs qu'ils provoquent pendant la déglutition, de sorte qu'il ne peut prendre que du lait et des potages depuis quelque temps. Les autres organes sont absolument sains; l'urine est de couleur normale, elle n'est pas trop abondante et ne contient ni albumine ni sucre.

Les antécédents sont absolument nuls; le malade n'a jamais eu d'accidents syphilitiques. Signalons cependant ce fait qu'il fumait la pipe. M. Trélat fait l'amputation de la langue le 4 mars. Une incision est faite à la peau sur le pourtour du bord inférieur de la mâchoire inférieure, incision qui s'arrête sur les côtés, au niveau du point où l'artère faciale croise le maxillaire. Les parties molles qui forment le plancher de la bouche sont ensuite complètement séparées de l'os et, par l'ouverture qui en résulte, la langue est attirée au dehors. L'amputation est alors faite avec l'écraseur linéaire; les deux tiers antérieurs sont enlevés.

Le malade avait été anesthésié au moyen du chloral uni à la morphine : { chloral, 7 grammes.
{ sirop de morphine, 30 grammes.

Le soir même de l'opération, le malade succombait sans être revenu à lui et sans avoir eu d'hémorrhagies.

Autopsie. — Les *poumons* sont congestionnés aux deux bases, mais surtout à droite. Pas de liquide dans les plèvres. Le *cœur*, petit et mou, ne présente aucune lésion des orifices. Le *foie* est petit, mais il présente à la coupe l'aspect normal. Les *reins* sont un peu gros et congestionnés. Le *cerveau* et les *méninges* ne présentent rien d'anormal.

L'examen histologique de la tumeur à l'état frais et par le grattage a montré que c'était un épithélioma; l'examen sur des coupes sera fait ultérieurement. L'examen macroscopique montre, sur une coupe antéro-postérieure, une altération complète de la partie antérieure de la langue, altération qui a sans doute débuté par les parties molles du plancher de la bouche et envahi consécutivement la langue. De plus, on remarque des traînées qui, de la masse principale de la tumeur, se portent en arrière dans l'épaisseur de l'organe.

3. Note sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées; par MM. A. Malherbe, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes et J. Chenantais fils, ancien interne des hôpitaux de Nantes, ancien externe des hôpitaux de Paris.

Nous nous proposons d'appeler l'attention sur une variété de tumeur des glandes sébacées dont nous avons pu recueillir six exemples en une douzaine d'années, et dont nous présentons quelques spécimens à la Société. Ces tumeurs, dures et calcifiées dans une grande partie de leur étendue, se présentent à l'œil nu comme une sorte d'éponge calcaire dont les cavités sont remplies par des parties molles ; elles ont une dureté comparable à celle du tissu osseux, mais elles se brisent et s'écrasent assez facilement. Leur volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle du poing d'un adulte. Elles occupent généralement la tête ou le cou ; mais, dans un cas, le siège était à la partie supérieure du bras. Elles se rencontrent à tous les âges, mais probablement surtout dans la jeunesse et l'âge adulte. Le porteur d'une de nos tumeurs était un enfant de quinze mois. Cliniquement, elles marchent avec une certaine lenteur ; celle de nos tumeurs qui est grosse comme le poing avait mis cinq ans à se développer. Elles paraissent absolument bénignes et ne récidivent pas après l'ablation. Certaines d'entre elles, après avoir grossi pendant un certain temps, semblent s'arrêter dans leur évolution. Dans aucun cas, nous n'avons eu connaissance d'un retentissement quelconque sur les ganglions.

Par suite de leur bénignité et de la facilité de leur ablation, ces tumeurs n'ont, au point de vue de la clinique chirurgicale, qu'un intérêt assez secondaire. Mais il n'en est pas de même au point de vue anatomo-pathologique. Leur structure est extrêmement curieuse en elle-même, et en raison des déductions qu'elle fournit pour le développement des tumeurs en général.

Donnons d'abord un aperçu de cette structure :

Cellules. Lorsqu'on écrase entre deux lames de verre un petit fragment de la tumeur, on obtient avec la plus grande facilité la dissociation des éléments calcifiés qui la composent. On voit que ce sont des éléments cellulaires larges et aplatis, de forme variable, munis d'un noyau bien apparent. Le protoplasma cellulaire est totalement granuleux, foncé par suite d'une véritable pétrification qu'il a subie. Le noyau de la cellule ayant mieux résisté à l'infiltration calcaire, se détache en clair sur le protoplasma ; certaines cellules ont un noyau colorable par le carmin, ce qui prouve que la cellule était encore à l'état de cellule épithéliale vivante (non épidermisée) lorsqu'elle a été envahie par le phosphate de chaux. Les dimensions de ces cellules calcifiées sont très variables; elles présentent toutes les variétés de forme et de diamètre que l'on rencontre

dans les épithéliomes lobulés; mais nous n'avons jamais rencontré plus d'un noyau par cellule.

Blocs osseux. Outre ces éléments cellulaires, dans les préparations faites sur deux de nos tumeurs (pièce n° 13, 1re série et pièce n° 104, 1879) par la méthode de la dissociation, nous avons rencontré de petits blocs d'os vrai, munis d'ostéoplastes et de canalicules osseux. La méthode très grossière de l'écrasement du tissu calcifié donne ici d'excellents résultats, parce que, vu leur pétrification, les éléments cellulaires ont acquis une grande résistance, ne se brisent ni ne se laissent écraser, et se séparent seulement au point d'union des cellules entre elles.

Rapport des cellules entre elles. Pour nous rendre compte du rapport des cellules calcifiées les unes avec les autres, nous avons traité des morceaux de la tumeur par l'acide picrique en solution concentrée, ce qui nous a donné une décalcification complète et permis de faire des coupes minces.

Vue d'ensemble des coupes. Avant d'étudier les rapports des cellules entre elles, disons un mot de l'ensemble des coupes. Ces coupes sont représentées très fidèlement par les dessins à la chambre claire que nous avons l'honneur de présenter.

Elles montrent au premier coup d'œil deux parties : une partie rouge composée de tissu conjonctif ou osseux et de quelques boyaux épithéliaux qui ont pris le carmin, et une partie grisâtre ou brune constituée exclusivement par des boyaux de cellules épithéliales calcifiées. En un mot, la tumeur présente l'aspect classique de l'épithéliome tubulé, tel que l'ont décrit et figuré MM. Cornil et Ranvier, épithéliome tubulé dans lequel toutes les masses épithéliales, ou du moins la plupart d'entre elles, auraient été saisies par la calcification, et dont la substance conjonctive serait restée tantôt à l'état de tissu conjonctif ordinaire, tantôt aurait subi l'ossification. Cet aspect général des coupes est extrêmement remarquable.

Revenons maintenant à l'étude des rapports des cellules entre elles. Les cellules calcifiées sont soudées par leurs bouts; elles sont assez régulières, souvent hexagonales et forment une mosaïque d'autant plus élégante que le noyau se détache en clair sur le ton, plus foncé, de l'élément. Lorsque les cellules sont placées de champ et vues de profil, elles paraissent allongées et fusiformes; parfois, elles sont enroulées les unes autour des autres, emboîtées de manière à former de véritables globes épidermiques. C'est la pièce n° 34 de l'année 1876 qui nous a fourni à cet égard les plus remarquables préparations. Elle abonde en globes épidermiques calcifiés. Nous pouvons résumer en quelques mots tout ce que nous venons de dire sur ces cellules calcifiées: elles présentent, par leurs rapports entre elles et avec les tissus ambiants, toutes les dispositions principales que l'on rencontre dans les épithéliomes tubulés et lobulés.

Substance conjonctive. Comme dans toute tumeur épithéliomateuse, les masses épithéliales sont, dans les tumeurs que nous étudions, séparées les unes des autres par les travées d'une charpente conjonctive. Or, dans l'épithélioma calcifié, la charpente conjonctive peut être, comme nous l'avons dit, soit du tissu conjonctif ordinaire, soit du tissu osseux. On peut même rencontrer par places, un tissu intermédiaire, c'est-à-dire du tissu conjonctif en partie calcifié, mais non encore transformé en os vrai.

Deux de nos tumeurs nous ont présenté une substance conjonctive contenant de grandes quantités d'os vrai; deux autres ne contenaient pas d'os; une cinquième présentait des points douteux; enfin, la sixième pièce ayant été égarée avant d'avoir été étudiée à fond, n'a pu être examinée à ce point de vue.

Voyons quelle était la disposition de la substance conjonctive dans les pièces ne contenant pas d'os. Ce tissu conjonctif s'est présenté dans la pièce n° 91 de l'année 1878 et dans la pièce n° 97 de l'année 1879, sous forme de tissu conjonctif assez jeune, à faisceaux étroits et nombreux, riche en cellules rondes ou fusiformes. Nous y avons rencontré, non sans quelque surprise, de nombreuses cellules énormes à noyaux multiples, analogues comme aspect avec les myéloplaxes de M. Robin. Nous reviendrons sur ces éléments à propos du développement de l'épithéliome calcifié. Ce tissu conjonctif nous a montré une médiocre quantité de vaisseaux capillaires. Les travées formées par ce tissu conjonctif laissent entre elles de grands espaces macroscopiques, qui sont remplis par les cellules épithéliales, calcifiées la plupart du temps.

Dans les points des préparations où il reste des cellules non calcifiées, on voit que ces cellules occupent la périphérie des masses épithéliales et que c'est, au contraire, au centre de ces masses que la calcification est le plus avancée. Nous pouvons noter tout de suite que deux tumeurs, où la charpente conjonctive ne contient pas de tissu osseux, proviennent l'une d'un enfant de 15 mois, l'autre d'une jeune fille, et n'ont pas eu une très longue durée. C'est peut-être là ce qui explique l'absence de tissu osseux.

Des deux tumeurs qui contiennent de l'os vrai, l'une, la plus volumineuse, celle qui atteint le volume du poing et qui a mis cinq ans à se développer, contient dans toute son épaisseur un grand nombre de travées osseuses parfaitement développées; l'autre, qui était une petite tumeur du sourcil, n'en contient que dans ses parties périphériques. Dans ces deux tumeurs, les travées osseuses sont séparées les unes des autres et reliées ensemble par un tissu conjonctif plus ou moins calcifié, très homogène, pauvre en cellules et manifestement disposé à subir la transformation osseuse. Les travées osseuses sont parfaitement développées et creusées d'espaces médullaires contenant du tissu adipeux, des cellules embryonnaires et des vaisseaux. Dans quelques-unes de nos préparations, les cellules adipeuses ont été colorées par le rocou (1), qui leur donne une belle coloration jaune. C'est au milieu de ce tissu osseux et de ces espaces médullaires que sont disséminées les masses épithéliales, de sorte que les préparations ont un aspect fort étrange, au premier abord.

Nous avons cherché à voir comment se faisait l'ossification aux dépens du tissu conjonctif dense et plus ou moins calcifié qui se continue avec les travées osseuses. Cette observation est extrêmement difficile à faire. Il nous a semblé que partout où l'os vrai apparaissait, il y avait dans le voisinage un vaisseau et des cellules embryonnaires; l'os se présente sous forme de petits festons, situés les uns au-dessus des autres, et présente bientôt cette structure lamelleuse qu'on observe dans les coupes transversales des os longs. Il nous a semblé, qu'en certains points, l'os procédait directement du tissu conjonctif homogène et à peu près amorphe, au milieu duquel il était placé.

Si nous résumons maintenant la structure de nos tumeurs, nous trouvons qu'elles sont constituées par des masses épithéliales développées au milieu d'une charpente conjonctive; elles rentrent, par conséquent, au point de vue anatomo-pathologique bien entendu, dans la classe des épithéliomes. Elles diffèrent des kystes sébacés à contenu calcifié que l'on rencontre quelquefois, notamment dans la peau du scrotum, comme Virchow en a rencontré un cas et comme nous en possédons un exemple dans notre collection. Dans cette dernière espèce de tumeurs, la masse calcifiée ne contient absolument que des cellules épidermiques plus ou moins altérées et ne présente pas trace de substance conjonctive. Au contraire, nos épithéliomes calcifiés présentent une complète analogie avec certains épithéliomes non calcifiés, qui se développent dans l'épaisseur d'une glande sébacée et qui restent pour un temps enkystés dans la membrane de cette glande. Nous possédons quelques tumeurs de ce genre.

Développement. N'ayant observé le début d'aucun épithéliome calcifié, il nous sera difficile d'être très affirmatifs sur le mode d'apparition de ces tumeurs. Néanmoins, en examinant nos plus petites tumeurs, notamment celle

(1) Le rocou est une résine employée à divers usages, notamment dans l'industrie alimentaire, pour colorer les beurres que l'on envoie aux Antilles. Cette résine en solution alcoolique concentrée colore la graisse en jaune. Il faut après coloration par le carmin mettre les pièces 24 à 48 heures dans la solution de rocou.

qui provient d'un enfant de quinze mois, nous pourrons nous rendre compte en partie de son développement. Dans cette pièce, comme dans la pièce n° 91 de l'année 1878, il y a une membrane bien nette, identique à celle des kystes athéromateux et des tumeurs enkystées. C'est de cette membrane qu'on voit partir les cloisons qui divisent la tumeur. A la face interne de la membrane, se trouvent des masses épithéliales non calcifiées vers la périphérie, mais qui ne tardent pas à présenter des points calcifiés à mesure qu'on s'avance vers le centre de la tumeur. Ces masses calcifiées contiennent les cellules dans lesquelles le noyau est encore vivant.

Au milieu des travées du tissu conjonctif, on voit d'énormes cellules à noyaux multiples. Nous ne croyons pas que, dans l'espèce, elles soient vasoformatives ; nous croyons qu'elles forment des masses épithéliales nouvelles. Cela nous a paru ressortir très nettement de l'examen de certaines préparations. Ajoutons en passant, sans nous y arrêter, que les énormes cellules dites cellules géantes myéloplaxes, cellules mères, nous semblent avoir des significations très variables, suivant les cas, et qu'elles doivent différer profondément quant à leur usage, aussi bien qu'en ce qui a trait à leur mode d'apparition.

Si l'on examine la membrane, on y voit des petits nids cellulaires situés dans son épaisseur et destinés à former de nouvelles masses épithéliales. Si la tumeur est volumineuse, la membrane est détruite, et c'est dans le tissu conjonctif situé autour de la tumeur que l'on voit se former des petits nids de cellules d'envahissement tout à fait comparables à ce qu'on observe dans l'épithéliome et le carcinome. Cette courte étude du développement nous fournit encore un argument de plus pour classer nos tumeurs parmi les épithéliomes. Ce sont des épithéliomes dont les éléments cellulaires, frappés d'impuissance par la pétrification précoce qu'ils subissent, ne sont pas susceptibles d'acquérir la malignité des cellules épithéliomateuses ordinaires. Quant à la présence de l'os vrai dans ces tumeurs, ce n'est que la manifestation d'une loi générale du développement des tumeurs, à savoir la facilité avec laquelle les tissus de substance conjonctive se substituent les uns aux autres dans les néoplasies pathologiques, sans changer le moins du monde la nature du néoplasme.

Nos tumeurs se développent-elles d'emblée sous forme d'épithéliome calcifié, ou bien doit-on y voir le résultat de l'irritation d'un kyste sébacé ordinaire ? Dans tous les cas que nous avons cités, nous croyons que la tumeur s'est développée d'emblée sous forme d'épithéliome calcifié ; mais nous avons observé un cas (pièce n° 20 de l'année 1879) dans lequel une vieille loupe datant de trente ans, ulcérée à la suite d'un coup de peigne, présentait les particularités suivantes : un fort tractus de tissu conjonctif pénétrait, au niveau de l'ulcération, au milieu du tissu épithélial et cloisonnait ce tissu, lequel était calcifié en partie ; mais, dans ce cas, les cellules avaient le caractère épidermique des cellules des kystes sébacés. Il y a là, néanmoins, une sorte de transition entre le kyste sébacé simple et l'épithéliome calcifié tel que nous venons de le décrire. Nous nous proposons de nous livrer sur l'épithéliome calcifié à une étude plus complète ; mais, comme ce genre de tumeur nous paraît avoir été confondu avec les kystes à contenu calcaire ou avec les tumeurs dont l'enveloppe seulement est calcifiée, nous avons cru devoir publier les résultats auxquels nous sommes arrivés. Nous ajouterons que la calcification des cellules épithéliales, considérée comme fort rare et simplement indiquée par les auteurs, est plus fréquente qu'on ne le croit, puisque nous l'avons rencontrée six ou sept fois sur des tumeurs recueillies depuis une dizaine d'années tout au plus.

Voici l'analyse chimique comparative, au point de vue du phosphate de chaux, d'un kyste sébacé vulgaire et d'un épithéliome calcifié, analyse due à M. Andouard, professeur de chimie à l'Ecole de Médecine de Nantes : Phosphate de chaux : 0,166 p. 100; Epithéliome calcifié du bras (104, 1879).

L'analyse a porté sur une tumeur longtemps demeurée en contact avec l'alcool. La substance qui forme cette tumeur est blanchâtre et très légère après dessiccation. Elle crie sous le couteau et lui résiste inégalement en ses diverses parties, ce qui indique un défaut d'homogénéité confirmé par l'analyse.

Effectivement, le dosage des éléments minéraux effectué sur quatre points différents a donné les résultats suivants : 11,843 p. 100; 12,576 p. 100 ; 12,982 p. 100, et 13,235 p. 100.

Voici la composition centésimale de cette tumeur, supposée sèche :

Tissus, principes organiques insolubles dans l'eau.		81,018
Albumine, principes organiques solubles dans l'eau.		0,984
Matière grasse neutre.		4,440
Sels solubles dans l'eau	Chlorure alcalin.	0,936
	Sulfate alcalin.	0,302
	Carbonate alcalin / Phosphate alcalin	0,365
Sels insolubles dans l'eau.	Phosphate de chaux.	9,276
	Carbonate de chaux.	2,114
	Oxyde de fer, etc.	0,565

On voit que, dans un épithéliome calcifié, le phosphate et le carbonate de chaux font plus de 10 p. 100 de la matière solide de la tumeur.

4. Etat puerpéral. — Rougeole. — Bronchio-pneumonie — Embolie pulmonaire; par M. LEGENDRE, interne des hôpitaux.

La nommée P... Marie, 27 ans, journalière, entre le 22 février à la salle Sainte-Anne, à Lariboisière, service de M. SIREDEY.

Accouchement normal, à terme, le même jour, à 5 heures du matin, d'un enfant bien conformé. La mère ne présente rien à relever au point de vue de la constitution.

13 *février*. L'utérus revient dans la cavité pelvienne. Coryza, larmoiement, céphalalgie, bronchite. T. 38°,9. Le soir, quelques boutons à la figure, remarqués par l'infirmière.

14 *février*. Eruption rubéolique sur la face, la poitrine; rare sur le ventre et les membres inférieurs. Forme boutonneuse. Toux sèche. T. 38°,1. Passage en médecine, salle Sainte-Geneviève, lit n° 17.

15 *février*. La rougeole est dans le plein de son éruption. Bronchite généralisée double, crachats purulents, nummulaires. (La malade se souvient avoir vu et pris dans ses bras, 15 jours avant son entrée, un petit enfant atteint de rougeole). T. matin 39°,5, soir 40°.

16 *février*: L'éruption s'éteint. Le catarrhe morbilleux s'accentue : Râles fins, pas de souffle. Diarrhée. L'utérus se retire, le ventre est souple. Potion de Todd avec 8 gouttes de Laudanum. T. matin 39° ; soir 39°,9.

17 *février*. Même état. Crachats opalins visqueux. Julep morphine 40 gr. Kermès 0.10 c. T. matin 39°,4; soir 39°,3.

Du 18 *au* 21 *février*. L'état reste stationnaire, on peut espérer alors la résolution. Encore de la diarrhée, et un peu de subdelirium. La température descend de 39°,8 à 38°,5.

22 *février*. Oppression plus vive, râles fins, crépitants, dans toute la hauteur des poumons, mais pas de souffle tubaire. — Délire, agitation, conversations solitaires. — Demande de *nourrice* pour l'enfant. — Rien au cœur.

Julep Kermès. Acide ammoniaque 6 gr.. Ballon d'oxygène. T. matin 38°,8; soir 40°,4.

23 *février*. Accès de suffocation durant 1 à 2 heures, avec menaces d'asphyxie. Délire la nuit. Aggravation de l'état. Les bruits pulmonaires couvrent la région précordiale que l'on ne peut explorer. T. matin 38°,5 ; soir 40°, 6.

24 *février*. Mêmes signes, pas de souffle. Albumine abondante dans les urines. T. soir 39°,8.

25 *février*. Respiration entrecoupée, cyanose, asphyxie lente. Plaintes incessantes. Pouls petit, rapide. *Traitement*: sirop de sulfate de strychnine 2 à 4 cuillerées. T. matin 39°,2; soir 39°,6.

26 *février*. Mouvements respiratoires s'éloignant de plus en plus, l'hématose ne se fait plus. Agonie, la connaissance restant entière, mort à 7 h, 1/2 soir. T. matin 39° ; soir 38°,6.

Autopsie. — Je dois à M. Mayor, directeur adjoint du laboratoire de Clamart, les détails de l'autopsie faite le 28 février. — *Cavité thoracique. Plèvre gauche;* on y trouve une petite quantité de liquide louche, épaississement dans tout le feuillet costal, auquel le poumon adhère faiblement; quelques brides récentes au niveau de la plèvre médiastine en avant, et de la plèvre diaphragmatique. *Plèvre droite*, légères adhérences au sommet et à la base. — *Poumon gauche;* il ne s'affaisse pas normalement; sur la coupe on remarque que le sommet est le siège de pneumonie lobulaire arrivée déjà à la période de suppuration intra-lobulaire, le parenchyme est œdématié. Vers la partie moyenne, on voit une sorte d'abcès, à parois irrégulières, infiltrées de pus, résultant d'une fonte purulente du tissu environnant. Le lobe inférieur présente des lobules rouges foncés, comme hépatisés, et des lobules gris, en suppuration, disséminés et séparés par des portions de poumon sain. A la partie inférieure du lobe supérieur, il y a réellement pneumonie pseudo-lobaire (un fragment plongé dans un vase d'eau gagne le fond).

Dans l'artère pulmonaire, on trouve, en incisant une branche de bifurcation supérieure, un *caillot* de la grosseur d'une petite amande, irrégulier sur ses faces, et situé à l'origine d'une forte collatérale; cette artère et les petites branches qui en partent, au niveau du caillot, sont oblitérées par des coagulations cruoriques. Quant au caillot, libre vers sa surface qui regarde le centre circulatoire, il est sec, un peu friable, blanc jaunâtre, évidemment d'origine embolique. Le département de parenchyme pulmonaire correspondant à l'artère oblitérée appartient au sommet de l'organe, il est encore le siège de pneumonie lobulaire grise, d'œdème, et d'un infarctus hémorrhagique *ancien.* — Bronchite interne des grands et petits canaux.

Poumon droit. A la coupe, lésions de pneumonie lobulaire dans les parties supérieures. le lobe inférieur est simplement congestionné. A partir de la première subdivision du hile, les canaux bronchiques sont tapissés d'une fausse membrane très peu adhérente, mais consistante, élastique, au-dessous, la muqueuse est simplement congestionnée. Dans la partie postérieure du lobe inférieur et vers le bord inférieur du poumon, se trouve un infarctus presque pyramidal, à base externe; cet infarctus offre la coloration noire caractéristique, et à la coupe il présente l'aspect d'un triangle, de 3 centimètres environ de côté.

En ouvrant les *artères* de ce poumon, on trouve, au niveau du hile, de petits caillots fibrineux d'agonie, élégamment ramifiés; mais dans le tronc qui nourrit le département siège de l'infarctus, au niveau de l'origine d'une collatérale, se présente un caillot, un peu allongé, du volume d'un gros pois chiche; il offre les mêmes caractères que ceux du caillot trouvé dans l'artère pulmonaire du côté gauche, il se continue également vers la périphérie avec des coagulations cruoriques, tandis que son extrémité centrale libre montre une cassure grenue qui dénote l'origine embolique.

Cœur. Le *péricarde* contient 60 grammes environ de liquide verdâtre, louche. On voit des arborisations inflammatoires sur ses deux feuillets, reliés par places par de fausses membranes récentes, friables. — *Endocarde.* Valvules sigmoïdes suffisantes. Pas de rétrécissement des orifices artériels. La valvule mitrale est saine.

Dans le ventricule *droit*, près du sommet et contre la face postérieure, on remarque un caillot de la grosseur d'une amande, dont l'extrémité supérieure, évidemment rompue, est continuée par quelques filaments fibrineux fraîchement déposés. Le caillot offre le même aspect que ceux trouvés dans les artères pulmonaires. On trouve quelques caillots d'agonie sans importance.

Je passe rapidement sur les autres viscères qui sont en général sains : *Tube digestif*, en entier, intact. *Foie* muscade. *Rate* et *pancréas* sains. *Reins*, lésions de néphrite parenchymateuse. *Vessie* saine. L'*utérus* et ses *annexes* sont revenus à leur aspect normal. L'*encéphale* est légèrement congestionné.

Réflexions. — On peut mettre ici deux points en relief. *Cliniquement*, la malade a semblé succomber aux progrès de la bronchio-pneumonie associée à la bronchite capillaire, l'obstruction subite de la circulation pulmonaire, en certains points du parenchyme, par des coagulations fibrineuses ne s'étant pas manifestement révélée. Au point de vue *anatomique*, il est intéressant de remarquer que les débris fibrineux, retrouvés dans certaines branches de bifurcation de l'artère pulmonaire, présentèrent une extrémité rugueuse, inégale, irrégulière, dirigée vers les cavités cardiaques et analogue à la surface grenue de l'extrémité libre du caillot inclus dans le ventricule droit. La nature *embolique* de ces coagulations intra-pulmonaires n'est donc pas douteuse. Ces embolies n'ont pas partout déterminé de l'atélectasie dans le département pulmonaire dépendant du ramuscule oblitéré, car le parenchyme n'avait pas changé de consistance en *un point* du sommet gauche où le vaisseau correspondant se trouvait obstrué; il faut croire que, dans ce cas, l'arrêt de la circulation n'était pas total.

M. Paul Oulmont a publié une intéressante observation qui se rapproche de celle-ci en plusieurs points (*Bull. Soc. Anat.*, avril 1876, n° 12). Quant à l'origine même du caillot cardiaque, elle reste indécise; a-t-il été produit à la fin de la grossesse, ou dans le cours et sous l'influence de la rougeole? La dernière interprétation semble cependant plus vraisemblable.

Séance du 12 mars 1880. — Présidence de M. Monod.

5. Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur; par M. Meunier, interne des hôpitaux.

Muller Jacques, âgé de 52 ans, que nous trouvons au mois de janvier 1880 à l'hôpital de Bicêtre, salle Saint-François, lit n° 29, a été admis comme pensionnaire le 27 décembre 1860, pour infirmité résultant de la nécrose du maxillaire inférieur consécutive à l'absorption d'émanations phosphoriques.

Entré dans une fabrique d'allumettes chimiques en 1856, il ressent, au commencement de 1858, les premiers symptômes de l'intoxication, et il est reçu le 20 août 1858 à l'hôpital temporaire de la vieillesse, où il reste jusqu'à son admission définitive dans l'hospice de Bicêtre.

Pendant ce temps, toutes les dents de la mâchoire inférieure tombent; la plus grande partie de l'os est éliminée soit spontanément, soit à l'aide d'une opération, qui consiste en deux incisions, faites le long du bord inférieur de l'os, l'une à droite, l'autre à gauche, à partir de l'angle postérieur, et s'étendant à 5 ou 6 centimètres en avant. Le malade est incomplètement guéri. Le travail pathologique persiste; son évolution ne comporte rien de particulier, et durant les dix-neuf années qui suivent, l'état local ne se modifie pas notablement.

Etat actuel. — *Mâchoire inférieure.* Lorsqu'on enlève le bandeau qui soutient la mâchoire et la charpie du pansement, on remarque immédiatement une difformité considérable, bien qu'elle soit en partie masquée par la barbe. La mâchoire inférieure offre de petites dimensions relativement au volume de la tête; elle paraît comme écrasée de bas en haut et rétrécie transversalement. Le menton est court et fuyant. — La joue gauche présente une perforation elliptique de 6 centimètres de diamètre, qui commence au-devant et un peu au-dessous de l'oreille, et se dirige en bas et en avant. Les bords, lisses et réguliers, donnent attache en dehors à la peau, en dedans à la muqueuse buccale. On aperçoit la langue, la mâchoire supérieure, et le voile du palais. — La joue droite présente de même, inférieurement, au niveau de l'angle de la mâchoire, un orifice de 1 centimètre et demi de diamètre, qui communique avec la bouche par une sorte de canal, dont les parois sont irrégulières et suppurent. Un stylet, dirigé sur la paroi postérieure, arrive sur l'os. En avant, se détache une cicatrice de 1 centimètre, parallèle au bord de l'os.

La bouche étant ouverte, on remarque que les dents et les gencives de la mâchoire inférieure manquent totalement. A droite et à gauche sont les orifices internes des perforations correspondantes. Le malade perd peu de salive.

Etat général. Maigreur extrême. Intelligence déprimée,

mémoire très faible, apathie, hypochondrie, lassitude et dégoût de la vie. — Cyanose de la face et des membres supérieurs, s'exagérant certains jours par accès et envahissant tout le corps.— Emphysème considérable; foie abaissé de trois travers de doigt. — Rien au cœur. — Alimentation très difficile. liquide presque exclusivement.

Le malade meurt le 28 février par suite de son affaiblissement progressif.

Autopsie. — L'examen des viscères ne révèle rien de particulier, à part l'emphysème pulmonaire et la dilatation hypertrophique du cœur droit. Le maxillaire inférieur, débarrassé des parties molles, ne conserve du maxillaire normal que sa disposition arquée. Le corps et les branches ont subi dans leur configuration des modifications telles que l'os rappellerait un peu le maxillaire des batraciens. — Les branches sont moins larges, moins épaisses, plus courtes, plus irrégulières. Il ne reste rien des condyles, presque rien de leur col. L'échancrure sygmoïde est à peine marquée. Les apophyses coronoïdes sont amincies, faibles. Le trou dentaire inférieur a disparu. — Le corps se réduit à un arc mince, arrondi, qui s'élargit et se renforce à la symphyse; les apophyses geni sont très développées. Du côté gauche de la symphyse, on voit une forte saillie dirigée en haut et en dedans en forme de bec. Son bord externe est uni au bord antérieur de la branche gauche par une bandelette osseuse incomplète, et remplacée en un point par un cordon fibreux court et résistant, de façon à circonscrire avec le côté correspondant du corps un large orifice. De même, la partie moyenne de la portion droite du corps est unie au bord antérieur de la branche droite par une languette osseuse oblique, qui concourt à délimiter un orifice de dimension plus petite. La longueur du corps égale 16 centimètres. La distance des ongles 8 centimètres. Sur un maxillaire sain les mêmes dimensions sont 17,5 et 10 centimètres.

Les angles ont donc été fortement attirés en dedans et en haut par l'action des ptérygoïdiens internes.

Le tissu de l'os ne présente pas partout les mêmes caractères. Pour le corps, il est blanc, lisse, dur, résistant, compact. Pour les branches il est grisâtre, rugueux, spongieux. Ces différences étaient très accentuées lorsque l'os était fraîchement nettoyé. Le périoste était plus épais et plus facile à détacher sur le corps, qui présentait à sa surface une grande quantité de petits points rouges.

Réflexions. — Cette observation ne nous présente rien de particulier, de spécial au point de vue de l'anatomie pathologique, mais nous avons à relever les points suivants:

1° Le malade a survécu près de vingt ans aux accidents de l'intoxication, malgré une alimentation défectueuse, et la perte constante, mais faible, de la salive. — 2° Le maxillaire ancien a été éliminé en grande partie et remplacé par un os nouveau (corps). — 3° Le travail pathologique (ostéite raréfiante) a persisté dans les portions non éliminées (branches). — 4° Les productions osseuses que l'on a décrites sous le nom d'ostéophytes phosphoriques manquent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 octobre 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Lymphadénome de la parotide. — M. Monod. Dans une des dernières séances, M. Notta avait présenté une tumeur de la parotide, sur la nature de laquelle les avis avaient été très partagés, les uns en faisaient un angiome caverneux, les autres un kyste, d'autres autre chose. De l'examen histologique, pratiqué par MM. Malassez et Monod, il résulte que cette tumeur était un lymphadénome de la parotide. Au milieu d'une gangue constituée par du tissu adénoïde, se trouvent ici, des acini, là des conduits excréteurs normaux, et plus loin, des conduits excréteurs très développés, de conformation très irrégulière, présentant dans leur couche et des végétations polypiformes et aussi de petits calculs. L'excessive dilatation des conduits excréteurs, qui donnait à la tumeur un aspect caverneux, explique la diversité des interprétations et les erreurs commises. M. Monod insiste sur l'extrême rareté des lymphadénomes de la parotide.

Ligature de l'artère axillaire dans le creux sous-claviculaire.—M. Farabeuf vient défendre devant la Société un procédé de ligature de l'axillaire qui se trouve n'avoir pas eu la faveur des juges dans un concours récent. Dans ce procédé, que M. Farabeuf enseigne et que Marcellin Duval a le premier décrit, on lie l'artère *immédiatement* au-dessous de la clavicule, entre cet os et la première collatérale; dans le procédé classique, on cherche l'artère juste au milieu des collatérales; or, lier l'axillaire au milieu des collatérales, dit M. Farabeuf, est *difficile*, *dangereux*, *inefficace* et il le prouve. De plusieurs observations, en effet, tirées de Desault, Dupuytren, Roux et Charles Bell, il résulte que la circulation s'est rétablie chaque fois que l'opérateur a lié immédiatement au-dessous de la clavicule; que toujours le membre a été frappé de gangrène dans le cas contraire; et comment, en effet, la circulation se rétablirait-elle facilement, si pour arriver sur l'axillaire, on est obligé de sectionner et de lier ensuite une ou plusieurs branches collatérales? Notons en passant que, dans un cas, Dupuytren a déchiré la scapulaire inférieure, qu'il a mis 35 minutes à trouver l'artère, que l'ayant trouvée il a lié la veine en même temps.

Tout cela s'explique par l'anatomie; immédiatement au-dessous de la clavicule, l'artère, la veine et les nerfs ne sont pas encore accolés les uns aux autres : la différenciation et l'isolement sont faciles, la ligature aisée; plus bas, au contraire, ils se pelotonnent, s'imbriquent pour ainsi dire, et les difficultés sont grandes; de plus, qu'on lie immédiatement au-dessous de la clavicule et l'on ne trouvera pas de branches collatérales, la première de ces branches, l'acromio-thoracique, naissant au niveau du bord supérieur du petit pectoral. M. Farabeuf préconise donc le procédé de Marcellin Duval et le sien, car ce procédé permet d'arriver sur l'artère par une *voie sèche*; il s'élève contre le procédé classique dans lequel l'incision part du sommet de l'apophyse coracoïde. Son procédé, le voici : Faire que l'épaule porte à faux, porter le moignon de l'épaule en arrière et en haut, de manière à effacer le creux sous-claviculaire : inciser les téguments à un centimètre au-dessous de la clavicule; détacher le grand pectoral de ses insertions claviculaires; à ce moment, on tombe sur l'aponévrose, sorte de fascia crebriformis, à travers lequel se tamise un véritable bouquet artériel; là également, se trouve la crosse de la veine céphalique qu'il faut savoir ménager : on incise donc l'aponévrose, *au-dessus* de la crosse veineuse, et juste *sur* le muscle sous-clavier qui montre aussitôt ses fibres rouges. On agrandit en dehors, mais avec précaution, la boutonnière aponévrotique, bien plutôt en appuyant du bistouri qu'en incisant; et le premier cordon que le doigt promené dans la plaie, de dedans en dehors, trouve, est l'artère, car le doigt ne sent pas la veine axillaire. En opérant de la sorte, on ménage entièrement la veine céphalique, et on opère véritablement à sec, ce dont M. Farabeuf a pu se convaincre en faisant pousser au même moment une injection d'eau dans l'artère, et puisqu'on ne rencontre pas de collatérales, rien ne s'opposera à la formation du caillot, partant, point d'hémorrhagies secondaires. Donc, au point de vue opératoire comme au point de vue des résultats, ce procédé est supérieur au procédé classique.

M. Marc Sée trouve excellente la position donnée au sujet par M. Farabeuf et c'est celle que, pour sa part, il a toujours préconisée, mais il ne redoute pas autant que lui les hémorrhagies secondaires. On peut presque impunément aujourd'hui, lier au voisinage de collatérales, les hémorrhagies secondaires étant devenues une rareté depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique; témoin la ligature de la carotide externe, artère à collatérales s'il en fût. Du reste, pour ne parler que de l'axillaire, il faut savoir que l'acromio-thoracique naît parfois immédiatement au-dessous de la clavicule et que, par suite, M. Farabeuf n'est pas toujours sûr de pouvoir la ménager.

M. Desprès préfère à la ligature au-dessous de la clavicule, la ligature entre les scalènes; il trouve que M. Marc

Sée fait trop bon marché de la tradition qui veut qu'on s'éloigne le plus possible des collatérales, afin de favoriser la formation du caillot. Du reste, la ligature de la carotide externe est loin d'avoir fourni d'aussi beaux résultats qu'on veut bien le dire.

M. Verneuil trouve excellent le procédé de M. Farabeuf, mais au point de vue opératoire seulement. On fait jouer un rôle beaucoup trop important au voisinage des collatérales dans la pathogénie des hémorrhagies secondaires; on oublie trop que ce n'est pas le caillot qui fait l'hémostase. La grande cause des hémorrhagies secondaires, c'est la fièvre traumatique, c'est la pyohémie, et Giraldès, si au courant de la littérature étrangère, ne s'y était pas trompé. M. Verneuil a fait trois fois la ligature de la carotide externe, et jamais il n'a eu à se plaindre des collatérales, et, du reste, lorsqu'on a affaire à une plaie artérielle, lorsqu'on va faire la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie, se préoccupe-t-on en quoi que ce soit des branches collatérales?

M. Tillaux préconise le procédé classique, et cependant il n'est pas sans craindre, au point de vue de l'hémostase, le voisinage des collatérales, mais le procédé de M. Farabeuf ne lui sourit pas; il n'a aucune sympathie pour la gaîne du sous-clavier, il craint que le chirurgien ne s'égare dans ce muscle; son muscle à lui, c'est le petit pectoral. C'est lui qu'il recherche, c'est sur lui qu'il compte, et c'est pour cela qu'il fait partir son incision de la pointe de l'apophyse coracoïde. En agissant ainsi, on rencontre, il est vrai, la veine céphalique; tant mieux, car elle est un guide sûr qui permettra de s'assurer de la veine axillaire, car cette veine, en effet, est tout, de même que la jugulaire interne est tout dans la ligature de la carotide primitive. Aussi, dans cette dernière ligature, M. Tillaux a-t-il soin de faire tirer profondément sur la lèvre interne de l'incision et, par ce moyen, de dégager la carotide du dangereux voisinage de la jugulaire interne.

M. Farabeuf persiste à trouver mauvais le procédé classique; il est bien plus facile, en effet, de chercher l'axillaire au-dessus de la céphalique que dans la concavité de la crosse de cette veine.

Kyste huileux de l'angle interne de l'orbite. — M. Berger présente un malade âgé de 19 ans, qu'il a opéré d'un kyste huileux de l'orbite. Le kyste, manifestement congénital, avait le volume d'une noisette; il était placé au-dessus du sac lacrymal et sa transparence l'avait fait prendre un instant pour une méningocèle. M. Berger s'est contenté de le ponctionner et d'injecter ensuite trois gouttes de teinture d'iode, Il s'est d'abord rempli de nouveau, puis a diminué insensiblement, et, aujourd'hui, la guérison est à peu près complète. Il a été retiré par la ponction 4 grammes d'un liquide huileux, spontanrment coagulable et ayant le même point de solidification que la margarine; l'examen microscopique a révélé l'existence d'éléments anatomiques et de cristaux indéterminés, de granulations diverses et de certains autres éléments formés de couches concentriques et qui sont peut-être de l'épithélium de glandes sébacées. Cette observation est la huitième connue : trois ont été recueillies par M. le professeur Verneuil. P. Mericamp.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le Ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à l'honneur d'informer : 1° MM. les médecins du XVIIIe arrondissement, que le dimanche 24 octobre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de quatre médecins. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures; — 2° MM. les médecins du XIIe arrondissement que le dimanche 24 octobre 1880, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures; — 3° MM. les médecins du 1e arrondissement que le mardi 26 octobre 1880, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

REVUE CHIRURGICALE

XIII. **A Contribution to the etiology of Scarlatina in surgical cases**; by J. F. Goodhart. (Gay's Hospital Report, 1879.)

XIV. **Some account of an epidemy of surgical scarlatina**; by Howse (ibid.).

XV. **De l'influence du traumatisme accidentel considéré comme cause occasionnelle des Kystes hydatiques en général**; par J. Danlos. (Th. Paris 1879. Delahaye, édit.).

XVI. **De la méthode d'Esmarch et en particulier de l'hémorrhagie capillaire consécutive**; par De Lagorce. (Th. 1879. Coccoz, édit.)

XVII. **A case of bullet-wound of the anterior lobes of the brain**; by Th. Smith. (*The Lancet* 1879, t. I, p. 622.)

XVIII. **Bassin vicié par suite de l'amputation du fémur dans le jeune âge**; par L. Dumas. (*Montpellier Médical*, 1879.)

XIX. **Remarks on a few cases of strangulated hernia**; by H. H. Clutton. (S'Thomas's hospital reports, t. IX, 1879.)

XX. **On the opening and drainages of joints**; by Y. H. Morgan. (S'George's hospital reports, t. IX, 1877-78.)

XXI. **On the results of the treatment of Compound fracture of the leg in this hospital, with special reference to Lister's antiseptic method**; by T. Holmes (ibid.).

XXII. **Remarks on ovariotomy with relation of cases and peculiarities in treatment**; by N. Bozeman. (*Médical record*, New York, 1879).

XXIII. **A Cases of compound depressed-fracture of the skull in which the dura mater was sutured with Carbolized Catgut after removal of the depressed bone. Thymol dressing, recovery**, by W. T. Bull. (*Archives of Médicine of New York*, t. I, 1879).

XXIV. **De l'hystérectomie sus-vaginale par la voie abdominale dans le traitement des tumeurs utérines en dehors de la grossesse**; par Th. Letousey. (Thèse, 1879, Delahaye, édit.)

XXV. **Etude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendante des hernies**; par A. L. Blin. (Thèse 1879. Delahaye, édit.).

XXVI. **Hot water as a Hœmostatic in surgery**; by Ch. T. Hunter. (*Philadelphia Méd. Times*, november, 1879.)

XXVII. **Considérations suivies d'observations sur la prothèse mécanique**; par Raymondaud. (Limoges, 1878).

XXVIII. **Des polypes de la trachée survenant après cicatrisation de la trachéotomie et nécessitant une nouvelle opération**; par E. Petel. (Thèse, Paris, 1878. Delahye, édit.)

XIII. Sur vingt-cinq cas d'éruptions scarlatiniformes observées sur des enfants atteints d'affections chirurgicales à Evelina Hospital, on en trouve dix-sept qui se sont manifestées à la suite d'une opération; sept malades n'avaient aucune plaie; un autre était atteint d'une fistule ancienne; il n'est donc pas nécessaire qu'il existe une solution de continuité de la peau pour cette complication, il suffit d'une inflammation locale. Mais un certain nombre de cas se sont montrés à peu de distance l'un de l'autre, et on a trouvé des traces d'infection, de sorte qu'on peut se demander si l'individu n'était pas primitivement infecté ou si l'inflammation locale prédispose à la contagion de cette affection, qui est une véritable scarlatine.

Dans la moitié des cas environ, les malades avaient été traités par le pansement antiseptique. Le poison de la scarlatine est-il plus résistant que les autres ferments infectieux, ou bien pénètre-t-il par une autre voie que les plaies? Lorsque le pansement antiseptique avait été employé, l'éruption n'a pas apparu dans les trois premiers jours. Du reste, l'époque d'apparition paraît très variable, généralement du premier au sixième jour après la solution de continuité, quelquefois même plus tard. L'auteur rapporte, en outre, une série d'observations d'éruptions de rougeole, apparues dans les mêmes circonstances.

XIV. M. Howse observa un premier cas d'éruption scarlatiniforme avec élévation considérable de température sur un enfant récemment opéré d'ostéotomie; dans un court espace de temps, trois autres opérés présentèrent des phénomènes analogues; il pense qu'il s'agit d'une véritable épidémie de scarlatine, bien que plusieurs symptômes de la

maladie ne se soient point manifestés. On n'est point en mesure de nier que les éruptions scarlatiniformes de la septicémie appartiennent en propre à cette maladie infectieuse; mais un certain nombre de cas montrent que ces éruptions peuvent être considérées comme des cas de scarlatine véritable; la septicémie peut survenir secondairement, et il n'y a qu'elle qui laisse des traces à l'autopsie. Certains cas de mort prompte, à la suite d'opérations, peuvent être attribués à des scarlatines frustes qui tuent avant l'éruption; le diagnostic est d'autant plus difficile qu'il est souvent impossible de retrouver la trace de la contagion quand il s'agit de cas isolés. Néanmoins, l'auteur pense que, lorsque à la suite d'une opération ou dans le cours d'une maladie chirurgicale avec suppuration, on voit apparaître un rash roséoliforme avec élévation de température, on doit avoir recours à l'isolement tout comme s'il s'agissait d'une scarlatine bien établie, et ne laisser le malade rentrer dans la salle qu'après la période de desquamation. Les éruptions se sont produites chez des malades qui, tous, avaient été soumis au pansement antiseptique et tous ont guéri.

XV. Très souvent l'apparition des kystes hydatiques a été précédée d'un traumatisme de la région où ils se sont développés. Les faits de ce genre sont si nombreux qu'ils indiquent un rapport de cause à effet. Les auteurs qui n'ont pas suffisamment tenu compte de l'animalité des kystes hydatiques, ont généralement reconnu au traumatisme le rôle de cause efficiente par inflammation, par transformation d'un foyer sanguin. Parmi ceux qui reconnaissent l'animalité de ces tumeurs, quelques-uns ont cru que le traumatisme déterminait leur formation par génération spontanée. Admettant que les kystes hydatiques proviennent toujours d'un œuf, l'auteur n'accorde aux violences extérieures d'autre rôle que celui d'en favoriser la fixation et le développement, soit par rupture vasculaire, soit plutôt par fluxion provoquée.

XVI. L'emploi de la bande d'Esmarch rend les plus grands services dans toutes les opérations sanglantes qui se pratiquent sur les membres : elle a encore été utilisée par Reid pour le traitement des anévrysmes externes et avec un succès douteux par Bernhard Cohn, dans le traitement des phlegmons des membres. On lui a reproché de produire des paralysies temporaires et surtout de déterminer une atonie des vaisseaux de petit calibre, qui amène une hémorrhagie capillaire souvent fort gênante et inquiétante, et quelquefois même la gangrène des lambeaux ou de tous les membres comme nous en avons rapporté un exemple (*Progrès médical*, 1879, p. 590). Ces accidents ont surtout été attribués au tube de caoutchouc, qui peut être avantageusement remplacé par la bande élastique à anneaux de M. Nicaise, qui fait éviter les paralysies musculaires. L'hémorrhagie capillaire immédiate qui survient à la suite de l'enlèvement du lien constricteur, peut être évitée, soit par la compression de toute la surface saignante au moyen d'une éponge (Nicaise), soit par la douche glacée prolongée sur toute la surface de la plaie (Esmarch), soit par l'application d'un courant électrique qui fait cesser la paralysie vaso-motrice (Riedinger).

XVII. Un homme de trente-cinq ans s'était tiré un coup de revolver dans la tête : la balle était entrée par la tempe droite, au niveau du sourcil et à un pouce et demi en arrière de l'angle externe de l'orbite (0,038^{mm}) et était ressortie par la tempe gauche, à deux pouces (0,050^{mm}) en arrière du même point. Le blessé n'a présenté aucun trouble sensitif, ni moteur; après l'accident, il répondait très nettement aux questions qu'on lui faisait, mais, au bout de quelques jours, il éprouva quelques troubles mentaux, particulièrement en ce qui concernait sa fortune qu'il exagérait beaucoup. L'infiltration sanguine des deux paupières inférieures et les saignements répétés par les narines, semblent indiquer que le plancher des orbites et la lame criblée avaient été lésés.

XVIII. M. Dumas a pu étudier le bassin d'une femme qui avait subi l'amputation de la cuisse, à l'âge de trois ans, et qui présentait une déformation considérable du bassin; il tire de cette observation les conclusions suivantes : Lorsqu'une amputation du fémur a été pratiquée dans le jeune âge, 1° le bassin subit une déformation qui le rapproche du bassin oblique ovalaire; 2° l'obliquité ovalaire a lieu dans le sens du diamètre oblique correspondant à l'articulation saine; 3° cette déformation ne paraît pas devoir entraîner de rétrécissement capable d'entraver le mécanisme de l'accouchement si le bassin a été primitivement bien conformé et si d'autres influences pathologiques, telles que le rachitisme par exemple, ne viennent pas y ajouter leur action.

XIX. M. Clutton a eu occasion d'opérer en deux ans, dix-huit hernies étranglées, il n'a eu que trois morts : dans deux cas, il avait trouvé des matières fécales dans le sac; le premier malade était au septième jour de l'étranglement; chez le second, les accidents n'avaient débuté que deux jours et demi avant l'opération; dans le troisième cas (vieille femme), les accidents ne dataient que de trente-six heures, il avait réduit sans ouvrir le sac; à l'autopsie, on trouva une ulcération au niveau de l'étranglement. Parmi ceux qui ont guéri, il se trouve un cas dans lequel, au bout de cinq jours d'étranglement, l'intestin fut seulement trouvé congestionné. Il s'est trouvé trois hernies congénitales, dans lesquelles on a noté la production brusque, l'intestin était descendu du premier coup jusqu'au fond du scrotum; l'auteur fait remarquer que, dans ces cas, le corps du sac était relativement étroit. Dans les cas où le pansement antiseptique a été employé, s'il n'a pas favorisé la guérison d'une façon particulière, il paraît du moins l'avoir hâtée.

XX. M. Morgan rapporte dix-huit cas dans lesquels l'articulation du genou a été ouverte pour l'extraction de corps étrangers organiques, sans que, grâce au pansement antiseptique, on ait observé d'accidents graves. Il cite, en outre, quelques exemples d'épanchements inflammatoires, traités avec succès par l'incision et le drainage, par la méthode de Lister.

XXI. M. Holmes expose deux catégories de faits. Un premier groupe comprend trente-trois fractures compliquées de jambe, traitées par la méthode antiseptique, dont sept moururent d'accidents (trois delirium tremens, une gangrène, une maladie viscérale, un tétanos, une pyémie après amputation secondaire); le second groupe comprend soixante cas traités par les méthodes ordinaires, dont quatorze moururent (cinq delirium tremens, les autres de pyémie). L'auteur pense que, s'il faut convenir que la méthode de Lister est un bon mode de pansement dans les fractures compliquées, les autres méthodes, notamment l'occlusion, peuvent fournir d'excellents résultats et dans un temps au moins aussi court.

XXII. Grâce à la méthode antiseptique, Schrœder a obtenu quarante guérisons sur cinquante opérations d'ovariotomie; les statistiques réunies de Oldshausen, Esmarch, Hegar, Schrœder, donnent trente-trois morts sur soixante-cinq opérations avant l'adoption de la méthode antiseptique, et seulement trente-trois morts sur cent cinquante-cinq, depuis l'emploi de ce pansement; sur cinquante malades traités par ce procédé, Keith a eu quarante-huit guérisons. M. Bozeman rapporte aussi plusieurs cas de guérison avec la méthode antiseptique; il insiste beaucoup sur le traitement préparatoire qui doit précéder l'opération, sur la nécessité de surveiller les sécrétions, la nutrition: dans le cas de complications inflammatoires, il condamne formellement les applications froides, soit sous forme de glace, soit sous forme d'affusions froides, et après l'opération, sur l'utilité de l'opium et de l'alimentation par la voie rectale.

XXIII. Un jeune homme avait reçu un coup violent sur le crâne. On constata une fracture avec enfoncement du pariétal droit, en arrière de la suture fronto-pariétale, à trois quarts de pouce à droite de la ligne médiane, (il n'est point question de troubles moteurs). On enleva les fragments déprimés et deux esquilles qui étaient enfoncés dans la substance cérébrale, ecchymosée et contuse, une déchirure en L de la dure-mère fut suturée au catgut phéniqué, on fit un panse-

ment au thymol (1 pour 1,000). Au bout de trois mois, le malade était parfaitement guéri.

XXIV. M. Letousey substitue au mot hystérotomie, généralement employé, celui d'hystérectomie, qui indique mieux qu'on enlève une portion de l'utérus ou l'utérus en totalité. On peut distinguer plusieurs espèces d'hystérectomies : l'hystérectomie vaginale partielle (amputation du col), ou totale (uterus in situ, utérus en prolapsus), et l'hystérectomie abdominale, sus-vaginale ou partielle et totale. L'hystérectomie abdominale est de date récente, elle a d'abord été pratiquée sans intention : comptant trouver une tumeur ovarique, quelques chirurgiens tombèrent sur une tumeur utérine qu'ils enlevèrent ; l'opération aurait été pratiquée pour la première fois, de propos délibéré, par Kimball ou par Kœberlé. Cette opération peut être faite dans des cas de fibromes simples, de tumeurs fibro-cystiques, de cancer. De tous les fibromes sous-muqueux, il n'y a qu'un bien petit nombre de tumeurs sessiles, pour lesquelles on pourra faire la gastrotomie. Dans les cas de fibromes interstitiels ou de dégénérescence fibromateuse en masse de l'utérus, l'indication de l'hystérectomie abdominale se tire des accidents qui peuvent survenir ; il faut que la gravité du mal soit plus grande que celle de l'intervention chirurgicale ; il faut tenir compte de l'abondance des pertes, des phénomènes de compression, de l'approche de la ménopause. Hégar a eu l'idée de provoquer une ménopause artificielle, en pratiquant l'*ovariatomie normale* qui peut se faire, soit par incision abdominale, soit par incision vaginale. Dans les fibromes sous-péritonéaux, les indications opératoires sont surtout fournies par l'ascite et la dyspnée. L'hystérectomie abdominale ne peut convenir qu'aux cas très rares et si souvent méconnus de cancer primitif du corps de l'utérus. Dans tous les cas, la malade doit présenter une certaine résistance vitale. L'auteur termine par un exposé minutieux des soins préliminaires et des précautions opératoires.

XXV. Sous le nom de fistules *pyo-stercorales*, M. Blin décrit une variété de fistules stercorales dont le point de départ est un abcès phlegmoneux de l'abdomen ouvert à la fois dans l'intestin et à l'extérieur, donnant lieu à un écoulement de pus par l'anus et de matières intestinales par l'orifice cutané. Elles ont pour origine des abcès périnéphrétiques, des pérityphlites suppurées, des abcès de la fosse iliaque, des abcès vermineux. Ces collections sont situées en dehors du péritoine qui n'est jamais primitivement atteint. Il existe une cavité intermédiaire, située entre la perforation intestinale et le trajet fistuleux extérieur, et entourée d'adhérences qui la relient à l'intestin et préviennent l'épanchement du pus et des matières stercorales dans le péritoine. La cavité, ordinairement unique, quelquefois double, peut communiquer avec des foyers secondaires résultant d'abcès pariétaux. Les perforations intestinales uniques ou multiples, occupent neuf fois sur dix le gros intestin ; les orifices cutanés siègent par ordre de fréquence dans les fosses iliaques, le pli de l'aine, la région lombaire, la région ombilicale et enfin la partie supérieure de la cuisse. Quelques signes prémonitoires peuvent annoncer la production prochaine d'une fistule pyostercorale, ce sont : la présence de sang ou de pus dans les selles, le gargouillement dans la poche, l'apparition brusque et spontanée de sang ou de gaz à l'orifice cutané de la fistule jusqu'alors simplement purulente. L'écoulement par la fistule de pus mélangé de matières intestinales avec ou sans gaz, et la présence de pus dans les selles sont les deux symptômes fondamentaux et nécessaires des fistules pyostercorales ; accessoirement des corps étrangers, des vers intestinaux, de l'urine, peuvent être éliminés par la fistule. L'élimination des matières intestinales est souvent intermittente. La marche est chronique ; l'affection dure toujours plusieurs mois, son pronostic est relativement favorable (16 morts sur 72 cas).

XXVI. L'eau chaude a déjà été employée en injection pour arrêter les hémorrhagies utérines ; M. Hunter l'a utilisée avec succès contre les hémorrhagies capillaires primitives si difficiles à réprimer chez les hémophiles ou à la suite de l'application prolongée de la bande d'Esmarck. Keetley (de Londres), l'avait déjà mise en usage dans un cas d'amputation de cuisse (1878) et avec le même succès dans plusieurs cas d'épistaxis. Hamilton et Brown ont aussi obtenu des bons résultats des applications d'eau chaude. On peut se servir d'éponges imbibées d'eau chaude, mais Hunter pense qu'il vaut mieux appliquer sur la surface saignante des compresses mouillées que l'on renouvelle à chaque minute, ou toutes les deux minutes. Hamilton à employé l'eau presque bouillante, mais Hunter fait remarquer qu'à cette température, l'eau doit produire une véritable brûlure des tissus dont les conséquences seront un obstacle à la réunion par première intention ; il ne se guide que sur ses propres sensations : l'eau n'a pas d'action nocive sur les tissus tant qu'on peut y plonger la main sans douleur, et elle suffit, à cette température, pour arrêter l'hémorrhagie plus vite que l'eau froide, et avec cet avantage qu'elle ne tend pas à abaisser la température du blessé, déjà épuisé par la perte de sang. On commence par lier les vaisseaux de calibre que l'on voit facilement, puis après deux ou trois applications d'eau chaude, l'écoulement par les vaisseaux capillaires cesse, et on peut distinguer les points où le sang sourd des vaisseaux plus volumineux s'il en reste à lier. Hunter pense que l'eau chaude, agit en excitant les vaso-constricteurs.

XXVII. Le travail de M. Raymondaud a surtout pour but de montrer que les fabricants spéciaux ne sont point indispensables et que, dans la moindre bourgade, le chirurgien peut, s'il veut se donner la peine de diriger les ouvriers qu'il a à sa disposition, obtenir des appareils prothétiques de force, aussi utiles et d'un prix moins élevé que ceux qui sont fournis par les spécialistes. L'auteur a apporté quelques modifications au bras Gripouilleaud.

XXVIII. Dans une thèse récente, M. Carrié a étudié les causes qui peuvent empêcher l'ablation définitive de la canule aprsè la trachéotomie chez les enfants. M. Petel examine un ordre de faits plus restreint, mais dont la connaissance est importante en clinique. Chez les individus qui ont subi la trachéotomie, non seulement il peut se développer des bourgeons charnus qui retardent l'ablation de la canule ; mais même après cicatrisation complète de la plaie extérieure, on voit quelquefois se former des végétations polypiformes, saillantes à l'intérieur de la trachée. Ces végétations, dont la structure est celle des bourgeons charnus, s'insèrent toujours sur la cicatrice trachéale ou à son pourtour et elles sont secondaires. L'étiologie de ces végétations semble inconnue, elles sont peut-être plus fréquentes, chez les sujets dont la cicatrice extérieure a présenté de la tendance au bourgeonnement. Rarement le polype reste latent ; ordinairement, il donne lieu à des accidents graves, qui apparaissent quinze jours ou un mois après la cicatrisation. Ils consistent en un ronflement, un cornage d'abord nocturne, puis permanent ; enfin surviennent des accès de suffocation. La mort peut arriver brusquement ou par asphyxie lente et progressive ; dans le premier cas la mort peut être attribuée à un spasme de la glotte ; dans le second, on devrait penser à l'obstruction de la glotte par le polype, à un état œdémateux de la muqueuse, à une accumulation de mucosités. Pour prévenir cette affection, on ne doit, après une opération de trachéotomie, enlever définitivement la canule qu'après s'être assuré, à plusieurs reprises, que la respiration est complètement libre, et après avoir cautérisé plusieurs fois et profondément le trajet de la plaie. Quand le polype s'est développé, on ne doit pas attendre les accès de suffocation pour intervenir ; on pratique l'incision sur la cicatrice même ; si on voit le polype, on le détruit par l'arrachement et la cautérisation, sinon on cherche à le découvrir par le laryngoscope, par l'inspection directe où à l'aide de la canule à trois orifices, si on ne trouve pas le polype, il ne faut pas renoncer à l'idée de son existence, il peut se faire qu'il devienne apparent au bout de plusieurs mois ou que la compression de la canule le fasse disparaître spontanément surtout, s'il est sessile.

Ch. Féré.

CORRESPONDANCE

Les Hôpitaux maritimes pour les phthisiques.

Pau, le 28 septembre 1880.

Mon cher Rédacteur en Chef,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, dans le Compte-rendu du Congrès de l'Association française à Reims, la communication de mon excellent confrère et ami Daremberg sur l'établissement dans le Midi d'hôpitaux maritimes pour les phthisiques. Si je suis d'accord avec lui sur certains points, il en est d'autres à l'égard desquels j'ai des idées un peu différentes, et c'est pourquoi je vous demande la permission, à vous qui avez été l'un des premiers promoteurs de cette idée, de vous exposer, ainsi qu'aux lecteurs du *Progrès Médical*, les considérations qui me paraissent militer très énergiquement en faveur de la création des hôpitaux de phthisiques.

Il y a dans cette grosse question trois éléments à considérer : 1° ce que l'Assistance publique fait actuellement pour les phthisiques ; — 2° ce qu'il faudrait qu'elle fît ; — 3° ce qu'elle peut faire.

Ce qu'on fait actuellement pour les phthisiques est bientôt dit : si le sujet n'est pas très malade, on lui refuse un lit, qu'on a cent fois raison de réserver à des maladies aiguës et guérissables ; — si, dans le cours d'une tuberculose chronique, il présente des accidents aigus, on le reçoit, et sitôt guéri, on le renvoie ; mais souvent son état s'aggrave et le voilà implanté à l'hôpital ; — enfin, s'il est moribond, on l'admet, parce qu'il y aurait inhumanité à le repousser, il meurt et on l'enterre : sa mort a été adoucie, son enterrement n'a rien coûté aux siens et son but est atteint, — à moins pourtant que ce malheureux, qui parfois mourait de sa misère presque autant que de ses tubercules, ne soit amélioré par le régime hospitalier, et ne se raccroche à la vie pour quelques semaines ou quelques mois, pendant lesquels son lit demeure immobilisé. Voilà ce qui se passe, non pas pour quelques malades, non pas dans des cas exceptionnels, mais pour 10,500 tuberculeux par année : « 10,500 personnes, disait à la Sorbonne, en 1878, M. Trélat, voilà le chiffre annuel de la clientèle tuberculeuse des hôpitaux de Paris (1) » ; et, empruntant des chiffres à un excellent travail de M. Grancher (que je regrette de n'avoir pas en ce moment sous les yeux), il apprenait à ses auditeurs qu'il n'en coûtait pas moins de 1,000 francs, en moyenne, à l'Assistance pour conduire chacun de ces tuberculeux... au cimetière. Voilà la situation : il ne faut pas récriminer ; mais il faut la constater.

Que faudrait-il faire pour les phthisiques ? La réponse est bien simple : il faudrait placer dans des hôpitaux *ad hoc* tous les tuberculeux qui demanderaient à y être admis, les soigner, les guérir quelquefois, les améliorer presque toujours ; or, actuellement, ceci est un rêve pur ; pour le réaliser, il faudrait jongler avec les millions.

Mais entre la réalité, qui est trop laide, et le rêve, qui est trop beau, il y a un moyen terme qui, s'il ne remédie pas à tout, a du moins le mérite d'être réalisable : ce moyen terme, c'est précisément la création, loin de Paris, d'hôpitaux pour les phthisiques.

Je sais bien que le public, — surtout le public extra-médical, il est vrai, — jette les hauts cris à la seule idée des dépenses qu'entraînerait une pareille création ; mais il ne faut pas se payer de mots, ni même de cris : il faut aller au fond des choses, et, ici, au fond des choses on trouve les faits et les chiffres, c'est-à-dire les seuls arguments qui vaillent qu'on les discute. Or, c'est précisément avec des chiffres que mon très cher maître, M. Trélat, dans la conférence à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, a combattu ces craintes chimériques : il a démontré, que la journée d'un phthisique, qui coûte 5 fr. 13 à Lariboisière, coûterait dans les hôpitaux spéciaux du Midi 4 fr. 32, et encore n'a-t-il atteint ce dernier prix qu'en forçant les chiffres (2). Je n'entre pas dans le détail des économies réalisées ; le lecteur les trouvera dans le Compte rendu sténographique de la conférence de M. Trélat (*loc. cit.*) : je me bornerai à rappeler les plus importantes, qui sont dues au prix peu élevé du terrain, et à l'adoption, tout à fait indiquée pour ce genre d'hôpitaux, du système Tollet. Ainsi, non seulement le lit de l'hôpital méridional n'est pas onéreux, mais il est *économique*. Ainsi pour **4** fr. **32** au lieu de **5** fr. **13** — je tiens à ces chiffres et je les répète parce que c'est par eux que nous vaincrons, — le malade sera soigné dans le Midi comme il l'est à Lariboisière, il sera mieux nourri (dans son calcul, M. Trélat a augmenté le prix quotidien de la nourriture), il respirera un air pur, et il jouira par-dessus le marché, — ce qui est bien quelque chose, — des bienfaits du soleil méridional.

L'obstacle pécuniaire est donc écarté, et il devient évident que, création pour création, l'hôpital méridional coûtera moins cher que l'hôpital parisien.

Cela étant, de quel côté se trouvent l'avantage et l'intérêt du malade ? La réponse n'est pas douteuse, et ce n'est faire aucun reproche aux hôpitaux de Paris que d'affirmer qu'ils ne réalisent pas les diverses conditions ou dispositions hygiéniques (grand air, espace, alimentation spéciale, grande liberté laissée aux malades), sur lesquelles repose le traitement des phthisiques. Mais, alors même que toutes ces conditions sanitaires seront réalisées, et que l'influence bienfaisante du climat viendra s'y ajouter, les résultats obtenus compenseront-ils les sacrifices consentis ? Pour ma part, je le crois fermement ; je ne puis admettre qu'il n'y ait pas un sérieux avantage à rendre à la société, quelquefois guéris, presque toujours améliorés et rendus valides, des sujets que la maladie frappe entre 25 et 35 ans, c'est-à-dire en pleine activité sociale et laborieuse ; et ce n'est pas là un espoir chimérique ni même difficile à réaliser ; on atteindra le but, si on s'attache à n'envoyer dans les hôpitaux du Midi que des phthisiques au début, réellement guérissables ou au moins améliorables, à les y entretenir le temps nécessaire, en les y conservant l'été, si cela est utile ; car le séjour dans le Midi pendant l'été, dans un hôpital convenablement aménagé n'aura rien de nuisible. Je ne puis que répéter ici ce que je disais à ce propos l'année dernière à Montpellier : dépenser de l'argent pour un pareil résultat, ce n'est pas gaspiller un capital, c'est le placer à gros intérêts : car c'est débarrasser pour plus tard l'Assistance publique d'une notable partie de sa clientèle de tuberculeux ; c'est la dispenser aussi, en rendant au travail un chef ou un soutien de famille, d'avoir à secourir cette famille rendue misérable par la maladie prolongée de celui qui la fait vivre. Ainsi : l'intérêt du malade, celui de l'Assistance publique, celui de la Société sont d'accord et réclament la création d'hôpitaux spéciaux pour les phthisiques.

J'ajouterai, sans vouloir m'aventurer trop loin sur un terrain où vous êtes incomparablement plus compétent que moi, mon cher Conseiller municipal, que le moment actuel paraît singulièrement favorable à la mesure dont il s'agit, puisque le nombre des lits d'hôpital à Paris s'est montré, dans ces derniers temps, d'une regrettable insuffisance.

L'Assistance publique, en construisant des hôpitaux méridionaux, pourrait y déverser ses phthisiques et disposer ainsi d'un grand nombre de lits à Paris : elle y trouverait son avantage et les malades aussi. — Quant aux médecins, ils auraient là, comme dans tous les hôpitaux spéciaux, de précieux matériaux d'études et des facilités toutes spéciales pour étendre le domaine de nos connaissances en phthisiologie.

Je voulais être bref, et j'ai été très long ; il est pourtant un point que je ne puis me dispenser d'indiquer en terminant : c'est l'utilité qu'il y aurait à créer plusieurs hôpitaux de phthisiques, de façon à pouvoir envoyer les malades dans les climats qui s'adaptent le mieux à la forme de leur

(1) V. *Progrès Médical*, 1878, p. 677.

(2) Il est un chiffre surtout que M. Trélat me paraît avoir forcé au delà de la nécessité : c'est le prix de revient du lit dans un hôpital Tollet, pour lequel M. Trélat accorde 4000 fr. Or, le lit Tollet revient à 2500 fr. à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, et à Bourges, son prix de revient primitif était de 2600 fr. ; des suppressions de lits décidées après coup ont seules élevé ce chiffre.

maladie. J'ai déjà insisté sur ce point, à Montpellier, et réclamé un hôpital dans le Sud-Ouest ; au risque d'être accusé de plaider *pro domo meâ*, je persiste dans cette revendication, parce que je la crois légitime et fondée.

Voilà, mon cher Rédacteur en Chef, ce que j'avais à dire sur les hôpitaux de phthisiques : si j'ajoute, — ce qui n'est pas un mince argument — que, dans tous les pays où ils fonctionnent, ils ont rendu et rendent chaque jour d'incontestables services, il ne me restera plus qu'à m'excuser de vous demander tant de place et à vous envoyer de nouveau l'expression de mes sentiments cordialement dévoués.

H. DE MUSGRAVE CLAY.

Enseignement de l'Odontologie.

Nous recevons de M. le Dr Despeux, de Léognon (Gironde), la lettre suivante :

« Monsieur le Rédacteur,

« Puisque M. le Ministre de l'Instruction publique paraît se lancer dans la voie des réformes et des créations utiles, ne pourriez-vous pas profiter de la publicité de votre estimable journal pour lui faire ressortir tout l'intérêt qu'il y aurait à établir, *à Paris au moins*, une chaire d'odontologie, avec les laboratoires qui en sont la conséquence? Par ce moyen, en même temps qu'on éviterait à ceux qui se destinent à la pratique spéciale de cette partie de notre art, des dépenses très onéreuses, puisqu'ils sont obligés le plus souvent d'aller chercher en Amérique l'instruction qui leur manque en France, on familiariserait tous les jeunes docteurs avec les extractions dentaires, ce qui éviterait tous les ennuis qu'on constate chaque jour dans la clientèle; et l'on pourrait édicter des peines très sévères contre les individus qui, tout en exerçant la profession de perruquier ou de cordonnier, s'intitulent dentistes, avec une effronterie qui n'a d'égale que leur ignorance, et la naiveté des patients qui se confient à leurs soins.

« Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments les plus confraternels.

Dr A. DESPEUX.

A différentes reprises, nous avons signalé dans le *Progrès médical* l'état déplorable de l'enseignement de l'odontologie en France, comparativement à ce qu'il est à l'étranger. Nous appuyant sur ce qui se passait en Amérique, nous avons insisté sur l'utilité, pour la Faculté de médecine, de donner une place à cet enseignement, dont le besoin se faisait sentir plus urgent chaque jour, et nous avons donné pleine approbation à la pétition présentée au Sénat, en 1877, par M. le Dr Andrieux et qui demandait: 1° une loi spéciale établissant que nul ne pourra exercer la profession de dentiste s'il n'est reçu docteur en médecine, ou officier de santé ; 2° la création d'une chaire spéciale pour les maladies de la bouche.

En même temps, nous avons montré l'obligation qui s'imposait pour les médecins odontologistes, en l'absence de tout enseignement officiel, de se grouper et de fonder une école libre où ils formeraient des élèves, qui, astreints pendant un temps suffisant à une pratique journalière, en sortiraient avec l'instruction voulue pour exercer leur profession. C'est, à notre avis, le seul moyen de rehausser en France les études odontologiques, et de leur faire atteindre le niveau scientifique auquel elles sont arrivées dans les autres pays.

VARIA

Medical mathematisme (1) :

Par le Dr E. SEGUIN (de New-York).

VII. Nous pouvons résumer de la manière suivante les éléments progressifs de la médecine qui demandent à être réalisés : 1° besoin d'une rénovation hippocratique ; — 2° application à cette rénovation des instruments d'observation positive ; — 3° substitution de la doctrine de l'unité interchangeable des forces à la polydynamique en physiologie et en pharmacologie ; — 4° application du calcul métro-décimal aux quantités mesurées ou tracées par les méthodes mathématiques ou graphiques ; — 5° adhérence absolue à un plan de Record qui embrasse les éléments précédents dans un vaste système de mathématisme médical.

Nous n'ignorons pas qu'il y a des forces qui s'opposent activement au succès du mathématisme en médecine. La force d'inertie des vieux praticiens, et l'opposition plus agressive de certains jeunes, car nul n'est aussi rétrograde qu'un jeune réactionnaire, produisent nécessairement de l'automatisme dans les études. Ajoutons à cela, pour empêcher encore l'avénement du système métrique, les obstacles qu'apportent certains savants qui ne lui pardonnent pas de ne pas l'avoir inventé, et l'intérêt de quelques éditeurs, propriétaires de journaux-annonces, qui font fortune en traduisant en langage gothique les livres écrits en langage métrique. Mais le plus grand obstacle au progrès en médecine, c'est l'absence ou l'imperfection de l'enseignement du système métrique dans les écoles publiques, et son exclusion dans les écoles spéciales.

Pour ne parler que des écoles d'enseignement de notre profession, leur organisation consiste à faire des cours et à avoir de simples auditeurs, mais elles n'offrent aucune place pour l'*enseignement actif* du système métrique appliqué aux quantités physiologiques et pathologiques, pour la culture des sens médicaux, pour la manœuvre et l'usage des instruments de précision, pour l'étude de la tenue des livres d'observation mathématique et graphique, et pour l'art de lire sur des courbes et des séries de chiffres les fluctuations de la santé et de la maladie. Tels sont les principaux obstacles qui s'opposent à la mathématisation de la médecine.

En revanche, chaque progrès dans les méthodes d'analyse, chaque invention nouvelle d'instruments de précision et chaque avancement des sciences médicales accessoires ajoutent à la force concentrique du principe : *Unité mathématique des sciences.*

Les pharmaciens, à leurs derniers Congrès nationaux et internationaux ont accepté ce principe, et ils préparent une *pharmacopée universelle* dont ce principe sera la base, et dont le système métrique sera le langage quantitatif. Quand cela sera fait, trouvera-t-on encore des professeurs pour enseigner les dosages et les mesures gothiques, et pour refuser dans leur enseignement une place à la tenue des livres d'observation métrique ?

Tous ces obstacles venant à disparaître, où trouvera-t-on un médecin qui puisse prétendre pratiquer avec sécurité pour ses malades et pour sa propre réputation, s'il n'appuie sa pratique des indications que lui fourniront les instruments et les méthodes d'observation ; s'il ne se sert pas ou ne sait pas se servir : du thermomètre clinique pour constater les degrés des pyrexies et leur progression ; du thermomètre de surfaces pour établir la marche des inflammations locales, les localisations cérébrales ou autres, la période dans laquelle se trouve une paralysie non encore observée, etc. ; du spiromètre pour compter et mesurer les inspirations; du dynamomètre, pour mesurer l'inégalité de la contractilité musculaire entre les deux côtés, ou sa diminution progressive ; du galvanisme, de la faradisation ou de l'œsthésiométrie pour déterminer les pertes ou les exaltations de la sensibilité ; du fil à plomb pour constater les déviations de la perpendiculaire, produites par des anomalies de structures, anomalies impossibles à constater sans cela ; du stéréographe de Broca, pour reproduire sur le même plan les côtés opposés d'un corps, comme le cerveau, qui ne pourraient être reproduits avec fidélité par un autre procédé ; des compas et des balances de toutes sortes pour comparer les dimensions et les poids ; des réactifs chimiques pour étudier les modifications des sécrétions, des exhalations, etc. ; du microscope, du microphone, de l'hématomètre, des spectres et des autres instruments qui permettent de pénétrer au delà de la portée naturelle des sens ; de l'optomètre et du phacomètre pour mesurer la vision ; de

(1) Voir les nos 38, 39 et 40.

l'ophthalmoscope et des autres instruments d'observation des organes internes des sens; de la montre et du chronomètre qui furent si longtemps nos seuls instruments de précision et qui, complétés maintenant par le métronome, permettent de découvrir les anomalies du « temps » dans la circulation, la respiration, la parole, etc. ; enfin — car nous n'avons pas la prétention de faire une énumération complète — de tous les instruments compteurs et auto-enregistreurs dont le type est le sphygmographe.

Comme il faut, autant que possible, prévenir les critiques, même les plus absurdes, que l'on pourrait nous adresser, nous dirons que l'emploi de tous ces instruments n'est pas nécessaire dans chaque cas, mais qu'il peut le devenir, d'où la nécessité d'être prêts si le besoin s'en faisait sentir. Mais, serons-nous prêts, si nous n'avons pas acquis leur manœuvre et compris leur mathématique? et ces instruments eux-mêmes seraient-ils à notre portée, si la diversité de leurs échelles nous met dans l'impossibilité de ramener la multiplicité et l'hétérogénéité des symptômes à leur unité pathologique?

Cette question ne nous touche pas seuls. Les physiologistes y sont autant et plus intéressés que nous. Ceux qui ont le plus fait pour sa solution, y travaillent encore. Ainsi, l'inventeur d'un grand nombre d'instruments de diagnostic positif et des instruments graphiques les plus ingénieux employés dans les laboratoires est encore employé, aujourd'hui, à donner à ses instruments cette *unité de temps, d'échelle et de mètre*, qui permettra de faire concorder le résultat des opérations physiologiques avec les autres résultats du mathématisme médical. A ce sujet, M. le professeur Marey m'a remis une note sur la *nécessité de l'uniformité dans les records graphiques*, note qui devait être présentée au Congrès médical international de 1879. La même cause qui en empêcha la lecture complète à Amsterdam, m'oblige encore d'en donner ici, seulement un extrait :

« La méthode graphique, dont l'application s'étend maintenant de la physiologie à la médecine, n'aura pas toute sa valeur tant que ceux qui s'en servent ne seront pas tombés d'accord au sujet du temps, des mesures, des espaces et des règles qui devront uniformiser leurs opérations.

» La plus importante de ces réformes serait de consentir un temps uniforme pour les opérations graphiques ; parce que le tracé d'un acte sur le papier, avec une certaine vitesse du charriot, diffère entièrement d'un autre tracé du même acte, pris avec une vitesse différente, comme le prouvent les graphiques ci-dessous reproduits. (*Fig.* 78).

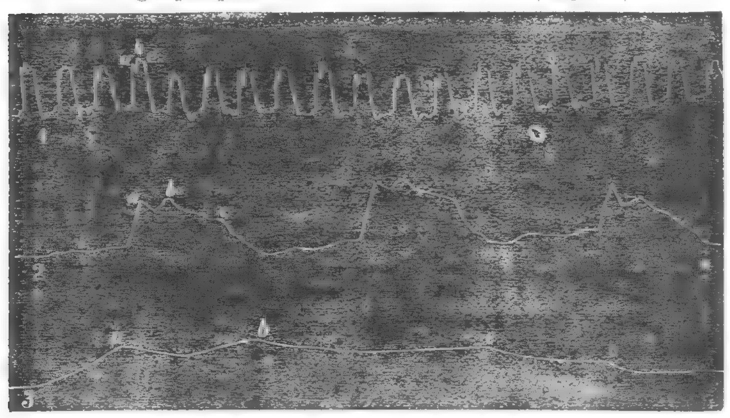


Fig. 78.

« Ces tracés représentent les mêmes pulsations du cœur, prises avec le même instrument, mais avec des vitesses différentes du charriot. C'est ainsi que les ondulations (courbes) *a*, *b*, *c*, bien que communes aux trois tracés, paraissent entièrement différentes.

« Il est également nécessaire de convenir quelle devra être la vitesse, selon l'objet en vue. Pour les observations à faire sur l'homme sain ou malade, je pense qu'il suffirait d'une vitesse uniforme du charriot moteur du papier de 2 centimètres par seconde, vitesse qu'il est aisé d'obtenir avec précision. Pour les expériences de physiologie, j'ai proposé d'autres vitesses ; je soumets ces suggestions aux médecins et aux physiologistes, avec la conviction que plus longtemps nous continuerons d'observer et d'expérimenter sans unité de plan, de temps, etc., plus nous préparons d'éléments de chaos au lieu de matériaux pour la science. »

Ce savant professeur travaille donc, de son côté, à réaliser les idées que nous cherchons à faire prévaloir ; c'est ce qui explique le chaleureux intérêt qu'il porte au plan d'uniformité médicale, et qu'il m'exprimait dans la lettre suivante :

Paris, 16 juillet 1879.

Mon cher confrère,

Je regrette de ne pouvoir me rendre au Congrès de Cork. J'aurais été heureux de vous applaudir dans votre belle entreprise d'unification des mesures dans les sciences médicales. Vous réussirez, j'en suis sûr, et cela prochainement. Pourquoi ajournerait-on l'adoption d'une mesure dont la nécessité devient chaque jour plus impérieuse.

Je vous adresse tous mes vœux avec l'expression de ma respectueuse amitié. MAREY.

Faculté de médecine de Paris.

Médecine opératoire, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. Ecole pratique, rue Vauquelin, 2. — M. le Dr DURET, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mercredi 20 octobre 1880, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. — MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront : 1° se munir d'une carte délivrée au secrétariat de la Faculté, carte attestant qu'ils ont 16 inscriptions et acquitté les droits réglementaires; 2° se faire inscrire immédiatement après à l'École pratique, bureau du chef du matériel, de 1 heure à 4 heures, à partir du 15 inclusivement ; — NOTA. Les bureaux du secrétariat de la Faculté seront ouverts, pour la délivrance des cartes, le vendredi 15 et jours suivants de 1 heure à 4 heures.

Chaire de pathologie externe. — Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 9 octobre 1880, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Hôpitaux de Paris. Concours pour la nomination à deux places de médecins adjoints du service des aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière.

Ce concours sera ouvert le mercredi 1er décembre 1880, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 30 octobre, et sera clos le lundi 15 novembre 1880, à trois heures.

Conditions et programme du Concours. — Les candidats qui se présentent aux concours ouverts pour les places de médecin-adjoint des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de 28 ans au moins. Ils doivent justifier, en outre : Soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés, et d'une année de doctorat. Soit encore de cinq années de doctorat.

Les candidats doivent se présenter au secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Cinq jours après la clôture du registre d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'Administration pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration. Le jury du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de sept membres, savoir : Quatre médecins tirés au sort parmi les médecins aliénistes des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, en exercice ou honoraires et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne, après cinq ans d'exercice, et trois médecins tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires.

Les épreuves du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante ; 1° Une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures; — 2° Une épreuve clinique commune sur un malade. Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le Jury après cinq minutes de réflexion. — 3° Une épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade. Il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade, et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion. — 4° Une épreuve écrite comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation. La lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante; — 5° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades et trente minutes pour la dissertation orale après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour la première épreuve écrite 30 points. Pour l'épreuve clinique commune 20 points. Pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales, à un seul malade 20 points. Pour la deuxième épreuve écrite 30 points. Pour l'épreuve clinique sur deux malades 30 points.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — M. le Dr Ch. Abadie commencera ses leçons de clinique ophthalmologique, le mardi 19 octobre, à deux heures, à sa clinique, 172, boulevard Saint-Germain, et les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Accouchements. —M. Loviot reprendra son cous théorique et pratique d'accouchements, à partir de lundi, 18 octobre. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 10, rue Hautefeuille, de 3 à 5 heures.

FORMULES

Mixture contre l'Anorexie

63. M. Huchard a fréquemment l'occasion de prescrire une préparation apéritive, qui réussit très bien chez des sujets dont il est nécessaire de stimuler l'appétit; voici la formule qu'il emploie d'ordinaire :

Eau	250 grammes
Eau distillée de menthe	10 —
Teinture de gentiane	10 —
Teinture d'écorces d'oranges amères	10 —
Teinture de badiane	15 —
Teinture de Cardamome composée	3 —
Gouttes amères de Baumé	2 —

Filtrez. Donner une cuillerée à soupe, dix minutes avant chaque repas.

64. Pommade contre le pemphigus gangréneux. Stokes.

Feuilles fraîches de scrofulaire noueuse	250 grammes
Axonge	250 —
Suif	125 —

Faites bouillir le tout ensemble à un feu doux, jusqu'à ce que les feuilles soient devenues friables, et passez avec expression à travers un linge. — Cette pommade est recommandée par le Dr Stokes dans le traitement du pemphigus gangréneux. On prescrit en même temps un bon régime, et l'usage des ferrugineux unis aux préparations amères (1200 *formules*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 1er octobre au jeudi 7 octobre 1880, les naissances ont été au nombre de 1053, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 378; illégitimes, 137. Total, 512. — *Sexe féminin :* légitimes, 410; illégitimes, 131. Total, 541.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 1er octobre au jeudi 7 octobre 1880, les décès ont été au nombre de 849, savoir : 467 hommes et 382 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* Fièvre typhoïde : M. 15. F. 23. T. 38. — Variole : M. 13. F. 8. T. 21. — Rougeole : M. 3. F. 5. T. 8. — Scarlatine : M. 2. F. 2. T. 4. — Coqueluche : M. 7. F. 7. T. 14.— Diphthérie. Croup : M. 17. F. 15. T. 32.—Dysentérie : M. ... F. . T. .— Erysipèle : M. 3. F. 1. T. 4. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 75. F. 65. T. 130. — Autres tuberculoses : M. 25 F. 17. T. 22. — Autres affections générales : M. 16. F. 26. T. 42. — Bronchite aiguë : M. 7. F. 12. T. 19. — Pneumonie : M. 23. F. 15. T. 38. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 63. F. 36. T. 99. — Autres maladies locales : aiguës : M. ... F. ... T. ... ;— chroniques : M. ... F. ... T. ... ; — à forme douteuse : M. ... F. ... T. ... — Après traumatisme : M. 1. F. .. T. .. — Morts violentes : M. 25. F. 6. T. 31. — Causes non classées : M 4. F. 2. T. 6.

Morts-nés et prétendus tels : 80 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 31; illégitimes, 18. Total, 49. — *Sexe féminin :* légitimes, 20; illégitimes, 11. Total, 31.

Concours de l'internat. — Ce concours a commencé le lundi, 11 octobre, à midi, dans le grand ampithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 4.

Jury : Le jury se compose de : *Médecins :* MM. Bernutz, Hayem, Dumontpallier, Labadie-Lagrave : *Chirurgiens :* MM. Humbert, J. Lucas-Championnière, Monod.

Epreuve écrite : L'épreuve écrite a eu lieu le 11 octobre. Le sujet de la composition était : *Voile du palais : Erysipèle spontané de la face.* Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : *Muqueuse de l'intestin grêle : Symptômes, marche et diagnostic de la fièvre typhoïde ;— Ombilic ; Hernie ombilicale.* La lecture des compositions a commencé le mercredi 13, à quatre heures, elle se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les premières séances seront consacrées à la lecture des copies des volontaires d'un an.

Ecole de médecine de Reims. — Un Concours sera ouvert à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, le lundi 15 novembre 1880, pour un emploi de chef des travaux chimiques. — Les conditions exigées sont d'être : soit docteur en médecine, soit licencié ès sciences, soit pharmacien de première classe. Le traitement alloué est de 1,000 francs par an.

Ecole d'anthropologie. — M. Mathias Duval, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est nommé directeur du Laboratoire

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71
Le rédacteur-gérant : Bourneville.

d'anthropologie et professeur à l'Ecole d'anthropologie, en remplacement de M. Paul Broca, décédé.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Un concours pour *quatre* places d'internes des asiles aura lieu dans les premiers jours de décembre.

Médecins de colonisation. — Sont nommés médecins de colonisation : MM. Rivière, à Rebeval; — Triviot, à Ain-Bessem; — Lestourgie, à Duperré; — Labouré, à Tablat; — Fournier, à Rovigo; — Joubert, à l'Oued Todda.

Mortalité des médecins. — Hecker confirme par sa statistique ce fait déjà bien connu que la durée de la vie des médecins est notablement plus courte que la moyenne. Escherich a dressé, à ce point de vue, une statistique de laquelle il résulte que, en Bavière, sur 100 individus, 53 pasteurs protestants, 41 professeurs, 39 avocats ou magistrats, 34 prêtres catholiques, et 26 médecins seulement arrivent à l'âge de 50 ans (*Lyon Médical*).

Élèves sage-femmes. — Par décision de M. le recteur de l'Académie, l'ouverture de la session d'examen pour l'admission des élèves sage-femmes à l'hôpital des Cliniques, est fixé au lundi 25 octobre courant. Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 21, trois heures de l'après-midi.

Nécrologie. — M. le Dr Giov. Polli, de Milan, a succombé prématurément, il y a quelques semaines. Comme promoteur de la crémation en Italie, il a voulu que son corps fut incinéré.

Le professeur Ludwig von Buhl est mort dernièrement à Ebenhaüsen, près Munich. Il s'occupait de l'hygiène et spécialement des influences telluriques dans la production des épidémies. On lui doit également des travaux sur divers points de l'anatomie pathologique et notamment sur la tuberculose. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Azais, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Avis. — On demande à l'hôpital d'Auxerre (Yonne), un élève en pharmacie ayant fait son stage, et passé une partie de ses examens, pour remplir le poste de pharmacien de l'hôpital. Appointements 15 à 1800 francs. En plus, le pharmacien est logé, nourri, chauffé, éclairé, etc. Le service commence vers 9 heures pour finir à 3 heures de l'après-midi. La préférence serait accordée à un pharmacien muni du diplôme. S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE

Coliques de plomb observées dans la clientèle d'un boulanger. Observation de quelques cas isolés. Un seul cas de mort;

Par le Dr L. CALMELS (de Carmaux).

La commune de Blaye d'Albi (Tarn) vient d'assister au développement et aux progrès d'une maladie qui, pendant les mois de juin et juillet, s'est étendue à plus de 50 habitants sur une agglomération de 450 environ.

Voici la description générale de cette affection :

Prodromes variant entre huit et quinze jours, rarement trois semaines, et caractérisés par un état gastrique et un sentiment de courbature générale. Les malades n'avaient plus d'appétit, traînaient, perdaient de leur poids et portaient tous, avant de prendre le lit, un liséré grisâtre au collet des dents. Tout à coup, les symptômes s'accentuaient et les patients accusaient des douleurs vives, lancinantes au niveau de l'ombilic, s'irradiant aux hypochondres et aux lombes. Pas de météorisme, contracture des muscles droits, rétraction du ventre, en bateau. Ils se roulaient sur leur lit, se couchaient à plat ventre, ou interposaient un oreiller. Tel malade éprouvait la sensation d'une corde qui l'étreignait, il semblait à tel autre qu'on lui arrachait les viscères. Par la palpation, on sentait que les intestins étaient durs et comme revenus sur eux-mêmes. On faisait, en outre, voyager quelques gaz dont le déplacement donnait lieu à du gargouillement. D'autre part, si on pressait légèrement l'abdomen avec le doigt, on déterminait un redoublement de douleurs qui, au contraire, étaient singulièrement calmées quand on appliquait largement la main sur le ventre.

Du côté des voies digestives : gingivite avec liséré ardoisé comme nous l'avons dit plus haut, et s'étendant quelquefois à la muqueuse buccale sous forme de plaques grisâtres. Langue sèche, quelquefois humide, toujours sale, dégoût pour toute sorte d'alimentation; le goût était fade, la salive douceâtre, épaisse, blanche et abondante, il semblait aux malades qu'ils avaient « du fumier dans la bouche. »

Etat nauséeux d'abord, puis vomissements abondants, aqueux, bilieux et rarement muqueux. Le hoquet survenait fréquemment, il succédait à de nombreuses éructations ou les précédait. La constipation était opiniâtre et ne cédait qu'à l'administration de purgatifs énergiques et répétés, même quand il s'agissait de drastiques. En interrogeant les malades, on apprenait toujours qu'ils avaient eu des selles ovillées. « Ces boules étaient tellement dures qu'il aurait fallu un marteau pour les écraser, disait l'un d'eux. »

Les membres étaient le siège de douleurs rhumatoïdes sur leur continuité et dans les articulations, ils se refroidissaient facilement, surtout lorsque les efforts des vomissements provoquaient une abondante sudation. La peau prenait une teinte subictérique très apparente sur les sclérotiques. L'un d'eux avait une vraie jaunisse; néanmoins, les urines, additionnées de quelques gouttes d'acide nitrique, n'ont jamais présenté la coloration jaune verdâtre caractéristique de l'ictère.

Le rétablissement du cours des matières amenait généralement une sédation dépassant rarement un septenaire, puis rechute et retour des accidents entraînant avec eux un profond amaigrissement et la cachexie.

Du côté de la circulation, le pouls était plein au début, petit après les premières rechutes et pendant les crises. Rien au cœur; l'état fébrile était nul. Du côté du système nerveux, rien à noter si ce n'est un léger tremblement des mains chez quelques-uns, disparaissant au bout de quelques jours pour reparaître avec la prochaine épreuve. Du côté des organes des sens, l'acuité de la vue s'affaiblissait à droite chez quelques-uns. Deux ou trois observations de rétention partielle d'urine. Dans l'intervalle des crises, aucun malade ne recouvrait complètement l'appétit.

Cette maladie a atteint les hommes adultes dans la proportion de 4 sur 5 et les femmes de 1 sur 4. Les vieillards et les enfants ont été épargnés. — Un fait qui méritait d'être noté est celui-ci :

De deux boulangers qui distribuent leur pain aux habitants de Blaye, l'un se portait bien et sa clientèle encore mieux; l'autre partageait la maladie avec sa femme, et tous les malades mangeaient son pain. Citons, pour être exact, une seule famille qui consommait sa propre farine et cuisait sa pâte chez le premier boulanger; nous expliquerons ce fait dans nos conclusions. A Labastide, commune voisine, on observait en même temps un certain nombre de malades, tous alimentés par le second boulanger. Nous devons à la vérité de signaler encore une exception en faveur d'une autre maison qui a été assez éprouvée, et qui fabriquait et cuisait le pain chez elle. Nous expliquerons également ce fait. La famille de l'instituteur de Taïx, autre bourg voisin, a été atteinte; elle achetait le pain désigné.

Le diagnostic s'imposait évidemment et l'on ne pouvait songer qu'à la colique de plomb, surtout si on rapprochait ces phénomènes pathologiques des suivants : Nous étions appelé dans la seconde quinzaine de mai à Rosières, village situé aux portes de Carmaux. Il s'agissait d'une maison dans laquelle le mari, la femme et un ouvrier étaient atteints depuis trois mois des symptômes que nous venons d'énumérer. Ici, toutefois, en raison de l'ancienneté de la maladie, nous avons constaté, en outre, les troubles suivants : 1° chez le mari : tremblement des mains, n'ayant aucun rapport avec l'alcoolisme, contractibilité fibrillaire des zygomatiques, de l'orbiculaire des paupières, du buccinateur; paralysie partielle de la langue se manifestant par l'hésitation dans l'expression des mots et la répétition. Diminution de la force musculaire, surtout au membre supérieur droit; affaiblissement de la vue, cachexie, rétraction du foie très manifeste, pas de céphalalgie, hyperesthésie de la plante des pieds allant jusqu'à l'impossibilité de les appuyer sur le sol; 2° chez l'ouvrier : l'état symptomatique était le même, à cela près que le tremblement était encore plus accentué. Il s'étendait aux membres supérieurs et inférieurs, aux muscles du tronc et de la face; la tête elle-même oscillait sur les épaules, mêmes phénomènes

du côté de la langue; 3° chez la femme : elle accusait une céphalalgie intense et des douleurs abdominales. Quelques jours après, la céphalalgie faisait place au coma et la malade mourait après deux crises épileptiformes. Les deux enfants du cordonnier ont conservé longtemps un liséré très apparent, ils sont pâles, anémiés, mais ils n'ont eu aucun accident.

Le diagnostic ici ne paraissait pas douteux et l'on ne pouvait soupçonner, à notre avis, qu'une intoxication saturnine. Le traitement a été celui que conseille Grisolle. Purgatifs drastiques, donnés concurremment avec l'opium et à des doses élevées; lavements purgatifs au séné, à la mercuriale et au sulfate de soude ; l'iodure de potassium à petites doses, à titre de contre-poison.

En comparant les manifestations morbides de Blaye avec celles de Rosières, on ne trouvait de différence que dans l'état de gravité de la maladie. Quant à la cause productrice elle ne semblait pas devoir être cherchée dans les mêmes éléments.

Une enquête provoquée par la préfecture a confirmé le diagnostic : coliques de plomb; mais, les analyses auxquelles se sont livrés quelques-uns des membres du Conseil d'hygiène n'ayant encore donné aucun résultat positif au point de vue de la constatation rigoureuse du métal, nous avons résolu de faire appel aux lumières de M. le professeur Filhol, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse.

Nous avons soumis à l'analyse de M. Filhol : 1° de l'eau et deux échantillons de pain provenant de deux clients du boulanger intoxiqué, et dont la fabrication remonte aux derniers jours de mai pour l'un, et aux premiers jours de juillet pour l'autre ; 2° du vin et de la farine du cordonnier de Rosières.

L'eau de Blaye et le vin de Rosières ne renferment pas de traces de plomb. Quant à la farine du cordonnier et au pain du boulanger, nous cédons la parole à M. Filhol :

Toulouse, 4 septembre 1880.

« Monsieur et honoré confrère,

« J'ai fini d'examiner la farine dont vous m'avez envoyé un échantillon et j'y ai constaté de la manière la plus positive l'existence du Plomb. Les réactions ont été de la netteté la plus parfaite. Il faut beaucoup plus de précautions pour trouver le plomb dans le pain, parce que le sel qu'on y a ajouté produit du chlorure de plomb qui se volatilise un peu pendant l'incinération, mais on l'y trouve aussi.

« Recevez, etc.

FILHOL.

Si nous ajoutons que la mouture de Rosières comme celle du boulanger de Blaye provient de l'usine d'un de nos plus honorables industriels, très excusable de ne pas connaître le danger de boucher les éveillures des meules avec le plomb, nous concluerons : 1° que l'empoisonnement par le plomb a eu son point de départ à Blaye, Labastide et Taïx chez le boulanger malade dont les farines ont été intoxiquées au contact des meules du minotier; 2° que la farine du cordonnier de Rosières, reconnaissant la même origine et ayant produit des effets identiques, doit être seule la cause des accidents saturnins que nous avons décrits. Nous en dirons autant des deux cas isolés de Blaye et Labastide.

Actuellement et depuis un mois, tous nos malades sont guéris et l'on n'observe pas plus de récidives que de nouveaux cas.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. *Legs Lefranc de Pompignan.*— M. Lefranc de Pompignan vient de léguer, en mourant, à la ville de Toulouse, une rente annuelle de 1500 francs, destinée à fournir à l'élève de 3e année de l'École de médecine de cette ville, le plus méritant et le moins favorisé de la fortune, toutes facilités de compléter ses études à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

De l'amputation ostéoplastique de la jambe (1);

Par le Dr Alexandre TAUBER, professeur agrégé à l'Université de Varsovie.

Dans les observations qui vont suivre, le procédé opératoire employé n'ayant pas été, pour trois cas, celui de Pirogoff, nous aurions peut-être pu ne pas publier les observations se rapportant à ces trois cas. Nous avons cru cependant devoir le faire, parce que, dans la discussion que comporte notre travail, nous nous appuyons sur le résultat de ces observations.

OBS. V et VI. — Au mois de décembre 1877, plusieurs soldats furent transportés à l'ambulance militaire provisoire n° 69, installée dans le village de Bagotte, près de Plewna. La plupart d'entre eux avaient les pieds gelés. Nous dûmes très souvent recourir sur eux à divers procédés d'amputations partielles du pied : Lisfranc, Chopart, etc. Nous pratiquâmes, pour notre part, trois fois sur ces blessés l'amputation ostéoplastique de la jambe. Deux fois, le procédé de M. L. Le Fort fut employé et nous sciâmes le calcanéum horizontalement. Malheureusement, ces deux blessés succombèrent : l'un d'eux mourut à la fin de la 2e semaine, et l'autre peu après l'opération.

Les recherches anatomo-pathologiques nous ont convaincu que, à la suite de l'opération d'après le procédé de M. Le Fort, le calcanéum a une grande tendance à se déplacer en arrière, car les deux surfaces osseuses sciées (tibia et calcanéum) ne se touchent pas intimement ; l'extrémité du tibia appuie contre la partie antérieure du calcanéum ; en outre, la surface antérieure cartilagineuse du calcanéum maintient la suppuration du moignon, et empêche la peau de se cicatriser par première intention. Enfin, malgré tous nos efforts pour scier le calcanéum *tout à fait* horizontalement, nous devons avouer que nous ne pûmes y parvenir. Nous obtînmes toujours une surface plus ou moins inclinée d'arrière en avant et de haut en bas ; et nous attribuons cette irrégularité de la section à l'insertion du tendon d'Achille qui empêchait l'introduction et la marche de la scie, forçait le chirurgien à incliner toujours le calcanéum en bas pendant l'opération. Ce n'est pas tout, après l'opération, cet os, en raison de sa face plantaire, subit forcément un mouvement de bascule, qui accentue encore l'obliquité de sa surface de section.

OBS. VII. — On transporta dans le même hôpital un soldat dont les deux pieds étaient gelés. A gauche, presque tout le pied était mortifié ; à droite, la mortification remontait jusqu'au-dessus des malléoles. La ligne de démarcation était bien dessinée; elle présentait, sur le pied gauche, la direction suivante : sur les faces dorsale et plantaire du pied, elle arrivait presque jusqu'à l'articulation de Chopart : en dehors, elle aboutissait à la malléole externe et arrivait presque jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille ; elle atteignait la face plantaire du pied au niveau de l'interligne médio-tarsien. Comme il s'agissait, dans le cas présent, d'une amputation double, nous avouons que nous ne nous décidâmes pas bien volontiers à couper les deux jambes. Nous fîmes l'amputation ostéoplastique de l'extrémité gauche, mais d'après un procédé qui, croyons-nous, n'a pas encore été employé jusqu'ici. Nous utilisâmes le mode opératoire de Malgaigne pour la sous-astragalienne.

Sur le dos du pied, en avant de l'articulation de Chopart, nous pratiquâmes une incision courbe à convexité antérieure qui fut portée, en dehors, jusqu'à la partie la plus reculée de la face externe du calcanéum. Sous la plante, fut tracée une incision, répondant à l'axe du pied, qui, en arrière, vint rejoindre l'incision externe. La désarticulation fut faite dans l'interligne tibio-tarsien. L'astragale et la partie externe du calcanéum étaient nécrosés.

Le premier os fut extirpé, puis le calcanéum séparé du cuboïde, l'avant-pied fut achevé d'enlever, les deux malléoles

---

(1) Voir le n° 42.

sciées, et nous nous mîmes en devoir de faire l'ablation de la portion mortifiée du calcanéum.

Pour cela, l'aide mettant la face externe de l'os bien à découvert, nous saisîmes la partie externe avec un davier, et, avec une scie étroite, nous le coupâmes verticalement de haut en bas, suivant un plan parallèle à son axe antéro-postérieur. Un peu plus d'un centimètre de l'os fut ainsi enlevé. Cela fait, nous fîmes exécuter au lambeau osséo-cutané un mouvement de torsion, nous mîmes en rapport la surface sectionnée du tibia et la surface externe du calcanéum, et les lèvres de la plaie furent réunies par une suture simple, bien que le tendon d'Achille, conservé à ses insertions, eût été retourné sur lui-même, et qu'à la rigueur on eût pu craindre qu'il ne vînt renverser le calcanéum et compromettre l'union des os.

Ce malade ne fut soigné par nous que peu de temps. Vers le mois de janvier 1878, nous fûmes appelé à Adrianopol, et nous dûmes le laisser dans une ambulance de la redoute Grivitz. Nous ne pûmes savoir ce qu'est devenu cet homme, et, si nous en avons parlé ici, c'est seulement pour mentionner une modification opératoire que la nécessité nous avait imposée.

Obs. VIII. — Au mois de février 1878, nos troupes ayant occupé Adrianopol, on y dirigeait tous les malades et blessés qui se trouvaient au delà des Balkans. Nous y vîmes un charretier qui, en transportant des vivres pour l'armée, avait eu un pied gelé. Cet homme était un paysan de la petite Russie, entre les deux âges. Malgré une congélation de tout l'avant-pied et d'une partie du talon, il parcourut le chemin compris entre les Balkans et la ville de Sophia. C'est de cette ville qu'on le dirigea sur l'hôpital de division d'Adrianopol.

Au premier examen, nous fûmes frappés de la perte presque complète de toute la partie du pied antérieure à l'interligne de Lisfranc. Les orteils et les métatarsiens s'étaient séparés d'eux-mêmes ; à leur place, on trouvait une belle surface granuleuse. Dans ce cas, nous ne pouvions songer à nous adresser à l'opération de Chopart, la peau de la plante étant mortifiée presque jusqu'au talon ; il ne nous restait plus qu'à choisir entre l'amputation ordinaire du pied et l'amputation ostéoplastique de la jambe ; la préférence fut donnée à cette dernière.

Incisions du procédé classique de Pirogoff. Désarticulation, section de la surface cartilagineuse de la jambe suivant une direction oblique d'avant en arrière : section également oblique du calcanéum avec une scie ordinaire. Sutures osseuses. Possédant à Adrianopol les pièces du pansement de Lister, nous en fîmes l'application sur ce blessé. Il n'y eut pas de fièvre. Les premiers jours, on fut obligé de changer souvent le bandage antiseptique. Neuf jours après l'opération, nous pûmes enlever à la fois toutes les sutures et le drain. Bientôt après, nous dûmes partir et confier ce malade aux soins de nos collègues.

Le 15 juillet de la même année, allant de Pétersbourg à St-Stéphano par Odessa, nous retrouvâmes notre opéré à l'hôpital de quarantaine de cette dernière ville : sa plaie était complètement guérie. Le moignon n'était pas douloureux. Il était coiffé d'une peau épaisse ; le calcanéum greffé était complètement soudé au tibia.

L'opéré marchait librement, en s'aidant toutefois d'une canne. Nous devons dire qu'il appuyait son moignon avec beaucoup de précaution sur le sol, par crainte de perdre l'équilibre.

Avant de résumer nos propres observations, nous croyons nécessaire d'exposer, en peu de mots, les arguments en vertu desquels quelques chirurgiens ont renoncé à l'amputation ostéoplastique de la jambe.

Lorsque, en 1852, le chirurgien russe Nicolas Pirogoff proposa de remplacer la désarticulation du pied (d'après le procédé Syme) par l'amputation ostéoplastique de la jambe, qu'il appela « le prolongement ostéoplastique des os de la jambe après la désarticulation du pied, » la littérature médicale présenta beaucoup d'objections contre l'adoption de cette nouvelle idée dans la chirurgie opératoire.

Toutes ces objections se réduisent aux 5 points suivants :

A. On doutait que le calcanéum pût se souder avec la surface sciée du tibia. — B. On disait que la technique de l'opération de Pirogoff était très compliquée et par cela inaccessible à un chirurgien peu expert. — C. On affirmait que le moignon obtenu par l'amputation ostéoplastique de la jambe était peu praticable. — D. On craignait qu'après avoir scié le calcanéum, il ne restât dans la plaie une partie suspecte de l'os et qu'il ne se produisît, par conséquent, une récidive de la maladie des os. — E. Les chirurgiens américains renonçaient à l'amputation ostéoplastique, parce que le moignon qui en résultait devait présenter beaucoup de difficulté à l'application d'un appareil prothétique.

A. — Par rapport au premier point, nous ne croyons pas que la crainte de ne pas voir s'établir la soudure des deux os sciés, puisse être une cause qui doive faire renoncer les chirurgiens français à l'ostéoplastie, surtout après les travaux si bien étudiés du professeur Ollier (1) sur la croissance et le développement des os, travaux qu'il appuya par diverses observations cliniques. Il s'exprime ainsi dans son ouvrage : « Nous avons vu, dans la partie expérimentale, que le calcanéum se reproduit d'une manière très remarquable pour l'accomplissement des fonctions du pied chez le chien et chez le lapin ; chez l'homme, on aura des résultats aussi satisfaisants (*Loc. citat.*, p. 271). » Grâce aux études de ce savant chirurgien, la question de l'ostéoplastie ne cesse pas d'être chez nous, en Russie, l'objet d'observations scientifiques. Le Dr N. Yakimovith (2) a publié encore tout récemment une série d'expériences, qui prouvent que les fragments d'os privés de leurs parties molles et de leur périoste, séparés de l'os tubulaire et de nouveau mis à leur place, se soudent complètement.

Si nous nous tournons maintenant vers la littérature étrangère, il ne sera guère difficile de trouver plusieurs cas d'amputation ostéoplastique de la jambe, où, longtemps après l'opération, il a été fait un examen microscopique précis qui a démontré la soudure complète des os. Ainsi, Linhart (3) dit qu'après avoir examiné le moignon d'un paysan, mort trois ans après l'opération ostéoplastique de la jambe, il trouva que la soudure des os était complète, les lamelles oseusses paraissaient être, en cet endroit, plus épaisses et plus nombreuses, les canaux médullaires plus étroits et moins nombreux que dans les autres parties de l'os.

Nous voyons également que le chirurgien anglais Lowe (*Lancet*, 1866, Febr. 10) pratiqua l'amputation ostéoplastique de la jambe après avoir d'abord râclé toute la partie carieuse de l'os, de sorte qu'il ne restait que la capsule composée du périoste et d'une petite couche d'un tissu compacte. Néanmoins, la guérison arriva par première intention, la capsule osseuse s'était remplie d'un tissu compacte et formait un appui très commode pour le pied.

Nous ne voulons pas fatiguer le lecteur en citant encore plusieurs exemples semblables. On les trouvera

(1) Ollier. — *Traité expérimental et clinique de la régénération des os.* Paris, 1867.

(2) In Gazette Médicale. « *Wratch* », publiée sous la direction du professeur de Manassein, 1880, n° 29

(3) *Würzburger medecin. Zeitschrift*, 1863, page 213, fig. 5.

d'ailleurs très bien recueillis dans l'ouvrage du Dr Max Schede (1) (*Ueber partielle Fussamputationen*).

B. —En ce qui concerne le second point, il nous suffira de citer les paroles de M. le professeur Verneuil pour convaincre tous les chirurgiens qu'il y a utilité à faire cette opération, ainsi que le prescrit Pirogoff. M. Verneuil s'exprime ainsi : « J'ai répété à l'amphithéâtre le procédé de M. Pirogoff, et je dois reconnaître que la manœuvre est incontestablement plus rapide et plus facile que lorsqu'on est obligé de détacher les parties molles du calcanéum » (2).

Nous croyons devoir exposer, dès à présent, les divers procédés qui ont été proposés par les auteurs pour l'amputation ostéoplastique de la jambe.

Quelques chirurgiens, ayant fait remarquer qu'en sciant perpendiculairement le calcanéum, ainsi que le conseillait au commencement M. Pirogoff, il était quelquefois difficile de rabattre l'os transplanté sur la surface sciée de la jambe, M. Guenter (3) proposait, dès 1853, d'introduire comme règle générale qu'on devait scier le calcanéum obliquement.

M. Pirogoff fit son profit de cette remarque, et, dans son ouvrage publié en russe, en 1852, il dit que la tension du tendon d'Achille est produite : *a*) parce que le calcanéum a été scié trop perpendiculairement, ou *b*) parce que le tibia n'a pas été suffisamment scié. Par conséquent, il conseille de scier le calcanéum obliquement, lorsqu'il n'y a pas de danger de laisser dans le moignon la partie affectée de l'os.

M. Busk (4), dans l'amputation ostéoplastique de la jambe, s'occupe beaucoup de la direction dans laquelle le calcanéum doit être scié. Il prescrit de laisser la plus grande partie possible du calcanéum, en éloignant seulement la surface articulaire. Dans ce but, M. Busk place la scie près du bord postérieur de la surface articulaire du calcanéum, et scie obliquement en bas jusqu'au cuboïde. Ce procédé présente les avantages suivants : *a*) la partie d'os transplantée touche par une surface plus grande la surface sciée de la jambe ; *b*) on évite la tension du tendon d'Achille ; *c*) le lambeau cutané n'est pas tordu si fortement que dans le procédé de Pirogoff ; *d*) la partie de la tubérosité calcanéenne, qui, dans les conditions normales, touche la terre, conserve le même point d'appui.

Nous ne voulons pas examiner les arguments de M. Busk parce qu'ils sont, comme on pourra le voir, presque les mêmes que ceux de M. Le Fort, qui proposa un procédé spécial pour l'amputation ostéoplastique de la jambe, procédé qui porte son nom dans les manuels modernes de chirurgie opératoire.

MM. Schultz, Watson, Pirrie, proposent de commencer l'opération de Pirogoff par le sciage du calcanéum, de bas en haut, après avoir séparé préalablement le lambeau cutané du talon. Ils terminent l'opération par une incision circulaire entre les malléoles et ils les scient sans ouvrir l'articulation tibio-tarsienne ; les auteurs mentionnés croient faciliter par là la technique de l'opération. Un chirurgien russe, M. le Dr E. Pelikan, proposait aussi un procédé de l'amputation ostéoplastique de la jambe, par lequel on n'avait pas besoin d'ouvrir l'articulation tibio-tarsienne. Mais, précisément, cette dernière condition — de ne pas ouvrir l'articulation — présentait un inconvénient grave sous le rapport du diagnostic : il est, en effet, très difficile à l'opérateur de reconnaître jusqu'à quelle profondeur le calcanéum est affecté, et, par conséquent, il ne peut pas savoir quelle longueur il en faut scier.

M. Bruns (1) dit que c'est son père qui conseillait encore de scier le calcanéum dans la direction horizontale ; pour lui, il propose une modification spéciale : afin que l'os transplanté ne se déplace pas, il scie dans le calcanéum une partie arquée d'os, de manière que ce calcanéum possède une cavité en forme de fossette ou de petit canot, ensuite, à l'aide de la scie, il arrondit l'extrémité inférieure du tibia ; et il l'introduit dans l'enfoncement du calcanéum. Nous nous permettons de faire remarquer à propos de ce procédé, d'abord que l'auteur lui-même en dit : « Ce procédé n'est bon que dans les cas où tout le calcanéum ou du moins sa surface articulaire est tout à fait saine, tandis que le procédé de Pirogoff exige seulement que la tubérosité postérieure du calcanéum soit intacte. (2) » Ensuite, et cela résulte de nombreuses expériences sur le cadavre dans lesquelles nous avons essayé de pratiquer ce procédé, que le chirurgien doit posséder l'habileté du tourneur pour scier dans le calcanéum une surface aussi sphérique que celle qu'on obtient après avoir arrondi l'extrémité du tibia. La technique de ce procédé est d'une exécution extrêmement difficile, et, jusqu'à présent, elle n'a pas trouvé son application, ni entre les mains des chirurgiens allemands, ni entre celles des chirurgiens russes.

Nous ne nous sommes arrêté sur ce procédé que parce que, dans le manuel du Dr Esmarch, traduit dernièrement en français (3), il est décrit à côté des autres procédés de l'amputation ostéoplastique de la jambe, qui sont, d'après l'opinion de l'auteur, d'une facile application dans la chirurgie de guerre. *(A suivre.)*

(1) *Sammlung klinischer Vorträge hevausgegeben von* Prof. Volkmann, nos 72-73.

(2) Verneuil.— *Mémoires de Chirurgie*, t. II, *Amputations*. Paris, 1880, page 671.

(3) *Leitfaden zu den Operationen am menchlichen Kœrper.* 1 Theil. p. 137 ; et, du même auteur : *Lehre von den blutigen Operationen*. Leipzig, 1853, page 51.

(4) *Hancock a course of lectures on the anatomy and surgery of the human foot* in *The Lancet*, 1866, t. II, p. 116.

CLINIQUE MÉDICALE

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — **M. LECORCHÉ.**

Kystes hydatiques de l'hémisphère gauche du cerveau (zône motrice). — Épilepsie partielle du membre supérieur droit ;

Par G. BALLET et F. LALESQUE, internes des hôpitaux.

Le malade dont il s'agit a été observé à la Maison municipale de Santé, dans le service de LECORCHÉ ; le cerveau a été examiné au laboratoire de M. CHARCOT, à la Salpêtrière.

Bal., 41 ans, écrivain au chemin de fer du Nord, est né de parents très irritables : la mère surtout avait de fréquents accès de colère : elle se plaignait en outre souvent de maux de tête. Aîné de trois rhumatisants, il n'eut jamais de rhumatismes ; à 16 ans, fièvre intermittente à type tierce qui dura 10 mois et céda au sulfate de quinine, et peu de temps après, pneumonie qui s'accompagna d'un délire violent.

Il y a 20 ou 22 ans, petite grosseur boutonneuse sur la face interne du prépuce, petite grosseur que le malade pense avoir été un chancre, il n'y eut pas de bubon de l'aine. On ne peut savoir si ledit chancre fut suivi de ro-

(1) *Archiv. v. Langenbeck*, 1876, p. 655.

(2) *Loc. cit.* p. 656.

(3) Dr Esmarch. — *Chirurgie de guerre*, traduit par le Dr Rouge (de Lausanne), 1879.

séole. Fréquents maux de gorge depuis (le malade est grand fumeur de cigarettes), actuellement, il n'existe aucun ganglion, ni cervical, ni inguinal; le sommet de la tête est à peu près dégarni de cheveux. Excès alcooliques il y a un certain nombre d'années.

Comme ses parents, ce malade est d'une irritabilité extrême, et, ordinairement, après ses accès de colère, il est pris d'une céphalalgie intense. Il est très sensible à l'action du café qui le surexcite beaucoup et lui donne des sensations de fourmillements dans les extrémités supérieures. Au mois d'août dernier, la céphalagie devient plus fréquente et, au mois de septembre, l'affection actuelle se manifeste par une crampe des écrivains dans la main droite, avec demi-flexion de l'avant-bras; sous le bras, douleurs contusives et déchirantes, et spasmes cloniques dans les muscles du membre supérieur. Chaque crise convulsive et douloureuse durait environ 10 minutes. Les crises furent très fréquentes dans les premiers jours de l'affection, plusieurs s'accompagnèrent d'irradiations douloureuses dans le côté droit du thorax ; deux fois les muscles du côté droit du cou et de la face ainsi que ceux de l'œil du côté gauche furent pris de secousses convulsives. Le bromure de potassium et les douches froides n'amenèrent pas d'amélioration.

Au mois de janvier, le malade se plaint d'une céphalée légère et continue, à maximum siégeant à gauche dans la région du sillon de Rolando, avec paroxysmes pendant lesquels la douleur devient intolérable et s'étend du front à la nuque. Après sa céphalalgie, c'est de ce qu'il nomme ses crises que le malade se plaint le plus. Voici en quoi elles consistent.

Crampe des écrivains de la main droite, douleurs contusives et déchirantes dans la continuité du membre supérieur droit, souvent accompagnées de secousses convulsives, qui, quelquefois, sont localisées dans les muscles de l'épaule. Douleurs contusives dans la nuque, sans que la pression les augmente ou les diminue. Légère névralgie faciale du côté gauche.

Le nombre de ces crises est variable pour chaque jour, mais, tous les jours, il en survient au moins une, elles se montrent avec une fréquence égale la nuit et le jour, souvent elles ne consistent qu'en une simple contraction.

La face est vultueuse, il n'existe pas de paralysie faciale. Les globes oculaires sont très saillants, les pupilles sont en moyenne dilatation et peu sensibles. Le malade est presque toujours couché sur son lit, il parle très peu, il est sombre et très irrésolu. Couché, il se meut tout d'une pièce, se traînant ou se roulant sur son lit. Il ramène, à l'aide de la main gauche le bras droit le long de la poitrine. Ce bras en effet est parésié, les doigts sont un peu ramassés dans la main, le poignet est demi-fléchi, l'avant-bras est dans la demi-flexion sur le bras. Lorsque ce bras repose sur le lit, le malade peut encore le remuer un peu.

On constate la disparition des saillies musculaires normales du membre : à la pression, ces masses semblent plus flasques que celles du côté opposé. Le membre supérieur droit est moins volumineux que celui du côté gauche, sa couche graisseuse sous-cutanée semble néanmoins plus épaisse.

Diminution de la force musculaire constatée par la différence de pression des deux mains, sensibilité absolument normale dans tous ses modes.

Diminution de la force musculaire du membre inférieur droit qui traîne pendant la marche. De temps en temps, sensation de fourmillements ou d'engourdissements, plus rarement raideurs musculaires passagères. Traitement : iodure et bromure de potassium, potion éthérée, pointes de feu le long du rachis.

Dans les derniers jours de janvier, le malade devient plus sombre, il ne se lève que rarement, ne parle que lorsqu'on l'interroge et pour ne répondre que par monosyllabes. Les yeux sont plus saillants. Les crises douloureuses sont plus fréquentes, mais elles siègent principalement à la nuque. Il n'y a plus de secousses convulsives. La mémoire semble diminuer beaucoup.

1er *Février*. Membre supérieur droit pendant le long du corps dans la station verticale ; au lit, le malade peut encore l'écarter légèrement du tronc. Diminution appréciable du volume des muscles fléchisseurs de l'avant-bras et des doigts. Saillies osseuses de l'épaule droite plus visibles qu'à gauche. Diminution du volume du bras et augmentation de la couche graisseuse sous-cutanée. Doigts fléchis dans la paume de la main, le pouce libre, les ongles n'excoriant pas la peau de la paume. La pression des couches musculaires de ce membre est douloureuse et le malade y accuse des douleurs spontanées, à caractères indéterminés. Sensibilité normale dans tous ses modes. Légère diminution de volume et un peu de perte de force musculaire au bras gauche.

Membre inférieur droit parésié ; jambe traînante sur le sol, sensibilité normale de ce membre, raideur du cou et douleurs dans la nuque et la face revenant sous forme d'accès plusieurs fois chaque jour. Pupilles ordinairement contractées, un peu de surdité, face vultueuse, yeux saillants.

Du 1er au 4 *février*, rapidement, apparition d'une grande gêne dans la parole, qui est traînante et hésitante.

4 *Février*. Pincement de la peau de la face dorsale de la main non perçu. On peut enfoncer une épingle dans l'éminence thénar. Retard des sensations perçues au bras. Déviation de la commissure labiale gauche en bas. Déviation de la pointe de la langue à droite, légère déviation de la luette du même côté.

7 *Février*. Résistance considérable des muscles fléchisseurs de l'avant-bras quand on veut l'étendre sur le bras. La sensibilité est revenue sur le dos de la main droite, il semble même y avoir de l'hyperesthésie. La parole est de plus en plus embarrassée ; on ne peut comprendre le malade qu'avec la plus grande difficulté. Signes ordinaires d'une paralysie faciale de moyenne intensité. Pas de vomissements quand le malade prend ses potages ; mais sensation d'étouffement immédiatement après leur déglutition.

12 *Février*. Contracture plus prononcée au membre supérieur, paralysie de la jambe droite, hémi-parésie du côté gauche. Face pâle. Paralysie faciale stationnaire, le malade semble pourtant mieux articuler ses mots. Luette très déviée à droite. Déglutition gênée, étouffements.

15 *Février*. Sensibilité normale. Prononciation impossible. Un accès de fureur.

15-20 *Février*. Contracture de plus en plus accentuée dans les fléchisseurs des doigts. Régurgitation des aliments. Le malade reste dans le décubitus dorsal et dans le mutisme, il est devenu gâteux. Les globes oculaires sont beaucoup moins saillants.

20-22 *Février*. Somnolence. Le 22 au soir coma. Mort dans la nuit. Il n'y a pas eu de troubles de la vue pendant toute la durée de la maladie.

Autopsie. — Congestion pulmonaire. Une incision franche et bien perpendiculaire à la peau montre une couche graisseuse sous-cutanée, pas plus épaisse du côté paralysé que du côté sain, au contraire. Les muscles du côté paralysé sont moins volumineux, mais ne sont pas moins colorés. Les deux sciatiques sont de même volume et de même aspect.

Cerveau. A. *Hémisphère droit*. Pas de lésions.— B. *Hémisphère gauche*. 1. *Surface externe* : En examinant la face externe de cet hémisphère, on aperçoit deux petites tumeurs gélatineuses et translucides, proéminant très légèrement au-dessus du niveau de la substance nerveuse. Ces tumeurs occupent, l'une la partie moyenne de la frontale ascendante, l'autre, située en arrière et un peu plus bas, soulève la pariétale ascendante un peu au-dessus de son tiers inférieur. En grattant légèrement la substance cérébrale, on s'aperçoit bientôt que les deux kystes précédemment décrits ne sont pas les seuls. En effet, il en existe un troisième au niveau du pied de la 2e circonvolution frontale.

Il nous est facile avec un scalpel d'énucléer les kystes, qui ne sont pas adhérents à la substance nerveuse. Nous en-

levons aussi ceux de la frontale et pariétale ascendante, qui ont le volume d'une grosse noisette.

Après avoir énucléé le kyste superficiel du pied de la 2e frontale, nous nous apercevons que ce kyste est logé dans une vaste poche, d'où nous pouvons extraire trois autres kystes plus profondément situés. Le plus volumineux de ces kystes a, à peu près, les dimensions d'une noix.

Sur les coupes méthodiques destinées à nous permettre d'apprécier l'étendue réelle et la profondeur des lésions, nous constatons ce qui suit :

2. *Coupe pré-frontale.* Pas de lésions.

3. *Coupe pédiculo-frontale.* Cavité kystique, du volume d'une noix, occupant le faisceau pédiculo-frontal moyen, refoulant en l'aplatissant la couche corticale sus-jacente, et perforant même sur un point cette couche corticale.

4. *Coupe frontale.* Le faisceau frontal moyen est réduit à l'état de cavité ; cette cavité se prolonge en se rétrécissant jusqu'au faisceau frontal supérieur qu'elle détruit en partie.

5. *Coupe pariétale.* Mêmes lésions. C'est encore là le faisceau moyen qui fait les frais de la cavité kystique. Toutefois, les faisceaux supérieur et inférieur sont aussi intéressés dans une petite étendue.

6. *Coupe pédiculo-pariétale.* Sur cette coupe le faisceau pariétal supérieur est en partie détruit par la tumeur qui empiète aussi sur le faisceau inférieur.

En pratiquant les différentes coupes précédentes nous arrivons à énucléer quelques kystes que nous n'avions pas enlevés par les perforations de la couche corticale précédemment mentionnées. Nous arrivons aussi à un chiffre total de huit kystes, le plus petit ayant le volume d'une noisette, le plus gros celui d'une noix.

Ces kystes gélatineux et translucides renferment un liquide transparent ; parfaitement indépendants les uns des autres, ils constituent autant de vésicules isolées ne renfermant pas dans leur intérieur de vésicules filles. Il s'agit là, comme nous le montre la présence des crochets dans le liquide intra-vésiculaire, de kystes à cysticerques.

Tous ces kystes sont logés dans une vaste poche commune formée par le refoulement et le tassement de la substance nerveuse périphérique, poche qui, sur chacune des coupes, se présente avec l'aspect que nous avons signalé plus haut. Toutefois, le petit kyste de la circonvolution frontale ascendante que nous avons aperçu sur la face externe de l'hémisphère et énucléé avant la coupe, était logé immédiatement au-dessous de la couche corticale, et sa loge était séparée par quelques fibres blanches de la grande loge commune.

En résumé : vaste anfractuosité renfermant huit kystes, de la grosseur d'une petite noisette ou d'une noix, s'étendant depuis le pied des circonvolutions frontales en avant jusqu'au lobule pariétal en arrière, ayant détruit les faisceaux blancs moyens, légèrement touché les faisceaux blancs supérieurs (frontal et pariétal supérieurs) et confinant aux faisceaux inférieurs (frontal et pariétal), ayant enfin, sur 2 ou 3 points que nous avons mentionnés ci-dessus, perforé la couche corticale, d'ailleurs aplatie au niveau des autres parties de la tumeur, telle est la lésion que nous avons observée.

RÉFLEXIONS. — Il est à peine besoin de faire ressortir l'intérêt qui se rattache à la comparaison des symptômes et du siège des lésions. Cliniquement, nous avons eu ici affaire au tableau désormais classique de l'épilepsie partielle accompagnée d'hémiplégie. Les phénomènes symptomatiques permettaient de déterminer par avance le siège des altérations ; ici encore, la clinique donne pleinement raison à la doctrine des localisations motrices. Le remarquer, c'est aujourd'hui redire une banalité. Mais il est un point qui mérite cependant de fixer tout particulièrement l'attention. On aura remarqué, en lisant l'observation clinique, que chez notre malade les premiers troubles moteurs ont été localisés au membre supérieur droit, et ont simulé le spasme fonctionnel bien connu sous le nom de crampe des écrivains. Il est vraisemblable qu'à ce moment la lésion était nettement circonscrite dans des limites restreintes, de même que les symptômes étaient localisés à quelques groupes musculaires. Quel est le point où, suivant toute probabilité, siégeait cette lésion ? La question a une réelle importance. On se rappelle que MM. Charcot et Pitres ont émis l'idée que le centre cortical, pour les mouvements isolés du membre supérieur du côté opposé, siège dans le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante. Jusqu'à présent, bien que toutes les vraisemblances soient du côté de l'opinion émise par les précédents auteurs, aucun fait décisif n'est venu consacrer définitivement leur idée. Cependant « c'est toujours au voisinage de la région (tiers moyen de la frontale ascendante) que siègent les altérations qui déterminent l'épilepsie partielle débutant par le bras, et c'est à son niveau même qu'elle siégeait dans un cas où les phénomènes convulsifs étaient accompagnés de monoplégie brachiale (fait de Mahot, obs. 27, mémoire de Charcot et Pitres. — *Revue mensuelle*, mai 1877). » — Or, dans le cas que nous rapportons, c'est au niveau des faisceaux frontal et pariétal moyens que l'anfructuosité renfermant les kystes est la plus vaste, c'est là vraisemblablement que la tumeur s'est développée à l'origine, poussant ultérieurement des prolongements en avant et en arrière par suite du développement de nouveaux kystes. Nous n'insisterons pas, d'ailleurs, le cas ayant perdu au point de vue du fait spécial, une partie de l'intérêt qu'il aurait certainement présenté, si le malade avait succombé à une période plus rapprochée du début de l'affection. Quoi qu'il en soit, nous tenions à faire remarquer que, si l'on veut interpréter les faits au point de vue de l'opinion de MM. Charcot et Pitres, notre observation, loin d'être en contradiction avec cette opinion, vient plutôt l'appuyer.

Nous ferons, en dernier lieu, une simple remarque au sujet de l'état de la sensibilité. Quelques auteurs (voir : Tripier, *Revue mensuelle*, janv. et fév. 1880) ont pensé que les lésions de la zone motrice s'accompagnaient de troubles des fonctions sensitives et que l'anesthésie était l'accompagnement obligé des altérations de cette zone. Or, bien que les lésions aient ici détruit une grande partie des fibres qui émanent des points psycho-moteurs, il n'y a pas eu d'anesthésie dans le sens droit du mot. Sans doute, dans l'observation, on note que du 4 au 7 février le pincement de la face dorsale de la main gauche n'était pas douloureux, et que, d'autre part, il y avait un retard des sensations perçues au bras. Mais ces phénomènes ne se sont montrés que durant 3 jours ; avant le 4 février et après le 7, on n'a jamais constaté d'anesthésie, bien qu'elle ait été soigneusement recherchée. Il nous semble donc qu'il est logique d'attribuer à une cause, difficile à déterminer à la vérité, mais autre que la lésion cérébrale elle-même, un trouble tout à fait passager de la sensibilité. Si, en effet, la perturbation sensitive avait été sous la dépendance de la tumeur cérébrale et de la lésion de tel ou tel territoire, elle aurait dû se développer et évoluer parallèlement à cette lésion.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — La lecture des compositions continue. Trente copies environ ont été lues. Les séances ont lieu trois fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours de l'externat a commencé le mardi 12 octobre. — *Jury.* Le jury est composé de : *Médecins* : MM. Ducastel, Dreyfus-Brissac, Moutard-Martin, Homolle ; — *Chirurgiens* : MM. Peyrot, Felizet, Richelot. — *Questions* : Les questions posées ont été les suivantes : Mardi 12 : *Diaphragme* ; — Jeudi 14 : *Biceps brachial* ; — Samedi 16 : *Signes des fractures en général* ; — Mardi 19 : *Cathétérisme de l'urèthre.* Ces quatre premières séances ont été consacrées aux élèves volontaires. Elles continueront pour les autres élèves les Jeudi, Samedi et Mardi suivants, à quatre heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO PSYCHOLOGIQUE. — Cette société se réunira en séance ordinaire le lundi 25 octobre à 4 heures. Ordre du Jour : M. Falret : Des diverses phases du délire de persécution ; — M. Dalley : De la responsabilité ; — Communications diverses.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Subvention extraordinaire à l'Assistance publique.

Depuis notre entrée au Conseil municipal, nous nous sommes efforcés de faire connaitre à nos collègues et à l'Administration la triste situation dans laquelle se trouvent la plupart des établissements hospitaliers; — d'indiquer les travaux urgents à exécuter et les réformes à introduire dans l'organisation de l'Assistance publique. Profitant de l'examen de projets spéciaux, nous avons mis en relief, dans des rapports successifs, les besoins de la Salpêtrière, de Bicêtre, de Saint-Louis, de Necker, de Cochin, du Midi, de Laënnec, etc.

En nous appuyant sur cet exposé, aidé de nos collègues de la 4e commission (*Assistance publique*, *Instruction publique*, etc.) et par MM. de Heredia et Cernesson qui ont présidé la Commission du budget, dans ces trois dernières années, nous avons fait élever tous les ans, dans une notable proportion, les subventions réclamées par l'Assistance publique.

Mais ces augmentations et quelques crédits supplémentaires votés de temps à autre pour des objets particuliers, s'ils faisaient face à des besoins immédiats, étaient insuffisants pour remettre en bon état tous nos hôpitaux et hospices. Le Conseil avait rempli ses devoirs en signalant ainsi à l'Administration les *desiderata* d'un grand nombre de nos hôpitaux et hospices et en l'invitant à proposer les améliorations et les réformes les plus pressantes.

L'ancienne Administration de l'Assistance publique, se conformant aux désirs du Conseil, a fait examiner par ses architectes tous les vœux formulés par le Conseil et résumés dans les différents rapports dont nous avons parlé et M. Möring a remis au Conseil une *Note sur les besoins de l'Assistance publique*. Les crédits nécessaires pour donner satisfaction au Conseil municipal s'élèvent au chiffre de 30 millions : à son tour, l'Administration de l'Assistance publique avait rempli sa mission : c'était, de nouveau, au Conseil municipal à intervenir.

Dans ce but, nous avons déposé le 19 février dernier la proposition suivante, que nos amis S. Lacroix et P. Dubois ont bien voulu signer avec nous :

Considérant que les rigueurs de l'hiver actuel ont placé l'Administration de l'Assistance publique dans une situation exceptionnellement défavorable qui a entrainé des dépenses considérables ;

Considérant que, depuis plusieurs années, la 4e Commission a signalé au Conseil l'état déplorable de la plupart de nos établissements hospitaliers et qu'il est indispensable d'y remédier le plus tôt possible, si l'on ne veut pas que cette situation s'aggrave;

Prenant en considération les vœux du Conseil relatifs aux réformes à introduire dans la distribution des secours et dans l'organisation de l'Assistance publique; les soussignés proposent au Conseil :

1° De mettre à la réserve la somme de 6 millions réclamée pour des travaux de voirie;

2° D'inviter l'Administration à présenter au Conseil, dans le plus bref délai, les projets nécessaires pour parer aux besoins les plus urgents de l'Assistance publique.

Signé : Bourneville, Sigismond-Lacroix, Dubois.

A l'appui de ma proposition, je dois vous faire remarquer, qu'à l'heure actuelle, il existe dans les divers hôpitaux 800 brancards occupés par des malades. C'est là une cause d'aggravation des maladies régnantes et de l'extension des maladies épidémiques en particulier; de plus, 450 lits ont été installés dans des baraques à Cochin, à Saint-Antoine, etc., etc., et dans l'ancien Bureau des nourrices. Cette situation dure depuis deux mois. Il en résulte, pour l'Administration de l'Assistance publique, un surcroit de dépenses qu'elle nous demandera évidemment de couvrir par un supplément de subvention.

Cette proposition a soulevé une petite tempête au sein du Conseil, parce que elle rappelait qu'à côté des question de voirie, il y en avait d'autres non moins dignes d'intérêt. Elle fut renvoyée à la 4e Commission qui en confia l'examen à M. S. Lacroix. Celui-ci lut son rapport, fait avec le plus grand soin, dans la séance du 16 mars. Il concluait, au nom de la 4e Commission, en demandant au Conseil :

1° D'émettre le vœu que M. le Ministre de l'intérieur, se conformant à une prescription légale dont l'exécution est attendue depuis plus de trente et un ans, soumette à très bref délai au Conseil municipal, puis au Conseil d'Etat, un projet d'administration publique sur l'organisation de l'Assistance à domicile à Paris;

2° D'inviter M. le Préfet de la Seine à présenter au Conseil municipal, au mois d'avril prochain, en même temps que le projet de budget de la Ville, des propositions sur l'attribution à l'Assistance publique d'une subvention extraordinaire destinée à améliorer les établissements hospitaliers, et sur l'augmentation de la subvention ordinaire pour secours de toute nature à la population indigente.

Le Conseil adopta ces deux propositions. L'administration préfectorale ne pouvait plus hésiter. La campagne laborieuse poursuivie par la 4e Commission devait enfin aboutir. En effet, M. le préfet s'est décidé à faire inscrire au budget supplémentaire de 1880, une subvention extraordinaire de *trois millions*.

Ce résultat montre une fois de plus qu'avec de la persistance on réussit, quand la cause que l'on plaide est juste. Cependant, il est à espérer que le résultat sera encore meilleur. La direction des travaux dispose à l'heure qu'il est d'une somme considérable pour la continuation des égouts; elle a fait inscrire, en outre, un crédit de 6 millions au budget supplémentaire. Or, comme ces travaux ne peuvent s'effectuer qu'avec une certaine lenteur, nous avons tout lieu de croire qu'il sera possible de réduire le crédit qu'elle réclame de 2 ou 3 millions qui seraient donnés à l'Assistance publique. De la sorte, celle-ci aurait donc à sa disposition pour l'exercice 1881, outre sa subvention ordinaire, une somme de 5 à 6 millions qui lui permettraient de réaliser une notable partie des améliorations réclamées par le Conseil municipal. B.

Rapport de M. E. Besnier sur les maladies régnantes du 2e trimestre (avril, mai, juin 1880).

Pendant ce trimestre, la température moyenne a été inférieure de 6 dixièmes de degré à celle des mêmes mois, calculée de 1806 à 1872. La hauteur de pluie s'est élevée à 116 millimètres (19 millimètres au-dessous de la moyenne) au lieu de 50 millimètres dans le trimestre précédent. — La mortalité générale des hôpitaux civils a dépassé de 950 le chiffre moyen de la même période, calculée de 1872 à 1880.

Voies respiratoires. — La gravité des affections des voies respiratoires s'est atténuée, selon la règle, au moment du printemps, mais cette atténuation a été moins accentuée et plus tardive que d'ordinaire.

Diphthérie. — Nous relevons en ville 560 décès survenus ainsi qu'il suit : 170 en avril; 203 en mai; 187 en juin.

Fièvres éruptives. Variole. — Elle décroît au printemps, alors même qu'il y avait un accroissement notable,

en hiver, du chiffre de la courbe multiannuelle. Au contraire, il y a, à cette époque, augmentation pour les autres fièvres éruptives : rougeole, scarlatine, érysipèle.

Malgré cet abaissement saisonnier, la variole se montre encore à l'état épidémique, mais cette épidémie est bien moins grave qu'en 1870. Tandis que, dans les 6 premiers mois, nous relevons comme chiffre de mortalité 450 (année la plus chargée de 1860 à 1870) en 1866, nous trouvons en 1880, 1440 ; cependant l'épidémie, au lieu de progresser de janvier à juin, comme en 1870, va en décroissant. Nous trouvons 174 décès en janvier 1870, et 286 en janvier 1880; au contraire, nous constatons 914 décès en juin 1870 et seulement 181 en juin 1880.

M. Landrieux note à l'hôpital Saint-Louis 59 décès sur 133 cas de variole confluente (1 sur 2,25), et 1 décès seulement sur 88 cas de variole discrète. Les personnes frappées le sont d'ordinaire de 17 à 35 ans. Sur les 324 varioleux entrés au service pendant ce trimestre, il relève un grand nombre d'*étrangers non revaccinés :* 28 italiens, 20 allemands, 10 luxembourgeois. Le même fait est signalé par M. Joffroy (hôpital Saint-Antoine). M. Legroux (hôpital Laënnec) a constaté une mortalité de 19 pour 100, soit 1 sur 5; 13 fois il y eut des rashs.

M. Rendu (hôpital Tenon) signale 20 varioles discrètes et varioloïdes toutes guéries, 10 confluentes (4 morts) et 4 hémorrhagiques (4 morts). Toutes se sont développées de 18 à 30 ans et surtout chez des étrangers. Dans les hôpitaux d'enfants, M. de Gassicourt a observé 26 varioles, 8 varioloïdes; M. J. Simon 3 varioles, 27 varioloïdes.

Les revaccinations ont permis à M. Labric de noter, dès l'âge de 5 ans, 3 succès sur 7 enfants revaccinés.

Rougeole.—M. Cadet de Gassicourt note 18 rougeoles, dont 6 apparues dans le service des maladies courantes. La diphthérie secondaire a enlevé 3 enfants.

Scarlatine. — 43 cas de scarlatine dans le service de M. Labric. 2 décès, l'un par scarlatine maligne, l'autre par broncho-pneumonie bilatérale. Sept cas sont intérieurs. Il y a eu une endocardite et un érysipèle survenus à titre de complication. —M. Cadet de Gassicourt a soigné 19 scarlatines et une pleurésie scarlatineuse; il a eu 5 décès.

Fièvre typhoïde. —450 décès au lieu de 744 dans le premier trimestre, selon la loi formulée si nettement par M. Besnier.— Le 7e arrondissement (Palais-Royal) donne 60 décès ; le 17e (Batignolles) 36 ; le 18e (Ménilmontant) 29. — Les autres ont été moins frappés.

Scorbut. —M. de Beauvais a vu, à la prison de Mazas, apparaître le scorbut qui avait disparu depuis 1877; à la prison de La Roquette, 31 malades ont été atteints de scorbut. Cet établissement avait été presque épargné en 1877.

Affections puerpérales. —M. Siredey, à l'hôpital Lariboisière, relève 57 accidents, et, à leur suite, 14 décès sur 338 accouchées (soit 1/6). Les 43 femmes atteintes d'accidents divers ont passé en moyenne 40 jours à l'hôpital. Cinq décès sont survenus à la suite de manœuvres obstétricales.

Telles sont, en résumé, les principales particularités que nous signale l'intéressant rapport de M. E. Besnier.

R. M. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 octobre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

Troubles réflexes chez les opérés d'empyème. — M. DUMONTPALLIER a eu l'occasion d'observer des accidents graves et inattendus chez deux malades opérés de l'empyème, plusieurs semaines après l'opération, alors que la guérison pouvait presque être considérée comme définitive. Il s'agit d'abord d'une femme chez laquelle M. Dumontpallier pratiquait une injection de teinture d'iode par l'ouverture du thorax. Quelques gouttes de liquide avaient à peine pénétré dans la plèvre, que la malade tomba brusquement en syncope : elle resta plusieurs minutes sans respirer, et, pour la ranimer, il fallut imprimer à la cage thoracique des mouvements rhythmiques pendant près d'une demi-heure. Jusqu'au jour de l'accident, la malade avait parfaitement supporté les injections.

Le second malade était un homme de 40 ans, opéré depuis 80 jours : les adhérences pleurales avaient considérablement rétréci la cavité, qui ne laissait plus pénétrer qu'une très petite quantité de liquide. Or, au moment où l'on poussait doucement dans le tube une injection d'eau phéniquée, le malade fut pris d'une contracture générale des muscles dans la moitié opposée du corps. La contracture dura quelques minutes et fit place à une paralysie incomplète.

M. DURET rappelle, à ce sujet, les expériences de MM. Reynier et Ch. Richet, qui ont observé des phénomènes de contracture à la suite d'injections de liquides irritants dans les grandes séreuses chez les animaux. M. Duret pense que ces phénomènes sont le résultat d'une action réflexe.

Parasite de la viande de boucherie.—Dans une note présentée récemment à l'Académie des sciences, M. Poincarré signalait un nouveau parasite qu'il avait rencontré sur plusieurs échantillons de viande de bœuf. Après avoir décrit la forme ordinaire du parasite, qui est cylindrique, avec deux extrémités coniques, et qui contient à l'intérieur une masse granuleuse, l'auteur se demandait s'il ne fallait pas voir là un état embryonnaire du tænia. M. MÉGNIN vient déclarer aujourd'hui que cette hypothèse ne lui paraît nullement prouvée. Selon M. Mégnin, le parasite était connu avant les recherches de M. Poincarré. C'est ainsi que Miescher a trouvé des corps analogues dans les muscles du cheval. Plus récemment, M. Mégnin a examiné plusieurs échantillons de viande de boucherie, et il a constaté la présence de corps parasitaires dans le bœuf de son pot-au-feu. Ces corps sont les mêmes que ceux décrits par M. Poincarré. Mais on ne saurait affirmer que ces corps ingérés puissent produire le tænia. On n'a pas encore vu en France de cysticerque ladrique chez le bœuf.

M. MATHIAS DUVAL offre en hommage un travail récent qu'il vient de publier sur la *spermatogenèse* chez les *invertébrés* et chez les *vertébrés*. Il résulte des recherches de l'auteur que, malgré quelques différences apparentes, il y a de grandes analogies entre les deux processus.

De l'origine des nerfs vaso-dilatateurs de la région bucco-labiale. — Dans la séance du 2 juillet dernier, M. LAFFONT est venu annoncer à la Société de Biologie, que les filets vaso-dilatateurs contenus dans les rameaux périphériques du nerf trijmeau, n'émanaient pas du noyau d'origine de ce nerf, et n'étaient que des filets d'emprunt d'origine encore inconnue.

Malgré cela, dans une note à l'Académie des sciences du 16 août, MM. Dastre et Morat ont accusé MM. Jolyet et Laffont de considérer le nerf trijumeau comme un dilatateur type. Dans la même note, ces physiologistes disent avoir découvert l'origine des nerfs vaso-dilatateurs de la région bucco-labiale, dans le sympathique thoracique. Dans cette vue, ils se sont contentés d'examiner les effets produits par l'excitation du sympathique cervical. Mais, comme l'a dit M. Cl. Bernard, il ne suffit pas d'exciter un nerf pour lui attribuer exclusivement la présidence d'une fonction. Il

faut encore le sectionner, et voir dans ces nouvelles conditions, si la fonction persiste dans son intégrité. C'est ce qu'à fait M. Laffont. Sur un chien, il a extirpé le ganglion cervical supérieur, et réséqué le vago-sympathique cervical du même côté. 20 jours après, excitant le bout périphérique des 2 nerfs maxillaires supérieurs, il a obtenu les mêmes effets de vaso-dilatation de la région bucco-labiale, du côté sain, et du côté du sympathique réséqué. Ainsi, l'origine des nerfs vaso-dilatateurs de la région bucco-labiale, n'est pas dans le sympathique cervical, ainsi que l'ont avancé MM. Dastre et Morat. Il ne s'agit ici que d'une action réflexe que M. Laffont a aussi étudiée. Sur un chien, il prépare l'anneau de Vieussens, le rameau efférent du ganglion cervical inférieur, le rameau afférent au ganglion cervical supérieur, enfin l'espace occipito-atloïdien. Il constate que l'excitation des rameaux de l'anneau de Vieussens et du sympathique cervical produit la rubéfaction de la région bucco-labiale, bilatérale, et prédominante du côté excité, seulement si le courant est fort. Ouvrant alors l'espace occipito-atloïdien, il va, sans léser le bulbe, accrocher au trou déchiré postérieur, les nerfs glosso-pharyngien, spinal, pneumogastrique, hypoglosse, qu'il arrache en retirant le crochet. Renouvelant alors l'excitation de l'anneau de Vieussens et du sympathique, il ne retrouve plus les effets vaso-dilatateurs, tandis que les effets oculo-pupillaires persistent intacts, ce qui prouve que la voie d'arrivée du réflexe ayant été détruite, le réflexe ne se produit plus.

Mais, dans ces nouvelles conditions, si on vient à porter l'excitation sur le bout périphérique des nerfs sectionnés, en portant un pôle excitateur dans le trou déchiré postérieur et l'autre à la périphérie, on obtient ainsi une vaso-dilatation bornée au côté excité.

M. Laffont conclut que : 1° les faits annoncés par MM. Dastre et Morat, exacts en eux-mêmes, ont reçu de ces expérimentateurs une interprétation bornée ; 2° qu'ils n'ont point découvert de vaso-dilatateurs ni leur origine, mais seulement un noyau réflexe de ces vaso-dilatateurs.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. J. Guérin lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Peisse.

M. le Président déclare une *vacance* dans la section d'hygiène et de médecine légale, par suite du décès de M. Chevallier.

Election d'un membre correspondant dans la première division. — Sont présentés : en 1re ligne et ex æquo, MM. Bondet (de Lyon) et Doyon (d'Uriage) ; en 2e ligne et ex æquo, MM. Nivet (de Clermont) et Mandon (de Limoges): en 3e ligne et ex æquo, MM. Berchon (de Pauillac) et Billod (de Vaucluse). Votants : 69. Majorité : 35. M. Doyon obtient 29 voix ; M. Bondet, 23 ; M. Billod, 11 ; M. Nivet, 3; M. Berchon, 3; M. Mandon, 1.

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Votants : 71. Majorité : 36. M. Doyon obtient 40 voix; M. Bondet, 27; M. Billod, 4. En conséquence, M. Doyon, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie dans la première division.

M. H. Roger fait la lecture d'un rapport sur le *traitement de la coqueluche dans les usines à gaz.* Ce rapport a été motivé par un certain nombre de travaux adressés à l'Académie, les notes de MM. Baldon et feu Becquet, une lettre de M. Oulmont et principalement les mémoires de MM. Commenge et Bertholle. Avant d'analyser les faits avancés par ces divers médecins, M. Roger donne quelques détails sur la disposition des salles d'épuration du gaz et sur les produits que les coquelucheux respirent. La salle d'épuration est une pièce immense à larges baies et portes ouvertes à tous les vents ; celle de Saint-Mandé contient 24 cuves renfermant chacune 5 mètres cubes de matières épuratives (chaux et sulfate de fer allégés par la sciure de bois) que le gaz doit traverser. Comme les ouvriers sont toujours en train de vider ou de remplir quelques-unes de ces cuves, les coquelucheux installés sur les bords ou placés dans l'intérieur de ces mêmes réservoirs inhalent les vapeurs qui s'en dégagent ; ils sont en quelque sorte plongés dans un brouillard, dans une atmosphère complexe où dominent le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide phénique et des produits goudronneux. M. Roger retrace ensuite les résultats thérapeutiques qu'on rapporte à l'usine et cite les statistiques établies par MM. Commenge et Bertholle ; ces statistiques tendraient à prouver l'efficacité incontestable de l'inhalation des substances volatiles, provenant de l'épuration du gaz, dans la coqueluche. Or, si l'on acceptait, sans un examen un peu sévère, les chiffres de MM. Commenge et Bertholle, on aurait lieu d'être surpris et émerveillé. Malheureusement, ces mêmes auteurs ne donnent pas le chiffre précis des échecs de cette médication, des enfants qui n'ont pas reparu à l'usine après une ou deux séances. Les raisons de ce départ doivent peut-être reconnaître ce fait que la coqueluche ne s'est pas amendée, ou s'est aggravée. De plus, les coquelucheux déclarés guéris à l'usine n'ont pas été suivis à domicile ; on est donc en droit de se demander jusqu'à quel point la guérison a été complète. Dans les usines, il est d'ailleurs évident que l'on aura à traiter presque exclusivement les cas légers ou moyens, puisque les sujets atteints de coqueluche très intense ou compliquée ne s'y rendent point. Il en est de même des enfants dont la maladie s'aggrave après quelques séances et qu'on ne ramène plus dans les salles d'épuration. Les enfants très jeunes ou dont la coqueluche est fébrile ne subissent pas non plus l'influence de ces salles. On ne les expose point, en effet, durant les mois d'hiver où la pyrexie a déjà plus de gravité, en raison du danger des refroidissements qui détermineraient des complications broncho-pulmonaires, si souvent mortelles. Les choses doivent se passer ainsi, car les statistiques de MM. Commenge et Bertholle ne contiennent aucun décès ; or, ce résultat contraste singulièrement avec les faits cliniques que tout le monde connaît et observe journellement. En outre, d'après les auteurs de ces statistiques, la durée de la coqueluche serait considérablement abrégée par la médication gazeuse, puisque dix ou douze séances en moyenne, c'est-à-dire un traitement de deux septénaires, auraient suffi pour la guérison. Bien plus, lorsqu'on veut préciser l'influence d'un remède sur la coqueluche, il importe de noter avec soin deux dates fixes et certaines : autrement dit, il est indispensable d'établir la date du début de la maladie et la date de la terminaison de cette même maladie. Ces deux facteurs ne sont nullement indiqués dans les mémoires de MM. Commenge et Bertholle. De la comparaison de ces travaux, M. H. Roger conclut que les inhalations gazeuses n'ont d'action, et encore limitée, que pour un élément de la maladie, le catarrhe; qu'elles sont contre-indiquées dans les coqueluches fébriles, et qu'elles seraient plutôt nuisibles dans les complications si fréquentes d'inflammations broncho-pulmonaires. Ce n'est pas du reste un traitement de toutes les saisons : sans inconvénients en été, il devient dangereux en hiver, par l'intercurrence de phlegmasies pulmonaires plus graves que la coqueluche elle-même. Avantages et inconvénients compensés et comparés, dit en terminant M. Roger, la médication gazeuse est loin d'avoir une vertu thérapeutique supérieure à celle des remèdes classiques adoptés par la généralité des praticiens (vomitifs, belladone, antispasmodiques); elle répond, comme eux, à certaines indications, et elle est, par exemple, susceptible de modifier en quantité et en qualité les sécrétions bronchiques ; elle peut, à un jour donné, tempérer quelques-uns des symptômes si nombreux et si variables de cette pyrexie à longues périodes ; mais, comme eux aussi, elle n'a aucune action abortive ou spécifique.

M. Lancereaux lit un travail ayant pour titre : *Absinthisme chronique ; absinthisme héréditaire.* — Il résulte de cette communication que l'intoxication par l'absinthe ne se révèle pas seulement par des accidents aigus et passagers, apparaissant après un simple accès, telles que les crises convulsives que nous avons désignées sous le nom d'*ab-*

sinthisme aigu. Cette intoxication se traduit encore par des désordres qui surviennent peu à peu à la suite de l'usage longtemps continué de la liqueur d'absinthe, évoluent d'une façon régulière, finissant par modifier profondément l'organisme et souvent par amener la mort. Ces désordres à longue échéance, dont M. Lancereaux vient de présenter le tableau symptomatique et qui affectent de préférence les facultés sensitives et mentales, constituent l'*absinthisme chronique.* A côté de ces deux formes d'intoxication par l'absinthe, il en existe une troisième qui est la conséquence des précédentes, s'observe dès l'enfance et se manifeste tout à la fois par des troubles de la sensibilité, de l'intelligence et du mouvement. C'est l'*absinthisme héréditaire.* Chacune de ces formes a de grandes analogies avec l'état pathologique connu sous le nom d'*hystérie.* La première rappelle la crise convulsive hystérique, la seconde présente, aussi bien chez l'homme que chez la femme, des désordres de la sensibilité qu'il est souvent difficile, sinon impossible, de différencier de ces mêmes désordres dans l'hystérie ; aussi doit-on croire que plusieurs des cas d'hystérie rapportés chez l'homme ne sont que des cas d'absinthisme. La troisième de ces formes, savoir l'absinthisme héréditaire, est généralement confondue avec l'hystérie qui est un complexus pathologique, bien plutôt qu'une maladie dans le sens vrai du mot. Toutefois, les phénomènes qui lui sont propres, constituent dans le complexus en question, du moins par leur évolution et leur origine, un type à part. D'autres types, groupés sous le même chef, mériteraient d'être également séparés, mais ils ne le seront qu'à la condition de remonter à la source du mal. L'étude des causes morbides est, en effet, la première condition du progrès en médecine. A. JOSIAS.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE.

La trente-et-unième réunion annuelle de l'*Association médicale américaine* a eu lieu à New-York, les 1, 2, 3 et 4 juin 1880, sous la présidence du Dr Lewis A. Sayre (de New-York).

Après quelques paroles de bienvenue adressées par le Dr Gaillard Thomas aux membres et aux délégués de l'Association, le président a prononcé un discours dans lequel il a revendiqué pour les Etats-Unis une large part dans le progrès des sciences médicales à notre époque. Ce discours a été suivi d'une courte séance générale où il a été surtout question de l'administration intérieure de l'Association ; puis les travaux des séances de section ont commencé. Nous allons faire connaître succinctement, d'après le compte rendu du *New-York Medical Record*, les principales questions qui ont été traitées dans chacune des sections.

A. *Section de médecine pratique, de matière médicale et de physiologie.* — PRÉSIDENCE DU Dr J. S. LYNCH.

M. W. H. THOMSON lit une note sur la *classification des médicaments.* Les idées de l'auteur peuvent se résumer ainsi ; la meilleure classification des médicaments est celle qui les divise en remèdes des symptômes et en remèdes des maladies: les remèdes des symptômes produisent des effets immédiats, qui sont les mêmes chez l'homme sain et chez l'homme malade ; ils sont dirigés contre des symptômes, et, s'ils ne provoquent pas d'autres symptômes, c'est qu'ils ont été employés à trop petite dose ; ils ont pour but de modifier une fonction, et ne rendent de services que dans les maladies aiguës ; — tout au contraire, les remèdes des maladies produisent des effets lents et graduels, qui ne sont pas appréciables chez l'homme sain ; ils sont dirigés contre la maladie, et, s'ils provoquent des symptômes, c'est qu'ils ont été administrés à dose trop forte ; ils ont pour but de modifier un organe et ne sont utiles que dans les maladies chroniques. Les remèdes des maladies sont divisés par l'auteur en deux classes : 1° les agents de restauration ; 2° les agents d'altération. (Ces deux sortes d'agents peuvent être combinés.) Les remèdes des symptômes sont : *a*) les agents nervins, c'est-à-dire ceux qui exercent sur le système nerveux une action 1° stimulante et sédative (opium), ou 2° purement stimulante (ammoniaque), ou 3° purement sédative (aconit) ; — *b*) Les médicaments glandulaires ; — *c*). Les astringents.

Le mémoire donne lieu à une discussion sur le mode physiologique des médicaments.

M. O'HARA (de Philadelphie) lit une note sur *un cas d'obstruction d'un ou de plusieurs des sinus cérébraux.* Il s'agit d'une jeune fille qui présentait les symptômes suivants : céphalalgie intense, œdème de la face, léger strabisme, ecchymose de la conjonctive ; un peu d'anesthésie du côté gauche, hyperesthésie du côté droit ; l'ouïe est un peu dure à gauche. Il y a manifestement un certain degré de paralysie du côté gauche. Il y a de l'exophthalmie. L'intelligence est intacte. Traitement : mercure, iodure de potassium, purgations. L'auteur s'arrête à l'idée d'une thrombose du sinus caverneux droit, s'étendant par le sinus circulaire jusqu'au sinus caverneux gauche. Il ne peut toutefois assigner pour cause à cette thrombose ni un traumatisme, ni un érysipèle, ni une inflammation de l'oreille moyenne : il croit à une phlébite, et pense que l'explication de la guérison se trouve dans la nature spécifique de la lésion.

M. H. R. HOPKINS (de Buffalo), lit un travail sur les *tracés sphygmographiques, avec observations microscopiques.* Il regrette que l'usage de l'instrument et la lecture des tracés ne soient pas plus répandus : il montre les tracés qu'il a obtenus dans l'ataxie locomotrice, l'hydropisie cardiaque, l'endartérite, la maladie de Bright, et enfin dans les conditions de santé normale. L'orateur croit que, dans chaque maladie, les tracés révèlent un état spécial et caractéristique de l'appareil circulatoire. Il fait connaître les résultats nécroscopiques constatés dans plusieurs des cas dont il a montré les tracés.

M. R. W. TAYLOR (de New-York) lit une note sur l'*emploi de l'acide chrysophanique dans le traitement des affections cutanées.* Il attribue à cet agent, dans plusieurs maladies de peau, une action aussi certaine que celle de la quinine dans l'impaludisme : il l'a trouvé utile dans les affections cutanées chroniques ou subaiguës avec infiltration superficielle, et dans certaines affections squameuses : il ne lui reconnaît pas d'action anti-prurigineuse. Il est utile dans l'eczéma, mais il faut alors l'associer à l'huile de cade. Employé seul, il a guéri deux cas de sycosis rebelle : l'auteur l'a appliqué avec de bons résultats dans les cas de lichen et de syphilides papuleuses et squameuses ; mais, c'est dans le psoriasis qu'il a donné les plus beaux succès.

M. W. PEPPER (de Philadelphie) fait connaître ses recherches sur le *traitement local des cavités du poumon.* Les principales indications à remplir sont de nettoyer la cavité, de la désinfecter et de modifier ses parois : on a eu recours dans ce but aux inhalations, aux pulvérisations et aux injections directes. Les deux premiers moyens n'ont guère donné de résultats ; cependant, les inhalations fréquentes, et surtout pratiquées avec un instrument tel que celui que présente l'orateur, ont rendu des services dans les cas de cavités putrides, de dilatations bronchiques et peut-être de bronchite chronique. L'auteur propose dans les cas de cavernes l'injection directe, pratiquée avec une seringue analogue à la seringue hypodermique, mais dont le corps de pompe est plus volumineux et l'aiguille plus longue : on anesthésie la peau avec de la glace, et on a soin d'employer au début une solution faible : l'auteur n'a employé jusqu'ici que la solution de Lugol ou l'acide phénique. L'opération ne présente aucun danger ; elle ne provoque qu'un peu de douleur et un peu de toux. Plusieurs autopsies ont montré à l'orateur que ce traitement amenait l'oblitération des cavernes.

Dans la discussion à laquelle ce mémoire a donné lieu, la plupart des orateurs ont paru croire que l'oblitération des cavernes était due à un processus spontané qui n'est nullement rare : ils n'ont pas non plus semblé croire que le procédé du Dr Pepper fut appelé à entrer dans la pratique courante.

M. J. V. SHOEMAKER (de Philadelphie) lit un travail sur le *traitement des affections scrofuleuses de la peau* Le médicament qu'il préconise est le chlorate de potasse

auquel il attribue une action presque spécifique. Il a obtenu de grands succès avec le chlorate de potasse dans l'adénite, suppurée ou non, des jeunes enfants. — Plusieurs des orateurs qui prennent part à la discussion déclarent avoir employé le chlorate de potasse dans la scrofule, et n'avoir pas eu à s'en louer.

M. J. R. Uhler (de Baltimore) fait une communication sur la *médication réparatrice*. L'auteur décrit un procédé clinique très simple pour la détermination des quantités d'azote (et par suite d'urée) que contient l'urine : à l'aide du réactif qu'il indique on dégage l'azote, et du poids de ce gaz on détruit le poids de l'urée.

L'orateur entre ensuite dans quelques développements sur la théorie des ferments digestifs, et en particulier de la pepsine ; il signale pour cet agent digestif un procédé de conservation qui consiste à recouvrir l'estomac frais d'une couche de plâtre qui s'imprègne de pepsine, et assure la conservation d'activité de ce suc. Passant à l'huile de foie de morue, il propose pour en masquer le goût, de l'associer au fromage, ou, plus simplement, au pain. Il donne quelques détails sur la fabrication de l'extrait de Malt, et conclut de ses propres expériences que cet agent transforme l'amidon en glucose. Il termine par quelques considérations sur l'emploi du fer et de la digitale.

M. A. D. Rockwell (de New-York) fait connaître les résultats de ses recherches sur le *traitement du goître exophthalmique par l'électricité*. Les considérations physiologiques aussi bien que l'expérience conduisent à l'emploi des courants galvaniques ; l'auteur est néanmoins d'avis que la faradisation, non pas locale, mais générale, peut donner de bons résultats, surtout lorsqu'il existe de l'anémie et de l'irritabilité nerveuse. Quand on emploie les courants galvaniques, le meilleur procédé consiste à faire agir le courant descendant au niveau du centre cilio-spinal, et le courant ascendant au niveau de la fosse auriculo-maxillaire, en ramenant bientôt le courant ascendant vers le bord interne et l'extrémité inférieure du sterno-cléïdo-mastoïdien. On peut encore employer les courants interrompus, en plaçant les électrodes de chaque côté, juste au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Sur neuf cas, le Dr Rockwell a observé quatre guérisons, une guérison approximative, et deux améliorations ; dans les deux autres cas, le traitement ne s'est montré d'aucune utilité.

M. Solis Cohen décrit une nouvelle méthode de *traitement* des affections pulmonaires chroniques par l'*insufflation artificielle des poumons*. Il présente un petit appareil en caoutchouc, terminé par un tube que l'on introduit dans une narine, et par lequel on injecte de l'air, ce qui permet au malade d'expulser du mucus ou du pus, et par suite calme la toux et assure le sommeil.

M. L. D. Bulkley (de New-York) lit un travail sur l'*emploi du soufre et de ses composés dans les maladies de la peau*. Voici le résumé des idées de l'auteur ; le soufre pur à l'intérieur, bien que peu employé, est utile dans l'eczéma du pourtour de l'anus et des parties génitales, surtout dans les cas de constipation ou d'hémorrhoïdes. Le sulfure de calcium est précieux dans les affections cutanées qui s'accompagnent de suppuration ; il est utile dans l'acné (surtout dans la forme pustuleuse) et dans l'affection furonculeuse, ainsi que dans l'anthrax et les bubons suppurés. Le sulfure de potasse a probablement des effets analogues : du reste, dans tous les composés du soufre, c'est le corps simple qui agit. A l'extérieur, le soufre guérit la gale ; il est utile dans l'acné, le favus, la tinea versicolor, et l'herpès.

Ce mémoire donne lieu à une discussion sur le choix des agents de la médication par le soufre et sur le plus ou moins d'activité des eaux sulfureuses.

M. V. P. Gibney (de New-York) lit une note sur le *traitement de la sciatique par les courants galvaniques puissants*. Sur 32 malades soumis par l'auteur à ce traitement, 24 ont été complétement soulagés, 3 ne l'ont été que modérément, 5 n'en ont retiré aucun avantage. Dans 16 cas, il n'y a pas eu de récidive jusqu'à présent ; dans 4 cas seulement, la récidive a été permanente. La durée de la maladie, dans les cas rapportés, a varié entre quelques semaines et plusieurs mois. Les courants employés doivent être constants et aussi puissants que le malade peut les supporter. Six à dix séances suffisent quelquefois pour assurer le succès.

M. L. Turnbull (de Philadelphie) lit une note sur l'*éther bromhydrique*. Il préconise l'emploi de cet agent, et pense que, dans le cas de Sims, c'est à de tout autres raisons qu'à l'éther bromhydrique qu'il faut attribuer la mort. Il trouve que le bromure d'éthyle est un anesthésique qui donne beaucoup de sécurité. Il ne proposa pas d'ailleurs de le substituer à l'éther ou au chloroforme, mais il croit que le nouvel anesthésique pourra prendre une place utile à côté des anciens. R. Musgrave-Clay.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 *mars* 1880.— Présidence de M. Rendu.

12. Abcès du lobe antérieur du cerveau, survenu à la suite d'une fêlure de la voûte orbitaire. Méningite de la base. Mort. Autopsie; par Dubar, interne des hôpitaux.

Herismann, Victor, âgé de 12 ans, est apporté dans la nuit du 2 au 3 février 1880 à l'hôpital de la Charité, et couché salle Sainte-Vierge n° 35, dans le service de M. le professeur Gosselin.

Cet enfant jouait avec quelques camarades vers sept heures du soir, au voisinage de la place de la Concorde ; il faisait en ce moment un épais brouillard, qui rendait les objets peu distincts à quelques pas. Croyant enjamber une des balustrades de pierre qui entourent la place de la Concorde, il passa par-dessus le parapet qui longe la Seine et tomba sur la berge où il fut relevé quelques instants après, sans connaissance.

Voici les renseignements fournis par le service de nuit, depuis l'entrée du blessé jusqu'au lendemain matin 3 février. Les vêtements de l'enfant n'étaient souillés ni d'urine, ni de matières fécales. La perte de connaissance a duré pendant quatre heures. De temps en temps, le blessé portait la main à la tête et poussait quelques cris. Revenu à lui, il a eu quelques vomissements alimentaires.

Le 3, à la visite du matin, nous le trouvons somnolent, il répond cependant assez nettement aux questions qu'on lui adresse. Il ne se souvient nullement de l'accident de la veille, se plaint de mal de tête, et interrogé sur le siège de ses douleurs, il nous indique toute la région frontale. Il n'existe aucune trace d'écoulement de sang ou de sérosité par le nez et par les oreilles. On constate une ecchymose sous-cutanée et sous-conjonctivale de la paupière inférieure droite. La main, promenée sur les différentes régions de la tête, ne reconnait ni plaie ni fracture. La pression même ne révèle aucun point douloureux. Du côté des membres, le pincement des masses musculaires excite des plaintes. D'ailleurs, ni anesthésie, ni hyperesthésie cutanée. Les organes des sens sont intacts. Il n'y a pas de troubles de la motilité.

M. le professeur Gosselin, en tenant compte de la perte de connaissance accompagnée de cris, de l'absence du souvenir de l'accident, de la douleur de tête persistante et de l'élévation de la température (39°), porte le diagnostic suivant : Commotion cérébrale et peut-être début de méningo-encéphalite. De plus, on reconnaît l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Du 3 au 5 *février*, rien de particulier à signaler, si ce n'est deux ou trois épistaxis peu abondantes. La température s'abaisse (38° à 37°,5). La céphalalgie diminue, l'appétit est excellent, les nuits sont calmes.

Le 7 *février*, il n'y a plus trace de fièvre ; toutes les fonctions sont revenues à leur état normal. N'était la fracture du radius, on pourrait considérer l'enfant comme guéri. Cependant, l'ecchymose, limitée d'abord à la conjonctive palpébrale, a gagné la conjonctive oculaire ; elle entoure, à la manière d'un croissant, la moitié inférieure de la cornée. Cette ecchymose va en s'affaiblissant les jours suivants, et le 15, elle a presque complètement disparu.

Nous insistons sur ce fait important : trois jours après

l'accident, le blessé ne présentait plus de symptômes appréciables, en dehors de sa fracture du radius et de son ecchymose sous-conjonctivale. Il allait, venait, descendait au jardin et s'y promenait une partie de la journée.

Le 19 *février*, l'enfant se sent mal à l'aise; il a de légers frissons, de la céphalalgie, de la fièvre (38°,2); bientôt, dans tout le pourtour de l'orbite droit se montre une rougeur érysipélateuse, avec gonflement légèrement œdémateux. Comme il existe plusieurs cas d'érysipèle dans la salle, on songe à la possibilité de cette complication, bien qu'on ne découvre ni plaie ni excoriation, qui aurait pu en être le point de départ. Cependant, dès le lendemain 20, la rougeur a pâli, le gonflement a diminué et, le lendemain 21, il n'en existe plus aucune trace.

Le 21 *février*, à 7 heures du soir, le malade est pris subitement de convulsions, limitées à la moitié gauche du corps et accompagnées de perte complète de la connaissance. Elles se présentent sous forme d'accès durant 2 à 3 minutes, séparés par des intervalles de repos variant entre 1 et 4 minutes.

Chaque accès débute d'une manière différente : tantôt, en effet, ce sont les muscles de la moitié gauche de la face qui commencent à être agités de mouvements convulsifs; les convulsions se propagent ensuite aux membres supérieur et inférieur du même côté; tantôt, ce sont les muscles, soit du membre supérieur, soit du membre inférieur qui entrent les premiers en contraction; mais, dans tous les cas, les convulsions finissent par se généraliser à toute la moitié gauche du corps. Les convulsions revêtent le type clonique. La contraction unilatérale des muscles de la face rend la figure grimaçante. L'aile du nez et la commissure gauche des lèvres sont attirées en dehors ; les paupières s'ouvrent et se ferment alternativement. Pendant toute la durée de l'accès, l'œil gauche est convulsé en haut et en dehors. Du côté des membres, on remarque des mouvements alternatifs d'extension, de flexion, d'abduction et d'adduction. Pendant ce temps, le côté droit du corps reste à peu près immobile, il ne subit que des mouvements d'ensemble, d'entraînement, dus à l'agitation du côté gauche.

Ces accès se succèdent toujours avec la même physionomie, de 7 heures à 11 heures du soir. Il existe parfois, entre deux accès successifs, si peu d'intervalle de repos que la face devient rouge, bleuâtre, que la respiration s'embarrasse et qu'on peut craindre l'asphyxie. Température axillaire pendant les accès, 40°.

M. le professeur Gosselin, consulté immédiatement, fait placer une sangsue derrière chaque oreille, en permanence jusqu'au lendemain à 4 heures du matin.

Le 22, matin, le malade est abattu, pâle; il se plaint d'une céphalalgie frontale violente. La douleur de tête existe aussi bien à gauche qu'à droite. L'intelligence est intacte; il n'y a pas de délire, pas de troubles de la motilité ; du côté de la sensibilité générale il existe une hyperesthésie cutanée et musculaire très vive généralisée (du côté droit comme du côté gauche). Nous ne notons aucun trouble des organes des sens. Quelques heures avant la visite, l'enfant a eu deux vomissements alimentaires. Il n'a aucun appétit, sa langue est blanche, saburrale. Il a eu une miction et une selle volontaire depuis que ses accès ont cessé. Dans la journée sa famille, interrogée sur ses antécédents, affirme que jamais il n'a été atteint antérieurement de convulsions. Température axillaire (38° à 39°).

23 *Février*. L'enfant est triste; il est sujet à des bâillements fréquents. Il pousse de temps en temps des cris. La céphalalgie est extrêmement vive. Aux demandes qu'on lui adresse, le blessé ne répond que par monosyllabes ; il semble faire un effort considérable pour formuler une réponse. D'ailleurs, pas trace de paralysie. La température se maintient entre 38° et 39°; le pouls est fréquent et déprimé.

En tenant compte de ces symptômes alarmants, M. le professeur Gosselin se demande quelle est la conduite à tenir. Il n'est pas douteux qu'il existe une lésion de l'encéphale. Mais quelle est cette lésion et quel est son siège? Peut-on songer à une fracture ? Mais il n'en existe aucun signe extérieur. L'ecchymose sous-conjonctivale, signalée par Bérard dans les fractures de l'orbite, peut se montrer en dehors de toute solution de continuité des os, et n'a pas de valeur diagnostique probante. Tout au plus, serait-il possible de soupçonner une fracture de la table interne. Toutefois, on ne s'arrête pas longtemps à cette hypothèse, parce qu'il n'y a pas d'enfoncement et parce que les fractures de cette table sont excessivement rares, en dehors des coups de feu.

L'idée que la substance cérébrale est comprimée ou détruite par un épanchement est plausible.

Mais alors, à quelle variété d'épanchement avons-nous affaire ? S'agit-il d'un épanchement sanguin ou d'un épanchement purulent? Cet épanchement, où se trouve-t-il? Le rencontrerait-on entre les os du crâne et la dure-mère ? dans l'épaisseur des méninges ? ou bien au milieu même de la substance encéphalique? Rien, dans les symptômes présentés par le malade, ne permet d'être affirmatif sur ces différents points.

Admettons que l'existence de cet épanchement très probable, soit complètement démontrée : immédiatement l'idée d'évacuer le pus ou le sang accumulé, cause actuelle des accidents, vient à l'esprit du chirurgien. Mais alors il se trouve absolument arrêté par cette considération que, s'il existe dans ce cas, jusqu'à un certain point, une indication fonctionnelle d'appliquer le trépan, en revanche, il n'y a pas d'indication topographique. Sans doute, on sait que la lésion siège à droite, puisque les convulsions se sont localisées dans la moitié gauche du corps. Mais, dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de dire si la couronne de trépan doit être appliquée en avant dans la région frontale, dans la région pariétale au niveau des centres psycho-moteurs des membres supérieur et inférieur, ou dans la région occipitale. Par conséquent, le trépan, dans un pareil cas, serait téméraire et exposerait le chirurgien à aggraver dans une grande proportion l'état du malade. On se contentera donc de recourir à quelques palliatifs et particulièrement aux révulsifs.

Du 24 *février* au 1er *mars*, même état. La céphalalgie est extrême; des cris encéphaliques constituent les symptômes principaux.

Du 1er au 9 *mars*, l'appétit diminue chaque jour. Des vomissements alimentaires et bilieux se produisent. Les douleurs au niveau de la région frontale sont si vives, que le petit malade ne peut plus trouver de repos. Il pousse pendant la nuit des cris presque continuels. Le facies s'altère, le teint est blanc plombé, les yeux enfoncés dans les orbites et entourés d'une auréole noire. Plusieurs vésicatoires sont successivement appliqués, le dernier sur toute la tête, qui a été préalablement rasée.

La température qui s'est abaissée (38° à 37°) au commencement de cette période, remonte à 39°. Le pouls devient de plus en plus fréquent. Le 9 *mars*, il bat 140 fois par minute.

Du 9 au 14 *mars*, le délire apparaît. C'est un subdélirium doux, tranquille, entrecoupé toujours des mêmes cris encéphaliques. Des évacuations involontaires se produisent. La mort arrive le 14, dans l'après-midi.

Autopsie. — Le crâne est scié circulairement à un demi-centimètre au-dessus de la voûte orbitaire. L'encéphale est extrait avec les plus grandes précautions. Nous apercevons immédiatement sur la voûte orbitaire droite, une fracture à direction transversale, partant de l'apophyse crista-galli et se dirigeant jusqu'au rebord orbitaire. L'étendue du trait de fracture est de 3 centimètres; sur ce trait principal vient tomber perpendiculairement un deuxième trait de fracture qui suit la gouttière ethmoïdale droite, et qui présente une longueur de un centimètre et demi.

Cette fracture intéresse toute l'épaisseur de l'os au niveau du rebord supérieur de l'orbite; elle paraît, au contraire, n'avoir divisé que la paroi supérieure des cellules ethmoïdales dans le reste de son étendue. Elle est linéaire et ne s'est accompagnée d'aucun déplacement, si ce n'est au voisinage de l'apophyse crista-galli où elle fait une légère saillie. La dure-mère est décollée dans un rayon de 2 centimètres autour de la fracture, et on trouve entre l'os et la membrane fibreuse, une petite quantité d'un liquide louche séro-purulent.

Nous plaçons l'encéphale sur la convexité et nous reconnaissons, à une grande diminution de consistance par rapport au côté opposé et à une fluctuation manifeste, que le lobe antérieur droit du cerveau est le siège d'une collection liquide. Cette collection est ouverte. Il s'écoule une notable quantité d'un pus jaunâtre, assez fluide. La cavité qui le renferme a le volume d'un œuf de poule. Elle présente une paroi inférieure peu épaisse, formée par la pie-mère et l'arachnoïde ainsi que par une couche extrêmement mince de substance cérébrale. La paroi supérieure est creusée dans l'épaisseur du lobe antérieur; elle est épaisse et constituée par 2 à 3 centimètres de substance cérébrale. En avant, l'abcès se trouve à un centimètre de l'extrémité antérieure de l'hémisphère; en arrière, il s'étend jusqu'à un centimètre et demi de la scissure de Sylvius; enfin, en dehors, plus d'un centimètre de substance cérébrale le sépare de la face externe de l'encéphale. Ces chiffres montrent que, si une opération de trépan avait été pratiquée, il eût fallu enfoncer le bistouri à une profondeur de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres dans la substance cérébrale pour atteindre l'abcès, en admettant que le crâne eût été ouvert, soit dans la région frontale, soit dans la partie antérieure de la région temporale. La cavité de l'abcès offre des parois lisses, sans aucune trace de communication ni avec l'extérieur, ni avec les cavités ventriculaires qui en sont cependant très rapprochées.

Le reste de l'encéphale et de ses enveloppes offre les lésions suivantes : Tous les ventricules sont remplis d'un liquide séro-purulent. Au niveau de la base, ce même liquide baigne l'espace interpédonculaire, la protubérance et le bulbe.

Réflexions. — L'histoire clinique de ce blessé, les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, nous montrent le développement d'un abcès cérébral et d'une méningite concomitante ou consécutive survenus après une période latente de 15 à 18 jours. Ce fait se rapproche d'observations analogues rapportées dans les cliniques de Dupuytren, dans un mémoire de Quesnet et dans le traité de la suppuration de Chassaignac. A la suite de l'accident, une période de rémission, de durée variable, fait espérer qu'il ne s'agit que d'une simple commotion cérébrale, on est porté à croire que tout accident encéphalique est conjuré, quand tout à coup éclate quelque phénomène nerveux grave qui indique le développement d'un abcès cérébral. Rapprochée des faits antérieurs, cette observation pourra donc contribuer à éclairer ultérieurement le diagnostic, dans des circonstances analogues.

13. Pemphigus congénital syphilitique. Éruption généralisée à tout le corps, sauf à la paume des mains et à la plante des pieds; par E. Labat, interne des hôpitaux.

Le 13 mars 1880, à 4 heures du soir, accouchait à la Maternité la nommée Louise Cabot, âgée de 22 ans, journalière, née à Sèvres. L'accouchement se faisait après un travail de vingt-six heures. Position du sommet en O. I. D. P. Délivrance naturelle. Le nouveau-né était une fille du poids de 2,100 grammes.

La mère était entrée à la Maternité un mois avant la fin de sa grossesse, extrêmement fatiguée par une marche forcée de Saint-Quentin à Paris, en trois jours. Contusion des deux talons. Un peu d'albumine dans les urines. Sous l'influence de quelques jours de repos, les douleurs des talons disparurent et l'albumine aussi. C'est une femme petite, grosse, d'apparence lymphatique. Elle est enrouée et sa voix a un caractère *crapuleux* tout particulier.

D'ailleurs, elle nous avoue qu'elle est fille publique ; qu'il y a trois ans, pendant le cours d'une première grossesse, elle a contracté la syphilis; que son chancre, dont on lui avait fait à Saint-Lazare une auto-inoculation sans succès, fut suivi d'une abondante éruption de taches sur le corps; qu'enfin, elle suivit pendant plusieurs mois le traitement spécifique. Si nous insistons sur ces détails, c'est qu'actuellement le diagnostic rétrospectif de syphilis serait difficile : rien, ni dans la peau, ni dans l'état des ganglions ne pourrait la faire soupçonner. Seule, sa laryngite est suspecte, et encore peut-elle s'expliquer par les habitudes de débauche de la malade.

Sa première grossesse, dont nous venons de parler, se termina à terme par la naissance d'une fille morte, qui ne présentait pas d'éruption. Un an après, une seconde grossesse se terminait à huit mois, par la naissance d'un garçon mort-né sans éruption. Sa troisième grossesse est celle que nous avons vu se dénouer à la Maternité. D'après l'époque probable des dernières règles, l'enfant était à terme. C'était, comme nous l'avons dit, une fille du poids de 2,100 grammes.

Cette enfant a mauvais aspect; elle crie peu et son cri est faible; sa respiration est courte, incomplète. Son corps est couvert d'une éruption généralisée de pemphigus.

Cette éruption est beaucoup plus abondante sur la face antérieure du corps que sur la face postérieure. Elle est confluente sur le ventre, sur la poitrine, sur la face, sur le cuir chevelu ; les bulles sont nombreuses.

Les bulles sont presque toutes crevées; la plupart sont grandes comme des pièces de cinquante centimes et de un franc. Sur les limites de la bulle, on voit des fragments d'épiderme ratatiné. Le fond de la bulle est d'un rose terne sur certains points, d'un rose vif sur d'autres ; par places, d'une coloration cuivrée. A la face, c'est plutôt une teinte lie de vin. Partout les lésions sont superficielles, sauf au niveau du lobule de l'oreille gauche, où l'on voit une ulcération, comme un gros pois, de quelques millimètres de profondeur. Sur la face antérieure de l'avant-bras, deux ou trois bulles, plus petites que des pièces de vingt centimes, sont intactes et remplies d'une sérosité roussâtre. A la face palmaire des mains et plantaire des pieds, l'épiderme est fin, lisse, luisant, *mais sans aucune lésion*.

L'enfant meurt au bout de douze heures.

Autopsie. — Elle ne nous a révélé aucune lésion viscérale dans le foie, la rate, les reins, les poumons et le cerveau. Pas de coryza.

Ce pemphigus *congénital syphilitique* a donc présenté ceci de particulier, c'est que l'éruption était très généralisée et ne manquait que dans les points où sa présence est regardée comme caractéristique, la *paume des mains* et la *plante des pieds*.

14. Pseudarthrose de l'humérus; par Bruchet, interne des hôpitaux.

Je demanderai encore à la Société anatomique l'autorisation de lui présenter une pseudarthrose de l'humérus, dont la cause est toujours restée obscure.

Le malade était un homme de 39 ans, de taille moyenne, trapu et robuste. Il se fit une fracture directe de l'humérus à la fin de mai 1879. Il entra alors dans le service de M. Polaillon, où le bras fut immobilisé par un appareil inamovible, l'appliquant contre le tronc. Au bout de deux mois, envoyé à Vincennes, il en revenait avec une consolidation très imparfaite de sa fracture.

Trois mois plus tard, la pseudarthrose persistait, sans aucun progrès de consolidation ; — le malade entra à cette époque dans le service de M. Verneuil.

M. Verneuil, dans le but de provoquer la formation du cal, fit une tentative opératoire; il déchira, en imprimant des mouvements aux deux fragments, les liens fibreux qui les unissaient et chercha à aviver les extrémités osseuses en les frottant l'une et l'autre. — Le bras fut rigoureusement immobilisé par le bandage de Desault silicaté.

On le laissa ainsi près de deux mois, au bout desquels l'appareil fut levé, et comme il persistait encore un notable degré de mobilité au niveau de la fracture, l'immobilisation fut continuée au moyen d'attelles plâtrées appliquées sur le membre. Pendant toute la durée de ce traitement, le blessé était resté bien portant, allait et venait toute la journée. Dans les derniers jours de décembre, sa santé s'altéra et il présenta bientôt les signes d'une fièvre typhoïde à forme thoracique, à laquelle il succombait à la fin de janvier.

La fracture, presque régulièrement transversale, portait au niveau de la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieure de l'humérus; un peu au-dessus de l'insertion

supérieure du brachial antérieur. On peut voir sur la coupe de l'humérus que les deux fragments, arrondis, lisses à à leur extrémité fracturée, se correspondaient par de larges surfaces, sans interposition de parties molles; ils sont réunis par une virole et un manchon de tissu fibreux inodulaire, se fusionnant avec le tissu cellulaire ambiant. — Cette réunion fibreuse est assez solide et serrée, mais permet néanmoins des mouvements qui devaient évidemment enlever au levier osseux une grande partie de sa résistance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *octobre* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Ligature de l'artère axillaire dans le creux sous-claviculaire. — M. FARABEUF revient sur la discussion qu'il a soulevée dans la dernière séance; de nouveau, il oppose au procédé classique, le procédé de Marcellin Duval et s'attache à démontrer la supériorité de ce dernier. La question est de savoir si lier immédiatement au-dessus de la clavicule, au-*dessus* de la crosse céphalique et des artères collatérales et en désinsérant le grand pectoral de ses insertions claviculaires, vaut mieux que lier au-*dessous* de la crosse veineuse, au milieu des collatérales, dans un champ opératoire masqué par une lèvre flottante du grand pectoral sectionné. Pour résoudre la question, M. Farabeuf fait appel à la seule anatomie. Il a disséqué un certain nombre de régions sous-claviculaires sur des cadavres dont les artères et les veines étaient injectés soit au suif, soit à la gélatine, et, armé de dessins d'une clarté saisissante, il se livre à une brillante démonstration anatomique qui nous a paru faire sur la Société une vive impression.

Une fois le grand pectoral enlevé, on aperçoit non seulement la veine céphalique et sa crosse qui adhère à la gaîne du sous-clavier, mais encore un véritable *plexus veineux* constitué par les veines acromio-thoraciques, puis encore l'artère acromio-thoracique et ses branches, plus deux rameaux nerveux se distribuant au grand pectoral. Ces divers éléments, veines, nerfs et artères sont enchevêtrés pour ainsi dire au niveau du bord supérieur du petit pectoral; assigner comme point de repère le bord supérieur de ce muscle, c'est donc s'exposer à tomber infailliblement sur eux. Ce n'est pas tout, au même niveau, le *nerf* médian est non pas en dehors de l'axillaire, comme on le dit trop souvent, mais *en avant;* c'est lui qui se présente au chirurgien, et c'est lui que parfois on charge au lieu et place de l'artère; cela est arrivé à plus d'un chirurgien, sans compter que toujours, au même niveau, mais plus profondément, l'axillaire est accompagnée d'un canal veineux collatéral qui n'est point à négliger. Dans l'incision classique, la section du grand pectoral entraîne la section de deux artérioles, qui n'existent pas immédiatement au-dessous de la clavicule. L'extrémité externe de l'incision menace le tronc de la veine céphalique: mais le chirurgien a ménagé cette veine; il n'en est pas moins vrai qu'il le rencontre de nouveau, au niveau du bord supérieur du petit pectoral; si elle plonge dans la veine axillaire juste au niveau de ce bord supérieur, rien de plus simple que d'éviter la crosse veineuse et de passer au-dessus; mais c'est là une exception; et si, comme d'habitude, la crosse veineuse ne plonge dans l'axillaire qu'à quelque distance du bord supérieur du petit pectoral après être passée au-devant de l'artère, une véritable dissection d'où la céphalique ne sort pas toujours intacte, devient nécessaire.

Pour éviter tant d'inconvénients, section de la veine céphalique, section des rameaux artériels et veineux acromio-thoraciques, recherche difficile de l'artère, ligature du nerf médian, pris pour l'artère, etc., etc., il n'est qu'un seul moyen; lier immédiatement au-dessous de la clavicule, entrer dans la gaîne du sous-clavier, débrider cette gaîne en dehors comme si on débridait un orifice herniaire, et encore, ne ménagera-t-on pas toujours les nerfs du grand pectoral. Ce procédé ne prête peut-être pas aux poses académiques, mais à défaut de l'élégance, il a la sécurité.

M. TILLAUX tient toujours pour le procédé classique: mais il proteste vivement contre l'assertion de ceux qui lui lui feraient préférer la ligature au-dessous de la crosse veineuse céphalique: il se défend de cette opinion comme d'un non-sens; il n'est pas douteux que, dans le procédé classique comme dans celui de M. Farabeuf, il faille lier au-dessus de la crosse. Dans le procédé classique, dit M. Farabeuf, on risque de blesser la veine céphalique; mais n'est-il pas toujours possible de l'abaisser en bas et en dedans: et, après tout, en quoi cette veine peut-elle intimider un chirurgien? n'aurait-on plus de fils à ligature?

Du reste, loin d'être un embarras, la veine céphalique est utile, car elle sert à trouver, à ménager la veine axillaire qui est touchée. Malgaigne disait que pour toute ligature, un point de *ralliement* était nécessaire; il n'en existe point dans le procédé de M. Farabeuf.

M. FARABEUF n'admet pas cette dernière assertion; la clavicule, le sous-clavier et sa gaîne, ne sont-ils pas des points de ralliement et autrement visibles que le petit pectoral?

Traitement des ulcères virulents. — M. MARC SÉE. On sait la résistance que certains ulcères virulents, chancres mous, chancres du prépuce marqués par un phimosis symptomatique, bubons chancreux, ulcères phagédéniques, opposent à la thérapeutique; très souvent la durée du traitement se compte par des mois. Or, il est un procédé peu connu que M. Marc Sée emploie à la Maison municipale de Santé, et dont il n'a qu'à se louer. Muni d'une curette à bords tranchants. M. Marc Sée opère le *raclage* de la matière pulpeuse qui tapisse l'ulcère et ne s'arrête qu'aux tissus sains, visitant scrupuleusement le moindre clapier, la moindre anfractuosité. S'il s'agit d'un phimosis symptomatique, d'un chancre mou, M. Marc Sée débride le prépuce au moyen du thermo-cautère, et opère comme précédemment; mais il importe que le raclage soit fait avec un *soin minutieux*; la moindre parcelle oubliée devant entraîner la repullulation. Dans un second temps, le chirurgien, armé du thermo-cautère, cautérise, mais peu profondément, la surface ainsi déblayée; cela fait, il applique un pansement antiseptique.

Cette petite opération est douloureuse, et doit être pratiquée sous le chloroforme: mais les résultats en sont excellents; l'inflammation est nulle; au bout de deux à trois jours l'ulcère est transformé en une plaie simple de bonne nature, et dans un espace de temps qui varie de quinze jours à trois semaines, la guérison est complète; la cicatrice est linéaire.

Déformation du tibia. — M. GUÉNIOT présente une petite malade atteinte de déviation angulaire du tibia; l'angle à sommet antérieur constitué par les deux portions du tibia est tel que le sommet de cet angle repose sur le dos du pied pendant la marche: la marche est en effet possible dans une certaine mesure; l'atrophie du membre est manifeste; le tibia a subi un raccourcissement de huit centimètres; le fémur a sa longueur normale, mais les muscles de la cuisse et de la fesse sont très réduits; le bassin est considérablement déformé. En présence d'une pareille difformité. Quelle est la conduite à tenir?

M. FARABEUF fait observer que cette déviation angulaire considérable résulte d'une pseudarthrose, consécutive elle-même à une fracture probablement méconnue.

M. LÉON LABBÉ conseille la section du tendon d'Achille fortement rétracté et l'ostéotomie cunéiforme du tibia; on pourrait ainsi redresser le membre, et lui restituer une partie de sa longueur première.

M. LE DENTU fait observer que la rétraction porte non seulement sur le tendon d'Achille et sur la peau, mais encore sur les vaisseaux et les nerfs de la région; et que deviendraient les vaisseaux et les nerfs pendant le redressement? Quant à l'ostéotomie, M. Le Dentu ne la prise guère en pareil cas. Il faudrait enlever, en effet, de six à huit centimètres de tibia et l'amputation vaudrait peut-être tout autant. Il ne serait pas éloigné de conseiller l'expectation.

M. LÉON LABBÉ s'appuyant sur les résultats du redressement dans les cas de pied-bot, ne craint pas, autant que

M. Le Dentu, l'influence du redressement sur les vaisseaux et les nerfs de la jambe de cette petite fille.

M. NICAISE conseille l'extension continue après la section du tendon d'Achille; on ne ferait l'ostéotomie qu'en dernier lieu.

M. MARC SÉE est pour l'intervention; il craint en effet que la peau, menacée par le sommet de l'angle osseux, ne vienne à s'ulcérer à la longue; à son avis, il suffirait de réséquer 3 centimètres de tibia, et l'ostéotomie portant sur la diaphyse, l'os pourrait encore s'accroître.

M. BERGER fait constater l'existence d'une bourse séreuse au niveau du sommet de l'angle; cette bourse séreuse suffira pour éviter l'ulcération de la peau.

M. FARABEUF. On a à compter avec la rétraction non seulement du tendon d'Achille, mais encore de tous les muscles profonds du mollet. Il serait donc à peu près illusoire de tenter le redressement. — L'ostéotomie peut être pratiquée, mais, après calcul: elle devrait porter sur cinq à six centimètres de tibia.

M. GUÉNIOT se demande ce que deviendrait la *fonction* du membre après toutes ces tentatives chirurgicales; le membre serait peut-être un peu plus beau, mais serait-il plus utile?

Division congénitale de la voûte palatine du voile du palais.— M. P. BERGER présente une jeune fille atteinte de division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais. Il est à remarquer que les apophyses palatines du maxillaire supérieur manquant, la voûte palatine n'existe pour ainsi dire pas. La cloison des fosses nasales fait également défaut. Faut-il tenter l'urano-staphyloplastie.

M. TILLAUX. L'opération est possible quoique très difficile, mais profitera-t-elle à la malade? C'est peu probable. Il faut distinguer, en effet, entre les divisions acquises et les divisions congénitales; dans le premier cas, les malades ont su et pu parler; ils ne savent point parler dans le cas contraire. Or, que désire la jeune fille? Pouvoir parler, mais comme elle n'a jamais su articuler; l'opération ne lui permettra point l'usage de la parole: la *fonction* n'a pas à profiter d'une opération. Je conclus en disant que si la jeune fille ne réclame pas l'opération avec instance, il est préférable de se contenter d'un obturateur.

M. MARC SÉE trouve l'opération beaucoup trop difficile. Réussirait-elle que la fonction de la parole n'en profiterait point. Il préfère l'obturateur.

M. P. BERGER est lui-même opposé à l'opération. Suivant les conseils de M. Verneuil, il se contentera de l'obturateur et n'opérera que dans le cas d'insuccès complet d'un appareil.

M. GIRAUD-TEULON présente, au nom de M. le Dr PARINAUD, un *instrument* très ingénieux destiné à enlever les débris de la capsule dans les cas de cataracte secondaire.

P. MÉRICAMP.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

I. Traité des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse; par le Dr HENRI PICARD. Paris, 1879. J. B. Baillière, éditeur.

II. Etude sur la polyurie dans quelques affections chirurgicales des voies urinaires; par le Dr NOEL MASSON. Thèse de doctorat. Paris, 1879. Alex. Coccoz, éditeur.

III. Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-périnéales et uréthro-scrotales; par le Dr G. PAUFFARD. Thèse de Paris, 1879.

IV. De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre; par le Dr W. GRÉGORY. Thèse de Paris, 1879.

I. Nous avons eu déjà occasion de parler, dans ce journal, de deux ouvrages de M. Henri Picard relatifs aux maladies des voies urinaires. A ces deux traités consacrés, l'un aux maladies de la prostate, l'autre aux maladies de l'urèthre, M. Picard vient d'ajouter un traité des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse. Ce travail considérable contient un exposé dogmatique de toutes les affections de la vessie; nous indiquerons d'abord le plan suivi par l'auteur, puis ne pouvant, dans un article bibliographique, analyser séparément les divers chapitres d'un ouvrage aussi considérable, nous nous bornerons à essayer de faire comprendre l'esprit général de l'œuvre et à en indiquer les parties les plus saillantes.

M. Picard a entrepris d'écrire un traité dogmatique complet des maladies de la vessie. Ce traité, uni aux deux ouvrages précédents du même auteur, forme une encyclopédie complète des maladies des voies urinaires. Depuis le traité de Civiale, il n'avait pas été publié en France d'ouvrage complet sur les maladies des voies urinaires; les travaux remarquables de Voillemier, de Reliquet, de Dolbeau, les leçons cliniques de Thompson, traduites en français il y a quelques années, les ouvrages de Sirus Pirondi (de Marseille), de Paquet (de Lille), et les divers écrits des spécialistes se bornaient à une étude, plus ou moins minutieuse, d'un groupe des maladies des voies urinaires; aucun ne renfermait un exposé intégral de l'état de la science sur toutes les parties de la pathologie urinaire. Cette lacune a été comblée par M. Picard. On voit tout de suite le fort et le faible de cette entreprise: un traité dogmatique complet est extrêmement utile, en ce sens qu'il permet de trouver, sans perte de temps, les principaux renseignements qu'on désire sur une maladie donnée et qu'il épargne au lecteur des recherches bibliographiques plus ou moins longues; d'un autre côté, il est fort difficile qu'un pareil livre ait un cachet bien original, car un seul homme ne peut étudier à fond, en quelques années, toutes les parties de la pathologie urinaire, et se former, sur chaque point, une opinion personnelle bien arrêtée. Il en résulte qu'un pareil livre est simplement un exposé critique des faits connus au moment où il est publié. Cela dit, nous commencerons par louer M. Picard de son impartialité et de la loyauté avec laquelle il s'est efforcé de rendre à chaque auteur ce qui lui appartient. Cette justice distributive est d'autant plus recommandable qu'elle n'a pas toujours été la vertu des écrivains spécialistes des voies urinaires qui, trop souvent, ont exalté leurs opinions ou leurs instruments aux dépens de ceux de leurs confrères et rivaux.

M. Picard divise en deux parties principales le Traité que nous analysons: La première comprend toutes les maladies de la vessie, depuis les vices de conformation jusqu'à la gangrène vésicale, depuis les corps étrangers de la vessie jusqu'à la fistule vésico-vaginale, sans oublier les tumeurs de diverse nature, les blessures et traumatismes divers dont la vessie peut être le siège. Cette partie est précédée d'un exposé anatomique et physiologique concernant la structure et les fonctions du réservoir urinaire. Deux chapitres importants sont consacrés à la rétention et à l'incontinence d'urine. M. Picard a écrit ensuite un chapitre très intéressant sur les troubles généraux qui accompagnent les maladies des voies urinaires en général et de la vessie en particulier; c'est ainsi que la fièvre uréthrale, les phlegmasies du voisinage ou à distance qu'on observe quelquefois dans le cours des maladies des voies urinaires, les troubles du côté de la moelle épinière, les accidents urémiques sont étudiés avec une grande compétence et une critique très minutieuse. Ce chapitre est d'autant plus intéressant que ses éléments n'avaient jamais été réunis encore, et se trouvaient dispersés dans diverses thèses ou monographies relatives aux voies urinaires, aux maladies des reins, etc.

La seconde partie du livre de M. Picard est un véritable traité de l'affection calculeuse, de la lithotritie et de la taille. L'auteur étudie d'abord la pierre dans le rein, ou calcul rénal, et, en second lieu, la pierre dans la vessie.

Le calcul rénal, qui, du reste, rentre plutôt dans la chirurgie générale que dans la spécialité des voies urinaires, est étudié assez rapidement et moins complètement que le calcul vésical; ainsi, M. Picard omet de signaler l'abcès périnéphrique causé par les calculs, ainsi que les opérations que cet accident peut nécessiter. La pierre dans la vessie, et principalement l'opération de la lithotritie sont étudiées avec le plus grand soin et sont une des meilleures parties du livre. M. Picard ne mentionne pas la lithotritie rapide ou litholapaxie de Bigelow, (de Boston); peut-être le livre de M. Bigelow n'avait-il pas encore paru quand M. Picard

a écrit son travail. La taille et l'opération de Dolbeau, connue sous le nom de lithotritie périnéale, forment le dernier chapitre du traité de M. Picard. Nous croyons ce livre appelé à prendre une place honorable dans la bibliothèque de tous ceux qui s'occupent des maladies des voies urinaires.

II. Si la polyurie qui accompagne le diabète sucré ou les affections des centres nerveux est connue depuis longtemps, la polyurie, liée aux maladies des voies urinaires, est jusqu'ici restée à peu près complètement dans l'ombre. Bien qu'entrevue par Lallemand, Leroy d'Etiolles, Mercier, elle avait été peu étudiée jusqu'à ces derniers temps. En 1876, M. le professeur Verneuil inspira à l'un de ses élèves, le Dr Persillon, une thèse sur la polyurie à la suite de la rétention d'urine; enfin, M. le Dr Noël Masson a puisé dans le service et dans l'enseignement du professeur Guyon, une thèse intéressante dont voici quelques-unes des conclusions principales : La polyurie peut exister, très nettement, dans le cas de calcul vésical, de rétrécissement de l'urèthre, de tubercule vésical ou prostatique, mais surtout dans le cas d'hypertrophie prostatique avec cystite chronique et distension de la vessie; cette polyurie, variant de 2 à 5 litres, est plus marquée la nuit que le jour, sauf chez les calculeux; elle est persistante, temporaire ou intermittente.

Cette polyurie peut reconnaître trois causes, d'après M. Masson : 1° une altération rénale; 2° l'excitation directe du rein par propagation de proche en proche de l'irritation; 3° l'influence du système nerveux agissant par un mécanisme réflexe. La persistance de cette polyurie peut faire penser à une lésion rénale, et, par conséquent, peut être un élément utile, soit pour porter le pronostic, soit pour poser les indications opératoires dans les maladies des voies urinaires.

III. La thèse de M. Pauffard est une bonne étude du traitement si long, et souvent si difficile et si pénible, des fistules urinaires. S'il est une maladie qui devrait se faire de plus en plus rare, c'est bien la fistule urinaire, car il faut, en général, une bien forte dose d'incurie pour laisser un rétrécissement de l'urèthre arriver au degré où se produira l'infiltration d'urine. Malheureusement, l'incurie des malades n'est pas seule en cause et j'observe en ce moment un jeune homme atteint de fistules uréthro-scrotales qui ont été traitées pendant six mois par des cataplasmes, sans qu'on parût se douter que l'urèthre pourrait bien n'être pas parfaitement libre.

Lorsque les fistules urinaires existent, comment faire pour les guérir? Sur la première indication, tout le monde est d'accord; il faut d'abord rétablir le libre cours des urines, soit par la dilatation, soit par l'uréthrotomie interne. L'uréthrotomie externe trouve-t-elle souvent les indications dans les cas de fistules urinaires? M. Pauffard ne nous le dit pas; il la considère comme une ressource suprême, extrêmement périlleuse; mais il ne paraît pas s'appuyer sur des faits bien précis. Nous relèverons surtout parmi les conclusions de son travail celle qui a trait à la sonde à demeure; elle ne produit pas, dit-il, les graves accidents observés autrefois; elle ne peut être remplacée complètement par le cathétérisme intermittent. Il va sans dire qu'on devra toujours employer une sonde molle, et, du reste, se guider sur l'idiosyncrasie du sujet. Tel sujet supportera mieux la sonde à demeure, tel autre le cathétérisme intermittent. En tout cas, la compression du trajet fistuleux, au moment de la miction, est une précaution utile recommandée par Diday, qui conseilla de l'exercer à l'aide d'un petit ballon de caoutchouc gonflé d'air, et par Cras (de Brest), qui fit employer aux malades la compression digitale.

IV. Nous terminerons cette revue par quelques mots sur l'importante thèse de M. W. Grégory, qui a entrepris une véritable croisade contre l'uréthrotomie interne en faveur de sa rivale, l'uréthrotomie externe. Bien que la statistique de M. Grégory lui-même soit plutôt en faveur de l'uréthrotomie interne, il n'hésite pas à charger cette dernière de tous les péchés d'Israël, à lui imputer des hémorrhagies graves, la fièvre urineuse, l'infection purulente, etc. M. Grégory ne tient pas un compte suffisant de certaines statistiques très complètes et très favorables à l'uréthrotomie interne, comme celle de M. Guyon qui, en 1876 (thèse de Martinet), en était à 250 uréthrotomies internes sur lesquelles il n'avait eu que 7 morts, soit 2,80 0/0. Que l'uréthrotomie interne ait ses dangers, cela est indéniable; mais encore faut-il tenir compte de la manière dont l'opération est pratiquée; il faut bien se garder, comme le faisait feu Adolphe Richard, de *jouer du violon* dans l'urèthre. Il faut apporter à l'uréthrotomie interne autant de précautions que si c'était une opération très-difficile. Il faut surtout éviter les trop grandes incisions; c'est en se servant des lames trop grandes qu'on a parfois des hémorrhagies inquiétantes; en employant, à l'exemple de M. Guyon, une lame passant dans le n° 23 de la filière Charrière, on n'a à craindre ni hémorrhagie, ni infiltration d'urine, et si les reins de l'opéré ne sont pas malades d'avance, on n'aura aucun accident. S'il y a, au contraire, de la néphrite, on aura des accidents à craindre quelle que soit la méthode employée. Enfin, suivant nous, l'uréthrotomie interne ne doit être considérée que comme un moyen d'aider la dilatation, laquelle doit rester la méthode fondamentale, tant pour guérir les rétrécissements que pour en prévenir le retour. Sous le bénéfice de ces réserves, nous n'hésitons pas à conseiller la lecture du savant et consciencieux travail de M. Grégory.

Dr A. MALHERBE.

CORRESPONDANCE

Organisation de la Médecine publique en France.

A M. le Dr BOURNEVILLE, *rédacteur en chef du* Progrès médical.

Mon cher confrère.

La part que vous avez prise aux travaux d'hygiène du Congrès de Turin et l'intérêt que vous ont paru avoir certaines questions qui s'y sont traitées, vous ont conduit à penser qu'il était bon d'y initier vos lecteurs avant même que la publicité des actes du Congrès fût faite; c'est pourquoi, vous m'avez demandé de résumer les points principaux de la communication que j'ai faite en séance générale sur l'organisation en France de la médecine publique. Je me rends volontiers à votre désir, croyant avec vous que cette question n'a pas besoin d'attendre plus longtemps pour faire son chemin dans l'opinion publique, qu'elle est toute d'actualité et qu'il faut au plutôt en étudier toutes les particularités, pour marcher vite vers une solution définitive.

Cette question d'organisation de la médecine publique était évidemment dans la pensée des hygiénistes de tous les pays venus au Congrès de Turin, et ils ont fait connaître à ce sujet ce qui avait été fait chez eux et ce qu'il y avait à faire. C'était une question véritablement à sa place dans un Congrès international. Depuis déjà longtemps, secrétaire d'un conseil départemental d'hygiène et ayant étudié depuis nos institutions sanitaires, j'ai publié sur ces questions de réformes nécessaires et d'organisations différents travaux, et l'appui que j'ai trouvé chez un grand nombre de mes collègues de départements et près de personnes compétentes, m'a encouragé à profiter de cette circonstance pour entrer plus avant dans l'examen de cette réforme organique indispensable aujourd'hui pour notre pays.

J'ai pris cependant la question où l'avait pour ainsi dire laissée M. Martin, dans le travail important qu'il avait présenté il y a peu de temps à la Société de Médecine publique(1). Abandonnant l'idée de création d'un ministère de la santé publique, réclamé par beaucoup, il est vrai, mais difficile à réaliser avec les mobilités du régime parlementaire, j'ai accepté, sans hésitation, la création qu'il propose d'une direction centrale à un seul ministère, comprenant quatre divisions principales : 1° *division d'assistance médicale;* 2° *division du service sanitaire extérieur;* 3° *division d'hygiène publique;* 4° *division de statistique et de démographie.*

Sous ces quatre chefs principaux, on peut évidemment faire rentrer tous les divers services d'assistance et de médecine publiques. A cette direction centrale, on pourrait rattacher très promptement et facilement les services de la capitale, car leur centralisation obligée leur a fait une situation toute particulière. Mais, dans le reste de la France, il faut envisager la question dans ses détails et c'est sur ce point surtout que je me suis appesanti.

Dans chaque département, il faut créer un service d'assistance et de médecine publique correspondant évidemment à la direction centrale du ministère, en respectant le plus possible les institutions actuelles et

(1) Nous examinerons prochainement le travail de M. Martin. (*Note de la Rédaction.*)

nos rouages administratifs. Il n'y a pas de solution pratique en dehors de ces conditions.

Assimilant la science de la médecine publique aux grands services départementaux de l'instruction publique, de la vicinalité, etc., je place un directeur du service à chaque chef-lieu de département, sous l'autorité préfectorale et en rapport avec la direction centrale.

Ce service départemental comprend ainsi tous les services d'assistance, d'hygiène, épidémies, vaccin, enfants assistés, etc., etc., aujourd'hui disséminés et sans lien aucun. Il n'y a là aucune difficulté réelle au point de vue administratif. La seule qui pouvait arrêter un instant était de savoir s'il convenait de modifier l'organisation administrative actuelle de l'assistance, mais en y réfléchissant, on s'aperçoit que la gestion financière de l'assistance publique peut rester ce qu'elle est sans inconvénient, les commissions administratives administrant comme par le passé sous la tutelle communale et avec l'approbation du directeur du service. Seulement, il convient de joindre un certain nombre de membres chargés de l'administration de l'assistance aux conseils d'hygiène dont les fonctions, avec cette organisation, prennent aussi plus d'importance. Car, à côté du personnel du bureau nécessaire pour l'expédition des affaires, qui existe actuellement dans chaque préfecture, et qu'il n'y aurait qu'à modifier très peu, les conseils d'hygiène forment un personnel tout désigné pour accomplir l'œuvre importante que nous poursuivons. Régulièrement réunis, complétés, représentant toutes les spécialités professionnelles nécessaires et compétentes et les services de l'assistance publique, ils peuvent dans chaque arrondissement, d'abord, puis au chef-lieu du département, constituer à la fois des comités donnant des avis et des instruments d'exécution. En effet, ils peuvent avoir dans chaque canton un ou plusieurs correspondants les renseignant sur les faits extraordinaires, les épidémies, les endémies, les épizooties, pratiquant le vaccin, etc., etc., puis recevant, en échange, les avis des conseils et pouvant aussi prendre part à leurs délibérations, de cette façon et ainsi compris, les conseils d'hygiène n'ont plus seulement à donner des avis sur des questions d'établissements insalubres, mais peuvent éclairer la direction départementale sur tous les faits intéressant la médecine publique, l'hygiène et l'assistance. Leurs délibérations, régulièrement transmises à la direction avec les dossiers des affaires, mettent en effet celle-ci au courant de tout ce qui se passe dans le sein des conseils.

Donc, jusqu'ici, la médecine publique n'offre aucune difficulté sérieuse et peut se résumer ainsi — centralisation départementale entre les mains d'une seule autorité de tous les services d'assistance et d'hygiène; conseils d'hygiène fortifiés, agrandis et complétés par des correspondants cantonaux. Il n'y a là, on le voit, qu'une amélioration de nos institutions sanitaires actuelles et nul changement considérable.

La question importante qui surgit alors est la question budgétaire. Ce qui jusqu'à présent a évidemment arrêté l'essor de l'hygiène publique, c'est le défaut d'argent. On s'en est remis à la générosité des Conseils généraux et on a eu tort; j'ai montré dans un travail publié par la *Revue d'Hygiène*, ce qu'était le budget des conseils d'hygiène, c'est malheureusement une dérision.

Or, ces conseils d'hygiène se réunissant régulièrement, au moins mensuellement, comprenant des commissions permanentes pour les épidémies, les établissements insalubres, susceptibles de déplacements, comptant des correspondants cantonaux appelés à un service délicat et régulier, demandent forcément autre chose que l'aumône que les Conseils généraux semblent faire actuellement avec tant de peine pour la santé publique.

Il faut, en effet, non pas les transformer en fonctionnaires largement rétribués, personne n'y songe, mais au moins les indemniser de leur temps et de leurs peines par des vacations et des jetons de présence. Donc, il faut de toute nécessité, un budget convenable de l'assistance. Ce budget doit avoir deux origines; l'État pour les fonctionnaires véritables et la direction centrale, le département pour le fonctionnement des conseils d'hygiène, seule dépense nouvelle dans cette organisation. J'avais pensé que, sans créer des ressources extraordinaires et surtout sans demander l'impôt de centimes nouveaux, on pouvait facilement créer ce budget départemental et j'ai cherché des ressources dans ce qui existe déjà et en faisant appel à l'industrie classée elle-même et aux agglomérations humaines.

Les ressources existant déjà sont les droits de visites pour les pharmacies, drogueries, épiceries, etc. Pour l'industrie, je demande un droit d'inspection variable de un à trois francs suivant les classes d'établissement et facile à percevoir sans frais avec les patentes. Pour les agglomérations humaines, je réclame l'inscription obligatoire dans les budgets communaux, pour chaque commune de plus de 1.000 habitants, d'une contribution de 1 franc par 100 habitants. Les communes au-dessous de 1,000 habitants ne payant rien. Pour le département, enfin, une contribution obligatoire aussi de 1 franc par 100 habitants. Ces ressources que j'ai calculées, approximativement il est vrai, pour quelques départements, représentent une somme suffisante pour assurer le fonctionnement des Conseils d'hygiène et de la médecine publique, sans frapper ni le département, ni les communes, ni l'industrie elle-même d'une charge trop lourde. De cette façon enfin, celle de l'Etat n'est pas au-dessus du possible, et il serait facile, en examinant les choses de près, de se rendre compte que cette organisation est en tous points parfaitement réalisable et posséderait tous les éléments nécessaires de vitalité.

Que les pouvoirs publics veuillent bien consacrer à cette question l'attention qu'elle mérite et que de leurs méditations, sorte un décret organique modifiant celui de 1848 et donnant à nos institutions sanitaires une vie nouvelle, et, avec l'organisation que nous proposons, on peut dire que presque sans s'en apercevoir, on aura passé de l'ancien régime improductif à un nouveau plus viable, plus en harmonie avec nos besoins actuels, et par-dessus tout désiré et attendu de tous.

Voilà, mon cher rédacteur, à grands traits, comme je conçois l'organisation de la médecine publique dans notre pays et comme je l'ai exposée. Il ne m'appartient pas de répondre par avance aux objections qu'on peut présenter (quelle est la question, même la moins attaquable en apparence, qui ne trouve des contradicteurs), mais, s'ils en présentait et si vous voulez bien me permettre d'y répondre, je suis prêt et compte sur votre obligeante hospitalité et le souci que vous avez toujours eu de ces intéressantes questions.

Recevez, etc. Dr G. DROUINEAU,
Secrétaire du Conseil départemental de la Charente-Inférieure.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la lettre de M. Drouineau. Parmi les questions à l'ordre du jour, celle des réformes à apporter dans l'organisation des services d'hygiène en France tient certainement une des premières places. Le *Progrès médical* utilisera tous les documents que l'on voudra bien lui communiquer sur ce sujet, et en profitera pour exprimer son opinion sur les divers points soulevés et sur les différentes solutions proposées.

Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

Un de nos lecteurs vient de nous adresser la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de réclamer l'avis du *Progrès Médical* sur une question, de peu d'importance peut-être pour les médecins des grandes villes, mais qui ne laisse pas que de comporter un réel intérêt pour les praticiens qui exercent dans les petites villes de province.

Cette question a trait à l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, et je désirerais savoir si ces derniers ont le droit : 1° De faire de la clientèle civile; 2° Dans ce cas, s'ils ne devraient pas payer patente.

Veuillez agréer, etc. Dr A. P.

La question que nous pose notre correspondant est facile à résoudre, quant au premier point visé. Légalement, le médecin militaire peut faire de la clientèle civile, le droit de visiter et de traiter les malades lui étant conféré par son diplôme de docteur. Si l'on s'en tenait même à la lettre d'une circulaire de M. le ministre de la guerre, ce serait pour lui non pas un droit mais un devoir, car cette circulaire engage les médecins militaires à voir des malades civils, afin de se tenir au courant de la science et d'acquérir l'expérience de la pratique médicale.

Quant au second point, serait-ce un moyen d'égaliser les conditions d'exercice entre les médecins civils et les médecins militaires que d'imposer le paiement d'une patente à ces derniers ? Nous l'ignorons. Il s'agit là d'ailleurs d'une mesure fiscale qu'il ne nous appartient pas d'apprécier.

VARIA

Medical mathematisme (1) ;

Par le Dr E. SEGUIN (de New-York).

Notre intention primitive était d'éviter même l'apparence d'un appel aux autorités médicales dans une question qui se recommandait par son seul mérite et par la force qu'elle devait exercer sur l'esprit du monde médical. Mais, au dernier moment, après mûre réflexion, nous ne nous sommes pas senti libres de priver la cause que nous prétendons servir, de l'appui que vient lui donner l'opinion de savants, qui, en dehors même de leur haut caractère personnel, sont

(1) Voir les nos 38, 39, 40 et 42.

les chefs reconnus du positivisme médical. (M. Seguin donne alors lecture de lettres de MM. Méhu, Auzoux, Bertillon, Ranvier, Broca, Bert, Charcot, Littré, qui le félicitent de la campagne qu'il a entreprise, et insistent sur l'intérêt que présente pour la science l'adoption universelle du système métrique).

Ces lettres n'ont pas besoin de commentaires. Ceux qui les ont écrites sont à la tête de l'une quelconque des branches de nos sciences médicales. Tous sont unanimes à déclarer que le système métrique doit être le langage quantitatif universel des sciences, et que la médecine doit accepter son mathématisme.

Comme nous l'avons déjà dit, notre intention n'a pas été d'influencer les opinions en citant ces noms connus, nous avons seulement voulu ajouter ce cortège d'autorités à l'enchaînement des faits que nous avons présentés dans leur chronologie philosophique.

Nous avons vu que la nécessité de l'intégralité mathématique fut démontrée, dès le commencement de ce siècle, par des hommes d'une sagacité et d'une prévoyance scientifiques peu communes. Nous avons vu également que la découverte de la loi de l'identité des forces, le perfectionnement des méthodes et instruments d'analyse, l'application d'une mesure unique à la mensuration de tous les phénomènes permirent de traiter les quantités physiologiques avec une précision inouïe. Qu'en vertu de ces découvertes et de ces inventions, nous avons perdu la liberté de pratiquer l'art conjectural qui a été la privilège de quelques médecins et le côté faible de la médecine. Que, d'une part, s'il est devenu impossible de pratiquer et d'étudier notre art sans recourir incessamment à des procédés de mensuration et d'analyse qui ont pour criterium le calcul, d'autre part, il serait plus que futile de faire ces opérations dans le langage de la cacométrie anglaise ou autre, et qu'il serait plus profitable à la science de cesser de prendre des observations que de continuer à grossir l'avalanche d'observations en chiffres irréductibles qui grossit à mesure qu'elle descend sur nous.

Quant aux médecins des pays ou le mètre est naturalisé, il est temps qu'ils voient dans ce système autre chose qu'un moyen facile et uniforme de prescrire et de décrire ; il est nécessaire qu'ils se hâtent de reconnaître en lui le seul facteur et coordinateur des quantités physiologiques et pathologiques, la pierre angulaire du mathématisme médical auquel la médecine doit déjà quelques connaissances positives et auquel, d'ici peu, elle en devra de bien plus nombreuses.

Faculté de Médecine de Paris.

École pratique. Exercices de dissection sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du vendredi 5 Novembre 1880, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne d'anatomie, à 1 heure, dans chaque pavillon.

1° Les exercices de dissection sont obligatoires, pendant toute la durée du semestre d'hiver, pour tous les étudiants de 2e et 3e année, c'est-à-dire pour tous ceux qui ont de 5 à 12 inscriptions. Ces élèves sont tenus de prendre part aux exercices de dissection et doivent se faire inscrire du 3 au 18 novembre, au bureau du chef du matériel de l'Ecole pratique, tous les jours, de midi à 4 heures. Les étudiants qui n'ont pas encore disséqué ont à subir un examen préalable d'ostéologie. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le jour même de l'ouverture des pavillons.—2° Les exercices de dissection sont facultatifs pour les étudiants ci-après : A. Élèves de 4e année ; — B. Elèves ayant 16 inscriptions. Ces étudiants, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen et ensuite se faire inscrire au Bureau du chef du matériel de l'École pratique du 3 au 18 novembre. Les docteurs français et étrangers sont soumis aux mêmes formalités.—3° Passé le 18 novembre, nul ne pourra être admis aux travaux pratiques d'anatomie sans une décision spéciale.—4° La mise en séries sera faite par les soins du chef des travaux anatomiques, dans l'ordre suivant : A. Élèves de 2e et 3e année; B. Élèves ayant 16 inscriptions; C. Élèves de 4e année; D. Docteurs français et docteurs étrangers.

Nota. Nul ne peut être admis à s'inscrire à l'École pratique pour la dissection s'il ne présente : 1° Sa carte d'admission aux travaux pratiques délivrée par le secrétariat de la Faculté ; 2° La quittance détachée du registre à souches constatant le paiement des droits.—Les bureaux de la Faculté seront ouverts, pour la délivrance de ces pièces du 3 au 18 novembre, de midi à 4 heures.

Service médical de nuit dans la ville de Paris

3e *Trimestre.*

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1880, par le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	20	20	4	44
2e	12	31	2	45
3e	35	28	9	72
4e	28	46	19	93
5e	24	38	9	71
6e	28	22	7	57
7e	13	16	4	33
8e	7	11	2	20
9e	23	34	4	61
10e	21	47	3	71
11e	59	81	29	169
12e	22	32	11	65
13e	18	45	18	81
14e	43	42	22	107
15e	44	51	19	114
16e	6	9	6	21
17e	47	55	15	117
18e	40	61	13	114
19e	38	30	14	82
20e	43	67	23	133
	571	766	233	1570

MALADIES OBSERVÉES

Maladies		Maladies	
A		**E**	
Angines et laryng.	79	Affections cérébrales. Paralysies .	87
Croup	43	Eclampsie. Convulsions.	65
Coqueluche. . . .	3	Névralgies	63
Conjonctivite . . .	»	Névroses	93
Corps étranger de l'œsophage. . .	»	Epilepsie.	22
B		Aliénation mentale.	12
Asthme	27	Alcoolisme. Delirium tremens. .	19
Affections du cœur.	34	Tétanos	1
Bronchites aiguës et chroniques . . .	42	**F**	
Pleuro-pneumonie.	32	Rhumatisme . . .	14
Congestion pulmonaire	13	Affections éruptives	51
C		Erysipèle de la face.	5
Affections et troubles gastro-intestinaux	156	Fièvre intermitt. .	3
Choléra	9	Fièvre typhoïde. .	43
Cholérine.	76	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	89
Dysentérie	6	**G**	
Athrepsie.	6	Plaies. Contusions.	71
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	67	Fractures. Luxations. Entorses .	32
Hernie étranglée .	17	Brûlures	8
Rétention d'urine .	13	Charbon	»
Orchite.	»	Empoisonnements .	15
Paraphimosis . . .	»	Asphyxie par le Charbon	7
D		Suicide.	2
Métrite. Métro-péritonite	34	**H**	
Métrorrhagie . . .	30	Mort à l'arrivée du médecin	51
Fausse couche . .	40		
Accouchement. Délivrance	90	Total. . . .	1570

La moyenne des visites par nuit est de 17.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 14.
Les hommes entrent dans la proportion de 36 0/0.
Les femmes — — de 49 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 15 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1879 . . .		1.273
— —	1880 . . .	1.570
Différence en plus		297

Congrès International des Sciences médicales, (Londres, 1881).

Section VII.—Maladies des Enfants. *Liste des sujets proposés pour discussion* (des changements éventuels peuvent être proposés avant le 1er décembre 1880).

Médecine : 1° La vraie position de la maladie appelée Rubeola, Rötheln ou « German Measles, » et son rapport avec la fièvre scarlatine et la rougeole. 2° La syphilis comme une cause du rachitisme. 3° Les genres différents des paralysies spinales et de myélite chez les enfants. — 4° Les conditions qui déterminent l'occurence d'albuminurie et de paralysie dans le cours ou à la suite de la diphthérie. — 5° Le rapport de la chorée avec le rhumatisme, et spécialement la nature des bruits de cœur qui, si souvent, accompagnent la chorée. — 6° Les formes diverses de tuberculose aiguë, à l'exception de la méningite tuberculeuse ordinaire.

Chirurgie : 1° Le traitement chirurgical du croup et de la diphthérie. — 2° L'aspect chirurgical de la paracentèse pour l'empyème pleurétique. — 3° La pathologie et le traitement de genu valgum. — 4° Le traitement des affections articulaires, ayant particulièrement égard à la prévention de difformités. — 5° Le traitement des courbures de l'épine, ayant spécialement égard à la méthode Sayre. — 6° La nature de la fièvre ordinairement appelée scarlatine chirurgicale.

Toutes les communications ayant rapport à la Section VII doivent être adressées au Secrétaire de la Section. M .H. Donkin, 60, Upper Berkeley Street. London. W.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 25. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Guyon, Monod. — 3e *de Doctorat* : MM. Wurtz, Baillon, Gay. — 1er *de fin d'année:* MM. Regnault, de Lanessan, Bourgoin.

MARDI 26. — 4e *de Doctorat* : 1re *série* : MM. Lasègue, Ball, Grancher; — 2e *série* : MM. G. Sée, Hayem, Rigal. — 5e *de Doctorat* : 1re *série* : (Charité) : MM. Gosselin, Hardy, Charpentier. — 2e *série* (Charité) : MM. Richet, Pajot, Debove. — 2e *de fin d'année* : MM. Bouchard, Duguet, Humbert.

MERCREDI 27. — 3e *de Doctorat* : MM. Wurtz, Regnauld, de Lanessan. — 3e *de fin d'année* : MM. Fournier, Straus, Pozzi.

JEUDI 28. — 4e *de Doctorat.* 1er *série* : MM. Brouardel, Hayem, Duguet; — 2e *série*; MM. Hayem, Charcot, Lancereaux.

VENDREDI 29. — 3e *de Doctorat*: MM. Regnauld, Baillon. Henninger.

SAMEDI 30. — 4e *de Doctorat.* 1re *série* : MM. Brouardel, Hayem Hallopeau; — 2e *série* : MM. G. Sée, Hardy, Rigal.

THÈSES. — *Lundi* 25 : 431. M. Bonnet; — 432. M. Breynaert. — *Mardi* 26 : 433. M. Hercouet; — 434. M. Viennot.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

FORMULES

65. — Pommade contre l'Ozène. LENNOX BROWN.

M. le Dr Lennox Brown recommande le traitement suivant contre l'ozène. Il faut d'abord enlever les croûtes qui encombrent les fosses nasales aux moyens d'injections, de décoctions émollientes tièdes, de faibles solutions de salycilate de soude, répétées plusieurs fois par jour. A l'aide d'un pinceau, on porte alors dans le nez la pommade suivante :

Iodoforme.	3 à 4 grammes.
Ether sulfurique. . . .	30 à 40 —
Vaseline.	3 —
Essence de rose	15 à 20 gouttes.

Au lieu d'obstruer les narines avec un tampon d'ouate, on doit s'efforcer de leur maintenir toute leur perméabilité. — Si le malade est scrofuleux, on lui prescrit de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer et de l'huile de foie de morue. S'il y a lieu de soupçonner l'infection syphilitique, on conseille les remèdes propres à combattre cette diathèse (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 8 octobre au jeudi 14 octobre 1880, les naissances ont été au nombre de 1006, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 343; illégitimes, 153. Total, 496. — *Sexe féminin* : légitimes, 392; illégitimes, 118. Total, 510.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 8 octobre au jeudi 14 octobre 1880, les décès ont été au nombre de 932, savoir : 500 hommes et 432 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 18. F. 19. T. 37. — Variole : M. 17. F. 11. T. 28. — Rougeole : M. 2. F. 4. T. 6. — Scarlatine : M. 3. F. 2. T. 5. — Coqueluche : M. 2. F. 9. T. 11. — Diphthérie. Croup : M. 18. F. 16. T. 34. — Dysentérie : M. ... F. . T. . — Erysipèle : M. 1. F. 1. T. 2. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 96. F. 65. T. 161. — Autres tuberculoses : M. 29. F. 21. T. 50. — Autres affections générales : M. 29. F. 35. T. 64. — Bronchite aiguë : M. 7. F. 10. T. 17. — Pneumonie : M. 19. F. 24. T. 43. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 49. F. 44. T. 93. — Autres maladies locales : aiguës : M. ... F. ... T. ... ; — chroniques : M. ... F. ... T. ... ; — à forme douteuse : M. ... F. ... T. ... — Après traumatisme : M. .. F. 1. T. .. — Morts violentes : M. 26. F. 12. T. 38. — Causes non classées : M. 2. F. 3. T. 5.

Mort-nés et prétendus tels : 84 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31; illégitimes, 15. Total, 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 26; illégitimes, 12. Total, 38.

HOPITAUX DE LYON. *Concours de l'Internat.* — Ce concours vient de se terminer le jeudi 14 octobre par les nominations suivantes : *Internes titulaires* : MM. Lefèvre, Parizot, Cenas, Josserand, Berthe (L.), Truchot, Phélip, Francou, Déport, Hyvernat, Laguaise, Héron. — *Internes provisoires*: MM. Larmaraux, Bertrand, Eraud, Berthet (C.), Boyer, Parant, Trossat, Brébion, Goumy, Eparvier, Truc, Mollen, Ranty, Raffin.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Par arrêté en date du 15 octobre 1880, un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira le 15 mai 1881, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MÉDECINS DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République en date du 11 octobre 1880, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, M. Sablé, médecin de 1re classe de la marine a été promu au grade de médecin principal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le mercredi 27 octobre, 3 rue de l'Abbaye, à 8 heures précises du soir. L'ordre du jour est ainsi réglé : 1° La Société de Médecine publique au Congrès de Turin ; — 2° Dr ARMAINGAUD : Résultats d'une enquête sur l'organisation de la médecine publique en France ; — 3° Dr MOTET : sur la protection de l'enfance abandonnée ou coupable ; — 4° Communications diverses. Elections de membres nouveaux.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Science libre*, journal scientifique, artistique et littéraire, paraissant le 1er et le 15 de chaque mois, sous la direction du Dr P. A. Desjardins. Administration et bureaux, à Nice, 53, Promenade des Anglais, et 115, rue de France.

NECROLOGIE. — On annonce la mort de M. le Dr MISSA, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons, mort subitement à l'âge de 75 ans. — M. le Dr CASTRES, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu de Gonesse, vient de mourir à l'âge de 85 ans. — M. le Dr GARCIN, ancien médecin du Bureau de bienfaisance du IIIe arrondissement, est décédé le 8 octobre à l'âge de 66 ans. — Le *Lyon Médical* nous apprend la mort de M. le Dr DECHÈNE, de Firminy. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le Dr Louis PEISSE, mort subitement chez un de ses amis des suites d'une angine de poitrine. M. Peisse était un littérateur distingué et un journaliste remarquable dont les articles publiés dans la *Revue des Deux Mondes* étaient très appréciés. Il a écrit également dans la *Gazette Médicale* une série de feuilletons qui ont été réunis en deux volumes, sous le titre *Médecine et médecins*. M Peisse était membre de l'Académie de médecine.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Les affections du foie en Algérie et les variations de l'urée ;

Par **A. KELSCH**, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Les leçons de M. Charcot et un mémoire remarquable de M. Brouardel ont, dans ces dernières années, fixé l'attention des médecins sur les variations de l'urée dans les maladies du foie.

Partant de cette donnée, qui semble se dégager des recherches de la physiologie moderne, que c'est dans le foie que se forme la plus grande quantité d'urée, M. Brouardel essaie d'établir, par une longue et intéressante série d'observations, qu'au cours des affections hépatiques l'urée peut subir des modifications caractéristiques de ces affections : elle est augmentée dans les cas de congestion simple avec stimulation nutritive et fonctionnelle exagérée des éléments glandulaires ; elle est diminuée chaque fois qu'il y a désorganisation de ces éléments (suppuration, ictère grave, stéatose phosphorique, etc.). La plupart des affections destructives du foie débutant par une période de congestion initiale, il y aurait d'abord exagération, puis diminution de l'urée ; c'est ce qui devra se produire au cours de l'ictère grave, de la suppuration endémique. Telle est en substance la conclusion qui se dégage du travail de M. Brouardel.

Placé pendant plusieurs années sur un terrain où les affections hépatiques entrent pour une part sérieuse dans la morbidité générale, nous avons cherché dans l'étude et la comparaison d'un grand nombre de faits la confirmation des propositions formulées par l'éminent professeur de Paris.

Les résultats auxquels nous sommes arrivés ne cadrent pas avec ces propositions. Loin de nous pourtant l'idée d'altérer le sens des observations de M. Brouardel ou d'en amoindrir la portée. Ces observations ont leur signification rigoureuse qu'aucun autre fait contradictoire ne saurait leur enlever. Mais la question des fonctions uropoiétiques du foie est probablement complexe, elle sera sans doute reprise par la physiologie et la pathologie expérimentale, et c'est à titre de contribution seulement à l'histoire de ce sujet que nous produisons les faits que nous avons recueillis. Ceux-ci peuvent être groupés en trois catégories :

Dans la première, nous rangeons les engorgements aigus et chroniques du foie, liés aux fièvres intermittentes rebelles, graves, à l'ictère simple catarrhal. — La deuxième comprendra les hépatites aiguës et chroniques. — Dans la troisième, nous avons groupé deux observations de fièvre typhoïde compliquée d'ictère grave, avec quelques données de pathologie expérimentale susceptibles de jeter un peu de jour sur le rôle du foie dans les fonctions uropoiétiques (1).

I. — Engorgement hépatique.

Nous connaissons, pour les avoir étudiées dans un autre temps, les altérations anatomiques qui caractérisent cet état. Réplétion sanguine des capillaires, atrophie partielle, mais, plus généralement, hyperplasie diffuse et nodulaire du parenchyme, telles sont en substance ces altérations auxquelles on peut à juste titre imposer la dénomination d'hyperémie phlegmasique. Cette hyperactivité nutritive implique incontestablement un état de surexcitation fonctionnelle des éléments glandulaires qui, d'ailleurs, se manifeste par la polycholie si commune chez de pareils malades. Il nous a paru intéressant d'interroger les urines au point de vue de l'urée. Voici quelques observations types, choisies parmi un grand nombre.

Obs. I. — *Cachexie paludéenne. Hyperémie phlegmasique du foie et de la rate.* Boucher, 3e zouaves, 25 ans, 4 ans de service et d'Algérie ; a contracté les fièvres à la Calle en 1876. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de deux ans, récidives incessantes. Admis le 8 avril 1878. Cachexie paludéenne consommée : teint pâle, terreux, sombre, corps amaigri ; rate énorme, débordant la ligne ombilicale ; elle mesure 0,27 de diamètre vertical. Le foie est également hypertrophié, il déborde de deux travers de doigt le rebord costal, et sa matité verticale mesure 0,17 sur la ligne mammaire ; appétit languissant, point de diarrhée ; hémoptysies antérieures, diminution du murmure vésiculaire sous les deux clavicules.

Dates	Températures		Quantités d'urines en 24 h.	Quantité d'urée	Albumine	Réaction	OBSERVATIONS
	Matin						
Avril							
10		40.6	1.670	18.53	0	Neutre.	Accès ayant débuté à 11 heures.
11	37	38.2	977	13.91	»	»	
12	37.2	37	1.870	12.94	»	»	
13	37 1	37	1.500	14.70	»	»	
14	37	37.3	960	14.78	»	»	
15	37.4	38.5	1.310	21.22	»	»	
16	37.3	38	1.620	26.56	»	»	
17	37	38.2	1.655	13.07	»	»	
18	37	38.5	1.105	20.44	»	»	
19	38	38.6	1.345	23.67	»	»	
20	37.2	38.4	1.440	18.14	»	»	
21	37 3	39	1.280	13.18	»	»	
22	38	38.2	1.100	21. 6	»	»	
23	37.2	38.6	1.390	25.15	»	»	
24	37.6	39.2	1.240	20.34	»	»	

Les analyses sont continuées jour par jour pendant un mois encore, jusqu'au 23 mai ; les chiffres journaliers de l'urée dans cet intervalle, oscillent entre les extrêmes 15 et 27 ; la moyenne quotidienne pendant la première quinzaine est de 22, et de 19 pendant la seconde.

Le malade quitte l'hôpital le 22 mais ; sa situation n'est pas améliorée.

Les analyses comprennent donc une longue série de jours pendant lesquels aucune modification ne se produit, ni dans l'état local, ni dans l'état général. Le foie reste tuméfié et les fonctions digestives, bien qu'un peu languissantes, s'accomplissent pourtant régulièrement. Le malade consomme à chaque repas 1 portion, potage, côtelette, légumes. Or, que disent les urines ? Les variations quotidiennes, comme la moyenne générale (19,73), sont exactement comprises dans les limites physiologiques ; cette dernière se trouve plutôt un peu abaissée (la norme oscillant entre 20 et 22), ce qui est en rapport avec l'absence de mouvement du malade, et le ralentis-

(1) Nous nous sommes servi dans nos Analyses du procédé de Esbach.

sement des procesus nutritifs, mais en contradiction formelle avec la tuméfaction persistante du foie.

Obs. II. — *Cachexie paludéenne. Engorgement chronique du foie.* Martinaud, 3e zouaves, 23 ans, 2 ans de service et d'Algérie. Admis à l'hôpital le 9 mars 1878. Fièvres intermittentes irrégulières depuis l'année dernière. Cachexie paludéenne. Hypertrophie énorme de la rate, foie volumineux et douloureux depuis trois mois.

Dates	Températures Matin	Soir	Quantités d'urines en 24 h.	Quantité d'urée	Albumine	Réaction	OBSERVATIONS
Mars			gr.	l.			
10	Apyrexie		2.025	22.27	Légère quantité	Neutre.	
11	»	»	2.550	26.77		»	
12	»	»	2.520	31.50	»	»	
13	»	»	2.500	31.25	»	»	
14	»	»	3.010	28.41	0	»	
15	»	»	2.030	20.70	»	»	
16	»	»	2.080	21.21	»	»	
17	»	»	2.009	27.60	»	»	
18	»	»	2.805	31.45	»	»	

Sort le 4 avril, non amélioré.

La moyenne quotidienne (26,79) peut paraitre ici quelque peu augmentée, mais cette augmentation est à peine appréciable, elle exprime plutôt une déviation extrême de la moyenne physiologique. Dans tous les cas, aucun des chiffres quotidiens ne s'est jamais élevé à des proportions réellement pathologiques, telles que nous en montre par exemple l'observation X (congestion hépatique intense) du mémoire de M. Brouardel.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'observation suivante.

Obs. III. — *Cachexie paludéenne. Hypertrophie de la rate et du foie.* Léraillet, 3e zouaves, 24 ans, 2 ans 1/2 de service. A contracté à La Calle, en 1876, des fièvres rebelles pour lesquelles il a fait plusieurs séjours à l'hôpital. Admis dans mon service le 29 mars 1878. Cachexie paludéenne. Teint pâle mat ; la rate est considérablement hypertrophiée. La matité verticale mesure 0,17. D'autre part, le foie déborde le rebord costal de 0,03, la portion découverte est douloureuse à la palpation.

Dates	Températures Matin	Soir	Quantités d'urines en 24 h.	Quantité d'urée	Albumine	Réaction	OBSERVATIONS
Avril			gr.	l.		Neutre.	
4	36.7	36.6	2.060	19.98	0	»	
5	36.5	36.7	2.135	29.89	»	»	
6	36.6		1.965	22.89	»	»	
7	36.6	36.8	1.850	27.01	»	»	
8	36.7	37	1.985	30.96	»	»	
9	37	36.8	1.400	21.40	»	»	
10	37	37	1.975	35.50	»	»	
11	36.6	37.8	1.325	27.28	»	»	
12	37	37.2	1.500	35.70	»	»	
13	36.8	37.6	1.040	19.34	»	»	
14	37	37.5	1.785	36.59	»	»	
15	36.8	36.6	1.315	25.34	»	»	
16	36.4	36.4	1.460	9.02	»	»	
17	37	37.5	1.460	29.02	»	»	
18	36.4	36.8	1.410	30.73	»	»	
19	36.5	36.8	1.231	25.96	»	»	
20	36.2	36.8	1.515	31.20	»	»	
21	36.4	36.8	1.570	33.59	»	»	
22	36	36.4	525	8.45	»	»	
23	37	36.8	2.045	43.14	»	»	
24	36.4	36.8	9.80	27.63	»	»	
25	36.6	36.6	1.190	25.70	»	»	
26	36.3	37.4	1.430	25.90	»	»	

L'analyse quotidienne des urines est continuée pendant un mois encore ; le chiffre journalier de l'urée oscille pendant ce temps entre 15 et 30 ; la moyenne pour 24 heures, dans la première quinzaine, est de 18, et de 20 pour la deuxième quinzaine.

25 *mai*. — L... sort dans le même état, profondément cachectique et est envoyé d'urgence en convalescence en France. Il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines.

On pourrait objecter que les faits précédents comportent des congestions chroniques, et que cette circonstance est de nature à effacer ou à amoindrir le trouble fonctionnel du foie par une sorte d'épuisement même de la fonction. D'autre part, on est autorisé à penser que l'excès d'urée fourni par la glande est masqué par la diminution due au ralentissement des processus nutritifs généraux.

L'observation suivante, qui débute par une série d'accès de fièvre avec tuméfaction congestive aiguë, répondra à cette objection.

Obs. IV. — *Fièvre rebelle sans cachexie.* Dubarry, 24 ans, 3 ans de service et d'Algérie. Admis à l'hôpital le 29 mai 1878 pour une troisième atteinte de fièvre depuis le mois de mars 1877. Actuellement, accès quotidiens, datant de huit jours. Douleurs spontanées à l'hypochondre droit, augmentation sensible de volume du foie.

Dates	Températures Matin	Soir	Quantités d'urines en 24 h.	Quantité d'urée	Albumine	Réaction	OBSERVATIONS
Mai							
29	40	39	»	»	»	»	Accès ayant débuté à 6 heures du matin.
30	36.6	36.6	»	»	»	»	
31	40.5		820	14.26	Léger nuage	Acide	Le foie est très douloureux à la pression et a augmenté de 1 travers de doigt depuis 48 h.
Juin						»	
1er	39	40.4	700	13.72	0	»	
2	38.4	37	820	13.77	»	»	
3	38.4	36.4	880	14.02	»	»	
4	36.6	36.6	2.010	14.71	»	»	
5	36.6	36.6	2.115	13.91	»	»	
6	38	37	1.575	22.58	»	»	Le foie et la rate ont repris leurs dimensions normales.
7	37	36.8	1.730	9.70	»	»	
8	38	37.5	1.730	16.15	»	»	
9	36.8	36.6	925	9.52	»	»	
10	36.8	37	934	9.15	»	»	
11	36.8	36.4	1.410	10.47	»	»	

Sort le 15, guéri ; la rate a repris ses dimensions normales. La fièvre a cédé, seul le foie est resté un peu douloureux.

Au cours de la série d'accès qui ouvre l'histoire du malade, il s'est produit du côté du foie une tuméfaction congestive aiguë et douloureuse, qui n'a cédé qu'au bout d'une semaine. Y a-t-il eu dans cet intervalle exagération dans l'excrétion de l'urée? On serait mal fondé de le soutenir, même en tenant compte de l'exiguïté du régime du malade, devant un chiffre quotidien qui varie entre 13 et 14. A partir du 6, moment où le foie et la rate sont revenus à leurs dimensions normales, la moyenne quotidienne de l'urée (environ 14) tend à baisser, mais si peu, que la différence représente tout au plus le processus fébrile de la période congestive.

Voici d'ailleurs des faits plus précis ; nous avons utilisé pour ces recherches les accès pernicieux si remarquables par les congestions aiguës vers les viscères du bas-ventre ; l'hyperémie du foie y est extrême, le microscope montre, à côté de l'hypertrophie et de l'hyperplasie glandulaire, un engorgement général des vaisseaux extra et intra-lobulaires, et la polycholie traduit la stimulation morbide de la glande. Que devient l'urée? est-elle en rapport avec cette hyperactivité fonctionnelle du foie? Voici ce que répondent les faits.

Obs. V. — *Accès pernicieux, forme comateuse et délirante. Ictère.* Graves, soldat de la remonte, 3 ans de service et 15 mois d'Algérie ; admis à l'hôpital le 7 juillet 1878. Pas de maladies ni de fièvres antérieures. Actuellement, symptômes de fièvre rémittente depuis 6 jours.

Températures. 7 *juillet* : M. 38°. s. 40°. — 8 *juillet.* M. 38°. s. 40°. 9° *juillet.* — M. 39°,4. s. 41°. — 10 *juillet* : M. 37°,6. s. 37°,6. — 11 *juillet* : M. 40° s 40,2. — 12 *juillet* : M. 40°.

Allanguissement général, sans état grave jusqu'au 10. Foie douloureux et tuméfié (14 centim. sur la ligne mam-

maire). Albuminurie. A partir du 10, décomposition des traits, teint sombre, mélanémique, prostration et délire, agitation incessante ; selles et urine involontaires, 17 centim. de matité hépatique ; albuminurie ; à partir du 11, ictère ; mort le 13. La veille 250 grammes d'urine extraits de la vessie par la sonde contiennent 8.12 d'urée, soit 23 grammes par litre.

Résumé de l'autopsie faite 6 heures après la mort. — *Foie*, 1800 grammes ; gorgé de sang, mélanotique et ictérique. L'examen microscopique montre des éléments glandulaires tuméfiés, pourvus de 1 ou 2 noyaux volumineux ; le protoplasma en est finement granuleux, farci de pigment biliaire, rarement on y voit des corpuscules graisseux. Vésicule distendue par la bile.

Reins. Pèsent 310 grammes injectés dans les deux substances. Les cellules des tubes contournés sont troubles, finement granuleuses, les noyaux peu apparents. La vessie distendue contient environ 500 gr. d'urine.

Obs. VI. — *Accès pernicieux. Forme comateuse.* Chabé, 24 ans, soldat du pénitencier de Bône, est admis à l'hôpital le 14 novembre 1878.

Nous le trouvons debout à la contre-visite, apyrétique, mangeant la portion ; il raconte qu'il a contracté au cours de l'été des fièvres qui reviennent de temps à autre. Le dernier accès a eu lieu le 13. Dans la nuit du 14 au 15, un accès pernicieux survient et à la visite du matin, au 15, le malade est dans le coma.

Températures. 15 *novembre* : M. 38°,7. s. 38°,8.— 16 *novembre* : M. 38°,8.—17 *novembre* : s. 37°. — 18 *novembre* : M. 37°,2. s. 36°,4.—19 *novembre.* M. 37°,2. s. 36°,6.—20 *novembre.* M. 39°. s. 38°,8.

Coma persistant, langue fuligineuse, sèche, respiration bruyante, raideur convulsive des membres avec trémulence carphologique incessante, mélanémie. Urines et selles involontaires. 210 grammes d'urine obtenus par le cathétérisme contiennent 1 gramme 55 d'urée, soit 7^{gr},4 par litre ; précipité par l'acide nitrique et la chaleur. — Mort le 20 à 10 heures du soir.

Résumé de l'autopsie. — Nous ne mentionnons que l'état du foie et des reins. Le foie est gorgé de sang et considérablement tuméfié, il pèse 2,050 grammes. Le parenchyme, d'un gris sombre ardoisé, s'épanouit sur la coupe. L'examen microscopique à l'état frais révèle des cellules volumineuses pourvues de deux noyaux ou d'un noyau unique, mesurant jusqu'à 14 μ d'épaisseur ; le protoplasma est finement granuleux, exempt de graisse, mais richement doté de granulations pigmentaires jaunes. De nombreux corpuscules mélanifères sont épars dans le champ de la préparation.

Les reins pèsent 290 grammes. La substance corticale est un peu tuméfiée, l'épithélium des tubes contournés est sombre, granuleux, mais non graisseux. De nombreux corpuscules mélanifères sont engagés dans les anses capillaires des corpuscules de Malpighi.

Obs. VII. — *Fièvre pernicieuse. Mort subite.* Martin, Louis, 22 ans ; admis à l'hôpital le 14 octobre 1877.

Le malade accuse une diarrhée dysentérique qui remonte à trois jours. Il paraît extrêmement fatigué. Le 16 au soir, la diarrhée cesse, mais l'état général ne s'améliore pas : prostration, agitation, inquiétude ; l'intelligence pourtant est parfaite. Le 17, la physionomie devient d'un pâle terreux, sombre, mélanémie intense. Néanmoins le malade paraît plus calme que les jours précédents. — Même état le 18 et le 19. Le 19 au matin, il paraissait mieux ; on venait de lui parler quand subitement il mourut. Quelques instants après la mort on extrait de la vessie 355 grammes d'urine, qui renferment 6 grammes 24 d'urée soit 17,6 par litre.

Température. — 14 *octobre* : s. 39°,5. — 15 *octobre* : M. 36°,5. s. 36°,8. — 16 *octobre* : M. 39°,2. s. 38°. — 17 *octobre* : M. 38°,8. s. 38°,7. — 18 *octobre* : M. 37°,4. — 19 *octobre* : M. s. 38°.

Résumé de l'autopsie. — Le foie est volumineux ; il pèse 2270 grammes. La vésicule est remplie de bile ; la consistance du parenchyme est normale, l'aspect de la coupe est légèrement jaunâtre, bien que le tissu soit gorgé de sang ; les acini sont notablement hypertrophiés. A l'examen histologique, hyperémie capillaire généralisée, hypertrophie et hyperplasie diffuse des éléments glandulaires. Nombreuses cellules mélanifères dans le champ de la préparation. (L'analyse microscopique détaillée se trouve dans notre mémoire sur les hyperémies phegmasiques du foie, voyez *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1878).

Les reins pèsent 190 grammes. La substance corticale est un peu pâle, sèche, mais à l'examen microscopique, l'épithélium n'est pas notablement altéré.

La rate est fortement gonflée : poids 500 grammes, parenchyme ferme et farci de pigment mélanique.

Obs. VIII. — *Accès pernicieux, forme comateuse et convulsive.* Julien, 3ᵉ zouaves, 20 ans. 14 mois de service et d'Algérie ; jeune homme vigoureux, est apporté à l'hôpital le 21 novembre 1878 au soir, presque sans connaissance ; T 40°,2, yeux hagards, muscles de la face convulsés, raideur des membres, soubresauts des tendons, gémissements incessants, rate et foie volumineux, mélanémie profonde.

22 *novembre.* 2 grammes de chlorhydrate de quinine en injection ; va un peu mieux, a repris connaissance T. M. 38°,5. s. 39°,2.

23 *novembre.* — Etat de nouveau aggravé, connaissance incomplète, selles et urines involontaires. 270 grammes d'urine obtenus par le cathétérisme contiennent 12,96 d'urée, soit 48 grammes par litre, et une certaine proportion d'albumine. 2 grammes de chlorhydrate de quinine en injection hypodermique, T. M. 39°,6.

24 *novembre.* Va beaucoup mieux ; a repris connaissance, T. M. 37°,6. s. 36°,4. — 25 *novembre.* Va de mieux en mieux, T. M. 36°,8. s. 37°. — 26 *novembre* : T. M. 36°,5. s. 36°,6.

Malgré l'énorme congestion du foie, malgré même la température fébrile, la proportion d'urée ne s'élève guère au-dessus de la norme si ce n'est dans l'observation de Julien ; chez les autres malades, elle ne dépasse pas les limites ordinaires ; étant donnée l'exaltation fonctionnelle du foie, le résultat cadre difficilement avec l'hypothèse d'une fonction uropoiétique de cet organe. Nous nous garderons toutefois de formuler, d'après ces preuves, des conclusions absolues : il convient de prendre en considération que les reins, dont nous avons fait souvent l'étude histologique dans des cas pareils, sont, comme le foie, le siège d'une hyperémie phlegmasique intense ; l'épithélium est à l'état de tuméfaction trouble, beaucoup de tubuli sont oblitérés par des bouchons de globules rouges ou blancs ; il se pourrait, eu égard à ces altérations superficielles, que la dépuration du sang fût insuffisante, et que le dosage de l'urine ne donnât pas la mesure exacte de l'intensité du processus formateur de l'urée, quel que soit d'ailleurs le siège de cette formation : c'est le sang lui-même qu'il nous eût fallu interroger. Cette observation restrictive est d'ailleurs applicable à tous les faits d'ictère grave où l'analyse n'a pas établi corrélativement à la disparition de l'urée des urines sa diminution dans le sang lui-même. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

En résumé, et malgré la restriction précédente, nous pensons, d'après l'ensemble de ces faits, que la production de l'urée n'est pas sensiblement influencée par l'engorgement aigu ou chronique du foie ; dans l'hyperémie chronique, elle est en général plutôt diminuée qu'augmentée, et dans les congestions aiguës des fièvres graves, l'augmentation, quand elle existe, peut être imputée avec plus de fondement aux actes chimiques de la fièvre.

(*A suivre.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE

De l'amputation ostéoplastique de la jambe (1) ;

Par le Dr Alexandre TAUBER, professeur agrégé à l'Université de Varsovie.

Enfin, la dernière modification de l'opération de Pirogoff appartient à un chirurgien français, du plus grand mérite, M. le professeur Le Fort. Nous devons parler de ce procédé plus longuement que de tous les précédents, parce que, d'abord, nous avons plusieurs fois opéré d'après ce procédé, que nous l'avons également vu employer par divers chirurgiens russes ; et ensuite parce que les chirurgiens français le connaissent mieux.

M. Le Fort, après avoir publié l'ouvrage classique de M. le professeur Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, en 1874, décrit le nouveau procédé de l'amputation ostéoplastique de la jambe. Son procédé présenterait les avantages suivants sur celui de Pirogoff :

a) « Donner comme base de sustention le talon normal avec sa peau intacte, et avec les apophyses du calcanéum qui sont le véritable point d'appui ;— *b*) ensuite éviter tout tiraillement sur le tendon d'Achille et toute tendance au déplacement ultérieur du lambeau ;— *c*) respecter le tendon d'Achille et les muscles gastrocnémiens ; — *d*) éviter dans l'opération la blessure de la tibiale postérieure (2). »

Nos lecteurs connaissent tous, d'après le manuel de Malgaigne, le procédé employé par M. Le Fort. Dans nos observations IV, V et VI nous avons d'ailleurs décrit, en peu de mots, les principales manœuvres techniques de cette opération, il est donc inutile de la décrire. Nous croyons cependant devoir ajouter que le procédé de M. Le Fort ne présente rien de nouveau, et voici les raisons qui nous conduisent à formuler cette opinion : M. Le Fort ne fait pas seulement une incision cutanée immédiatement au-dessus des malléoles, mais deux incisions, l'une en avant de la malléolle interne et l'autre en arrière de la malléole externe. L'auteur agit ainsi pour respecter le tendon d'Achille et les gastrocnémiens. M. Le Fort ignorait sans doute qu'un des élèves de Pirogoff, le regretté professeur Chimanowsky (3) disait encore en 1866, que, dans l'amputation ostéoplastique de la jambe, il fallait commencer l'incision de la peau en avant de la malléole interne et la terminer derrière l'externe. Si M. Le Fort ne connaissait pas les ouvrages du chirurgien russe, il aurait pu cependant entendre dire à M. Verneuil :

« Voici comme M. Pirogoff opère : une incision partie de la malléolle externe descend verticalement sur le bord externe du pied, traverse d'un côté à l'autre la face plantaire, et remonte pour se terminer à deux lignes *au-devant* de la malléole interne. »

Remarquons que ces paroles ont été prononcées par M. Verneuil en 1857 et publiées dans les « *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV. p. 411. »

M. Le Fort ajoute qu'il tâche de conserver l'insertion du tendon d'Achille ; mais est-ce que Pirogoff prescrivait de la couper ? Au contraire, il disait toujours d'épargner ce tendon et sa gaîne. « Ainsi, dit Pirogoff (4), voici les avantages de mon opération : 1° le commencement du tendon d'Achille reste intact, et on évite par là toutes les complications résultant de la coupure de ce tendon ; 2° on peut donner au lambeau inférieur une direction légèrement oblique pour y laisser un fragment plus grand du calcanéum. » Nous devons encore ajouter que dans le procédé de M. Le Fort il faut *volens nolens* pétrir le tendon d'Achille, parce que la scie, placée au-devant du tendon, pendant le sciage du calcanéum, ne peut épargner la gaîne et la bourse séreuse rétro-calcanéenne. Voilà pourquoi, ainsi que cela s'est présenté dans l'observation IV, il peut se produire dans le cours de la maladie des fusées purulentes sur la gaîne du tendon de la jambe.

Enfin, pour prévenir la tension de ce tendon et surtout pour que l'opéré puisse s'appuyer sur tout le talon et non sur un seul point, M. Le Fort insiste sur la nécessité de scier le calcanéum *horizontalement*. Cette idée, elle aussi, n'est pas nouvelle, c'est encore l'anglais Busk, que nous avons cité plus haut, qui proposait ce procédé en 1866, et s'il n'a pas trouvé jusqu'à présent son application dans les mains des chirurgiens civils ou militaires, c'est seulement parce que cette proposition faisait perdre toute sa valeur à l'amputation ostéoplastique de la jambe. En effet, pour qu'on puisse scier seulement la surface cartilagineuse du calcanéum, il est nécessaire que l'os soit tout à fait sain, ainsi que l'a fait très justement remarquer un chirurgien français éminent, M. Tillaux, dans son *Traité d'Anatomie topographique* (Paris, 1879, p. 1023), où il dit ce qui suit : « M. Le Fort a repris ce procédé (de Pirogoff) en lui faisant subir quelques modifications et en a obtenu de brillants résultats. *Mais il faut pour cela un calcanéum absolument sain, sinon les malades sont exposés à une suppuration et à des fistules interminables.* » Et si le calcanéum est sain, on n'a pas d'indications rigoureuses en faveur de l'amputation ostéoplastique ; la résection de l'articulation tibio-tarsienne donnera toujours, dans ces cas, un meilleur résultat et conservera le pied.

Mais ce qui nous a étonné le plus, c'est que M. Le Fort, qui n'aurait fait lui-même aucune opération de Pirogoff, — du moins, il ne le dit pas, — ait pu écrire ce qui suit : « Or, dans l'amputation de Pirogoff, c'est la face postérieure du talon qui devient le point d'appui, cela seul suffit pour ôter presque toute sa valeur à cette amputation (1). »

En outre, pour ce qui est des difficultés techniques de l'opération d'après le procédé de M. LeFort, nos lecteurs pourront voir l'affirmation de nos paroles dans les indications de l'auteur lui-même qui écrit : « Toutefois, on s'expose un peu plus à faire sur le calcanéum une section oblique dans le genre de celle de Sédillot. C'est par le *premier* procédé que j'ai fait mon opération, mais peut-être *le second est-il en définitive plus facile et plus rapide* (2). »

Nous avons dit qu'il ne dépendait pas de la volonté du chirurgien ou de son expérience de scier obliquement et non horizontalement pendant les manœuvres opératoires, et nous en donnerons une nouvelle preuve par le fait suivant.

Le 12 mai 1880, nous avons eu le plaisir d'assister au cours de M. le Dr Nélaton, prosecteur à l'Ecole pratique de Paris, qui portait ce jour-là sur l'amputation ostéoplastique d'après le procédé LeFort Les manœuvres techniques du Dr Nélaton prouvent qu'il a déjà une grande habitude de cette opération, parce qu'il s'y exerçait beaucoup ; et cependant, quand il en a fait la démonstration à l'amphi-

(1) Voir les nos 42 et 43.
(2) *Loc. cit.*, p. 619.
(3) *Archiv. de Langenbeck*, t. I, 1866.
(4) *Klinische chirurgie*. Leipzig, Heft I, p. 7.

(1) Malgaigne. — *Manuel de Médecine opératoire*, édition Léon Le Fort. Paris, 1874, p. 617.
(2) *Loc. cit.* p. 621.

thétâre, nous fîmes, après le cours, observer à notre respectable collègue que la surface de la section n'était pas horizontale, mais inclinée. M. le Dr Nélaton nous a répondu par modestie que c'était de sa faute, c'est à dire qu'il avait mal scié; et il proposa à un chirurgien qui assistait à notre entretien de scier l'autre extrémité; celui-ci l'a fait avec beaucoup de précaution, mais il est arrivé au même résultat, c'est à dire que le calcanéum était scié obliquement d'arrière en avant.

En résumant ainsi tout ce que nous avons dit par rapport aux perfectionnements de l'amputation ostéoplastique de la jambe, nous devons en conclure, ou que les auteurs de ces nouveaux procédés ne connaissaient pas assez les ouvrages de Pirogoff, ou qu'ils manquaient d'occasion de se convaincre que le procédé de l'opération proposé par Pirogoff est facile et pratique. C'est ce que prouveraient les paroles de M. Delorme, qui s'exprime ainsi dans son excellent article « Pied »(1): « Le procédé de Pirogoff n'est pas encore entré dans la pratique française. C'est surtout en Russie, en Angleterre et en Allemagne qu'il est employé. »

III. Mais l'objection la plus sérieuse contre l'amputation ostéoplastique de la jambe, c'est la crainte qu'on a manifestée, d'obtenir un moignon impropre à la fonction de l'extrémité. Cette question ne peut être évidemment résolue que par le temps et par les données statistiques exactes. Autant que nous ayons pu connaitre l'école française de chirurgie, il nous semble que, plus que les autres, elle déduit ses résultats des données statistiques rigoureusement scientifiques et que, dans la résolution de pareilles questions, les savants français ne s'arrêtent jamais devant la sympathie nationale. Ainsi par exemple U. Bouvier (2) en 1860, posa devant la Société chirurgicale de Paris la question de l'appréciation critique de l'amputation de Chopart; après avoir recueilli dans la littérature française un grand nombre de cas opérés d'après ce procédé, il prouva que le membre est impropre à sa fonction. Egalement M. Verneuil, dans son dernier ouvrage, assigne la première place aux données statistiques dans les déductions pratiques. Mais si la littérature médicale française manque jusqu'à présent de critériums justes pour apprécier l'amputation ostéoplastique de la jambe, ce n'est que parce que les chirurgiens français faisaient, à notre grand regret, rarement l'application de cette opération dans leur riche pratique chirurgicale. On peut citer comme une exception l'ouvrage du chirurgien militaire français, M. Pasquier, qui, dans son article intitulé : « *Considérations sur l'amputation tibio-tarsienne par le procédé de Pirogoff* (3) » recueillit 77 cas d'amputation ostéoplastique de la jambe. Le lecteur peut déjà juger en partie combien la chirurgie française perd en renonçant tout à fait à l'opération ostéoplastique de la jambe.

Nous pourrions présenter une statistique très riche et très instructive de cette opération en nous fondant sur les auteurs russes, mais nous n'avons ici, à Paris, aucun document pour la faire. Cependant, si nous considérons la statistique des auteurs étrangers, nous pourrons citer les données suivantes concernant l'issue de l'opération ostéoplastique de la jambe d'après Pirogoff. Le Dr Max Schede cite 186 opérés dont 164 sont guéris et 22 sont morts, c'est à dire que le chiffre de la mortalité égale 11, 8 0/0; parmi ceux qui sont guéris 13 marchaient évidemment mal : 3 ont eu de la mortification du talon; 7 cas ont demandé l'amputation ultérieure de la jambe; deux ne sont pas guéris complètement, et un seulement avait le moignon tout à fait guéri et impropre à l'usage (1). Par conséquent, l'inutilité du moignon après l'opération de Pirogoff est un phénomène bien rare, et nous doutons que M. LeFort ait eu le droit d'affirmer que cette seule circonstance ôte toute la valeur à l'opération de Pirogoff.

IV. En ce qui concerne les autres mauvais résultats ou la récidive ultérieure de la maladie du calcanéum on ne les observait fréquemment qu'à la fin de la 6me dizaine et au commencement de la 7me, lorsque l'on commença à pratiquer l'opération de Pirogoff. Alors, les médecins ne connaissaient pas encore bien le processus anatomo-pathologique de la maladie des os, ni les phénomènes histologiques qui se passaient dans les os pendant la soudure des deux surfaces sciées, et laissaient assez souvent, dans le calcanéum la partie cariée de l'os, ou bien ils faisaient l'amputation ostéoplastique, là où les indications justes manquaient, comme par exemple dans la tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne ou dans les tumeurs malignes dans cette région. Mais, dans l'état actuel de la pathologie, les récidives après l'opération ostéoplastique de la jambe se rencontrent toujours plus rarement dans la littérature.

V. Enfin, par rapport à cette dernière objection, qu'après cette opération il est difficile d'adapter au malade un appareil prothétique, nous ne supposions pas que les orthopédistes américains pussent nous la faire, car l'expérience nous avait convaincu que, pour la plupart, les malades n'ont point besoin d'un appareil artificiel et marchent tout à fait bien en chaussant un bas en cuir avec un petit coussin mou. D'ailleurs, le fait suivant, emprunté à la littérature américaine elle-même, répondait pour nous.

Isaac Quimby's (2) décrit un cas où, à cause de la carie du calcanéum, il avait éloigné tout le pied, scié la plus grande partie du calcanéum et introduit la tubérosité restante entre les malléoles de la jambe. Deux mois après l'opération, le garçon était déjà en état de s'appuyer sur le pied opéré, et au bout de trois mois il pouvait déjà aller à l'école et courir avec ses camarades.

Le professeur Bruns de Tübingen (3) cite également, dans son dernier ouvrage, un cas de l'amputation ostéoplastique de la jambe chez une paysanne, âgée de 31 ans, qui a dû subir l'opération le 3 juillet 1854. Au milieu du mois d'août, la malade était sortie de la clinique et le 27 juillet 1855 elle s'est présentée au professeur, après avoir fait à pied 15 heures de marche. Elle n'avait aucun appareil prothétique.

Après avoir ainsi examiné les objections formulées contre l'amputation ostéoplastique de la jambe, nous fondant sur les données de la littérature, nons tirerons les conclusions suivantes des observations que nous avons recueillies pendant la dernière campagne russo-turque.

1° Les blessures par armes à feu de l'articulation tibio-tarsienne, lorsque l'astragale et la partie antérieure du calcanéum sont brisés, servent souvent d'indications directes à l'amputation ostéoplastique de la jambe. Dans ces lésions, le choix du procédé de l'opération dépend de chaque cas donné, et comme il est difficile au chirurgien de dire d'avance jusqu'à quel point le cal-

(1) *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*. Edition sous la rédaction du Dr Jaccoud, p. 815. Paris, 1880.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 71.
(3) *Recueil de Mémoires de médecine, de clinique et de pharmacie militaires*. Paris 1875, page 107.

(1) *Ueber partielle Fussamputationen. Rammlung Klinischer Vortræge*, von Richard Volkmann, n° 73.
(2) *New-York med. record*, n° 18, 1866.
(3) Bruns. *Die Amput. der Gliedmassen Tübingen*, 1879, p. 75.

canéum est affecté d'un processus pathologique, nous préférons toujours ouvrir l'articulation tibio-tarsienne, comme le fait M. Pirogoff et après avoir examiné le système osseux d'une région donnée, nous scions une partie plus grande ou plus petite du calcanéum. S'il faut scier l'extrémité inférieure de la jambe à une grande distance des malléoles, on peut scier le calcanéum tout à fait horizontalement; dans ce cas, nous n'avons jamais de difficultés pour adapter la partie transplantée de l'os. Dans les autres cas où le processus inflammatoire purulent continuait plus ou moins longtemps, de sorte que le calcanéum était carié (voir Obs. I), on peut éloigner le calcanéum en ne conservant que la tubérosité postérieure et l'endroit d'insertion du tendon d'Achille. L'évidement à l'aide de la rugine de la partie malade de l'os donne assez souvent un résultat magnifique, puisque la conservation du périoste calcanéen aide beaucoup à la formation du cal osseux.

2° Les congélations du pied, qui se rencontrent souvent aussi dans la pratique chirurgicale civile, servent assez fréquemment d'indication à l'amputation ostéoplastique de la jambe. Il ne faut pas oublier que, dans ces cas, le manque des enveloppes molles qui, dans les congélations, sont allongées beaucoup plus haut et plus profondément que le système osseux, donne assez souvent au chirurgien le droit de choisir le procédé d'après lequel il faut scier le calcanéum. Voilà pourquoi dans les observations V, VI, VII et VIII, nous avons appliqué les procédés différents de l'amputation ostéoplastique, c'est-à-dire que nous scions le calcanéum horizontalement d'après le procédé Pasquier et Le Fort, obliquement et même une fois verticalement d'en haut en bas dans la direction de l'axe longitudinal du calcanéum. Sous le rapport technique de tous les procédés, le plus facile c'est la section oblique comme le faisait Busk, Guenter et Pirogoff lui-même. En ce qui regarde la section horizontale, nous devons dire que c'est une modification à celle que nous avons présentée dans l'observation VII, et qui demande encore beaucoup d'exercice et d'observations pour être introduite dans la chirurgie opératoire comme une opération classique.

3° Pendant l'amputation ostéoplastique de la jambe, il est toujours à désirer de laisser le tendon d'Achille. Nous insistons sur ce point malgré l'opinion d'un chirurgien aussi expert que M. Esmarch et qui s'exprime ainsi : « Le tendon d'Achille est coupé en travers immédiatement au-dessus de son insertion et la peau perforée au point correspondant pour permettre l'introduction d'un drain (1) ». Autant que nous ayons pu observer dans les cliniques chirurgicales de l'Académie médico-chirurgicales de Pétersbourg et dans la pratique militaire, nous avons vu que la lésion ou la section du tendon d'Achille produisent toujours des fusées purulentes dans la gaine; nous l'avons trouvé dans l'observation IV et c'était la cause qui retardait aussi longtemps la guérison. Mais, en outre, il est douteux qu'en coupant le tendon d'Achille on évite le déplacement du talon en arrière comme le supposent quelques auteurs, car, même, lorsque le talon est entier, c'est-à-dire quand le talon d'Achille est normal, il n'est point tendu, mais, au contraire, il forme une légère courbure en arrière, dont l'arc s'efface pendant la contraction dorsale du pied (Luchka). Et comme, pendant l'amputation ostéoplastique de la jambe, l'astragale est complètement éloigné et la partie inférieure de la jambe est aussi sciée, il est évident que la courbure normale du tendon d'Achille deviendra encore plus grande et par conséquent sa tension pendant la transplantation du calcanéum sera très petite. Nous supposons qu'une forte tension de ce tendon et le déplacement du talon en arrière n'arrivent qu'avec le temps, lorsque le malade commence à faire usage de son extrémité, et la cause en est dans la section des tendons antérieurs, qui servent d'antagonistes au tendon d'Achille; ce phénomène peut donc avoir lieu dans tous les procédés de l'amputation ostéoplastique de la jambe, surtout dans les cas où l'os transplanté n'est pas tout à fait soudé avec la jambe. Pour l'éviter, nous plaçons toujours une suture osseuse et, dans le traitement ultérieur, nous faisons le bandage du moignon à l'aide de tours de bande, d'arrière en avant comme le conseille le chirurgien Dittel (1), qui donna même un nom spécial à ces bandes : *Ajourverband*.

En terminant ici notre article sur l'amputation ostéoplastique de la jambe, nous croyons de notre devoir de nous excuser devant nos collègues de n'avoir pas cité les opinions de plusieurs auteurs très respectables, concernant cette question ; nous sentons surtout avoir tort devant nos compatriotes.

Nous dirons seulement pour nous justifier, que le but de cet article n'était pas de présenter une monographie complète de cette opération, mais d'exposer à nos collègues étrangers quelques observations personnelles dans cette question et de rappeler les propres paroles du savant professeur Le Fort : « L'observation doit toujours primer les théories les plus justes en apparence ; toutefois, nous pouvons en appeler à des observations plus nombreuses et plus complètes. » (*Manuel de médecine opératoire*, par Malgaigne, 1876, t. I, p. 616) (2).

(1) *Chirurgie de guerre*, par le Dr Esmarch, traduit par le Dr Rouge (de Lausanne). 1879, p. 220.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

L'insalubrité de Paris et ses causes devant le Conseil municipal.

L'opinion publique, constamment tenue en éveil par la presse et surexcitée tout récemment encore par l'accident du boulevard Rochechouart, attendait avec impatience l'ouverture de la nouvelle session du Conseil municipal de Paris. M. Roche devait, en effet, interpeller l'Administration sur les causes des exhalaisons qui se sont produites à Paris depuis le mois d'août dernier, et le public espérait avec raison que, dans la discussion à laquelle cette interpellation donnerait lieu, seraient mises en évidence les véritables causes d'infection, et, par suite, décidés les moyens propres à y remédier.

L'attente du public n'a pas été trompée. Les trois premières séances du Conseil municipal ont été consacrées à cette importante discussion qui, nous l'espérons, sera féconde en résultats, et dont les premiers effets ont été de rassurer les esprits effrayés par des exagérations parfois intéressées, et de ramener à leurs justes proportions les craintes qu'avaient pu faire naître les causes d'insalubrité.

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, 1877, p. 16.

(2) Nous avons cru devoir reproduire, sans commentaires, le mémoire de notre distingué collaborateur : mais nous faisons des réserves sur la valeur de son plaidoyer pour les amputations ostéoplastiques du pied, et sur la justesse des critiques qu'il formule contre les tendances des chirurgiens français. Le parallèle des divers procédés d'amputation du pied a été l'objet de discussions très intéressantes, à plusieurs reprises, à la Société de Chirurgie : l'auteur ne nous semble pas en avoir tenu un compte suffisant. *La Rédaction.*

Les causes principales d'infection invoquées peuvent se diviser en deux grandes classes : 1° Les causes extra-urbaines (fabriques de sulfate d'ammoniaque, dépotoirs, etc.); 2° les causes intra-urbaines (égouts, fosses fixes, etc.). A ces causes principales s'ajoutent des causes secondaires qui ont été également l'objet d'une discussion des plus intéressantes. C'est dans cet ordre que nous les étudierons.

Causes extra-urbaines (1). — Les plaintes motivées par l'existence des établissements consacrés à l'exploitation des vidanges ne sont pas nouvelles ; elles remontent à près de quarante ans et, depuis cette époque, elles ont été renouvelées avec persistance, surtout par les habitants de la banlieue. Malgré ces plaintes, des autorisations ont été accordées presque chaque année pour l'ouverture de nouveaux établissements, et, à l'heure actuelle, il existe autour de Paris près de 40 usines insalubres ou dépotoirs qui font à la cité une véritable enceinte de pestilence, de telle sorte que, quels que soient les vents régnants, Paris se trouve sous le coup de l'infection. Les griefs articulés contre les directeurs de ces établissements reposent sur des bases sérieuses, on leur reproche surtout de ne pas se conformer aux clauses de leur arrêté d'autorisation. Ces griefs sont les suivants : la totalité des matières ne serait pas traitée en vases clos, comme le veut le règlement, et les matières pâteuses seraient desséchées à l'air libre sur des plaques de métal surchauffées, ce qui en transformerait les 4/5 en gaz infects qui se répandent dans l'atmosphère ; les résidus boueux seraient déversés à l'égout à une température de 30 à 35°, c'est-à-dire dans les meilleures conditions pour leur fermentation et celle des eaux d'égout auxquelles ils vont être mélangés ; la prescription qui impose de brûler les gaz ne serait jamais observée ; enfin, fait excessivement grave, certaines usines (Billancourt, Saint-Cloud, Asnières, Saint-Ouen) feraient enlever une quantité de matières plus considérable que celles qu'ils peuvent traiter et enverraient clandestinement ce surplus à la Seine, au moyen d'un égout qui part de ces usines. Pour remédier à ce déplorable état de choses, il est réclamé de l'Administration : qu'il soit fait une enquête sérieuse sur le fonctionnement des usines et des dépotoirs ; qu'on fasse observer très strictement aux propriétaires d'usines les clauses de leur arrêté d'autorisation, et, qu'en cas d'infraction, on exerce contre eux des poursuites et au besoin que l'on procède à la fermeture de leurs usines, comme cela s'est fait dernièrement pour celle de Nanterre.

Causes intra-urbaines (2). — *a) Egouts.* Considérés en eux-mêmes, les égouts ne peuvent être regardés comme une cause réelle d'infection. S'ils sont devenus nuisibles à un moment donné, c'est par suite de mauvais entretien et de déversements clandestins de vidanges à leur intérieur. Le fait de l'insuffisance de nettoyage des égouts est patent et il tient, d'une part, à la trop petite quantité d'eau dont on peut disposer, d'autre part, à ce que le personnel n'est pas assez nombreux pour assurer le service complet ; on y obviera facilement en offrant aux travailleurs un salaire plus rémunérateur (3). Les déversements clandestins de matières fécales, qui sont la cause évidente de la catastrophe du boulevard Rochechouart, seraient fréquents, ils auraient lieu soit dans les cours intérieures, au moyen des tuyaux de conduite, soit dans le trajet de la fosse au dépotoir. L'Administration n'est pas, à cet égard, exempte de tout reproche, car il lui serait facile d'empêcher les contraventions en faisant surveiller les vidanges, dont elle est toujours informée, puisqu'on ne peut les opérer qu'après déclaration préalable du propriétaire.

b) Fosses fixes (1). — Paris est certainement celle des grandes villes où les cabinets d'aisance sont installés dans les conditions les plus défectueuses. Cette cité possède actuellement près de 80,000 fosses fixes, dans lesquelles les matières séjournent quelquefois pendant un an, et qui constituent autant de foyers d'infection. Ces fosses fixes, malgré leur qualification d'étanches, laissent suinter à travers leurs parois des liquides qui s'infiltrent dans le sol et pénètrent plus ou moins dans les caves et les puits, dont l'eau sert encore à alimenter quelques maisons. Les cheminées d'appel destinées à ventiler ces fosses, quoique s'élevant au-dessus du toit, n'entraînent que très imparfaitement les émanations ammoniacales ou sulfhydriques, et, par les temps lourds et orageux il arrive même que l'appel des gaz se fait à l'intérieur des maisons par les tuyaux de chute, lorsque ceux-ci sont mal obturés. Ces émanations, qui se dissipent assez rapidement dans l'atmosphère lorsque les couches d'air supérieures sont échauffées, descendent au contraire le soir vers le sol lorsqu'un léger brouillard s'étend sur la ville. Les odeurs qui se répandent alors sont attribuées à l'ouverture des bouches d'égout. Mais, ce qui constitue le véritable danger des fosses fixes, c'est lorsque l'on procède à l'enlèvement des matières qu'elles contiennent sans qu'il ait été fait une désinfection préalable. Certaines compagnies ont, dans ces derniers temps, été dispensées de cette désinfection qui jusque-là avait été obligatoire, parce qu'elles employaient un nouveau système perfectionné qui leur permettait d'opérer dans le vide et en brûlant les gaz ; cette dispense aurait été accordée à tort, car, en admettant même que ce procédé soit excellent de tous points, il ne supprime les émanations qu'au moment de la vidange, et, au moment de leur déversement à la Villette ou de leur débardage à Bondy, les matières n'en répandent pas moins une odeur infecte (2). Tels sont, en résumé, les principaux inconvénients que l'on a reprochés aux fosses fixes ; en attendant que celles-ci disparaissent, ce qui arrivera dans un temps plus ou moins rapproché, il est du devoir de l'Administration : de veiller à ce que la désinfection préalable soit strictement exécutée ; de refuser de recevoir dans les établissements municipaux de la Villette et de Bondy les matières non désinfectées, ce qui forcerait les Compagnies dont le matériel serait immobilisé, à se soumettre au règlement ; enfin, d'étudier les moyens propres à opérer pour toutes les fosses une désinfection préventive, comme cela se pratique dans certains établissements hospitaliers.

(1) MM. Roche, Engelhard, Delattre.
(2) MM. Engelhard, Delattre, Bourneville.
(3) Ce salaire varie entre 3 fr, 75 et 4 fr. 75 par jour de travail.

(1) MM. Engelhard, Delattre, Bourneville.
(2) L'obligation de la désinfection a été rétablie par un arrêté du préfet en date du 28 septembre dernier.

c) *Fosses mobiles* (1). — Les reproches formulés contre les fosses mobiles reposaient sur des bases peu sérieuses, et ont trouvé de rares partisans au sein du Conseil. Il y avait une évidente exagération à vouloir trouver dans ce système un des agents les plus actifs d'épidémie et de contagion. On a reproché avec raison au système diviseur de laisser passer à l'égout une partie des matières qu'il devait retenir, mais il n'y a là qu'un inconvénient très secondaire, car les matières fermentescibles sont entraînées par les eaux et elles ne pourraient devenir nuisibles qu'à cette condition seule de ne pas être diluées dans quatre fois leur poids d'eau, ce qui ne se présente jamais. Plusieurs grandes villes, Bruxelles et Londres par exemple, projettent même directement à l'égout leurs matières qui sont instantanément diluées, grâce à une heureuse disposition des sièges des cabinets d'aisance qui permet l'arrivée abondante de l'eau, et, cependant, les habitants ne se plaignent pas de la mauvaise odeur des égouts et la mortalité ne se montre pas plus élevée dans ces villes qu'à Paris. C'est donc avec raison que la proposition qui demandait l'interdiction du système diviseur a été à peine discutée.

Causes secondaires (2). — A côté des causes générales d'insalubrité, se trouvent un nombre assez considérable de causes secondaires et spéciales, auxquelles il est nécessaire de remédier et que l'Administration a le devoir de faire disparaître dans le plus bref délai possible. Ces causes, sur les inconvénients desquelles il a été donné des développements précis et circonstanciés, sont entrées sans contredit pour une part efficiente dans les réclamations qui ont été soulevées dans divers quartiers de Paris. Nous nous contenterons d'une simple énumération, leurs conséquences s'imposant d'elles-mêmes sans qu'il soit besoin d'y insister. Ces causes sont les suivantes : projection dans la Seine des vidanges de la Salpêtrière, de Bicêtre, de l'Ecole militaire et d'un grand nombre d'établissements publics situés dans Paris sur le parcours de la Seine ; existence de puisards infects dans divers hôpitaux ; insuffisance des cours dans beaucoup de maisons, cours intérieures qui ressemblent à de véritables puits et qui rendent insalubres les logements prenant jour sur elles ; lavage incomplet des petites rues ; situation déplorable des lieux d'aisance des hôpitaux, des hospices, de certaines écoles, des casernes (3), des latrines publiques ; établissement d'urinoirs le long des murs extérieurs de certains grands hôpitaux (4) ; écoulement à ciel ouvert des liquides provenant de la salle d'autopsie de la Maternité (5) ; état de malpropreté de la Morgue, des amphithéâtres de dissection, qui sont mal tenus et mal lavés pendant les grandes chaleurs ; odeurs fétides exhalées par la Halle aux cuirs ; circulation dans les rues des voitures qui transportent à ciel ouvert des détritus et des matières en putréfaction ; exhalaisons méphitiques provenant des égouts. On remédierait facilement à ces causes multiples d'insalubrité, en faisant un lavage plus complet des rues, des égouts, des lieux d'aisances des établissements hospitaliers, des casernes et des écoles ; en supprimant la projection des vidanges dans la Seine ; en surveillant plus sérieusement les établissements publics, Morgue, Halle aux cuirs, etc. ; en ordonnant le nettoyage des façades et des cours intérieures des maisons ; en exigeant un meilleur aménagement des voitures qui transportent les matières en putréfaction ; enfin, en faisant étudier les divers systèmes d'obturateurs pour les bouches d'égout et se prononçant pour le meilleur d'entre eux, après une enquête approfondie et impartiale.

Dans un prochain article, nous résumerons les réponses qui ont été faites par l'Administration et nous exposerons ses opinions sur les diverses causes d'insalubrité qui ont été invoquées. Nous parlerons également de l'ordre du jour voté par le Conseil municipal et des conséquences qui pourront en résulter.

A. BLONDEAU.

(1) M. Delattre.

(2) M. Bourneville.

(3) A Vincennes, il y a eu, à plusieurs reprises, des épidémies de fièvre typhoïde qui ne reconnaissaient pas d'autres causes.

(4) La Pitié par exemple, où des urinoirs intérieurs et extérieurs existent sur le côté du bâtiment qui longe la rue Geoffroy-Saint-Hilaire. De plus, les chiffonniers stationnent tous les matins sous les fenêtres de cet hôpital avec leurs hottes remplies de détritus et d'ordures de toute sorte. Sur la demande de M. Bourneville, une enquête a été faite et n'a amené aucun résultat satisfaisant.

(5) Voir le n° 41.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 octobre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

Cellules géantes du tubercule. M. CORNIL fait connaître un fait anatomique nouveau relatif aux cellules géantes du tubercule, que les histologistes étudient depuis sept ou huit ans. Ce fait consiste dans une imprégnation des cellules par des particules de charbon ou de la matière pigmentaire dans les tuberculoses anciennes et fibreuses. Lorsque les granulations tuberculeuses sont transformées, on trouve, en les examinant au microscope, une masse de cellules géantes imprégnées de pigment. Ce pigment, qui provient de particules charbonneuses ou de la matière colorante du sang, donne une plus grande solidité au tissu malade, et, par suite, augmente la durée de la vie des tuberculeux.

M. FRANCK présente une thèse de M. Blaise (de Montpellier) sur les *températures cérébrales locales.* D'après les conclusions de ce travail, qui s'appuie sur un grand nombre d'observations, il n'y a aucun rapport entre les températures centrales de la substance cérébrale et les températures périphériques des parties correspondantes du cuir chevelu.

Strongle géant. M. MÉGNIN présente à la Société un strongle géant femelle, qui mesure 80 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Ce ver a été recueilli sur une tumeur mammaire voisine de l'ombilic, chez une chienne. D'ordinaire, les strongles géants se trouvent dans les organes urinaires des chiens. — M. GRÉHANT a rencontré un de ces animaux dans la cavité péritonéale d'un chien.

Exhalaison d'acide carbonique. M. GRÉHANT a fait des recherches sur les proportions d'acide carbonique exhalé en cas de maladie pulmonaire. Voici quelle est sa manière de procéder : il produit chez un chien une bronchite artificielle en lui faisant respirer des vapeurs d'un gaz irritant, comme l'acide sulfureux. Cette bronchite dure en moyenne de 8 à 15 jours. Dès que la bronchite est établie, la quantité d'acide carbonique exhalé par l'animal varie notablement. Ainsi, à l'état normal, 50 litres d'air exhalé contiennent 3 gr. 1 d'acide carbonique. Pendant la bronchite, on ne retrouve plus que 2 gr. d'acide carbonique dans la même quantité d'air exhalé. Il y a donc une diminution d'un peu plus d'un tiers dans l'exhalaison d'acide carbonique. A mesure que le chien guérit, on retrouve le chiffre primitif.

M. FRANCK rappelle, à ce propos, que les inhalations d'acide sulfureux amènent le resserrement du poumon. La paroi

thoracique se déprime au niveau des parties dépressibles. Selon M. Franck, ce resserrement est probablement dû à la contraction des fibres musculaires des bronches. Il n'y a, d'ailleurs, aucun rapport entre ce phénomène et les observations rapportées par M. Gréhant.

M. d'Arsonval ne croit pas que l'inspiration de vapeurs irritantes puisse diminuer la surface du champ respiratoire.

M. Franck répond qu'il n'y a pas, en effet, grande diminution de la surface aérienne, mais diminution de la surface sanguine par suite du resserrement des vaisseaux.

Dilatation sympathique croisée, à la suite de l'arrachement du ganglion cervical supérieur; par MM Dastre et Morat. Au cours de nos expériences sur les nerfs vaso-dilatateurs contenus dans le sympathique, nous avons dû suivre les effets anatomiques et physiologiques de l'ablation du ganglion cervical supérieur ainsi que la section de ses diverses branches, particulièrement du filet principal intercarotidien. Nous avons examiné les chiens ainsi opérés à diverses périodes, après quatre jours, après huit jours, après trois semaines, nous en conservons qui sont opérés depuis deux mois.

Parmi les phénomènes très intéressants qui se sont offerts à nous, nous ne voulons aujourd'hui en signaler qu'un seul. Le voici : On arrache, sur un chien, le ganglion cervical supérieur en respectant le vague. L'animal guérit très facilement; dès le soir même, il mange et se comporte comme à l'habitude. Huit jours après, l'animal étant légèrement curarisé, on coupe le vago-sympathique du côté où le ganglion a été arraché. On excite le bout céphalique; l'excitation n'a plus son effet habituel ; la vaso-dilatation des parois buccales du côté correspondant ne se produit plus ; conséquence prévue.

Mais le fait remarquable, c'est qu'il se produit une rougeur très belle du côté opposé. Si le ganglion a été arraché à droite, c'est à gauche que se montre alors la dilatation. Veut-on savoir par quelle voie? Il suffit de couper de ce côté (gauche) le tronc vago-sympathique et de recommencer l'épreuve ; il n'y a plus de dilatation d'un côté ni de l'autre. Ceci prouve une fois de plus que la dilatation se fait par le sympathique, puisque celui-ci étant interrompu la dilatation directe disparaît du côté opéré et que la dilatation croisée du côté opposé disparaît à son tour, lorsque l'on coupe ensuite le second cordon sympathique.

Il restera à savoir pourquoi le phénomène qui fait défaut chez l'animal intact apparaît après l'ablation du ganglion. En tout cas, l'existence de ce réflexe en zig-zag est très significative au point de vue de la connaissance des voies vaso-motrices dans le bulbe et la moelle. Nous nous contentons aujourd'hui de présenter le fait avec sa conclusion immédiate, réservant son interprétation et ses conséquences.

Température de la peau du thorax à l'état physiologique et dans la pneumonie et la pleurésie aiguës — M. Paul Redard a fait des recherches sur la température de la peau du thorax. à l'état physiologique et à l'état pathologique, à l'aide de l'appareil thermo-électrique présenté à la Société dans la séance du 17 juillet. Voici les résultats obtenus :

I. — *A l'état physiologique*, la peau du thorax, de même que celle des autres régions, est soumise à des variations de température notables. Il suffit d'exposer la peau à l'air refroidi à 10° ou 12° pendant 2 à 3 minutes pour que la température s'abaisse de 1° à 2°. Si l'on recouvre la peau en un point limité, par des vêtements, de l'ouate, on observe en ce point une ascension assez notable de la température.

Si l'on applique un thermomètre recouvert d'ouate, de drap ou d'une bande de caoutchouc, la température s'élève pendant 20 à 25 minutes, tendant à se rapprocher des températures centrales.

En appliquant plus ou moins de ouate, en pressant plus ou moins sur le réservoir du thermomètre, on peut faire dévier la température de 5, 6 dixièmes, 1°. Dans ces cas, on n'a pas la température exacte de l'enveloppe cutanée, on obtient des chiffres *beaucoup trop élevés*. On crée une atmosphère d'air confiné autour de la cuvette du thermomètre et les résultats obtenus sont entachés d'erreur. Le frottement de la peau, la pression pendant un certain temps, le décubitus sur un côté du thorax ont, dans les expériences de M. Redard, produit des élévations de température de 5 dixièmes, et 1°, persistant pendant 20 à 25 minutes. La moyenne de la température du thorax à l'état normal est : 33°,5 à 34°, chiffre un peu inférieur à celui qui a été donné par certaines observations. *De plus, il est extrêmement rare de trouver une égalité de température entre les deux côtés du thorax.*

Dans presque toutes les observations chez des sujets à l'état physiologique, il existe des différences de 3, 4, 5 dixièmes, quelquefois 1° entre les deux côtés du thorax. La moyenne est de 4 dixièmes.

Il n'existe pas de règle fixe qui puisse permettre de dire que l'un des côtés du thorax est normalement et toujours plus chaud que l'autre.

Il existe souvent, cependant, au niveau de la région précordiale, à la pointe du cœur, une température légèrement plus élevée que du côté droit.

Sur le trajet de l'aorte, en arrière du thorax, il n'existe pas, d'après M. Redard, d'élévation de température. La température des différents points du thorax est à peu près égale, plus élevée au sommet de la cage thoracique. Comparée à la température de l'aisselle, la température périphérique de la peau du thorax est plus abaissée en moyenne de 3° à 3°,5.

Si l'on prend la température périphérique sur le même sujet, à différents moments de la journée et au même niveau, on note, à l'inverse de ce que l'on observe pour la température axillaire à peu près constante, que les chiffres des températures périphériques obtenus ne sont pas toujours les mêmes.

Nous avons aussi observé qu'en plaçant la main dans de l'air ou de l'eau froide à 10°, 12°, la température de la peau du thorax et de l'aisselle varient. Elle peut monter plus haut d'un côté que de l'autre, dans quelques cas, elle peut descendre du côté refroidi et monter dans l'autre.

II. — *Température de la peau de la paroi thoracique dans la pneumonie et la pleurésie aiguës*. M. Redard a d'abord recherché la température du côté atteint, en la comparant à celle du côté opposé, au niveau du foyer inflammatoire.

Les recherches de température comparée se font rapidement au moyen des appareils thermo-électriques. Il suffit de placer les deux plaques thermo-électriques reliées au galvanomètre sur deux points symétriques du thorax et d'observer les déviations de l'aiguille. On peut, en un espace de temps assez court, et en déplaçant les plaques savoir s'il existe des différences de température, non seulement au niveau du point atteint, mais encore dans toute l'étendue du thorax, et même du tronc, des membres supérieurs, etc.

De nombreuses explorations pratiquées sur des malades atteints de pleurésie et de pneumonie en pleine évolution, ont appris que la *température périphérique au niveau des foyers pathologiques inflammatoires de la plèvre et du poumon est égale, dans un grand nombre de cas, à celle du côté opposé et sain du thorax*

Très fréquemment, il existe des différences de 2, 3 dixièmes de degré. Dans quelques cas, une élévation de 3 à 4 dixièmes de degré du côté sain.

Dans la pneumonie, il n'est pas rare de trouver des élévations de température du côté atteint, *mais, dans ces cas, l'hyperthermie existe non seulement au niveau du point correspondant au poumon enflammé, mais dans toute l'étendue du thorax, de l'aisselle* (ainsi que l'avait signalé Gubler), *au niveau du bras et même des lombes*, etc. L'élévation de la température du côté malade atteint dans ces cas, 1°, 1°,5 et même 2°.

Dans la pleurésie, on trouve moins souvent que dans la pneumonie des élévations de température du côté du thorax atteint.

Nous avons, en outre, vérifié ce fait que, dans les cas d'affection fébriles (pneumonie, pleurésie) avec température générale élevée, las température périphérique tend à se rapprocher de la température centrale et à marcher parallèlement. Si la température axillaire par exemple est de 39°, la température périphérique de la peau du thorax atteint 37°,5, 38°. Dans aucune de nos observations, nous n'avons trouvé la température de la paroi thoracique supérieure à la température centrale de l'aisselle et du rectum.

M. Dumontpallier fait observer que les résultats obtenus par M. Redard sont en contradiction avec les travaux les plus récents sur les températures locales de la paroi thoracique.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 octobre 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. A. Fournier fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants.* M. Fournier résume ainsi les points principaux qui lui paraissent ressortir de cette étude : 1° des faits existent en certain nombre auxquels on peut donner le nom collectif de *simulation d'attentats criminels sur de jeunes enfants du sexe féminin.* Ces faits consistent sommairement en ceci : production artificielle sur une jeune enfant de lésions

vulvaires destinées à simuler les lésions d'un attentat et imputation de cet attentat à un auteur imaginaire dans un intérêt afférent au simulateur ; — 2° Cliniquement, il n'est pas impossible que ces lésions *artificielles* se trahissent par quelques particularités, quelque incident local. Mais ce n'est là qu'une éventualité. Et, en principe comme en pratique, nous ne connaissons aucun signe clinique propre à différencier sûrement une inflammation vulvaire déterminée par simulation d'une inflammation vulvaire résultant d'un attentat criminel ; — 3° Dans les cas de cet ordre, la découverte de la simulation ressortira moins des phénomènes cliniques que d'autres signes étrangers à l'art médical : attitude, réponses, hésitations, contradictions de l'enfant, antécédents du simulateur, circonstances diverses de la cause, etc. ; — 4° Que si le médecin, même dans l'exercice de sa profession, aboutit à dépister la ruse et à découvrir la vérité, il a plus que le droit, il a le devoir de confondre une accusation criminelle et de sauvegarder l'honneur, la liberté, les intérêts d'un innocent ; — 5° Il importe à la sécurité de tous et à la dignité de l'art, qu'en pareille affaire le médecin ne délivre de certificat constatant les lésions observées que sur l'invitation d'une autorité compétente, ayant mission de les requérir. ; et il n'importe pas moins que, « dans les certificats requis de ce genre, » le médecin se borne à décrire les lésions observées, « sans s'aventurer dans une interprétation étiologique de ces lésions », interprétation dont les éléments lui sont presque toujours refusés par la clinique ; — 6° Des mobiles moraux d'ordres divers servent, en l'espèce, d'inspiration aux simulateurs. L'un des plus communs est une spéculation pécuniaire, à laquelle on peut conserver la dénomination triviale, mais expressive de *chantage au viol* ; 7° Des inflammations vulvaires d'origines diverses, voire le plus habituellement spontanées, ont maintes fois servi de base à des imputations d'attentats, et il n'est pas sans exemple que ces imputations illégitimes aient pu sembler justifiées soit par les réponses inconscientes des prétendues victimes, soit même par les dépositions mensongères d'enfants prématurément perverties.

M. J. Rochard fait une communication sur le *traitement des abcès du foie par l'ouverture large et directe, combinée avec la méthode antiseptique de Lister.* Il résulte de cette communication qu'il convient d'évacuer le foyer purulent le plus complètement et le plus promptement possible. Quelle que soit la grosseur du trocart employé, celui-ci fait toujours une saillie à l'intérieur de la cavité et le pus, quoique épais, peut bien s'échapper par son ouverture, mais les grumeaux, les lambeaux sphacélés s'amassent autour de la canule et contre la paroi de l'abcès. Ils ne peuvent aller chercher l'ouverture du trocart, et tant qu'il en reste des traces, ces débris gangréneux entretiennent la suppuration et ses chances d'infection. Tout sort, au contraire, sans difficulté, par une incision de cinq ou six centimètres, dont on maintient l'ouverture béante à l'aide d'une pince. L'injection modifie la surface intérieure de la grande cavité, détruit les derniers germes et le pansement de Lister empêche leur reproduction.

M. Pasteur lit un mémoire sur *l'atténuation du virus du choléra des poules.* Dans ce travail, M. Pasteur rappelle succinctement les résultats qu'il a obtenus en cultivant un virus du choléra des poules. Aujourd'hui, il produit une série de faits que le temps vient confirmer et consacrer. La virulence d'un liquide de culture conserverait un assez long temps ses propriétés nocives, atténuées, quel que soit le nombre des cultures successives ; mais ce temps a une limite qui ne doit pas être trop exagérée, sinon le virus perdrait son caractère foudroyant. En outre, l'oxygène de l'air serait l'agent modificateur de la virulence. Et, en effet, l'expérience a établi que les liquides virulents ne conservaient leurs propriétés nocives qu'à la condition d'être maintenus dans des tubes fermés, à l'abri du contact de l'air. L'oxygène de l'air affaiblit donc et éteint la virulence des liquides qui renferment des agents virulents.

M. Burq fait une communication sur la *métallothérapie.*

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 mars 1880. — Présidence de M. Rendu.

15. Hydronéphrose; par L. Galliard, interne des hôpitaux.

Charles C..., âgé de soixante ans, entre le 9 février 1880 dans le service de M. Hayem, hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 11. C'est un vieillard assez maigre, paraissant fatigué et dont le facies indique un état grave. Il prétend avoir été toujours d'une bonne santé et n'a jamais interrompu ses fonctions de commis de librairie. Il ne se rappelle pas avoir eu de douleurs vives à l'abdomen, ni de symptômes du côté des organes génito-urinaires. Le seul antécédent à noter, c'est une fistule à l'anus ayant existé il y a deux ans.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, le malade au moment de partir pour son travail, a ressenti dans le côté gauche une vive douleur. Trois jours après, il s'est couché pour ne plus se relever. Depuis ce moment, il a souffert d'une constipation opiniâtre, et a ressenti des coliques ; les douleurs étaient surtout marquées au flanc gauche. En même temps, il a perdu l'appétit et a maigri. Depuis quelques jours, il a remarqué que ses urines devenaient troubles.

Le soir de l'entrée, nous constatons qu'il est amaigri, mais sans teinte cachectique ; ce qu'il nous fait remarquer tout d'abord, c'est la vive douleur qu'il éprouve au flanc gauche, douleur exaspérée par les mouvements, la toux, la pression, sans irradiation aux cuisses, ni aux testicules. Au niveau du flanc et de l'hypochondre gauche, on observe une légère voussure de la paroi abdominale, mais sans œdème, sans changement de coloration de la peau. En palpant la région, on éprouve une résistance due surtout aux contractions musculaires que provoque la douleur ; à la percussion, un peu de submatité. La douleur existe également en arrière, aux lombes, mais à un moindre degré. Pas de symptômes gastro-intestinaux, sinon la constipation. Pas de symptômes pulmonaires, ni cardiaques, langue sèche. P. 88.

L'urine est grise, contient une quantité notable de pus ; mais il n'existe ni ténesme vésical, ni douleur au moment de la miction. Nous interrogeons le malade avec soin, sans trouver chez lui de traces, soit de calculs vésicaux, soit de coliques néphrétiques, soit même d'inflammation vésicale.

10 *février.* Même état. Large cataplasme laudanisé sur le ventre, huile de ricin, 15 grammes.

En présence de la douleur, de la constipation opiniâtre, M. Hayem se demande s'il ne s'agirait pas ici d'un phlegmon péricôlique ou d'une pérityphlite ; le caractère des urines doit faire penser aussi à la possibilité d'une périnéphrite, mais il n'y a pas de signe qui permette d'affirmer l'inflammation de l'atmosphère celluleuse du rein.

11 *février.* Le malade a eu des selles en purée. Il a du hoquet, la langue sèche, une soif vive, du dégoût pour les aliments. Aux deux bases en arrière, on trouve à l'auscultation des râles fins. La douleur de côté est un peu moins vive, ce qui permet la palpation ; en même temps, la tuméfaction paraît augmenter. M. Périer vient voir le malade avec M. Hayem et constate l'existence d'une poche fluctuante qui ne peut être rapportée, d'après lui, qu'à une hydronéphrose ou à un kyste rénal. Les urines sont toujours purulentes. Le soir : pouls, 92. Les douleurs sont encore vives et nécessitent une injection de chlorhydrate de morphine (5 milligr.)

12 *février.* On perçoit la fluctuation quand on a soin de faire appuyer la main d'un aide sur la partie médiane de l'abdomen, afin de fixer la tumeur en place. On a donc bien la sensation d'une poche pleine de liquide. — *Soir.* Le hoquet continue. Le malade est immobile, couché sur le dos, avec de vives douleurs et la langue sèche. Il a vomi dans l'après-midi. Pouls, 76, facies grippé. Nouvelle injection sous-cutanée de morphine.

13 *février.* Mort, le soir, à cinq heures.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen on constate, après avoir soulevé le grand épiploon, que le côlon transverse se

porte très obliquement à gauche et en haut ; le côlon descendant à sa position normale, mais il est affaissé et adhère aux parties sous-jacentes. Après l'avoir détaché, on voit apparaître une vaste poche qui soulève le péritoine. Elle a la forme d'un ovoïde, long de 27 centimètres, large de 14 centimètres, qui s'étend le long de la colonne vertébrale, depuis la fosse iliaque jusqu'au niveau de la dixième vertèbre dorsale. Cette poche présente à sa partie moyenne une bandelette fibreuse transversale, qui la divise en deux lobes principaux; de cette bandelette partent plusieurs travées fibreuses secondaires. Les parois du kyste ne sont pas fortement distendues par le liquide ; on perçoit la fluctuation d'une extrémité à l'autre.

La rate s'applique à la partie supérieure du kyste et se trouve ainsi refoulée contre le diaphragme. L'intestin grêle est également refoulé vers le côté droit. De ce kyste volumineux, qui résulte de la transformation totale du rein gauche, part, à la partie inférieure, un uretère manifestement épaissi. En l'ouvrant, on voit s'écouler un liquide purulent, analogue à celui que contient la vessie. Il est séparé en deux loges principales par un anneau fibreux, correspondant à la bandelette signalée plus haut et percé d'un orifice arrondi, de la dimension d'une pièce de cinq francs. Les parois du kyste sont d'épaisseur inégale, très minces sur certains points, ne dépassant jamais un centimètre dans les points les plus épais. On voit s'y dessiner un grand nombre de cloisons saillantes qui limitent des alvéoles de dimensions variables, uniformément arrondis. Ces alvéoles ont des parois d'autant plus minces qu'ils sont plus larges et plus dilatés. L'un d'eux, assez épais, présente un orifice relativement étroit et une cavité profonde avec des loges secondaires.

La section de l'uretère montre un conduit à parois épaissies, sans diminution appréciable du calibre. Au voisinage de la poche, existe un rétrécissement manifeste sur une longueur de un centimètre et demi, et, en ce point, la paroi est plus épaisse, plus dense ; on y voit quelques veinules dilatées. Au-dessus de ce point, commence brusquement la dilatation kystique, ce qui donne à penser que là est la cause de la dilatation des calices et consécutivement de l'atrophie rénale. Du côté opposé, à droite, le rein présente une dilatation des calices et du bassinet, mais à un faible degré ; le tissu rénal ne présente qu'une atrophie légère. La poche kystique pourrait loger à peu près une grosse noix. Sur les parois, se trouvent les rudiments de la disposition, en loges ou en alvéoles, que nous avons décrites pour le rein gauche. L'uretère n'est pas dilaté, n'a pas de parois épaissies.

La *vessie* ne présente pas de lésion récente. L'orifice de l'uretère droit y paraît un peu rétréci. Elle est remplie de pus.

Le *poumon gauche* a une plèvre épaissie, avec adhérences sur toute sa hauteur. Il est congestionné à la base. Le *poumon droit* n'offre qu'un point limité de congestion à la base.

Cœur. Athérome léger à l'origine de l'aorte. La paroi du ventricule gauche est un peu épaissie. Le *foie* est large de 27 centimètres; il a sa consistance normale. La vésicule contient une bile noirâtre.

La rate n'a que 13 centimètres de longueur, elle est atrophiée, aplatie, molle et ridée à sa surface ; à la coupe, on y voit un tissu fibreux, épaissi et une pulpe peu abondante.

Examen histologique. Notre examen a porté sur l'uretère du côté malade et sur les parois de la poche hydronéphrétique. L'uretère présente, à une petite distance du kyste, tous les caractères de l'inflammation chronique. La tunique externe conjonctive est notablement épaissie ; les fibres musculaires lisses sont dissociées sur plusieurs points par un tissu conjonctif épais ; partout les vaisseaux sont entourés de noyaux embryonnaires, qui se retrouvent également dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs. Les vaisseaux sont dilatés, principalement les veines, et remplis de globules sanguins, mêlés de globules purulents. La muqueuse est également enflammée.

Dans le point rétréci, long de un centimètre et demi, se retrouvent les mêmes lésions, mais plus accentuées encore, surtout en ce qui concerne l'épaississement du tissu conjonctif, même infiltration de globules de pus et de noyaux embryonnaires, mêmes dilatations vasculaires, avec périartérite et périphlébite. Quant à la paroi kystique, elle est constituée presque uniquement par du tissu fibreux. Nous y trouvons du tissu conjonctif enflammé avec une grande abondance de noyaux. Sur quelques points, on retrouve des traces de canalicules urinifères, dont la lumière est obstruée par des coagula anciens. Quelques glomérules se voient aussi çà et là, mais transformés en masses fibreuses. Les vaisseaux, assez nombreux, rarement dilatés, sont entourés de zones inflammatoires.

Conclusions. — C'est la partie rétrécie de l'uretère qui a dû, comme M. Hayem nous l'a fait remarquer, être le point de départ de la dilatation des calices, de l'hydronéphrose, puisque cette dilatation commence brusquement au-dessus du rétrécissement et ne présente pas de disposition infundibuliforme, comme cela pourrait se faire si la paroi de l'uretère avait cédé progressivement. Ce rétrécissement de l'uretère peut être comparé aux rétrécissements de l'urèthre, produits dans des circonstances analogues à la suite d'inflammation du canal. L'uretère a dû s'enflammer consécutivement à une cystite ancienne, quoique le malade ait ignoré cette affection. Rappelons ici que nous n'avons pas retrouvé dans son histoire pathologique la moindre trace de calculs urinaires, dont la présence aurait pu nous expliquer les lésions que nous venons de décrire.

16. Périostite phlegmoneuse de la colonne vertébrale ; par J. P. Poirier, interne des hôpitaux.

Le 25 février 1880, entre dans le service de M. de Saint-Germain, salle Saint-Côme, lit n° 8, un enfant âgé de 14 ans, le nommé Dupuis, Eugène, exerçant la profession de garçon marchand de vins. Ce n'est pas sans dessein que nous consignons ici sa profession, car elle joue un grand rôle dans l'étiologie de sa maladie. Les allées et venues continuelles, les ascensions et descentes répétées de l'escalier d'une cave, l'insuffisance d'un sommeil réparateur, voilà certainement plus qu'il n'en faut pour débiliter un enfant, surtout lorsque ce dernier, comme le jeune Dupuis, se trouve déjà affaibli par une croissance rapide et un état marqué d'anémie. Le 26 février, au matin, alors que nous le voyons pour la première fois, le malade se présente à nous dans les conditions suivantes : le visage est pâle, terreux, exprime la souffrance; le malade accuse dans la région lombaire une douleur assez violente pour lui arracher des cris dans toute tentative d'examen. La peau est chaude, le thermomètre marque 39 degrés et le nombre des pulsations est de 100. Le malade n'a pas de diarrhée, mais plutôt une constipation assez forte, car il n'a pas été à la selle depuis huit jours. L'intelligence est des plus nettes et nous permet d'établir jusqu'à ce jour l'origine de la maladie.

Huit jours auparavant, le mardi 17, le jeune Dupuis s'occupait à la cave à mettre du vin en bouteilles, lorsqu'il ressentit à la région lombaire une douleur pongitive et instantanée. Cette dernière prit graduellement de l'extension et le 20 février, trois jours après le début de l'accident, il se vit contraint à prendre le lit. Elle avait jusqu'alors présenté ce caractère particulier d'apparaître surtout au matin, bien qu'elle persistât toute la journée, mais avec une moindre intensité. D'autre part l'enfant, petit bonhomme des plus raisonnables et doué d'une véritable énergie, lui avait résisté jusqu'à épuisement de ses forces. La fièvre s'alluma dès ce jour, sans cependant s'accompagner de frissons. Le samedi 21, huit sangsues lui furent appliquées sur la région lombaire. Ici, finissent les renseignements fournis par le malade. En raison de l'acuité des douleurs, les recherches sont faites sous le chloroforme et on constate un empâtement de la gouttière vertébrale, au niveau des deux dernières lombaires et de la première

sacrée. Cette région est un peu soulevée et l'on sent dans l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent, comme une fluctuation profonde. Une incision profonde dans la direction des lames vertébrales ne donne pas, à notre grand étonnement, issue à la moindre quantité de pus, mais ce dernier apparaît alors que le doigt, introduit dans la plaie, est parvenu à déchirer le périoste sous lequel il se trouvait en quelque sorte enkysté. De couleur jaune-crémeux, il égale le contenu d'un verre à liqueur. En explorant le foyer de l'abcès, on arrive sur la lame vertébrale dénudée. Un drain est placé dans la plaie pour assurer le libre écoulement du pus.

27 *février*. Le lendemain, pas d'amélioration, l'aspect typhique est plus marqué, cependant la langue reste bonne. Il y a rétention d'urine, la constipation continue; le malade se plaint d'élancements dans les cuisses, la paroi abdominale, le scrotum, en un mot dans la sphère de distribution du plexus lombaire. Les secousses imprimées par la toux au corps entier donnent lieu à une recrudescence de la douleur. On constate une hémi-anesthésie des membres inférieurs coïncidant avec une abolition presque complète de la motilité. Le malade, jusque-là couché dans la position vulgairement dite « chien de fusil, » porte une large plaque rouge à la face interne de chaque genou. T. M. 39°,8; S. 41°.

28 *février*. Même état général, insensibilité presque complète, paraplégie confirmée. Les plaques rouges de la veille ont pris la transparence cornée avec pointillé rouge de véritables eschares, une auréole rougeâtre les entoure. Purgatif. Bien que la plaie faite à la région lombaire ne se soit pas fermée, le pus s'en écoule avec une extrême difficulté.

29 *février*. Le même état typhoïde persiste; de plus, l'auscultation de la poitrine décèle l'existence de râles muqueux dans toute son étendue, la toux est grasse, les crachats visqueux.

1er *mars*. Pas d'amélioration; la rétention d'urine persiste.

2 *mars*. Matin. La paraplégie n'a pas cessé d'être absolue; les piqûres faites en vue d'explorer la sensibilité des membres inférieurs ne sont senties qu'alors que l'aiguille a traversé l'épiderme; l'insensibilité pour la région du mollet, en particulier, est plus accusée à droite qu'à gauche. Les urines, toujours retenues, sont claires et assez abondantes. Pouls 90, dicrote. T. R. 39°,5. Les eschares s'accusent de plus en plus à la face interne des genoux, il n'y a pas encore de sillon qui les sépare des tissus sains, mais une auréole rougeâtre. Les lèvres et les dents sont couvertes de fuliginosités; quant à la plaie, elle continue à ne fournir qu'une suppuration insignifiante.

3 *mars*. Apparition d'œdème au membre inférieur droit.

4 *mars*. L'œdème s'accroît graduellement, une teinte d'un blanc mat envahit les téguments, le membre est le siège d'irradiations douloureuses. La prolongation du décubitus dorsal détermine au niveau du sacrum une rougeur érythémateuse.

5 *mars*. L'état général s'aggrave; la température actuelle, comme celle des jours précédents, oscille entre 39° pour le matin, et 40°, 40°,5 pour le soir.

6 *mars*. Les bords de la plaie sont décolorés, tuméfiés; la suppuration est presque tarie. En explorant la partie inférieure de la région dorsale et de la région lombaire, on constate l'existence de points douloureux non fluctuants.

7 *mars*. Prescription d'un lavement huileux, en vue de combattre la constipation dont souffre le malade depuis son entrée. Subdélirium.

8 *mars*. Eschare remplaçant au sacrum la rougeur érythémateuse. Tympanisme énorme de l'abdomen accompagné d'une dilatation des veines sous-cutanées de la moitié droite de cette région. L'incontinence d'urine succède à la rétention. Râles muqueux dans les deux poumons. Souffle caverneux en avant et à gauche. Nulle modification dans l'état paraplégique, l'insensibilité est devenue absolue.

9, 10, 11, 12, 13 *mars*. Aggravation graduelle et continue des symptômes signalés.

14 *mars*. Mort sans qu'on ait pu observer les grands frissons, compagnons habituels de l'infection purulente.

Autopsie le 16 mars 1880 — Par une incision longitudinale le long des apophyses épineuses et une dissection des muscles vertébraux, on constate, au niveau de la plaie faite durant la vie pour donner issue au pus, le foyer de suppuration qui va jusqu'à la vertèbre et ne paraît pas pénétrer dans le canal. De plus, on rencontre, échelonnés en chapelet, le long de la colonne vertébrale, une douzaine d'abcès plus petits contenant de 10 à 100 grammes de pus et correspondant tous à des points de la colonne vertébrale ou des côtes dépourvus de leur périoste.

A l'ouverture du thorax, on constate que les poumons sont adhérents sur toute leur périphérie avec les parois thoraciques; ces adhérences sont sèches et se laissent assez facilement détacher, elles limitent en avant au côté gauche du sternum et dans le sillon costo-vertébral correspondant, deux collections purulentes. La première répond à une cavité occupant le bord antérieur du poumon, elle est évidemment d'origine métastatique, ainsi que le prouvent d'autres noyaux que l'on trouve en grand nombre dans l'épaisseur du parenchyme.

Au point symétrique du poumon droit, on rencontre une autre caverne un peu moins grande, et, autour de celle-ci, des noyaux concrétés d'infection purulente.

En poursuivant les recherches, on trouve sur la face diaphragmatique du même organe deux autres collections métastatiques, non encore abcédées; signalons encore, pour être complet, un autre foyer de petit volume sur le bord postérieur du poumon droit. La plèvre qui tapisse le sillon costo-vertébral est soulevée de chaque côté et sur la moitié de sa longueur par deux collections purulentes au fond desquelles se trouve la tête et le col des 11e et 12e côtes, dénudés.

L'ouverture du péricarde nous permet de constater qu'il n'existe ni épanchement dans sa cavité, ni altération sur ses parois. Le ventricule et l'oreillete droite sont obstrués par un caillot fibrineux très adhérent; il s'en trouve également un petit dans l'intérieur du ventricule gauche. Les valvules aortiques, ainsi que la mitrale, sont notablement rougies, épaissies, surtout en leur nodule, marque évidente de l'existence d'une endocardite valvulaire qui n'a pas laissé d'autres traces sur les parois.

Pas de traces d'épanchement ascitique à l'ouverture de l'abdomen; après avoir enlevé le paquet viscéral on remarque un énorme thrombus de la veine cave inférieure, commençant à 0,04 au-dessus de la bifurcation du vaisseau, se prolongeant très loin dans les iliaques droites, à 0,03 tout au plus dans l'iliaque primitive gauche. En disséquant la veine cave à ce niveau, on voit que cette coagulation correspond à un diverticulum d'un foyer purulent ayant pris naissance sur la partie latérale droite des vertèbres lombaires, et ayant déterminé dans l'extrémité supérieure du muscle psoas correspondant des altérations analogues à celles de la psoïtis. En sectionnant longitudinalement l'aorte, on remarque à sa face interne de petites plaques athéromateuses saillantes.

Signalons en passant une particularité anatomique concernant le tronc cœliaque; ce dernier n'existe pas, mais les branches auxquelles il donne communément naissance s'insèrent directement sur l'aorte, séparées les unes des autres par un intervalle d'environ un millimètre.

L'incision du thrombus de la veine-porte nous le montre constitué par une substance fibrineuse grenue, ayant par place l'aspect purulent. Pas d'abcès métastatiques dans le foie; rate de consistance normale, mais un peu hypertrophiée.

Les deux reins sont très volumineux, le droit surtout, leur substance est pâle et la capsule s'enlève avec facilité. Au-dessous de cette dernière et dans le rein droit, on découvre une infinité d'abcès, les uns miliaires, les autres de volume plus considérable. Ces petits foyers, d'origine évidemment métastatique, se rencontrent également dans le rein gauche; ils occupent la substance des pyramides et se

rassemblent en quelques points pour donner lieu à une collection plus volumineuse.

Pas de pus dans l'articulation scapulo-humérale droite, qui avait été durant la vie le siège de douleurs assez vives. Les côtes présentent une dénudation périostique au voisinage des articulations costo-vertébrales.

Afin d'étudier les altérations de la moelle, on enlève séparément les 5 lombaires et les 4 dernières vertèbres-dorsales ; en disséquant cette portion de la colonne vertébrale, on trouve au fond de chaque abcès une surface osseuse (côte, corps vertébral, apophyse transverse, apophyse épineuse) dénudée de son périoste, mais nullement exfoliée. Un trait de scie partant du niveau de l'union des corps vertébraux avec leurs pédicules met à nu la moelle. Les méninges sont un peu rouges, mais nullement adhérentes ; un épanchement purulent ayant pris naissance sur les lames vertébrales dénudées en certains points, les sépare de la face postérieure du canal vertébral. La dure-mère est épaissie au même niveau, sa surface externe est tomenteuse comme celle d'un foyer purulent, sa face interne est un peu vascularisée mais nullement adhérente. La pie-mère présente ses vaisseaux notablement dilatés, surtout au niveau de la queue de cheval. La moelle est un peu infiltrée, mais ne présente pas de foyer d'inflammation. L'examen des cartilages intervertébraux et du tissu spongieux du corps des vertèbres ne révèle aucune altération.

Nous avons présenté la pièce fraiche à la Société anatomique, dans la séance du 26 mars. Nous avions seulement fait une coupe verticale antéro-postérieure des corps vertébraux qui montrait leur tissu spongieux, sain, avec sa couleur rouge, sans le plus petit point inflammatoire.

Après la présentation, nous avons multiplié ces coupes, nous attachant surtout à les faire passer par les points dénudés de leur périoste. Puis, nous avons examiné de la même façon les apophyses transverses et les apophyses épineuses dénudées par l'inflammation : en aucun point il ne nous a été possible de rencontrer la moindre altération osseuse.

Plus tard, nous avons derechef examiné ces pièces, après macération, et nous n'avons rien constaté d'anormal du côté du tissu osseux.

C'est pourquoi nous nous croyons autorisé à conclure que nous avons eu affaire à ce que M. Verneuil a décrit sous le nom d'abcès sous-périostés vertébraux, sans altération osseuse, à une véritable périostite multiloculaire de la colonne vertébrale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 octobre 1880.— Présidence de M. Tillaux.

M. F. Terrier offre à la Société le 2e fascicule du deuxième volume de son *Manuel de pathologie chirurgicale.*

Traitement des ulcères virulents. M. Desprès demande à M. Marc Sée si, malgré les soins qu'il apporte au traitement des ulcères virulents, il lui est quelquefois arrivé d'observer des récidives. Il fait remarquer que la méthode de M. Marc Sée n'est pas absolument nouvelle : il y a déjà longtemps que, pour la première fois, dans le traitement des chancres mous, des chancres du frein surtout, on a employé l'abrasion ; pour sa part, M. Desprès se trouve fort bien de la cautérisation au moyen d'une solution concentrée de chlorure de zinc ; le chlorure de zinc agit plus profondément que le fer rouge, qui lui paraît être le véritable agent actif dans le procédé thérapeutique préconisé par M. Marc Sée.

M. Marc Sée a été témoin, quoique très exceptionnellement, de récidive ; mais il s'est toujours agi, en pareil cas, d'ulcères phagédéniques très étendus, sur la totalité desquels, par conséquent, il était impossible d'agir en un seul coup.

Corps étranger du rectum. M. Verneuil. Dans la dernière séance, M. Roustan (de Cannes) a lu à la Société une observation de corps étranger du rectum : ce corps étranger était une bougie stéarique de 25 centimètres, dont l'extrémité supérieure faisait une saillie manifeste entre l'épigastre et l'hypochondre gauche, dont le doigt atteignait difficilement l'extrémité inférieure ou rectale ; néanmoins, M. Roustan a pu saisir la bougie avec une pince et l'attirer au dehors, légèrement fêlée il est vrai, mais sans de trop grandes difficultés. Ce corps étranger avait déterminé si peu de symptômes, que le malade avait été soigné avant son entrée à l'hôpital de Cannes comme atteint d'embarras gastrique ; il était cependant obligé de se tenir constamment sur son séant, et c'est cette circonstance qui a permis de provoquer ses confidences. Son intestin devait être bien tolérant, puisque la bougie a été tolérée pendant huit jours, sans provoquer la moindre inflammation. L'extraction a été suivie d'un soulagement immédiat, et le malade a aussitôt quitté l'hôpital. Cette observation est la même que celle qui a été présentée en raccourci, au mois de juin et à l'insu de M. Roustan, par un confrère peu scrupuleux.

Corps étranger du conduit auditif externe. M. A. Desprès lit un rapport sur un mémoire de M. Roustan (de Montpellier). M. Roustan a enlevé du conduit auditif un certain nombre de corps étrangers tels que haricots, noyaux de cerises, etc... Dans tous les cas, il a usé avec succès d'une curette dont se sert habituellement M. Miot, mais il part de là pour affirmer, sous le manteau de Trœltsch, que seuls les instruments extracteurs valent quelque chose, que les injections auriculaires sont un moyen suranné et sans valeur dans l'ablation des corps étrangers du conduit auditif, et c'est ce que M. Desprès ne saurait admettre. Ce chirurgien s'élève de toutes ses forces contre ces prétentions aussi contraires à l'expérience qu'à la tradition. Aujourd'hui, dit-il, on n'attend plus, comme Itard, que les haricots aient eu le temps de germer dans l'oreille, et l'on ne se contente plus de coucher le patient sur le côté correspondant à l'oreille atteinte, dans la naïve espérance que le corps étranger voudra bien de lui-même prendre la porte : on a recours d'emblée aux injections auriculaires et on a raison. Est-ce à dire que ces injections réussissent forcément ? Nullement. Si le corps étranger est depuis longtemps dans le conduit auditif, s'il a eu le temps de développer autour de lui des phénomènes inflammatoires, ou s'il s'agit de corps étrangers qui aient la faculté de grossir par l'humidité, comme les haricots, par exemple, les injections peuvent fort bien échouer, et les instruments extracteurs, curettes, crochets, etc., réussir à leur place. Mais, s'autoriser de ces faits exceptionnels pour méconnaître les immenses services rendus par les injections auriculaires, c'est plus que du parti pris.

M. Gillette est partisan des injections auriculaires. En effet, chez un petit enfant de 10 ans, du collège Rollin, et après la quatrième injection, il a eu la satisfaction de voir sortir du conduit auditif un petit pois que cet enfant s'était introduit dans l'oreille *sept* ans auparavant, et que, au moment de l'introduction, on avait inutilement cherché à retirer par tous les moyens mécaniques connus. Malgré un séjour aussi prolongé du corps étranger, l'ouïe du petit malade est intacte.

M. Terrier. On serait mal venu à contester les grands services rendus par les injections auriculaires, mais il est bon d'avouer qu'elles ne réussissent pas toujours. Que le corps étranger, par exemple, occupe toute la circonférence du conduit auditif, et l'injection ne servira qu'à le pousser plus profondément, si l'on n'a pris soin de le déplacer au moyen d'un instrument quelconque. Il y a du reste corps étranger et corps étranger, et la thérapeutique varie suivant les cas ; il y a ou il n'y a pas inflammation du conduit auditif ; le corps étranger a pu passer dans la caisse ; ou bien il y a eu des phénomènes d'inflammation et ces phénomènes se sont calmés ; c'est dans ces derniers cas qu'un second médecin appelé remporte un triomphe facile là où un premier confrère a échoué. Il est même des circonstances où l'on a été obligé de débrider le conduit auditif.

M. Marjolin ne saurait trop conseiller les injections auriculaires ; elles ont surtout des effets remarquables lorsqu'il s'agit de corps étrangers durs et glissants, de petits silex par exemple, et sur lesquels des pinces dérapent for-

cément. M. Marjolin blâme d'autant plus énergiquement les moyens violents, qu'il connaît à leur actif une fracture du rocher.

M. VERNEUIL s'étonne qu'on puisse contester l'extrême utilité des injections auriculaires, mais si elles échouent, il conseille de recourir d'emblée à la chloroformisation; le chloroforme facilite non seulement les manœuvres extractives, mais permet de faire le diagnostic. Ce n'est pas chose banale, en effet, que de voir d'honnêtes praticiens taper bravement sur la face osseuse de la caisse, au lieu et place d'un corps étranger fictif. Il est tellement partisan de la chloroformisation qu'il ne serait pas éloigné de la conseiller, même avant l'injection.

M. DESPRÉS fait observer qu'en dehors des corps étrangers susceptibles de gonfler, aucun corps étranger n'obstrue totalement la lumière du conduit auditif; ce corps est ordinairement petit, et même lorsqu'il est dense, lorsqu'il s'agit d'un grain de plomb par exemple, les injections pratiquées au moyen d'une simple seringue à hydrocèle en ont facilement raison. Si le corps étranger a passé dans la caisse, on a pour l'expulser non seulement les injections auriculaires, mais encore les injections d'air ou d'eau par la trompe.

M. TERRIER, afin de rendre l'injection auriculaire plus efficace, l'a parfois poussée à travers la lumière du spéculum de Toynbee. Quant aux injections pratiquées par la trompe afin d'expulser les corps étrangers de la caisse, Trœltsch les a pratiquées, c'est vrai, mais les a énergiquement désavouées. C'est là un mauvais moyen, et les injections auriculaires sont infiniment supérieures.

M. FARABEUF a eu à soigner un malade qui s'était introduit dans l'oreille un épi d'orge. Mais, pour enlever l'épi muni de ses piquants, il était nécessaire de le faire progresser à rebrousse-poil, et, après quelques difficultés, M. Farabeuf a pu l'extraire au moyen de petites pinces.

M. DESPRÉS reconnaît, en pareille occurence, l'utilité des instruments extracteurs, de même que dans les cas d'épingles ou objets piquants fixés dans la caisse ou le conduit auditif.

M. POINSOT envoie une observation d'*anévrysme de l'artère fémorale* située au niveau de la pointe du triangle de Scarpa. M. Poinsot a essayé non seulement de la compression mécanique et de la compression digitale, mais encore de la compression par la bande d'Esmarch, et, seule, la ligature par la méthode d'Anel a pu amener la guérison. M. Poinsot se déclare néanmoins partisan de la compression par la bande d'Esmarch, et fournit une statistique à l'appui.

M. MARC SÉE conteste la portée de pareilles statistiques; les chirurgiens ne mettant qu'un empressement modéré à publier leurs insuccès.

M. VERNEUIL connaît des désastres à l'actif de la bande d'Esmarch dans la cure des anévrysmes. En revanche, dans un cas d'anévrysme utéro-veineux de la tibiale postérieure, il a obtenu la guérison par l'appareil ouaté de Guérin.

P. MÉRICAMP.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

VIII. Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta; par P. BITOT. Vol. in-8 de 180 pages avec 9 figures. Paris. 1880. Bureaux du *Progrès médical* et A. Delahaye et E. Lecrosnier.

IX. De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique ou amputation de Porro; par A. PINARD. In. *Annales de Gynécologie*, 1879-80.

X. Étude sur l'opération de Porro; par C. MAYGRIER. Vol. in-8 de 92 pages. Paris, 1880. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

XI. Etude sur les polypes placentaires; par MASLOWSKI. In. *Annales de Gynécologie*, 1880.

XII. La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs. Pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches; par J. A. DOLÉRIS. Vol. in-8 de 334 pages avec 3 planches comprenant 25 figures. Paris, 1880. J. B. Baillière, éditeur.

VIII. « L'hémorrhagie liée à l'insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus est, dit M. Bitot, considérée à juste titre comme un des accidents les plus formidables qui puissent être observés chez la femme enceinte. Le mécanisme de cette hémorrhagie, ajoute-t-il avec raison, n'est pas le même pendant la grossesse et pendant le travail; il varie selon le mode d'insertion du placenta sur le segment inférieur de la matrice, selon le mode d'orientation de cet organe en avant, en arrière ou sur les parties latérales, etc., etc. Aussi, peut-on dire qu'il n'existe pas de mécanisme unique de l'hémorrhagie dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, et c'est précisément ce qui explique qu'il ne peut y avoir de traitement unique et applicable à tous les cas. Les ressources de la thérapeutique obstétricale sont nombreuses et puissantes, mais il faut savoir être éclectique et appliquer à chaque cas particulier le traitement qui lui convient. » C'est une étude approfondie de ce mécanisme de l'hémorrhagie et de la conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta que M. Bitot nous a donnée dans sa thèse inaugurale. Après avoir rappelé les diverses théories émises pour expliquer l'hémorrhagie pendant la grossesse et l'accouchement, l'auteur croit que les travaux de M. le professeur Depaul sur les irrégularités de l'utérus, en prêtant à la théorie de Jacquemier un appui considérable, permettent d'expliquer comment il peut y avoir insertion vicieuse, sans hémorrhagie, pendant la grossesse. Le segment inférieur de l'utérus, en effet, ne constitue pas pendant les derniers mois de la gestation un segment de sphère dont le développement est régulier : alors que la portion antéro-inférieure prend un accroissement considérable, la portion postéro-inférieure est à peine modifiée, au point que la première semble surtout fournir à l'ampliation de l'utérus. Il est dès lors facile de comprendre que l'orientation du placenta sur le segment inférieur pourrait n'être pas indifférente au point de vue de la production de l'hémorrhagie. En effet, toutes les fois que l'insertion se ferait en arrière, les trois derniers mois pourraient se passer sans accident, mais les pertes sanguines pendant la grossesse seraient d'autant plus inévitables, fréquentes et abondantes que l'insertion du placenta se ferait plus en avant; c'est en ce point qu'existerait surtout un défaut de relation entre le placenta déjà complètement développé et la paroi utérine qui continue à s'accroître, c'est là que se feraient les décollements les plus étendus avec toutes leurs conséquences. M. Bitot montre ensuite avec précision comment, pendant le travail, le placenta se décolle selon le lieu d'insertion : il admet que le décollement survient comme conséquence de l'expansion du segment inférieur de l'utérus, expansion à laquelle s'ajoute un mouvement de retrait des fibres longitudinales du corps, suivant une direction parallèle à l'axe. Il expose surtout avec de grands détails la théorie de l'expansion, formulée déjà par Matthews Duncan, et il y ajoute un certain nombre de figures originales destinées à faire bien comprendre ce mécanisme, qui détermine fatalement pendant le travail le décollement du placenta.

Après l'exposé du mécanisme suivant lequel se produit l'hémorrhagie, vient l'étude détaillée du traitement. M. Bitot passe en revue les principales méthodes thérapeutiques qui ont été conseillées; nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à son consciencieux travail, il y trouvera des renseignements importants et très utiles pour la pratique. M. Bitot insiste surtout sur le tamponnement comme procédé efficace contre l'hémorrhagie qui survient pendant la grossesse, et sur la rupture des membranes pendant le travail de l'accouchement lorsque certaines conditions existent, mais il faut, pour avoir recours à cette dernière méthode de traitement : 1° que l'insertion soit marginale; 2° qu'il y ait un certain degré de dilatation; 3° que l'enfant se présente par le sommet. Il discute l'accouchement prématuré qui a été conseillé et employé en Angleterre et en Amérique, et la version pelvienne mise en usage par quelques accoucheurs allemands. Il préfère la version céphalique par manœuvres externes conseillée dans ces dernières années par M. Pinard. Enfin, à propos du traitement après l'accouchement, M. Bitot signale les avantages de la transfusion; il rappelle le procédé opératoire simple et ingénieux

décrit par son père, et recommande comme précaution importante l'administration, aussitôt après la transfusion, d'une certaine quantité de sulfate de quinine (0^{gr},50 à 1 gr,), soit en potion, soit en injection sous-cutanée sous forme de sulfrinate de quinine. L'emploi de ce médicament empêcherait l'apparition des accès de fièvre violents qui ont été signalés après la transfusion. Ajoutons, en terminant, qu'il existe dans la thèse de M. Bitot une série d'observations originales qu'il a recueillies à la clinique d'accouchements de la Faculté, observations intéressantes à différents points de vue et qui donnent plus de prix encore à son travail.

IX. Dans un mémoire ayant pour titre : « De l'opération césarienne suivie de l'amputation ovarique ou opération de Porro, » M. le Dr Pinard commence par faire l'historique de l'opération césarienne; il en décrit ensuite le manuel opératoire; puis il résume ce qui a été écrit sur la gastro-élytrotomie, et il termine enfin par une étude sur l'opération de Porro. Au moment où il écrivait, 38 femmes avaient subi cette opération : cinq cas devant, pour diverses raisons, être retranchés de la statistique, il restait 33 opérations qui avaient été dix-huit fois suivies de succès ; le chiffre des guérisons était donc de 54,5 pour 100. Etant donnée la mortalité si considérable observée à la suite de l'opération césarienne simple, « il sera, dit M. Pinard, facilement admis par tous les accoucheurs que dans tous les cas où l'utérus aura été sectionné pour en extraire l'enfant, cet organe devra être enlevé consécutivement. C'est là une règle générale qui devra être admise dorénavant et qu'il était très facile de formuler. Mais ce qui est plus grave, c'est de savoir dans quelle circonstance on doit sectionner l'utérus. Pour étudier cette redoutable question, ajoute M. Pinard, nous allons envisager les trois cas suivants : 1° le bassin ne permet pas de pratiquer l'embryotomie ; 2° le bassin permet de pratiquer l'embryotomie, mais mesure moins de 7 centimètres ; 3° le bassin mesure 7 centimètres et plus. »

Dans le premier cas, la réponse est simple : que l'enfant soit mort ou vivant, il n'y a qu'une seule chose possible : l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. Dans le second cas, le bassin permet de pratiquer l'embryotomie, mais mesure moins de 7 centimètres. Dans cette circonstance, deux conditions différentes peuvent exister : l'enfant est mort, ou l'enfant est vivant. Si l'enfant est mort, « nous n'hésiterons pas, dit M. Pinard, à donner aujourd'hui encore la préférence à l'embryotomie. Si l'enfant est vivant, la question peut encore être discutée. Il y a plus de chances pour la femme qui subit l'embryotomie que pour celle qui subit l'opération de Porro ; mais la différence est légère et nous avouons qu'en face d'un enfant bien vivant et bien viable, il est permis d'hésiter. — Dans le troisième cas, où le bassin a 7 centimètres et plus, l'opération de Porro doit être rejetée, que l'enfant soit mort ou qu'il soit vivant. »

X. Telles étaient les conclusions auxquelles était arrivé M. Pinard, lorsque, six mois plus tard, M. Maygrier publia sa thèse inaugurale. De nouvelles opérations de Porro avaient été pratiquées, il a pu donner dans un tableau le résumé de 55 cas et publier in extenso plusieurs observations encore inédites et qui présentent un certain nombre de particularités intéressantes. La moyenne à laquelle il est arrivé en bloc est moins favorable que celle obtenue par M. le Dr Pinard : en effet, 23 femmes seulement ont guéri, 32 sont mortes; le chiffre des guérisons n'était donc plus que de 42 pour 100. M. Maygrier a fait dans les registres de la Maternité et dans ceux de la Clinique des recherches pour apprécier la mortalité à la suite de l'accouchement prématuré, et des diverses procédés d'embryotomie mis en usage dans les bassins mesurant 7 centimètres et moins de 7 centimètres de diamètre promonto-pubien. Les résultats de ces recherches ont conduit M. Maygrier à conclure sa thèse de la façon suivante ; « Dans les bassins de 5 centimètres et au-dessous, l'opération de Porro devra s'imposer à la décision de l'accoucheur. Lorsqu'on se trouve en présence de rétrécissements de 6 centimètres et de 6^{cm},5, il devient bien difficile de se prononcer. C'est là une limite à laquelle l'accouchement prématuré, l'embryotomie et l'opération de Porro restent en présence sans qu'on puisse se guider autrement, pour préférer l'une ou l'autre méthode que par les indications fournies par chaque cas particulier. Cependant, les faits parlent en faveur de l'opération de Porro puisqu'elle sauve à peu près la moitié des femmes et tous les enfants.

XI. M. Maslowski a recueilli à la clinique du professeur Slavjansky (de Saint-Petersbourg) les éléments d'un travail intéressant sur les polypes placentaires. Son mémoire est fondé sur les résultats de dix examens anatomiques : huit fois il s'agissait de polypes expulsés, soit après l'avortement (dans six cas), soit après l'accouchement à terme (dans deux cas) ; deux fois il s'agissait d'utérus provenants de femmes dont l'une était accouchée à terme et dont l'autre avait avorté. L'examen histologique a fait partager ces cas en deux groupes. Dans le premier groupe sont rangés sept cas de polypes provenant de la rétention du placenta ; de la rétention du placenta fœtal, six fois; de la rétention du placenta maternel, une fois. Dans le second groupe sont placés trois cas où il n'y avait pas de rétention du placenta, mais où le polype provenait d'une altération profonde de la paroi sur laquelle s'insérait le placenta, et principalement d'une altération de la couche musculaire.

M. Maslowsky décrit avec soin les altérations pathologiques : il montre que le tissu de la caduque et celui des villosités peuvent être atteints, il y a surtout une inflammation chronique du tissu de la caduque, une endométrite placentaire chronique.

Dans les faits appartenant au deuxième groupe, on a trouvé un développement plus ou moins considérable de tissu conjonctif entre les faisceaux musculaires : ces derniers étaient en dégénérescence graisseuse. Il en résultait une hernie de paroi malade dans la cavité utérine ; cette portion ne pouvant participer à la contraction des parois de l'organe, devenait le point de départ d'un polype placentaire.

M. Maslowsky ne croit pas à l'existence de véritables hématomes du placenta : les tumeurs qu'on a prises pour des hématomes doivent être rangées dans l'un des deux groupes qui précèdent. Les symptômes observés dans les cas de polypes placentaires sont : des hémorrhagies apparaissant de bonne heure et des douleurs s'accompagnant de contractions qui surviennent après les hémorrhagies. Pour faire le diagnostic d'une façon certaine, il faut pouvoir pratiquer le toucher intra-utérin. Le polype devra être enlevé avec les doigts, on évitera l'emploi des instruments et surtout celui des curettes tranchantes qui peut être le point de départ de maladies chroniques dangereuses.

XII. Montrer qu'il est possible, en suivant la voie ouverte par M. Pasteur, d'expliquer les accidents qui surviennent chez les femmes en couches et en déduire des explications thérapeutiques précises, telle est le double but qu'a voulu atteindre M. Doléris. La thèse volumineuse qu'il vient de publier est donc un travail sur la pathogénie et le traitement des affections puerpérales. Pour M. Doléris « le germe vivant dont le rôle est aujourd'hui démontré, réalise merveilleusement ces conditions multiples du problème de la pathogénie ». Il ajoute : « qu'un fait non douteux se dégage pour lui de ses recherches : la présence et l'action des organismes inférieurs. Le germe est un organisme vivant, susceptible de reproduction, capable de reproduire à peu près constamment des lésions en rapport avec les phénomènes observés chez les malades qui le recèlent ; de plus, le germe morbide diffère suivant les différentes formes de la maladie : » L'introduction des microbes et des bactéries dans l'économie serait donc la cause des accidents infectieux : leur nombre, le moment où ils se développent sont importants à apprécier ; en effet, si on les rencontre en abondance, le danger est réel; s'ils surviennent le 6e et le 7e jour, les risques sont bien moindres parce que les vaisseaux sont bien fermés, le 2e et le 3e jour les dangers sont plus sérieux. Ce n'est pas tout, M. Doléris admet avec M. Pasteur que « la septicémie est le fait

de la bactérie septique (bactérie cylindrique); celle que produit le chapelet est beaucoup moins grave : la suppuration est le fait du point double ». Suivant pas à pas les opinions du maître, pour les appliquer aux phénomènes morbides qui sont observés parfois chez les femmes en couches, il admet la présence de microbes différents qui seraient la cause et le point de départ d'accidents dissemblables. 1° La bactérie cylindrique septique déterminerait la septicémie rapide; 2° le micrococcus disposé sous forme de chapelets produirait la septicémie atténuée : 3° le micrococcus sous forme de couple, causerait la suppuration. L'apparition et le développement des microbes dans le système sympathique ou dans le système veineux donneraient également lieu à des symptômes différents. M. Doléris émet ainsi une série d'hypothèses pour expliquer les formes si variées sous lesquelles apparaissent les affections puerpérales : grâce aux microbes, grâce aux bactéries il n'y aurait pour ainsi dire plus de mystères, toutes ces formes seraient expliquées. De plus, les microbes venant toujours de l'extérieur, l'infection ne serait jamais à proprement parler autogénétique, mais toujours hétérogénétique. M. Doléris étudie encore les voies d'introduction, les voies de diffusion des microbes et les conditions qui favorisent les épidémies. Il insiste avec soin sur les précautions multiples qu'on doit prendre pour éviter l'introduction de ces microbes dans l'organisme, ou pour empêcher leur développement et même amener leur destruction lorsqu'ils y ont pénétré. C'est aux antiseptiques qu'il faut s'adresser et en particulier à l'acide phénique.

En terminant, M. Doléris montre que les prétendus avantages attribués aux accouchements faits en ville chez les sages-femmes n'existent pas. La mortalité, quoi qu'on en ait dit, est plus considérable chez les sages-femmes que dans les Maternités : les travaux de Siredey, de de Beurmann le prouvent. Aux résultats obtenus à l'hôpital Cochin dans le service de M. Lucas-Championnière, et au pavillon Tarnier de la Maternité on pourrait ajouter ceux observés à l'étranger où, dans un certain nombre de villes, les Maternités bien organisées au point de vue de l'hygiène donnent des résultats comparables à ceux de la pratique civile des meilleurs accoucheurs. Soutenir encore comme on l'a fait il y a un certain nombre d'années et même récemment qu'il faut raser les Maternités, c'est se montrer singulièrement ignorant des progrès de l'hygiène moderne, c'est favoriser le développement des accidents nombreux qui surviennent chez des sages-femmes non surveillées et souvent incapables c'est enfin empêcher l'instruction si nécessaire cependant des générations médicales qui se succèdent.

P. Budin.

CORRESPONDANCE

Les Universités et les Laboratoires en Allemagne.

Bonn sur le Rhin, le 11 août 1880.

Mon cher Directeur,

Je commence par une visite à l'Université de Bonn la mission qu'a bien voulu me confier le Conseil municipal de la Ville de Paris. J'ai la bonne fortune d'être accompagné, dans le voyage assez long que j'entreprend, par notre ami M. le professeur P. Regnard, que connaissent bien les lecteurs du *Progrès Médical*.

Avant d'entrer dans le détail des faits, laissez-moi vous dire quelle tournure je compte donner à ces correspondances : avant d'aborder la Russie et la Suède, j'aurai encore l'occasion de voir quelques Universités allemandes et les notes que j'aurai pu recueillir, jointes aux faits que j'ai observés il y a déjà trois ans pendant un séjour assez long que je fis aux Universités de Vienne, de Pesth, de Leipzig, de Berlin et de Bonn, me permettront de vous donner sur l'organisation des Universités, sur la vie des étudiants, etc., des détails plus circonstanciés et plus complets que ceux que je pourrais vous donner maintenant. Je me contenterai donc aujourd'hui de vous parler de ce qui est spécial à Bonn, de ses laboratoires, de ses beaux Instituts.

L'Université de Bonn a été fondée le 7 avril 1784 et inaugurée le 20 novembre 1786 par le Grand-Electeur de Cologne, François. Pendant la Révolution française, les armées de la République menaçant d'envahir la Westphalie, l'Université tomba en décadence et, dès 1795, fut fermée définitivement. Elle ne fut réouverte que plus de vingt ans plus tard, lorsque la Prusse fut devenue maîtresse des provinces Rhénanes. Cette Université, actuellement l'une des plus prospères de l'Allemagne, comptait, pendant le semestre d'été 1880, 1099 étudiants, se décomposant comme suit : 88 pour la faculté de théologie catholique, 84 pour la faculté de théologie évangélique, 345 pour la faculté de droit, 154 pour la faculté de médecine, 428 enfin pour la faculté de philosophie (1). Sur ces 1099 étudiants, 44 seulement sont étrangers à l'Allemagne et parmi ces étrangers je ne relève que 3 français : appartenant l'un à la faculté de médecine, M. Edouard Hertzberg, de Saint-Etienne, et deux à la faculté de philosophie (section de philosophie, philologie et histoire), MM. Albert Plieque, de Meaux, et Raphaël Boulangé, de Quiévrechain.

Bonn partage avec Heidelberg le privilège d'être fréquentée de préférence par les fils des familles nobles d'Allemagne. C'est sans doute à cela que les professeurs doivent d'être plus hommes du monde que ne le sont peut-être les professeurs des autres Universités : d'autre part, l'influence française qui se fait partout sentir sur les bords du Rhin a dû contribuer beaucoup à donner à Bonn ce cachet spécial de distinction qui la met un peu à part parmi les Universités allemandes. Les étudiants de Bonn sont donc riches en général et le professeur, dont on doit payer les cours suivant un taux qu'il fixe lui-même, fait payer fort cher ses « lectures. » Il en résulte qu'il arrive facilement à la fortune, surtout si à cela vient se joindre ce que peut rapporter la clientèle, plus fructueuse peut-être sur le Rhin que dans toute autre partie de l'Allemagne.

L'Université de Bonn est actuellement installée dans un vaste bâtiment long de plus de 500 mètres, construit par les Electeurs Maximilien-Frédéric et François. Par une de ses façades, elle confine à la ville ; par l'autre face, elle regarde un beau parc, le *Hofgarten*, de l'autre côté duquel s'élève un petit bâtiment sombre et malsain, qui, il y a dix ans à peine, servait encore d'Institut anatomique : il demeure actuellement sans destination. Le *Hofgarten* sert de promenade publique, mais est la propriété de l'Université, ainsi que la *Poppelsdorfer Allee* dont nous parlerons tout à l'heure : à cause de cela, le curateur de l'Université outre ses fonctions académiques importantes, jouit dans les questions d'administration municipale d'une autorité sans exemple dans aucune autre Université d'Allemagne.

Les bâtiments de l'Université renferment les services administratifs, la chancellerie, les appartements du questeur, du curateur, de l'architecte, des appariteurs ou *Pedellen*, personnages importants, bien que subalternes. C'est là que siège le Sénat académique, sur les fonctions et l'organisation duquel nous aurons à revenir dans une prochaine correspondance ; c'est là encore que se trouvent la bibliothèque, l'*Aula* ou salle des fêtes académiques, le *Leseverein* (société de lecture), le laboratoire de physique et les salles de cours de toutes les Facultés, à l'exception de celles des sciences naturelles, d'anatomie, d'anatomie comparée, de chimie et de physiologie : ces divers cours se font dans les Instituts d'anatomie, de chimie, etc. Enfin, toute une aile de l'Université est occupée par les cliniques médicale et chirurgicale, à la tête desquelles se trouvent les professeurs H. Rühle et W. Busch.

La bibliothèque de l'Université renferme environ 250 000

(1) Ce nombre relativement considérable d'étudiants en philosophie ne saurait surprendre, si on songe qu'en Allemagne les facultés de philosophie comprennent, outre la philosophie proprement dite, la philologie, l'histoire, les mathématiques, les sciences physiques, chimiques et naturelles, l'agronomie, la pharmacie, et même, du moins à Bonn, l'art dentaire.

volumes. Elle remonte seulement au commencement de ce siècle et son noyau d'origine a été constitué par la bibliothèque de l'Université de Duisbourg, Université qu'on venait de supprimer au moment même où celle de Bonn se réorganisait. Le budget annuel de la bibliothèque est un peu supérieur à 37000 mk. et la plus grande partie de cette somme est destinée à l'achat d'ouvrages de médecine ou de sciences naturelles. Le bibliothécaire en chef, M. Bernays, est un philologue distingué, mais qui, parce qu'il appartient à la religion judaïque, n'a jamais pu être nommé professeur ordinaire à l'Université. Son traitement est de 9000 mk. Il a sous ses ordres un sous-bibliothécaire qui touche 3300 mk., un secrétaire qui touche 3000 mk., un gardien qui reçoit 1800 mk. et deux garçons dont l'un touche 1130 et l'autre 1000 mk. De plus, deux étudiants portant le titre d'*amanuenses* sont attachés à la bibliothèque et reçoivent chacun à titre d'indemnité une somme annuelle de 300 mk.

Ces *amanuenses* n'ont d'autre fonction que de distribuer les livres au public ou de les remettre en place ; leur service n'est que de deux heures par jour, pendant les séances publiques qui ont lieu de 2 heures à 4 heures. Les autres employés de la bibliothèque, à moins qu'ils ne fassent des cours à l'Université, doivent rester à la bibliothèque de 9 heures du matin à midi et de 2 heures à 4 heures en hiver, de 2 heures à 5 heures en été. La bibliothèque n'est jamais ouverte le soir.

L'organisation de la bibliothèque est extrêmement libérale. Tout étudiant ou toute personne habitant Bonn ou les environs peut emporter chez elle jusqu'à douze volumes et les garder un mois. Le maximum de douze volumes n'est pas applicable aux professeurs et ceux-ci peuvent garder les ouvrages pendant un mois et demi. On ne peut toutefois emporter les livres qu'autant qu'un professeur a déclaré en répondre.

Lorsqu'on veut consulter un ouvrage, il faut, la veille, jeter dans une boîte spéciale appendue aux murs de l'Université un bulletin sur lequel on a inscrit son nom, sa qualité, son adresse, le titre exact de l'ouvrage. Les bulletins sur lesquels on demande les livres sont d'un modèle spécial: on les achète à la bibliothèque à raison de 10 pf. la douzaine. Quand on emporte un livre, le bulletin par lequel on l'a demandé reste à la bibliothèque, dans un casier *ad hoc*; on retire ce bulletin en rapportant le volume.

Un registre particulier est destiné aux professeurs qui y inscrivent les titres des ouvrages qu'ils voudraient faire acheter à la bibliothèque. Comme, d'après le règlement, le bibliothécaire doit tenir compte dans ses achats des désirs exprimés par les professeurs, on achète les ouvrages demandés, autant que le permet le budget. Si l'acquisition a été faite, le bibliothécaire l'inscrit sur le registre des *desiderata*: si elle ne l'a pas été, il est tenu d'indiquer sur ce même registre la cause de ce retard.

Les cliniques sont petites et suffisent à peine aux besoins de l'enseignement. M. Rühle, dont le budget annuel est de 30500 marks (38000 fr.), est secondé par deux assistants, munis du diplôme de docteur, qui touchent chacun un traitement annuel de 1200 mk. ; ils sont logés, éclairés et chauffés. M. Busch a trois assistants qui bénéficient des mêmes avantages que leurs collègues de la clinique médicale et auxquels est adjoint en qualité de « *famulus* » un étudiant qui touche 450 mk. par an. M. Wilhelm Busch est un chirurgien de talent et un cavalier émérite ; il emploie les loisirs que peut lui laisser sa nombreuse clientèle à chevaucher le long de la *Poppelsdorfer Allee*, où il n'est pas rare de le rencontrer. Le budget annuel de sa clinique est de plus de 48000 mk., soit 60000 francs.

La clinique obstétricale est une construction récente, située du côté du Rhin, assez loin de l'Université. Sa construction a coûtée 750000 francs. Au contraire des précédentes cliniques, elle présente une organisation et une disposition excellentes. Son directeur, M. Veit, est secondé par deux assistants ; directeur et assistants ont leurs appartements dans l'Institut même. Le budget annuel de la clinique d'accouchements est d'environ 55000 mk., dont 32000 sont versés par la caisse de l'Université ; les 23000 mk. restants sont prélevés soit sur la ville de Bonn, qui donne moins de 1000 mk. par an, sous forme de bons de soupe, soit surtout sur les malades payantes. Les malades sont divisées en quatre classes : celles de la première classe doivent payer 7 mk. 50 pf. par jour ; celles de la seconde classe, 4 mk. 50 pf. ; celles de la troisième classe 1 mk. ; enfin celles de la quatrième classe sont admises gratuitement. D'après les dernières évaluations budgétaires, arrêtées par le ministre pour une période de trois années, les sommes payées par les femmes admises à la clinique devaient représenter annuellement une somme de 22000 mk.

A côté des cliniques, il faut encore placer l'Institut pathologique, avec un budget de 6350 mk. ; M. Köster le dirige et a sous ses ordres un assistant payé 1200 mk. La clinique ophthalmologique, dirigée par le professeur Samisch, pas plus que l'Institut précédent, ne présente rien de spécial.

J'ai hâte d'arriver à des Instituts plus importants, à l'anatomie, à la physiologie, à la chimie. Mais ce sera là l'objet d'une nouvelle correspondance et, pour clore celle-ci, laissez-moi vous donner la liste complète des professeurs.

a) *Professeurs ordinaires.* — MM. Veit, clinique gynécologique ; Busch, clinique et policlinique chirurgicales ; von Leydig, anatomie comparée ; Pflüger, physiologie ; Rühle, clinique et policlinique médicales ; Köster, anatomie pathologique ; Samisch, ophthalmologie ; Binz, pharmacologie ; baron de la Valette St-George, anatomie descriptive et microscopique.

b) *Professeurs extraordinaires.* — Schaaffhausen ; Doutrelepont ; Obernier ; Finkelnburg ; Zuntz, professeur à l'Institut anatomique ; von Mosengeil.

c) *Privat-docenten.* — Madelung ; Fuchs ; Kocks ; Walb ; Burger ; Wolffberg ; Nussbaum, assistant à l'Institut anatomique ; Finkler, assistant à la clinique médicale ; Schulz, assistant à l'Institut pharmacologique.

En somme, 9 professeurs ordinaires, 6 professeurs extraordinaires et 9 *privat-docenten*, tel est le personnel enseignant de la Faculté de médecine de l'Université de Bonn.

R. BLANCHARD.

VARIA

Transmission du son par les rayons lumineux.

Une découverte bien remarquable vient d'être faite aux Etats-Unis. Ce n'est rien moins que la transmission du son par la lumière. Le professeur Bell, l'inventeur du téléphone, a démontré, par des expériences détaillées dont il a lu le compte rendu devant l'Association américaine pour l'avancement des sciences, que, sans aucun fil conducteur, comme cela a lieu pour le télégraphe, le son peut être transmis d'un point à un autre au moyen d'un simple rayon de lumière. Le récepteur, dans ce cas, est le sélénium, et, en réglant la forme ou le caractère des vibrations de la lumière sur ce corps, la quantité du son peut être contrôlée, et l'on obtient toutes les variétés de la voix humaine. M. le professeur Bell a parlé ainsi, à l'aide d'un rayon solaire, à une distance de 200 mètres. Il suffit que les personnes qui veulent entrer en communication verbale en l'absence du fil métallique puissent se voir. On connaît les curieuses propriétés du sélénium, qui a été souvent le sujet d'expériences. La propriété qui lui est spéciale est d'opposer plus ou moins de résistance au passage de l'électricité, suivant le degré d'intensité de la lumière à laquelle il est soumis. Il est donc aisé de concevoir que si un morceau de sélénium était introduit dans un circuit électrique dans lequel se trouverait aussi un téléphone, des alternations de lumière et d'obscurité pourraient être amenées à changer la force du courant, et que de telles variations pourraient faire entendre un son dans le téléphone. Ceci paraîtra plus clair si l'on se reporte au microphone, car le sélénium agirait en réalité comme un microphone sensible à la lumière. Dans le microphone, des vibrations mécaniques font changer la conductibilité des matières avec lesquelles l'instrument est construit. Dans le cas du sélénium, les vibrations lumineuses affectent la conductibilité du métal. Dans l'un et l'autre cas, ces variations du courant affecteraient toute la longueur du courant et se manifesteraient par un son dans le téléphone.

Un rayon de lumière va du poste de départ au poste d'arrivée, bien dirigé par un réflecteur. On parle devant une membrane vivante. Les vibrations de la membrane, au moyen d'un dispositif ingénieux, masquent ou démasquent elles-mêmes la source lumineuse. Au poste d'arrivée, le rayon est réfléchi à l'aide d'un miroir sur un petit disque de sélénium, en communication d'une part avec une pile électrique, et de l'autre avec un téléphone. Les variations d'éclat de la lumière qui tombe sur le sélénium produisent des variations de force dans le courant électrique, et ces variations font à son tour vibrer la membrane

du téléphone récepteur. Comme au départ et à l'arrivée, le rhythme des vibrations est le même : ce que se dit d'un côté se reproduit exactement de l'autre. (*Gazette hebdomadaire.*)

Les voitures d'ambulance pour les grands blessés.

L'*Esercito*, du 4 août dernier, annonçait que les colonnes du train de quelques-unes des divisions qui prennent part aux grandes manœuvres de cette année, comprendraient des voitures d'ambulance pour les grands blessés, du modèle que l'administration de la guerre est disposée à adopter pour les besoins du service de guerre. Voici, d'après le journal précité, une description sommaire de ces voitures.

Elles sont construites d'après les innovations les plus récentes, en vue de rendre le transport des blessés en campagne aussi régulier et aussi commode que possible. Chaque voiture peut recevoir six blessés lorsqu'ils peuvent rester assis, ou quatre seulement lorsqu'on est obligé de les coucher sur des brancards disposés à cet effet. Des ouvertures recouvertes en toile de tente grise sont ménagées dans les parois, en nombre suffisant pour aérer constamment l'intérieur de la voiture, ou la garantir contre les rayons du soleil. Tout est convenablement disposé à l'intérieur en vue de faciliter le pansement des blessés ; la voiture contient, à cet effet, différents tiroirs et des cassettes munies du nécessaire ainsi qu'une réserve d'eau facile à renouveler. Le corps du caisson est monté à ressort, de manière à amortir les chocs et les cahots de la voiture en terrain accidenté ; ce qui n'existait pas dans les voitures de l'ancien modèle.

Le système de brancards, disposés à l'intérieur, a été imaginé par le capitaine-médecin Guida, attaché au ministère de la guerre ; il présente toutes les dispositions nécessaires pour permettre aux blessés d'appuyer la tête, pour faciliter le transport du brancard ou son placement dans une voiture, et, lorsqu'ils ne sont pas utilisés, les brancards peuvent être repliés et fixés au moyen d'une double courroie sur le couvercle de la voiture. Il existe, à l'intérieur, des compartiments spéciaux destinés à recevoir les armes des soldats. Le devant de la voiture est muni d'un entablement assez vaste pour recevoir les sacs ou les valises, et placé à portée du conducteur. La voiture parait légère et solide à la fois.

Le journal italien ajoute, en terminant, que l'arsenal de construction de Naples travaille activement à la construction de voitures de ce modèle, jusqu'à concurrence du nombre fixé, pour les besoins de la mobilisation. (*Union médicale*).

Asile d'aliénés de la Seine (1).

Concours pour la nomination à quatre places vacantes d'internes titulaires en médecine. — Le lundi 13 décembre 1880, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un Concours pour la nomination à 4 places d'internes titulaires en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flores aux Tuileries (secrétariat général, — bureau du personnel, — entrée par le guichet des Lions, escalier A, 3e étage), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 11 jusqu'au jeudi 25 novembre 1880 inclusivement.

Il sera nommé à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, quatre internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1881. — Les internes provisoires pourront se représenter aux Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Concours pour la nomination à une place d'interne titulaire en pharmacie. — Le lundi 6 décembre 1880, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un Concours pour la nomination à une place d'interne titulaire en pharmacie vacante dans lesdits établissements.

Les Candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (secrétariat général, — bureau du personnel, — entrée par le guichet des Lions, escalier A, 3e étage), de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 8 au lundi 22 novembre 1880, inclusivement.

Il sera nommé à la suite dudit Concours et dans l'ordre de mérite, un interne provisoire, chargé de remplacer les internes titulaires, en cas d'absence ou d'empêchement. — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1881, — L'interne provisoire qui se fait recevoir pharmacien renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

(1) Pour les conditions de ces concours, voir les n° 13 et 15.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 1er. — Pas d'actes.

MARDI 2. — Pas d'actes.

MERCREDI 3. — 2e *de Doctorat* (épreuve pratique) : MM. Verneuil, Trélat, Farabeuf. — 1er *de Doctorat* (nouveau mode) : 1re *Série* : MM. Wurtz, Regnauld, Gay. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Depaul, Fournier, Marchand.

JEUDI 4. — 1er *de Doctorat* (épreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Cadiat. 2e *de Doctorat* : 1re *Série* : MM. Richet, G. Sée, Hallopeau ; — 2e *Série* MM. Hardy, Lefort, Legroux. — 4e *de Doctorat* : 1re *Série* : MM. Brouardel, Bouchard, Grancher ; — 2e *Série* : MM. Lasègue, Hayem, Debove.

VENDREDI 5. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Trelat, Marchand. — 2e *de Doctorat* : MM. Verneuil, Parrot, Rendu. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Henninger. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Depaul, Fournier, Monod.

SAMEDI 6. — 1er *de Doctorat* : 1re *Série* : MM. Richet, Robin, Humbert ; — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Peter, Hayem, Legroux ; — 2e *Série* : MM. Ball, Bouchard, Debove. — 5e *de Doctorat*. 1e *Série* : (Charité) : MM. Gosselin, Jaccoud, Chantreuil ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Lasègue Panas, Pinard.

THÈSES. — *Mercredi* 3 : 435. M. Sereins. — 436. M. Raugé. — *Jeudi* 4 : 437. M. Michailescu. — 438. M. Denombré. — 439. M. Dorain. — 440. M. Millet. — *Vendredi* 5 : 441. M. Lafaye. — 442. M. Raullet. — *Samedi* 6 : 543. M. Fouquet. — 444. M. Latière.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. RIBEMONT commencera le 5 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° grossesse normale et pathologique ; — 2° accouchement ; — 3° opérations et dystocie ; — 4° exercices cliniques et opératoires. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur le Prince.

Hôpital de Lariboisière. M. le Dr LÉON LABBÉ, chirurgien de cet hôpital, a repris ses leçons et opérations le mardi, 26 octobre, à 9 heures, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau. — M. le Dr HILLAIRET, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recommencera ses conférences sur les maladies de la peau le jeudi 4 novembre, à 9 heures, salle Henri IV, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Fidèle à sa coutume de joindre l'enseignement pratique à l'enseignement théorique, le professeur consacrera une partie de la leçon à étudier les différents malades du service, et, dans la seconde, il abordera l'histoire des dermatoses inflammatoires.

FORMULES

66 Dentifrices prévenifs de la stomatite mercurielle.

Pour prévenir la stomatite mercurielle dans le cours du traitement spécifique, M. Panas recommande depuis longtemps le mélange suivant sous forme de poudre dentifrice :

Poudre de quinquina.	15 grammes.
Poudre de cachou.	15 —
Poudre de tannin.	1 —
Essence de menthe.	5 gouttes.

M. J. Simon recommande, dans le même but, aux malades de se rincer les dents et de gargariser matin et soir et après chaque repas avec de l'eau chaude chargée d'une mixture ainsi composée :

Eau de Botot artificielle.	200 grammes.
Alcoolature de cochléaria.	10 —
Teinture de quinquina.	8 —
Teinture de cachou.	4 —
Teinture de benjoin.	2 —

Si cette mixture n'est pas suffisante, on fait prendre 4 grammes de chlorate de potasse à l'intérieur dans une potion, et en même temps on se sert d'un collutoire composé de 10 grammes de chlorate de dotasse pour 30 grammes de glycérine (*France Médicale*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 15 octobre au jeudi 21 octobre 1880, les naissances ont été au nombre de 939, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 312 ; illégitimes, 135. Total, 447. — *Sexe féminin :* légitimes, 354 ; illégitimes, 138. Total, 492.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 15 octobre au jeudi 21 octobre 1880, les décès ont été au nombre de 914, savoir : 494 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes :

Maladies épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde : M. 10. F. 8. T. 27. — Variole : M. 9. F. 8. T. 17. — Rougeole : M. 6. F. 7. T. 13. — Scarlatine : M. 3. F. 3. T. 6.— Coqueluche : M. 7. F. 6. T. 13.— Diphthérie. Croup : M. 14. F. 15. T. 29.—Dysentérie : M. ... F. . T. .— Erysipèle : M. 3. F. 2. T. 5. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — *Autres maladies :* Phthisie pulmonaire : M. 88. F. 66. T. 154. — Autres tuberculoses : M. 22 F. 27. T. 49. — Autres affections générales : M. 30. F. 33. T. 63. — Bronchite aiguë : M. 10. F. 19. T. 29. — Pneumonie : M. 29. F. 23. T. 52. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 47. F. 36. T. 83. — Autres maladies locales : aiguës : M. ... F. ... T. ... ;— chroniques : M. ... F. ... T. ... ; — à forme douteuse : M. ... F. ... T. ... — Après traumatisme : M. .. F. 1. T. .. — Morts violentes : M. 10. F. 10. T. 20. — Causes non classées : M. 7. F. . T. .

Mort-nés et prétendus tels : 93 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 20. Total, 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 35 ; illégitimes, 15. Total, 49.

Prix de l'Internat. *Jury.* — Le Jury du Concours pour les prix de l'internat des hôpitaux de Paris, qui s'ouvrira le mardi 5 novembre prochain, se compose de MM. Bourdon, Landrieux, Joffroy, Desnos, Désormeaux, Cusco et Trélat.

Concours de l'Externat. — Les questions données pendant les trois dernières séances sont les suivantes : Jeudi 21 : *Artère fémorale ;* — Samedi 23 : *Muscles fessiers ;*—Mardi 26 : *Artère carotide primitive.*

Hospices de Bordeaux.— La Commission administrative des hospices de Bordeaux a décidé la nomination d'un pharmacien en chef des hôpitaux, résidant à l'hôpital Saint-André. Le règlement relatif à cette décision est à la signature de M. le Préfet.

Médecins inspecteurs des eaux minérales. — M. le Dr Letourneau vient d'être nommé médecin inspecteur de la station de Barèges (Hautes-Pyrénées).

Faculté des sciences de Rennes. — Par arrêté du Ministre de l'instruction publique en date du 20 octobre 1880, la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Rennes est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort prématurée de M. le Dr Delestre, ancien interne des hôpitaux, qui exerçait

CHABERT (L.). **De l'antrax des lèvres**, ses complications, son traitement, Paris, 1877, in-8 de 44 p. — 1 fr. 50.— Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

avec une grande distinction et une parfaite honorabilité l'art de dentiste. M. Delestre n'était âgé que de 44 ans. — M. le Dr Escoffier, médecin du Bureau de bienfaisance du IIIe arrondissement, est décédé le 21 octobre à l'âge de 76 ans. Il exerçait la médecine depuis 1835.— La *Gazette des Hôpitaux* annonce la mort du Dr Désiré Voulet qui vient de succomber à Saillons (Drôme), à l'âge de 80 ans, le 11 octobre, dans des circonstances particulièrement émouvantes. Appelé par une sage-femme auprès d'une femme en couches, il accourt, et tandis qu'il procède à la délivrance de la femme, il est frappé d'apoplexie; la sage-femme s'évanouit et la femme meurt d'hémorrhagie, sans secours. Notre honoré confrère a succombé aux suites de cette attaque environ une huitaine de jours après.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ASSELIN et Ce, place de l'École de Médecine.

Chénier (G.). — Sur la genèse des maladies virulentes. Brochure in-8° de 64 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1880.

Lasègue (Ch.). — La technique de l'auscultation pulmonaire à l'usage des étudiants en médecine. Vol. in-8° de 72 pages. Prix : 1 fr. Paris, 1880.

Robinski. — De l'influence des eaux malsaines sur le développement du typhus exanthématique démontrée par des observations. Vol. in-8° de 36 pages. Paris, 1880,

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Libraires-Éditeurs, place de l'École de Médecine.

Grasset (J.). — Note sur quelques particularités de l'action esthésiogène des vésicatoires. Brochure in-8° de 32 pages. Paris, 1880.

SAVY, éditeur, 77, boulevard Saint-Germain.

Gilbert (E.). — Philtres, charmes, poisons, antiquité, moyen âge, renaissance, temps modernes. Grand in-8° de 84 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1880.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et Ce
108, boulevard Saint-Germain.

Chipault (A.). — Du traitement des maladies charbonneuses chez l'homme par les injections sous-cutanées d'iode en solution. Brochure in-8° de 38 pages. Prix : 1 fr. Paris, 1880.

Jamain (A.) et Terrier (F.). — Manuel de pathologie chirurgicale. Tome II. 2e fascicule. 1 vol. in-18 de 373 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1880.

Librairie J. B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

Sarrade (H.). — Sur certaines formes rares de paralysies du plexus brachial. Vol. grand in-8° de 60 pages. Paris, 1880.

G. MASSON, Editeur, boulevard St-Germain.

Lœwenberg. — Des champignons parasites de l'oreille humaine. Brochure in-8° de 8 pages. Paris, 1880.

Marmonier. — Maladies de la moelle épinière, diagnostic différentiel des myélites. Grand vol. in-8° de 190 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1880.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71
Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

L'Ecole aux Hôpitaux.

Il y a quatre ans (1), nous demandions qu'à la Faculté fût remise la direction scientifique, matérielle et pécuniaire des hôpitaux. Dans ce système, nous voyions un moyen de faire cesser l'anarchie qui s'oppose aux améliorations réclamées par l'enseignement médical. Des critiques nous furent adressées, dont quelques-unes étaient justes ; nous eûmes aussi le bonheur de voir le fond de nos idées et surtout notre intention approuvés par des personnes dont le suffrage nous est précieux. Mais, nous en convenons sans honte et sans amertume, à part ces manifestations isolées, notre proposition ne rencontra qu'un froid accueil assez voisin de l'indifférence. Ce n'est pas une raison de nous rebuter. Ce que nous avons à cœur, en effet, n'est pas de faire accepter tel ou tel remède à un mal que personne ne nie, mais bien d'obtenir que, par un procédé quelconque, on arrive à utiliser pour le plus grand profit des malades, des étudiants et aussi des médecins des hôpitaux, toutes les sources d'instruction que renferment les établissements hospitaliers de la ville de Paris. Et, puisque la Faculté semble peu disposée à réclamer les pouvoirs que nous demandions pour elle, sans nous obstiner davantage, nous frappons à une autre porte.

Aux milliers d'élèves venus de toutes les parties de la France et de l'étranger pour lui demander l'instruction médicale, la Faculté de Paris ouvre son grand amphithéâtre, les cliniques générales ou spéciales qu'elle possède dans les hôpitaux, les pavillons de l'Ecole pratique et divers laboratoires. Dans le grand amphithéâtre, aux leçons dogmatiques et théoriques, tout le monde peut trouver place. On peut contester l'utilité de quelques-uns de ces cours et, pour n'en citer qu'un, se demander si l'anatomie descriptive peut s'enseigner *ex cathedrâ* d'une manière vraiment profitable ; étant admise toutefois la nécessité de ce genre d'enseignement, on doit convenir que tous les étudiants peuvent facilement y prendre part. D'ailleurs les partisans les plus décidés des cours dogmatiques, purement théoriques, reconnaissent qu'ils sont loin d'être suffisants et que l'étudiant le plus assidu à les suivre ne pourrait tout au plus que se mettre ainsi en état de passer ses examens et ferait un pauvre praticien. Or, la presque totalité des étudiants sont appelés et se destinent à devenir praticiens ; c'est donc surtout d'une instruction pratique qu'ils ont besoin.

A ce besoin répondent d'abord les cliniques générales, au nombre de huit, quatre médicales, quatre chirurgicales, plus une clinique d'accouchements. Si les élèves se répartissaient également entre ces cliniques, ce seraient des centaines d'étudiants qui suivraient le professeur, et, devant un tel encombrement, l'enseignement clinique deviendrait illusoire. Heureusement d'autres cours cliniques, étrangers à la Faculté, opèrent une dérivation. Cependant, il arrive encore trop souvent que le grand nombre des auditeurs s'oppose à ce que chacun d'eux puisse examiner les malades sur lesquels le professeur fera sa leçon et constater les symptômes dont il expliquera la nature et la signification. En outre, et il y est bien obligé, le professeur suppose que tous ses auditeurs sont déjà capables de constater et de reconnaître eux-mêmes ces symptômes ; il ne saurait s'arrêter à leur apprendre individuellement à distinguer, par exemple, les différents bruits normaux ou anormaux qui se produisent dans la cage thoracique. Dans ces conditions, son cours clinique en vient, pour la plupart des auditeurs, à ressembler étrangement aux leçons dogmatiques du grand amphithéâtre. Pour qu'il en soit autrement, pour que cette clinique supérieure soit vraiment profitable, il faut des connaissances préalables, l'habitude de voir et d'observer que les élèves pourraient acquérir seulement dans des cliniques préparatoires, propédeutiques, comme disent les Allemands. Ces cliniques préparatoires, la Faculté ne les possède pas officiellement. Les mêmes réflexions s'appliquent à la plupart des cliniques spéciales, où les élèves se présentent, aussi mal préparés à les suivre. De plus, ces cliniques spéciales sont uniques chacune en son genre. L'ophthalmologie, par exemple, n'a de clinique officielle qu'à l'Hôtel-Dieu ; que ferait le professeur si seulement les étudiants de quatrième année s'avisaient tous de fréquenter son cours ? Encore les maladies des yeux n'exigent-elles guère un traitement d'urgence et le praticien peut-il, le plus souvent, y réfléchir à son aise ou les renvoyer à un plus expert. Mais les accouchements ! Là, il faut agir soi-même et sur l'heure. Et pour en apprendre la pratique, la Faculté dispose d'*une* clinique, et de moins de cent lits ; ce n'est plus de la pauvreté, c'est de la misère.

Les laboratoires, annexés aux chaires de la Faculté, n'existent pour ainsi dire pas pour l'enseignement ; l'insuffisance de leurs locaux et de leurs ressources ne permet de les ouvrir qu'à un petit nombre d'étudiants venant y faire des recherches pour leur thèse. A ceux qui doivent apprendre les différentes manipulations techniques nécessaires pour l'étude de l'histologie, de l'anatomie pathologique, de la chimie, etc., s'ouvrent les laboratoires des cliniques et ceux de l'Ecole pratique. Les premiers, en nombre trop restreint, ont servi jusqu'à présent bien plus aux travaux scientifiques des professeurs et des chefs de laboratoire qu'à l'instruction pratique des élèves. Enfin l'Ecole pratique elle-même, avec ses pavillons et ses laboratoires, même après les grandes

(1) Voir le n° 45 de 1876, page 742.

améliorations matérielles dont elle sera dotée après l'achèvement de ses constructions, même après les heureuses réformes apportées dans son organisation, sera loin de pouvoir suffire à tous les étudiants inscrits à la Faculté.

Si donc ceux-ci étaient réduits aux seules ressources de l'enseignement officiel, leur nombre seul annihilerait ces ressources. En fait, heureusement, l'industrie de professeurs libres rétribués par leurs élèves, le dévouement de bon nombre de chefs de service des hôpitaux, et enfin l'intervention de l'Assistance publique comblent en partie les lacunes de l'enseignement de la Faculté et lui permettent, en débarrassant du plus grand nombre, de profiter à quelques-uns. Malgré cela, de nombreux éléments d'instruction sont encore perdus, au grand détriment de la science, des élèves et de la population, faute d'ensemble dans les efforts, faute aussi d'être mis en œuvre. Avec l'organisation actuelle, la situation peut se résumer en deux mots, abstraction faite de quelques détails : La Faculté, qui doit donner l'instruction médicale, n'a pas les moyens matériels de le faire ; l'Assistance publique, en possession de tous les matériaux d'enseignement pratique, n'a pas charge d'en tirer parti. Si elle en fait profiter ses internes et ses externes, c'est bénévolement et d'une façon incomplète.

Cette situation n'est pas digne d'une grande ville comme Paris. La Faculté de médecine de Paris, dont la renommée scientifique n'a pas besoin d'être exaltée, contribue largement pour sa part à la grandeur morale de la capitale ; la nombreuse population qu'elle y attire directement et indirectement contribue aussi à sa prospérité matérielle ; le Conseil municipal ne saurait donc rester indifférent aux besoins de cette Faculté et de cette population. C'est à lui qu'aujourd'hui nous faisons appel, pour lui demander de constituer à côté de la Faculté, au-dessous si l'on veut, une grande Ecole pratique de médecine.

Il n'y a point d'édifices nouveaux à construire, point de personnel à créer. Les bâtiments existent, les professeurs sont tout prêts et beaucoup même déjà sont à l'œuvre depuis longtemps. Que l'Assistance publique demande à tous ses chefs de service, actuellement en exercice, de s'occuper méthodiquement de l'instruction pratique des élèves qu'elle attache à leur service et de ceux qui viendront s'y faire inscrire et le suivront régulièrement, bien peu s'y refuseront. Pour l'avenir, elle peut faire de cette obligation une condition à l'admission au Bureau central, et bientôt, sans qu'aucun droit soit lésé, il n'y aura plus de service hospitalier qui ne soit doublé d'une clinique.

Cette mesure ne serait d'ailleurs que l'exécution du contrat tacite qui lie l'Assistance publique à ses internes et à ses externes ; en échange de leurs services, de leur liberté aliénée, ils comptent qu'elle leur donnera les moyens de s'instruire. Pour l'anatomie et la médecine opératoire, Clamart donne satisfaction à leurs besoins ; mais pour ce qui est de la médecine proprement dite, trop souvent encore leur espoir ; est trompé. Il est de *mauvais services*, c'est-à-dire des chefs qui ne s'occupent pas de leurs élèves ; c'est à eux que sont, en général, attachés les internes et les externes, les moins forts, les moins capables de se passer de guides et de conseils. Leur rang de réception, présomption de faiblesse relative, les condamne à un isolement funeste et fait une entrave d'un titre qui devrait être un avantage. L'accession d'élèves bénévoles, en même temps qu'elle serait un service rendu à la Faculté et à ses élèves, exciterait l'amour-propre du professeur chef de service qui risquerait de s'engourdir s'il n'avait pour auditeurs que des élèves contraints à le suivre. Il conviendrait, bien entendu, de laisser à chaque chef de service la plus grande liberté de choisir le sujet et la matière de ses leçons ; les uns feraient des cliniques générales, les autres, suivant leur tendance, s'attacheraient de préférence à telle ou telle spécialité. La seule condition qu'il faudrait exiger, c'est que les leçons gardassent un caractère éminemment pratique, et ne prissent point les grandes allures des cliniques des professeurs de la Faculté. On peut d'ailleurs compter sur l'intelligence des chefs de service et sur leur intérêt à grouper autour d'eux le plus d'élèves possible, pour que leur enseignement se tienne dans les limites convenables, ni trop haut, ni trop bas, et ne verse pas dans des spécialités trop étroites. En fait, on peut l'affirmer d'avance, par ce qui se passe aujourd'hui, les professeurs chefs de service, les cliniciens propédeutistes s'adonneraient presque tous à la clinique générale ; ils habitueraient leurs élèves à l'examen rapide et complet des malades, leur apprendraient à ausculter, à percuter, à pratiquer les manipulations chimiques, à se servir du microscope, des appareils électriques ; les autopsies leur seraient des occasions d'enseigner pratiquement l'anatomie pathologique. Il serait donc nécessaire que chaque hôpital fût pourvu d'un petit laboratoire garni, en nombre suffisant, des instruments et appareils qui sont d'un usage quoditien dans la pratique ; ce serait presque la seule dépense à faire.

L'enseignement de certaines spécialités aurait aussi ses exigences, que la Faculté a reconnues pour sa part, mais n'a pu satisfaire. Ce serait exagéré de demander que chacune de ces spécialités fût enseignée dans chaque hôpital ; pour les accouchements seulement, on devrait demander un service par hôpital ; le *Progrès médical* en a maintes fois donné les raisons. Pour les autres spécialités, il est facile de faire en sorte que l'ensemble en soit enseigné dans chacun des groupes topographiques en lesquels on peut partager les hôpitaux de Paris. Le seul obstacle serait le mode de roulement en vigueur aujourd'hui entre les médecins des hôpitaux : mais il ne faut pas le grossir hors de raison. Avec le temps, à mesure que fonctionnerait le système, au besoin avec une modification des règlements, cet obstacle s'atténuerait et disparaîtrait. Le jeu des affinités, la communauté des tendances contribueraient aussi à lever toute difficulté ; peut-être l'effet en irait-il jusqu'à transformer peu à peu chaque groupe hospitalier en une petite école dans la grande école. Pour notre part, nous n'y verrions qu'avantages, la rivalité entre les groupes ne pouvant que stimuler les efforts de chacun.

Aux internes aussi, dût-on élever un peu leur mince traitement, on demanderait plus qu'ils ne donnent aujour-

d'hui. Beaucoup dirigent des conférences suivies par les externes, et dont eux-mêmes tirent grand profit. Nous croirions mauvais d'en faire une obligation pour tous, car cela entraînerait pour les externes la nécessité de suivre la conférence de leur interne, qui pourrait n'avoir pas les aptitudes nécessaires ; d'autre part, le nombre des élèves d'une conférence ne peut sans inconvénient descendre au-dessous d'un certain chiffre. Mais rien ne s'opposerait à ce que la visite du soir devînt pour tous les élèves inscrits dans le service une sorte de répétition de la leçon donnée le matin par le chef.

Cette organisation pourrait s'établir progressivement et cependant rapidement ; elle se perfectionnerait avec le temps, à mesure que l'expérience indiquerait les améliorations dont elle serait susceptible. Quand enfin elle aurait atteint, ce qui ne tarderait guère, son plein développement, quand, grâce aux sacrifices pécuniaires que ne refuserait pas le Conseil municipal, chaque groupe d'hôpitaux serait en état de donner une instruction pratique complète, et peut-être même avant, la Faculté pourrait à son tour modifier le caractère de la plupart de ses cours. Les professeurs n'étant plus astreints à parcourir perpétuellement le cycle des premiers éléments de la science médicale, étudieraient plus spécialement les points de la science dont ils font l'objet de leurs recherches. Leurs leçons, réduites en nombre, prendraient ainsi plus d'ampleur et d'élévation et n'en auraient que plus d'intérêt pour eux-mêmes. La Faculté, en un mot, deviendrait un Institut supérieur de médecine. Elle pourrait alors, soit qu'elle continuât à délivrer elle-même les diplômes de docteur, soit qu'elle laissât aux médecins et chirurgiens des hôpitaux le soin de faire passer les examens, conférer à ceux qui feraient preuve de connaissances scientifiques supérieures, sans pourtant se destiner à l'enseignement, un grade autre que celui de docteur et dont la dénomination resterait à trouver.

Dans toutes les autres branches de l'enseignement, en effet, il y a gradation dans les titres ; en médecine seulement, tout le monde est docteur, aussi bien celui qui s'est contenté de passer les examens et de présenter une thèse quelconque, que celui qui s'est livré à des études plus approfondies ou distingué même par des travaux originaux et sérieux. Entre les deux, il n'y a, aux yeux du public, aucune différence ; souvent même, le premier établit sa réputation parmi la clientèle, tandis que le second poursuit des recherches qui ne lui rapportent rien. Il serait juste de rétablir l'équilibre en désignant le service par un titre différent et supérieur.

Mais ce dernier point n'est pas de la compétence du Conseil municipal, ni de l'Assistance publique. Ce qu'ils peuvent faire, ce qui est jusqu'à un certain point leur devoir, c'est de seconder la Faculté, de mettre à profit les éléments d'instruction qui se perdent aujourd'hui, de coordonner des forces qui ne donnent pas, faute d'organisation, tout leur effet utile. C'est là une grande et belle tâche ; ne se trouvera-t-il personne qui ait l'ambition de l'entreprendre et de l'accomplir ?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Année scolaire 1880-1881)

Les Cours d'Hiver de la Faculté ont lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 Novembre :

Physique médicale : M. Gavarret. — Physique biologique. — Des phénomènes physiques de la phonation et de l'audition.— Lundi, à cinq heures (*petit Amphithéâtre*). — M. Gariel. — Physique générale. — Actions moléculaires. — Chaleur. — Electricité. — Lundi, Mercredi, Vendredi, à midi (*petit Amphithéâtre*).

Pathologie médicale : M. Jaccoud. — Maladies des poumons et du cœur. — Mardi, Jeudi, Samedi, à trois heures.

Anatomie : M. Sappey. — Les appareils de la vie nutritive et les appareils de la génération. — Lundi, Mercredi, Vendredi, à cinq heures.

Pathologie et Thérapeutique générales : M. Bouchard. — Etiologie et pathogénie générales. — Contagion et infection.— Mardi, Jeudi, Samedi, à cinq heures.

Chimie médicale : M. Wurtz. — Chimie inorganique comprenant les applications à la médecine. — Mardi, Jeudi, Samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale : M. X... — Lundi, Mercredi, Vendredi, à trois heures.

Opérations et appareils : M. Léon le Fort. — Opérations générales. — Thérapeutique des maladies des vaisseaux, des téguments et des os. — Amputations, résections. — Mardi, Jeudi, Samedi, à quatre heures.

Histologie : M. Robin. — 1° L'anatomie générale. — Les principes immédiats et les éléments anatomiques ; — 2° Les humeurs normales et morbides du corps humain. — Mardi, Jeudi, Samedi, à cinq heures.

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des maladies parasitaires. — Bibliographie. — Bibliographie médicale. — Mardi, Jeudi, Samedi, à quatre heures (*petit Amphithéâtre*).

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Hardy, à la Charité, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. Parrot, à l'hospice des Enfants assistés, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.
— M. Trélat, à l'hôpital Necker, tous les jours, de 8 à 10 heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à la Clinique de la Faculté, tous les jours, de 8 à 10 heures du matin.

Conférences de médecine légale pratique : M. Brouardel, à la Morgue, tous les mardis, à 4 heures.

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf. — Articulations, muscles, vaisseaux. — Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 heures et demie. (Ecole pratique, rue Vauquelin.)

Cours auxiliaires.

Cours auxiliaire de chimie médicale : M. Henninger, agrégé. — Biologie générale. — Phénomènes chimiques de la digestion. — Mercredi, à quatre heures (*petit Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale : M. de Lanessan, agrégé. — Zoologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à deux heures (*grand Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire de Pathologie interne : M. Dieulafoy, agrégé. — Maladies du larynx, des bronches, de la plèvre et des vaisseaux. — Lundi, Mercredi, Vendredi, à cinq heures (*petit Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire de Pathologie externe : M. Berger, agrégé. — Maladies de l'abdomen, du rectum et des organes génitaux. — Mardi, Jeudi, Samedi, à cinq heures (*petit Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire d'Accouchements : M. Pinard, agrégé. — Dystocie. — Chirurgie obstétricale. — Manœuvres. — Mardi, Jeudi, Samedi, à trois heures (*petit Amphithéâtre*).

Cours auxiliaire de Physiologie : M. Ch. Richet, agrégé. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (*petit Amphithéâtre*).
Cours auxiliaire d'Anatomie pathologique : M. Ollivier, agrégé, — Anatomie pathologique de l'appareil digestif. — Lundi, Mercredi. Vendredi, à trois heures (*petit Amphithéâtre*).

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, directeur des travaux anatomiques. — Enseignement de l'ostéologie. — Dissection. — Démonstrations quotidiennes d'anatomie par les prosecteurs. — Tous les jours, étude et dissections de midi à quatre heures. — Démonstration dans chaque pavillon, de une heure à quatre heures.
Physiologie : M. Laborde, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations de physiologie. — Mardi et jeudi de deux heures à quatre heures.
Histologie : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'histologie.
Histoire naturelle: M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histoire naturelle. — Lundi, Jeudi (1re série) ; Mardi, Samedi (2e série), de neuf heures à onze heures.
Chimie médicale : M. Willm, chef des travaux. — Manipulations chimiques. — Lundi et Vendredi, de 1 heure à trois heures ; Mardi, Jeudi, de neuf heures à onze heures.
Physique médicale : M. Gay, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques de Physique. — Conférences de Physique. — Mardi, Jeudi, Samedi, de quatre heures à six heures.
Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'anatomie pathologique.

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle.
Deuxième année : Anatomie, histologie, dissections.
Troisième année : Anatomie, histologie, dissections, médecine opératoire, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.
Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

Année scolaire 1880-1881. *Consignations. Inscriptions.* — MM. les Etudiants sont prévenus : 1° que les consignations pour les examens sont reçues à partir du 22 Octobre les Vendredis et Samedis, de 1 heure à 4 heures ; — 2° que le Registre destiné à recevoir l'Inscription des élèves qui ont à contracter l'engagement conditionnel a été ouvert le Lundi 18 Octobre ; — 3° que, pour tous les autres élèves, les Inscriptions sont reçues, à partir du 3 Novembre jusqu'au 16 inclusivement, les Lundis, Mardis, Mercredis et Jeudis, de 1 heure à 4 heures.

Les élèves qui commenceront leurs études ne seront admis à prendre leur première Inscription qu'en présentant et déposant au Secrétariat : 1° leur acte de naissance dûment légalisé ; — 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; — 3° le diplôme de bachelier ès lettres ; — 4° le diplôme de bachelier ès sciences restreint ou complet ; — 5° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. — Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les aspirants au titre d'Officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres ; mais ils devront justifier du Certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'Arrêté du 23 Décembre 1854.

Inscriptions du 4e trimestre de l'année 1880 (1er *trimestre de l'année scolaire* 1880-1881). *Consignations pour les examens. — Travaux pratiques. — Cartes d'étudiants.* — 1° *Inscriptions :* Le registre pour les inscriptions du 4e trimestre de l'année 1880 (1er trimestre de l'année scolaire 1880-1881) sera ouvert du mardi 3 novembre au mardi 16 novembre exclusivement. Les inscriptions seront reçues au secrétariat les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 à 4 heures. — Les élèves qui commencent leurs études en vue du doctorat, ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat : 1° leur acte de naissance, dûment légalisé ; — 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; — 3° le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences complet ou restreint ; — 4° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. — Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès-sciences ou celui de bachelier ès-lettres ; mais ils devront justifier du certificat de grammaire, délivré conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854 ; ils sont tenus de produire les pièces énumérées au paragraphe précédent et portant les n°s 1, 2 et 4. — Tous les élèves, dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet. Passé le 16 novembre, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant le cas, soit par M. le recteur de l'Académie de Paris, soit par M. le ministre de l'instruction publique.

2° *Consignations.* — Les consignations pour les examens (ancien régime) sont reçues, à partir du 15 octobre, le vendredi et le samedi de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures.

3° *Travaux pratiques.* — Aux termes de l'article 7 du décret du 20 juin 1878, les travaux pratiques sont obligatoires. (Voir plus loin).

4° *Cartes d'étudiants.* — Les cartes d'étudiants seront délivrées au secrétariat aux jours et heures indiqués par les inscriptions. — MM. les étudiants sont invités à réclamer ces cartes, spéciale pour l'année scolaire 1880-1881, et à déposer, en même temps, les cartes dont ils sont munis et qui, s'appliquant à l'année dernière, n'ont plus aucune valeur.

Semestre d'été,

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. Charcot (*anatomie pathologique*) ; — M. Béclard (*physiologie*) ; — M. Peter (*pathologie médicale*) ; — M. Guyon (*pathologie chirurgicale*) ; — M. Regnauld (*pharmacologie*) ; — M. Bouchardat (*hygiène*) ; — M. Vulpian (*pathologie comparée et expérimentale*) ; — M. Baillon (*histoire naturelle médicale*) ; — M. Hayem (*thérapeutique et matière médicale*) ; — M. Brouardel (*médecine légale*) ; — M. Pajot (*accouchements*).

Agrégés en exercice.

1re Section. — *Sciences anatomique et physiologique :* MM. Cadiat et Rémy (Auguste).
2e Section. — *Sciences physique et naturelle. — Physique :* M. Gay. — *Chimie :* MM. Henninger. — Hanriot. — Bourgoin. — *Histoire naturelle :* M. de Lanessan.
3e Section. — *Médecine proprement dite et médecine légale :* MM. Dieulafoy. — Grancher. — Legroux. — Ollivier. — Straus. — Debove. — Rendu. — Hallopeau. — Landouzy. — Raymond. — Troisier. — Joffroy.
4e Section. — *Chirurgie et accouchements. — Chirurgie :* MM. Berger. — Marchand. — Monod. — Pozzi. — Terrillon. — Humbert. — Richelot. — Peyrot. — Bouilly. — Reclus.
Accouchements : MM. Chantreuil. — Pinard. — Budin.

Travaux pratiques.

Les travaux pratiques, aux termes du décret du 20 juin 1878, sont obligatoires pour tous les élèves de 1re année, de 2e année, de 3e année et de 4e année, tant pour les étudiants qui appartiennent à l'ancien régime que pour ceux qui suivent le nouveau.

Les droits à payer sont ainsi fixés (Décret du 20 juin 1878, article 8) : Elèves de 1re année, 60 fr. — Elèves de 2e année, 40 fr. — Elèves de 3e année, 40 fr. — Elèves de 4e année, 20 fr. — Conformément aux dispositions de l'article 1er du décret du 14 octobre 1879, ces droits seront acquittés de la manière suivante : Le droit de travaux pratiques, institué par le décret du 20 juin 1878, pour les aspirants au doctorat en médecine, sera perçu par quart au moment de la prise d'inscription, savoir pour chacune des inscriptions : De 1 à 4 : 15 fr. ; de 5 à 12 : 10 fr. ; de 13 à 16 : 5 fr. En conséquence, les étudiants ont à verser à la caisse de la Faculté, en prenant leurs inscriptions, les sommes ci-après indiquées :

Elèves de 1re année (de 1 à 4 inscriptions) : — Droit de bibliothèque 2 fr. 50. — Droit de travaux pratiques, 15 fr. — Timbre de la quittance, 25 c. — Total 17 fr. 75.

Elèves de 2e année (de 5 à 8 inscriptions) : — Droit de bibliothèque, 2 fr. 50. — Droit de travaux pratiques, 10 fr. — Timbre de la quittance, 25 c. — Total 12 fr. 75.

Elèves de 3e année (de 9 à 12 inscriptions) : — Droit de bibliothèque, 2 fr. 50. — Droit de travaux pratiques, 10 fr. — Timbre de la quittance, 25 c. — Total. 12 fr. 75.

Elèves de 4e année (de 13 à 16 inscriptions) : — Droit de bibliothèque, 2 fr. 50. — Droit de travaux pratiques, 5 fr. — Timbre de la quittance, 25 c. — Total 7 fr. 75.

Les travaux pratiques sont facultatifs pour les élèves qui ont 16 inscriptions. Le décret du 14 octobre 1879 détermine les conditions que ces élèves ont à remplir pour pouvoir prendre part à ces travaux. Ce décret porte : Art. 2. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions, pourront, sur leur demande écrite, être admis par le doyen à prendre part de nouveau à telle ou telle série d'exercices pratiques, moyennant le paiement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire déterminé par le décret du 31 décembre 1864, pour les frais matériels des exercices facultatifs ; ce droit est payable en un seul terme. Conformément aux dispositions qui précèdent, les étudiants qui possèdent actuellement 16 inscriptions et qui désirent prendre part

aux travaux pratiques doivent adresser au doyen une demande qu'ils déposeront au secrétariat de la Faculté. Dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire, ils devront verser à la caisse de la Faculté la somme de 40 fr. stipulée plus haut, plus 0 fr. 25 pour le timbre de la quitance. Il leur sera délivré: 1° une quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits. — 2° une carte d'admission aux exercices pratiques.

Les docteurs français et les étrangers qui désireraient être admis à prendre part aux travaux pratiques devront remplir les mêmes formalités que celles qui sont imposées aux étudiants ayant 16 inscriptions.

Les aspirants à l'*Officiat* sont assimilés aux étudiants pour le doctorat. Mais ils ne seront admis aux exercices pratiques qu'après autorisation du doyen et sur le vu d'une demande écrite. Ils paieront les droits fixés pour l'année à laquelle ils appartiennent.

Les travaux pratiques, comme nous l'avons dit plus haut, sont *obligatoires* pour les élèves des 4 années d'études et *nul ne peut prendre d'inscription trimestrielle*, s'il ne produit un *certificat d'assiduité* délivré par le chef des travaux.

Voici, pour chaque année, les exercices que les étudiants sont obligés de suivre.

Première année. — Exercices pratiques de physique de chimie et d'histoire naturelle. Ces exercices ont lieu : *Physique:* les mardis et jeudis de 8 h. à 10 h. — *Chimie*: Les lundis et vendredis, de 1 h. à 3 h., et les mercredis et samedis de 9 h. à 11 h. — *Histoire naturelle*: Les lundis, mardis, jeudis et samedis, de 9 h. à 11 heures.

Deuxième et troisième années.—Exercices pratiques d'anatomie et d'histologie, démonstrations de physiologie. — Les exercices pratiques d'*anatomie* ont lieu pendant le semestre d'hiver, *tous les jours*, de midi à 3 heures. Les démonstrations de *physiologie* ont lieu pendant le semestre d'hiver les mardis et jeudis de 2 h. à 3 h. Ils sont facultatifs pendant ce semestre. Pendant le semestre d'été, ils sont obligatoires pour tous les élèves de 2e et 3e année. — Il en est de même pour les exercices d'*histologie*.

Quatrième année: Exercices pratiques de *médecine opératoire* et exercice pratique d'*anatomie pathologique*. — Les exercices pratiques ont lieu à l'*Ecole pratique*, rue Lhomond (ancien collège Rollin).

Personnel des travaux pratiques.

ANATOMIE.—*Chef des travaux*: M. FARABEUF.—*Prosecteurs*: MM. Marchant, Campenon, Duret, Kirmisson, Segond, Nélaton, Reynier, Jalaguier. — *Aides d'anatomie. Titulaires*: MM. Castex, Ménard, Poirier, Méricamp, Labbé, Coudray, Michaux, Ozenne; — *Provisoires*: MM. Barette et Ferrand. — *Chef du matériel*: M. Gautier.

CHIMIE. — *Chef des travaux*: M. WILLM. —*Préparateur*: M. Etard; — *Préparateurs adjoints*: MM. Brongniart, Dietz, Dubois.

PHYSIQUE. — *Chef des travaux*: M. GAY. — *Préparateur*: M. Guébhard; — *Préparateur adjoint*: M. Sandoz.

HISTOIRE NATURELLE. — *Chef des travaux*: M. FAGUET. — *Préparateurs adjoints*: Botanique: MM. André et Durand Louis; — Zoologie: M. Brumauld de Montgazon.

HISTOLOGIE. — *Chef des travaux*: M. CADIAT. — *Préparateur*: M. Hermann; — *Préparateurs adjoints*: MM. Variot et Gaucher.

PHYSIOLOGIE. — *Chef des travaux*: M. LABORDE. — *Préparateurs*: MM. Wiet et Dassy.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Chef des travaux*: M. GOMBAULT. — *Préparateur*: M. Brissaud.

Liste des prix de la Faculté de Médecine.

PRIX CORVISART. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes, sont admis à concourir pour ce prix qui consiste en une médaille en or de 400 fr. Une question de médecine pratique est, *au commencement de chaque année*, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents jugés dignes d'obtenir le prix.

PRIX MONTYON. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 francs payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

PRIX CHATEAUVILLARD. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

LEGS DU BARON DE TRÉMONT. — M. Joseph Girold de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au Secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Ces pièces sont reçues jusqu'au 1er juillet.

PRIX LACAZE. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le prix Lacaze sera décerné, en 1880, au meilleur ouvrage sur la *phthisie*.

LEGS BARKOW. — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu actuel est de 3,000 fr.; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — La Faculté, après examen des thèses qui ont été soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire écoulée, en désigne un certain nombre qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes, savoir : 1re *classe* : Médailles d'argent; 2e *classe* : Médailles de bronze; 3e *classe* : Mentions honorables.

BOURSES D'ÉTUDES DANS LES FACULTÉS. — Un arrêté en date du 5 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 29 novembre 1876, institue des *bourses d'Etude* dans les Facultés. Les étudiants qui veulent obtenir ces bourses doivent s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de 18 ans au moins. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, en joignant à cette déclaration les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance; 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis la sortie de ces établissements; 4° un certificat du chef ou des chefs desdits établissements contenant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans les cours de ces classes et des renseignements sur la situation de fortune de leurs parents. La note *bien satisfait* pour le dernier examen est exigée.

Les bourses sont données au concours. Les concours ont lieu chaque année au siége de la Faculté, vers la fin de juillet. Les sujets de concours sont déterminés chaque année par le Ministre de l'instruction publique sur la proposition des Facultés. Les bourses sont conférées par le Ministre pour un an. Les boursiers qui aspirent à la conservation de leurs bourses sont tenus de recommencer ce concours chaque année. Le montant de la bourse est de 1,200 francs, payables d'avance, sur états émargés par les ayant droits. Le titre de boursier ne peut être cumulé avec un emploi rétribué.

Règlement relatif aux services intérieurs de la Faculté de médecine de Paris.

1° Un professeur qui, sans motif légitime, n'assistera pas à l'acte pour lequel il sera désigné, sera soumis à une amende de 50 fr. — 2° Le professeur censeur qui, sans excuse légitime, ne sera pas présent au moment de l'installation des jurys d'examen, subira une amende de 30 francs. — 3° Un agrégé qui, sans excuse légitime, n'assistera pas à l'acte pour lequel il aura été désigné, subira une amende de 30 francs.

4° L'agrégé suppléant qui, sans excuse légitime, ne sera pas présent au moment de l'installation des jurys d'examen, subira une amende de 20 fr. — 5° Sont considérés comme excuses légitimes, les *cas de maladie* et les *divers services officiels*. — La légitimité des autres excuses invoquées sera appréciée par la commission de scolarité. —

6° Le professeur appelé à suppléer, dans un examen, un professeur absent, aura droit à une indemnité de 30 fr. — 7° L'agrégé appelé à suppléer, dans un examen, un agrégé absent, aura droit à une indemnité de 20 fr.

8° Les indemnités dues aux suppléants seront prélevées sur le revenu des amendes subies par les professeurs, s'il s'agit d'un professeur, et sur le revenu des amendes subies par les agrégés, s'il s'agit d'un agrégé. — 9° Sur le revenu des amendes, il sera prélevé un droit de présence de 5 fr. pour les professeurs et les agrégés désignés comme membres des députations officielles. — 10° Si, tous ces frais payés, le revenu des amendes n'est pas épuisé, le reliquat sera employé en achats de livres pour la bibliothèque.

11° Le professeur censeur et l'agrégé suppléant ne pourront, en aucun cas, siéger dans les examens au titre de *suppléants bénévoles.* — 12° Le registre d'inscription des jurys d'examen, des censeurs et des suppléants *sera fermé à 1 heure 1/4* et immédiatement enlevé par le secrétaire de la Faculté. — 13° La comptabilité des amendes et de l'emploi des sommes afférentes sera réglée tous les trois mois par une commission spéciale.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Jardin botanique et laboratoire d'histoire naturelle. —Directeur: M. le professeur Baillon ; Préparateur des cours : M. Mussat ; — Préparateur du laboratoire : M. Faguet. — *Le Jardin botanique*, situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie, normale et à la zoologie. Il est ouvert de 11 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. *Conservateur* : M. Houel.

Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que, depuis longtemps, il avait perdue. On a depuis quelque temps installé dans ce musée un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter.

2° *Musée Dupuytren*, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. *Conservateur* : M. Houel. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 5 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures du soir. Il serait vivement à désirer que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 heures du soir, car le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (5 heures) et celle du diner est à peu près perdue pour les étudiants. Depuis dix-huit-mois, grâce à notre instance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Chéreau ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Corlieu et Hahn ; *Sous-Bibliothécaires* : MM. Petit et Thomas.

En attendant la nouvelle construction de ses nouveaux bâtiments la Faculté a eu l'heureuse idée d'utiliser les maisons expropriées, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et d'y installer provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie ; au 1er étage des salles d'examen, ce qui rend libre le musée Orfila. De plus, on a installé dans l'ancienne maison Chardon, rue Hautefeuille, au rez-de-chaussée, une salle pour les épreuves d'anatomie et de médecine opératoire ; le laboratoire de thérapeutique ; au 1er, le laboratoire de pathologie expérimentale, et le cabinet de physique, enfin, le 2e étage sert de dépôt à une immense quantité de livres autrefois entassés dans des greniers.

Avis a MM. les étudiants.—Le *doyen* reçoit MM. les Etudiants dans son cabinet tous les lundis de 10 heures à 11 heures, et le *secrétaire* les lundis, mercredis et vendredis, de 8 heures à 11 heures. MM. les internes seront reçus les lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 4 heures.

LABORATOIRES.

Laboratoires de la Faculté. — *Anatomie* : professeur M. Sappey.— *Médecine opératoire* : professeur, M. Le Fort ; préparateur, M. Ramonat.— *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. Vulpian ; préparateur, M. Bochefontaine.— *Thérapeutique* : professeur, M. Hayem ; chef du laboratoire, M. Journiac ; préparateur, M. Fery. — *Pharmacologie* : professeur, M. Regnauld ; préparateur, M. Valmont. — *Physique* : professeur, M. Gavaret ; préparateur, M. Guébhard. — *Chimie* : professeur, M. Wurtz ; préparateurs, MM. Dupré et Hanriot. — *Chimie biologique* : professeur, M. Wurtz ; directeur-adjoint, M. Gautier ; préparateur, M. Pouchet. — *Médecine légale pratique* : professeur, M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoux ; préparateurs, MM. Magnier de la Source et Josias. — *Botanique* : professeur, M. Baillon ; préparateur, M. Mussat. — *Tératologie* : directeur, M. Dareste.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguité des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du budget en peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. — Il y a encore le laboratoire de chimie de la Faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté, a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM. Bochefontaine, directeur intérimaire du laboratoire ; E. Hardy, chef adjoint des travaux chimiques ; aides, MM. Rémy (Albert) et Roux. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'administration hospitalière. — Directeur titulaire, M. Liouville. — Chef de clinique médicale, M. Oulmont.

Laboratoire de l'hôpital des cliniques. — Chef de clinique, M. Ribemont ; aide, M. Galippe ; — Chef de clinique adjoint, M. Porak.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié. — Chef de laboratoire, M. Nepveu. — *Laboratoire de clinique médicale.* — Chef du laboratoire, M. N*** ; — Chef de clinique, M. de Beurmann. — *Travaux chimiques.* — Chef, M. Guignard.

Laboratoire de la Charité. — Aux cliniques chirurgicale et médicale est annexé un laboratoire d'examen et de recherches histologiques et chimiques, accessible à tous les élèves qui en feront la demande. Chef de laboratoire, M. Rémy (Charles) ; chef-adjoint, M. Robin (Albert) ; aides, MM. Malherbe et Bergeron ; — Chef de clinique médicale, M. Dejerine.

Laboratoire de clinique médicale de Necker. — Chefs de laboratoire, MM. Esbach et du Castel. — *Laboratoire de clinique chirurgicale.* — Chef de laboratoire, M. Latteux ; — chef de clinique ; M. Cuffer.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants. — Chef du laboratoire, M. Martin. — Chef de clinique, M. Cossy.

Laboratoire de clinique ophthalmologique. — Chef adjoint de laboratoire, M. Desfosses. — Chef de clinique, M. Bellouard. — Chef de clinique adjoint, M. Bacchi.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — Chef de laboratoire, M. Chambard ; aide, M. Vallon. — Chef de clinique provisoire, M. Régis (1).

COLLÈGE DE FRANCE

Cours d'anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, traitera cette année de la terminaison des nerfs dans les organes des sens. Les leçons auront lieu les mardi et jeudi à 4 heures. Des démonstrations pratiques seront faites par M. Weber, préparateur du cours, à la suite de chaque leçon.

Laboratoire d'histologie (dépend de l'Ecole pratique des hautes études.) M. Ranvier, directeur ; M. Malassez, directeur-adjoint ; MM. Lataste, de Sinéty, Suchard, Vignal, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique, Il est ouvert toute l'année et toute la journée. On s'y inscrit chaque jour de la semaine de 2 à 4 heures.

Cours de médecine expérimentale. — M. Brown-Séquard, professeur, traite cette année de la physiologie du système nerveux central et principalement des phénomènes d'arrêt ou d'inhibition. Ce cours aura lieu le mardi et le samedi à 10 heures. — Le laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey,

(1) Nous avons appelé il y a quelque temps (n° 39, 25 septembre) l'attention de la Faculté de médecine sur la situation insolite qui existait pour le clinicat des maladies mentales, dont le chef se trouvait ne pas être nommé au concours, et nous réclamions de M. le doyen des mesures urgentes pour faire cesser cette exception. Nous croyons savoir que M. le ministre de l'Instruction publique aurait écrit à la Faculté pour demander que l'on fixât la date de ce concours, et qu'on aurait dû lui répondre que cela était impossible, les professeurs n'ayant pas décidé les conditions de ce concours et la manière dont le jury serait composé. Il est à espérer que la première réunion du Conseil des professeurs sera consacrée à cette besogne et que dans quelques jours le concours aura lieu. Il est du devoir de M. le Doyen de prendre à cet égard les mesures nécessaires.

professeur, en congé, sera remplacé cet hiver. Nous indiquerons ultérieurement le suppléant et le sujet du cours.

Laboratoire de physiologie (Ecole pratique des hautes études). — M. MAREY, directeur; M. FRANÇOIS-FRANCK, directeur-adjoint. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches, surtout destiné aux personnes qui, ayant déjà quelque habitudes des manipulations physiologiques, veulent étudier les phénomènes de la circulation et du mouvement au moyen des appareils enregistreurs. Il est ouvert tous les jours de midi à 6 heures. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté des Sciences. Des conférences pratiques seront faites par M. François Franck, il en annoncera l'ouverture dans son cours à l'Ecole pratique.

Cours d'embryogénie comparée. — M. BALBIANI, professeur, traitera cette année de la génération de la cellule et des organismes unicellulaires. Des démonstrations pratiques seront faites à la fin du cours par le professeur, aidé de M. HENNEGUY, préparateur.

Cours de chimie organique. — M. BERTHELOT, professeur, traitera cette année de diverses questions de chimie générale.

Cours de chimie minérale. — M. SCHUTZENBERGER, professeur, fera son cours cette année les mardis et samedis. Les cours du mardi seront consacrés à l'analyse chimique. Ceux du samedi à diverses questions de philosophie biologique. Les laboratoires de MM. Berthelot et Schutzenberger ne sont pas publics.

Nota. — Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre ; nous donnerons en temps voulu les jours et heures des cours sus-énoncés.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

—

Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires Année 1880-1881.

(MÉDECINS ET PHARMACIENS STAGIAIRES.)

Cliniques.

Du 13 janvier au 15 octobre.

Clinique médicale. M. VILLEMIN, professeur.
Clinique chirurgicale. M. GAUJOT, professeur,
Clinique des maladies vénériennes et cutanées. M. MATHIEU, professeur.
Clinique ophthalmologique. M. CHAUVEL, professeur.

Cours.

Du 15 mars au 15 août.

Ophthalmoscopie. M. CHAUVEL, professeur.
Laryngoscopie et otoscopie. MM. GAUJOT et VILLEMIN, professeurs.

Du 13 janvier au 15 avril.

Anatomie appliquée. M. MATHIEU, professeur.

Du 13 janvier au 15 mai.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. M. MARTY, professeur.
Épidémiologie. M. COLIN, professeur.

Du 15 avril au 15 août.

Blessures par armes de guerre. M. GAUJOT, professeur.
Hygiène et médecine légale militaires. M. VALLIN, professeur.
Médecine opératoire. M. CHAUVEL, professeur.

Du 15 février au 15 juin.

Législation et administration militaires. M. DELAPERRIÈRE, professeur.

Du 15 janvier au 15 août.

Analyse chimique. M. BURCKER, professeur agrégé.
Pharmacie militaire et comptabilité. M. BURCKER, professeur agrégé.

Du 15 mai au 15 août.

Matière médicale. M. BURCKER, professeur agrégé.

CONFÉRENCES ET EXERCICES PRATIQUES.

(De midi à 2 heures).

Du 13 janvier au 15 avril.

Travaux anatomiques. M. STRAUSS, professeur agrégé.

Du 13 janvier au 15 août.

Petite chirurgie, bandages et appareils. M. CHARVOT, professeur agrégé.
Diagnostic. N*** M..., professeur agrégé. Lundis et vendredis.
Anatomie pathologique. M. DU CAZAL, professeur agrégé.

Du 13 avril au 15 août.

Ophthalmoscopie. M. STRAUSS, professeur agrégé.
Hygiène et rapport de médecine d'armée. M. ZUBER, professeur agrégé.
Administration et médecine légale militaires. M. DU CAZAL, professeur agrégé.

Du 15 avril au 15 octobre.

Médecine opératoire. M. DELORME, professeur agrégé.

Du 15 mai au 15 octobre.

Manipulations chimiques. M. BURCKER, professeur agrégé.

(ÉLÈVES EN COURS D'ÉTUDES, près de la Faculté de médecine.)

Répétitions et interrogations sur les matières des examens en préparation.

Du 10 novembre au 15 janvier.

Physique médicale. M. BURCKER, professeur agrégé.
Chimie médicale. M. N***, aide-major surveillant.

Du 15 janvier au 13 avril.

Anatomie descriptive. M. N***, aide-major surveillant.
Physiologie. M. N***, aide-major surveillant.

Du 15 avril au 15 juin.

Pathologie interne. M. N***, aide-major surveillant.
Pathologie externe. M. N***, aide-major surveillant.

Du 15 juin au 1er août.

Matière médicale et pharmacologie. M. VANDEVILLE, pharmacien aide-major.

Du 10 octobre au 10 janvier.

Thérapeutique, hygiène et médecine légale. M. DU CAZAL, professeur agrégé.
Accouchements. M. ZUBER, professeur agrégé.

PROGRAMME D'UN CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Un décret du 15 juin 1880 dispose que, chaque année, un concours aura lieu, au mois de septembre, pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, d'après un programme arrêté par le ministre de la guerre, et que les candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une faculté de médecine et une école supérieure de pharmacie, ou une faculté mixte, ou une école de plein exercice de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Lille, Nancy, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Rennes et Alger. En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire, s'ouvre : à Paris, à Lille, à Nancy, à Lyon, à Marseille, à Montpellier, à Toulouse, à Bordeaux, à Nantes, à Rennes.

Aux termes du décret précité, sont admis à concourir : *Pour les emplois d'élève en médecine* : 1° Les étudiants ayant 8, 12 et 16 inscriptions pour le doctorat et ayant satisfait aux examens correspondant à la période de leur scolarité ; 2° Les docteurs en médecine.

Pour les emplois d'élève en pharmacie : 1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès-lettres ou de celui de bachelier ès-sciences complet, ayant accompli un stage officinal de deux années ; ceux ayant 4 et 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, et ayant subi avec succès les examens de fin d'année ou ceux semestriels ; 2° Les étudiants ayant 12 inscriptions et qui ont subi avec succès le premier examen de fin d'étude ; 3° Les pharmaciens de 1re classe. Suivant un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, les étudiants en pharmacie sans inscriptions sont dispensés de l'examen de validation du stage officinal, le fait même de leur nomination à l'emploi d'élève du service de santé militaire devant leur en tenir lieu.

Les autres conditions sont les suivantes : 1° Être né ou naturalisé français; 2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours : Moins de 22 ans (élèves en pharmacie sans inscriptions) ; Moins de 23 ans (élèves en médecine à 8 et élèves en pharmacie à 4 inscriptions) ; Moins de 24 ans (élèves en médecine à 12 et élèves en pharmacie à 8 inscriptions) : Moins de 25 ans (élèves en médecine à 16 et élèves en pharmacie à 12 inscriptions) ; Moins de 26 ans (docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe); 3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée : cette aptitude, qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, pourra être vérifiée au besoin par le jury d'examen; 4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit. Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé militaire. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES. — Les candidats à l'emploi d'élèves du service de santé militaire auront à requérir leur inscription à leur choix, sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 15 juillet prochain, dans les bureaux de MM. les Intendants militaires en résidence dans les localités indiquées d'autre part. La clôture de cette

liste aura lieu, dans chaque ville, trois jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance : 1° Son acte de naissance, dûment légalisé ; 2° Un certificat d'aptitude au service militaire dans la forme ci-dessus indiquée ; 3° Un certificat délivré par le service du recrutement indiquant la situation au point de vue militaire ; 4° Les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens, et, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, le diplôme de bachelier. Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves ; 5° L'indication de la ville où il désire faire ses études. Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée sa commission, en cas de nomination à l'emploi d'élève du service de santé militaire.

Forme et nature des épreuves. — I. *Concours en médecine.* — Candidats à 8 inscriptions ayant satisfait aux examens de fin d'année, ou, selon le cas, aux examens de doctorat correspondant à leur année de scolarité : 1° Composition sur une question de physiologie ; 2° Interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie ; — Candidats à 12 inscriptions ayant satisfait aux examens de fin d'année, ou, selon le cas, aux examens de doctorat correspondant à leur année de scolarité : 1° Composition sur une question de pathologie générale ; 2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe ; 3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie. — Candidats à 16 inscriptions : 1° Composition écrite sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale ; 2° Interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire ; 3° Interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.— Docteurs en médecine : 1° Une composition écrite sur une question de pathologie générale ; 2° Une épreuve orale d'anatomie des régions avec application à la médecine et à la chirurgie ; 3° Un examen clinique de deux malades.

II. — *Concours en pharmacie.* — Candidats sans inscriptions. 1° Réponse écrite à une question sur une opération pharmaceutique ; 2° Préparation d'un ou de plusieurs médicaments au Codex, et interrogations sur ces préparations ; 3° Détermination de quinze drogues simples appartenant à la matière médicale et de cinq médicaments composés. — Candidats à 4 inscriptions (1) ayant satisfait aux examens de première année : 1° Composition sur une question de physique ou de chimie minérale ; 2° Interrogations sur la physique, la minéralogie, la chimie minérale et les éléments de chimie organique ; 3° Interrogations sur les éléments d'histoire naturelle : géologie, zoologie et botanique (Classification sans familles). — Candidats à 8 inscriptions ayant satisfait aux examens semestriels ou à ceux de deuxième année : 1° Composition sur une question de chimie (minérale ou organique ; 2° Interrogations sur la physique, la chimie organique et la toxicologie minérale ; 3° Interrogations sur la pharmacie galénique, la botanique (familles naturelles phanérogames), et l'histoire naturelle des médicaments.—Candidats à 12 inscriptions ayant satisfait au premier examen de fin d'études ; 1° Composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° Interrogations sur la physique médicale, la chimie, l'analyse chimique et la toxicologie ; 3° Interrogations sur la pharmacie chimique et galénique, et sur l'histoire naturelle. Candidats munis du diplôme de pharmacien de 1re classe : 1° Composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° Préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au Codex, et détermination de douze substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraiches, médicaments composés.)

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique, composé d'un médecin inspecteur qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, d'un médecin professeur et d'un médecin agrégé de l'école de médecine et de pharmacie militaires, et du professeur ou du professeur agrégé de chimie appliquée de ladite école, auquel sera adjoint un pharmacien du grade de pharmacien-major. Il sera accordé trois heures pour la composition écrite. Chaque épreuve d'interrogations durera vingt minutes. Les candidats qui auront satisfait à la composition seront seuls admis aux interrogations orales. Les compositions seront lues à huis clos par le jury. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre de 0 à 20. Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite. Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

Dispositions générales. — Les élèves du service de santé militaire seront dirigés chacun sur celle des villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. Attachés à l'hôpital militaire ou aux salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils peuvent concourir à l'exécution du service médical et pharmaceutique, autant que le comportent les cours et travaux pratiques de la faculté ou de l'école qu'ils sont tenus de suivre. Ces élèves ne portent pas d'uniforme ; ils sont soumis à certaines règles disciplinaires ayant pour but d'exercer un contrôle fructueux sur leurs études et sur leur conduite, conformément aux dispositions d'un règlement arrêté par le ministre de la guerre. Il est accordé aux élèves médecins, à partir de la treizième inscription, et aux élèves pharmaciens à partir de la neuvième inscription, pendant deux ans au maximum, une indemnité de 1,200 francs par an pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achat de livres et d'instruments.

Toutefois, ceux d'entre eux qui auraient été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, et dès leur admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, une subvention mensuelle fixée à 1,200 francs par an à Paris, 1,000 francs à Lyon et à Marseille, et 800 francs dans les autres villes que celles ci-dessus désignées. *Cette faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève pour quelque motif que ce soit.*

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont versés par l'Administration de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraine d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles. L'autorisation de doubler une année ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement d'avoir été empêché par la maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année. En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement du montant des frais de scolarité et d'indemnité.

Les élèves qui seront admis dans le service de santé, à dater de cette année, entreront, avec le titre de médecin ou de pharmacien stagiaire, à l'école de médecine et de pharmacie militaires, lorsqu'ils auront été reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude au stage.

L'enseignement qu'ils reçoivent à ladite école est essentiellement pratique, et a surtout pour but de les initier à l'exercice de l'art dans l'armée, par des études complémentaires, des applications et des notions d'administration et de législation militaires.

Les stagiaires doivent être réunis à Paris à l'Ecole du Val-de-Grâce, du 1er au 10 novembre au plus tard. Ils sont rétribués à l'Ecole sur le pied de 2,800 francs par an, à titre de subvention ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une indemnité de première mise d'équipement. Les stagiaires sortent de l'Ecole après un stage de huit mois au moins, avec le grade d'aide-major de 2e classe, s'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Les élèves qui n'auront pas satisfait à l'examen d'entrée, et les stagiaires qui n'auront pas satisfait à l'épreuve de sortie, seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, *d'indemnité* et de *subvention* qui leur auront été alloués. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli leur engagement d'honneur.

Il reste entendu que les dispositions de la décision présidentielle du 5 octobre 1872, en ce qui concerne l'ordre dans lequel les examens du doctorat seront subis, seront applicables à tous les élèves admis cette année qui n'auront pas opté pour le nouveau mode d'examens universitaires, déterminé par le décret du 20 juin 1878.

HOPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située avenue Victoria, n° 3 et quai Le Pelletier, n° 4.— Directeur, M. Charles Quentin. — Secrétaire général, M. Brelet. — Chef du bureau du personnel, M. Tréfouel. — Chef du bureau du service de santé, M. Grou.

Nouvel Hotel-Dieu, Parvis Notre-Dame : 530 lits. — *Médecins* : MM G. Sée, salles Saint-Christophe, Sainte-Jeanne et Saint-Joseph. Visite à 8 h. 1/2 ; consultations le mardi. — Hérard. Visite à 8 h. 1/2, salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine ; consultations le mercredi. Les élèves sont exercés à l'examen des malades et à la pratique de la percussion et de l'auscultation. — Oulmont. Visite à 9 h. Salles St-Augustin et Sainte-Monique ; consultations le jeudi. — Frémy. Visite à 9 h. Salles Saint-Louis et Ste-Marie ; consultations le samedi.— Moutard-Martin. Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Denis et Sainte-Martine ; consultations le vendredi. — Empis. Visite à 8 h. Salles Saint-Thomas et Sainte-Anne ; consultations le lundi.

Chirurgiens : MM. Richet. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Salles Saint-Jean, Saint-Landry et Notre-Dame. — Cusco. Visite à 9 h. 1/2 ; consultation les mardis, jeudis et samedis, salles Ste-Marthe et Saint-Côme (Maladies des yeux, le jeudi). — Panas. Visite

(1) Les sujets de composition et les interrogations porteront sur les matières qui auront été traitées pendant l'année.

à 9 h. Salles Saint-Julien et Ste-Agnès. (Maladies des yeux.) Consultation tous les jours.

Cliniques de la Faculté. — MM. G. Sée et Richet, professeurs. M. G. Sée les lundis, mercredis et vendredis. M. Richet les mardis, jeudis et samedis. — Chef de clinique médicale, M. Oulmont. — Chef des laboratoires, M. Bochefontaine. — Chef des travaux chimiques, M. Hardy. Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales. — M. Panas, clinique des maladies des yeux. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope. Leçons cliniques les lundis, mercredis et vendredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction.

Bibliothèque. — La bibliothèque des internes, fondée seulement depuis 5 ans, compte aujourd'hui 1370 volumes reliés; une somme de 2,000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877, 500 fr. en 1878 et 500 fr. en 1879.

Hopital des Cliniques, rue Monsieur-le-Prince, n° 13 : 128 lits. — *Accouchements* : M. le professeur Depaul. — Chef de Clinique. M. Ribemont. Visite à 8 heures. — Leçons de *Clinique obstétricale* : mardi, jeudi et samedi. Les étudiants ne peuvent entrer que munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par M. le professeur Depaul, ou au secrétariat de la Faculté, lorsqu'ils ont subi leur 3e examen de doctorat. Ceux qui remplissent cette condition ont le droit de rester à la salle d'accouchement, quand une femme est en travail, depuis huit heures du matin jusqu'à dix heures du soir. — Les étudiants qui se sont fait inscrire auprès du chef de clinique examinent, à tour de rôle, sous sa direction, les femmes enceintes, après la clinique du professeur, c'est-à-dire trois fois par semaine. Il y a trois femmes examinées chaque fois; les étudiants appelés à pratiquer l'examen dans chaque séance sont au nombre de six.

L'enseignement des accouchements, tel qu'il existe aujourd'hui, exige des réformes sérieuses. Une seule clinique, un seul service dirigé par un accoucheur, sont complétement insuffisants pour le nombre considérable d'étudiants qui appartiennent à la Faculté de médecine de Paris, d'autant plus qu'ils n'ont accès dans cette clinique que depuis 8 heures du matin jusqu'à 10 heures du soir.

Ils peuvent ainsi être dans l'impossibilité d'assister la nuit à l'accouchement de femmes qu'ils auront observées et étudiées pendant la journée. C'est pourquoi nous avons émis au Conseil municipal le vœu : 1° que l'Administration de l'Assistance publique institue des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices ; 2° que ces services soient confiés à des médecins accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins, et le service de chirurgie à des chirurgiens ; 3° que les médecins accoucheurs soient nommés par un concours, imposant aux candidats des connaissances générales et spéciales. Le Conseil municipal a voté le rapport que nous lui avons fait sur cette question ; c'est à la Faculté de médecine à prendre, de son côté, les mesures nécessaires pour favoriser et développer l'enseignement des accouchements.

Nous assistons en effet à cette chose étrange, pour ne rien dire de plus, de médecins pouvant passer leurs examens de doctorat et se lancer dans la pratique où ils seront appelés à faire les opérations les plus graves, sans qu'ils aient même été obligés, pendant leurs études, d'assister à un seul accouchement. Espérons que la faculté exigera bientôt un stage obstétrical comme il est organisé dans presque tous les pays d'Europe, ainsi que l'a montré un rapport fait au Ministre, sur l'enseignement de l'obstétrique et que nous avons publié en 1879.

Ajoutons que la clinique d'accouchements va être prochainement transportée dans le nouvel hôpital qui vient d'être construit près de la place de l'Observatoire.

Hopital de la Charité, 47, rue Jacob, 504 lits. — *Enseignement*: M. le professeur Hardy, professeur de clinique médicale. — Chef de clinique, M. Dejerine. — Aide de clinique, M. Moindrot. Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Charles (H.) et Ste-Anne (F.). Consultations le mercredi à 9 h. 1/2. Examens au spéculum le vendredi à 10 heures. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2. Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2, Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves au grand amphithéâtre.

Clinique chirurgicale : Professeur, M. Gosselin. Leçons de clinique chirurgicale et opératoire les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 8 h. Salles Sainte-Vierge (H.) et Sainte-Catherine (F.). Consultation mardi, jeudi et samedi.

Chirurgie. — Service de M. N***. Salles Sainte-Rose (F.) et Saint-Jean (H.). Visite des malades à 9 h. Le jeudi, conférences et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le mardi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.

Médecins. M. Reynaud. Salles Saint-Joseph (F.) et Saint-Ferdinand (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi. — M. le professeur Vulpian : salles Ste-Madeleine et Saint-Jean-de-Dieu. Visite des malades à 9 h. Consultation le jeudi. — M. Laboulbène : salles Ste-Marthe (F.) et Saint-Michel (H.). Visite des malades à 8 h. Consultation le lundi. — M. Desnos : salles Saint-Félix et Saint-Vincent. Visite des malades à 9 h. Examen des malades par les élèves. Consultation le vendredi. Examen au spéculum le jeudi. — M. Bernutz. Service d'accouchements et crèches. Salles Ste-Marie, Saint-Bazile et Saint-Louis. Consultation le mardi.

Bibliothèque des internes de l'hôpital fondée et entretenue par M. le docteur Passant. Cette bibliothèque, dont le local est malheureusement insuffisant et mal éclairé (le jour vient par une unique porte) possède un nombre remarquable d'ouvrages sur l'anatomie, la physiologie, la médecine et la chirurgie. Le défaut d'ouvrages modernes doit être signalé. On y remarque en revanche une série de thèses reliées, formant la collection de 1820 à 1850, don de la Société de chirurgie (200 volumes). Le dernier donateur est M. le docteur Moreau, fils du professeur (thèses de concours pour le professorat). — Les internes en médecine donnent à cette bibliothèque tous les journaux et les thèses de médecine qu'ils reçoivent. Il est à souhaiter qu'ils complètent leur œuvre en s'imposant une modeste cotisation mensuelle.

Hopital de la Pitié, 1, rue Lacépède : 709 lits. — *Médecins* : M. Lancereaux : salles Sainte-Marthe (H.) et Ste-Geneviève (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade : lundi et mercredi; à l'amphithéâtre le vendredi. Consultation le samedi. — M. Gallard. Salles du Rosaire (F.) et Saint-Athanase (H.). Visite à 8 h. 1/2. Examen et interrogatoire des malades par les élèves, sous la direction du chef de service. Leçons aux lits des malades. Maladies des femmes et visites au spéculum le jeudi. Leçons à l'amphithéâtre le mardi et samedi. Il sera traité plus spécialement dans ces leçons, des *maladies des femmes*, sans préjudice cependant des autres sujets afférents à la clinique interne. M. Gallard a l'habitude, toutes les fois que l'occasion s'en présente, de consacrer quelques-unes de ces leçons à l'étude de certaines questions d'*hygiène professionnelle* ou de *médecine légale pratique* et d'exercer les élèves à la rédaction des rapports médico-légaux. Consultation le mardi. — M. le professeur Peter : salles Notre-Dame (F.) et femmes en couches, et St-Michel (H.) Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mercredi. — M. Dumontpallier. Salles Ste-Eugénie (F.) et Saint-Raphaël (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi.—*Clinique médicale* : M. le professeur Lasègue. Chef de clinique, M. de Beurmann. Salles Saint-Paul (H.) et Saint-Charles (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Leçons cliniques les mardis, jeudis, et samedis à 10 h. — M. le professeur Brouardel. Salles Sainte-Claire (F.). et Saint-Benjamin (H). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le jeudi. Spéculum le mardi.

Chirurgiens : M. le professeur Verneuil. Salles Saint-Augustin (F.) et Saint-Louis (H.). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques, lundis, mercredis, vendredis. Consultations, mardis, jeudis et samedis. — M. Polaillon : salles Saint Jean (F.). Saint-Gabriel (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.

Bibliothèque.—Il existe, à la Pitié, une Bibliothèque médicale, fondée en 1869, par les internes en médecine. Elle a reçu une subvention du Conseil municipal en 1877, 500 fr. en 1878 et 1879 et 400 fr. en 1880, elle se compose actuellement d'environ 800 volumes.

Hôpital Lariboisière, rue A. Paré : 706 lits. — *Médecins* : M. Fernet : salle Ste-Joséphine (F.) et Saint-Vincent (H.) Visite à 9 h. Consultation le samedi. — M. Jaccoud : salles Ste-Claire (F) et Saint-Jérôme (H). Visite à 8 1/2. Consultation le mercredi. — M. Bouchard : salles Ste-Mathilde (F.) et Saint-Landry (H.). Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Leçons cliniques en hiver. — M. C. Paul : salles Ste-Elisabeth (F.) et Saint-Henri (H.) Visite à 9 h. Consultation le vendredi. — M. Proust : salles Ste-Marie (F.) et Saint-Charles (H.) Visite à 9 h. Consultation le mardi. — M. Siredey : salles Ste-Anne (F. en couches) et Ste-Marguerite *bis* (1 à 18) nourrices; Ste-Geneviève (F.), Saint-Augustin *bis* (H.) (11 à 30) Visite à 8 h. 1/4. Consultation le lundi. Spéculum le mercredi.

Les consultations pour les maladies du *larynx* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis et jeudis à 9 h.; celles pour les maladies *professionnelles* le mercredi à 9 h. (M. Proust).

Chirurgiens : M. Duplay : salles Ste-Marthe (F.), Ste-Marthe *bis* (F.) 19 à 30), *maladies des yeux*; Saint-Ferdinand, Saint-Honoré (H.), Saint-Augustin *bis* (H.) 1 à 10), *maladies des yeux*. Opérations et clinique le jeudi. Maladies des yeux et examen ophthalmoscopique les mardi, jeudi et samedi. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. — M. Labbé : Ste-Jeanne (F.), Saint-Louis et Saint-Augustin (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis et samedis.

Bibliothèque des internes, installée dans une salle spéciale de tra-

vail. Elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. en 1878. Elle compte environ 1200 volumes.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 184 : 647 lits. — *Médecins* : M. MESNET. Visite à 9 h. Salles Ste-Cécile et Saint-Hilaire. Spéculum le vendredi. Consultation le mardi. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Visite à 9 h. : Salles Ste-Agathe, Ste-Marie (nourrices), Saint-Lazare. Spéculum le mardi. Consultation le lundi. — M. RIGAL, visite à 9 h. Salles Saint-Eloy et Ste-Jeanne, consultations le vendredi. — M. CORNIL, visite à 9 h. Salles Ste-Adélaïde, Ste-Thérèse et Ste-Cécile (femmes en couches), Saint-Antoine. Consultation le mercredi. Spéculum le mardi.—M. HAYEM, visite à 8 h.1/2. Salles Ste-Thérèse et Saint-Louis. Consultation le jeudi. Spéculum le lundi. — M. d'HEILLY, visite à 9 h. Pavillon V et Saint-Etienne, pavillons VII et VIII (varioleux). Consultation le dimanche. Spéculum le jeudi. — M. DUGUET, visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Augustin et Ste-Geneviève. Consultation le samedi. Spéculum le samedi.

Chirurgiens : M. B. ANGER, visite à 9 h. Salles Saint-Barnabé et Ste-Marthe. Consultation lundi, mercredi, vendredi. — M. PÉRIER, visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Christophe et Ste-Marguerite. Consultation les mardis, jeudis, samedis. Opérations le mercredi, examen des yeux et des oreilles le vendredi.

Bibliothèque des internes en médecine : 560 volumes, journaux revues, thèses. Une subvention de 500 fr. a été votée en 1878 et en 1879 par le Conseil municipal, pour l'achat de livres nouveaux.

HÔPITAL TENON, rue de la Chine : 635 lits (825 avec le 3e étage qu'on n'ouvre qu'en cas d'épidémie, de réparations de salles, etc.).

Médecins : M. GÉRIN-ROZE. Visite à 9 h. Salles Lelong (H.), Ste-Honorine (F.) et Ste-Marie (Crèche). Consultation le mardi.— M. HALLOPEAU, visite à 9 h. Salle Bichat (H.) et Couverchel (F.). Pavillon Baudelocque (Maternité). Consultation le lundi. — M. GRANCHER : visite à 9 h. Salles Andral (H.), Ste-Thérèse et Ste-Geneviève (F.). Consultation le mercredi. — M. DIEULAFOY : visite à 9 h. Salles Saint-Vincent de Paul (H.), Laënnec et Magendie (F.). Consultation le vendredi. — M. STRAUS : visite à 9 h. Salles Saint-Augustin (H.) et Colin (F.). Pavillon Tenon (variole, F.). Consultation le jeudi. — M. RENDU : visite à 8 1/2. Salles Gerando (H.) et Ste-Marguerite (F.). Pavillon Tenon (variole H.). Consultation le samedi.

Chirurgiens : M. Th. ANGER. Visite à 9 h. 1/2. Salles Dupuytren Montyon, Seymour (H.), Delessert (F.) et Ambroise Paré (crèche). Consulation les lundis, mercredis, vendredis. Opérations le mardi (H.) et le jeudi (F.).—M. DELENS : visite à 9 h. Salles Velpeau, Saint-Michel, Saint-Ferdinand (H.), Richard Wallace (F.) et Boyer (crèche). Consultation les mardis, jeudis, samedis. Opérations le lundi et le mercredi.

Les médecins et chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3,000 fr., en raison de la distance à laquelle est situé cet établissement. — Les *internes* sont logés et touchent l'indemnité réglementaire de 500 fr, pour les deux premières années, de 600 fr pour la 3e et de 700 fr. pour la 4e. Ils reçoivent, en outre, une indemnité mensuelle de 25 fr. Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878), il a été fondé par les internes une bibliothèque d'ouvrages de médecine : un don de 2,000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée en 1879 ont enrichi cette bibliothèque. Les *externes* touchent 50 fr. par mois au lieu de 30 comme dans les autres hôpitaux excentriques.

HOPITAL NECKER, rue de Sèvres, 151 ; 418 lits — *Médecins*: M. le professeur POTAIN. Chef de clinique, CUFFER : Salles Saint-Luc (H.), Sainte-Adélaïde (F.). Clinique médicale à 9 heures. Consultations le jeudi. — *Laboratoire* du service de clinique médicale : Chef des travaux histologiques, M. DU CASTEL ; chef des travaux chimiques, M. ESBACH. — M. BLACHEZ : Salles Saint-Louis (H.). Sainte-Thérèse (F.). Sainte-Eugénie (crèche). Consultations le lundi. — Spéculum le lundi. — M. N*** : Salles Saint-Ferdinand (H.). et Sainte-Anne (F.). Spéculum le jeudi. Consultations le lundi. — M. OLLIVIER : Salles Saint-Jean (H.). Sainte-Eulalie (F.). Consultation le mercredi. Spéculum le vendredi. — La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis par MM. N*** ou Blachez : les samedis par MM. Potain ou Ollivier.

Chirurgiens : *clinique chirurgicale*: M. le professeur TRÉLAT ; Salles Saint-Pierre (H.) et Sainte-Marie (F.). Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale*: Chef du laboratoire, M. LATTEUX. — Sous-chef de laboratoire M. N.... — M. GUYON : Salles Saint-André (H.). et Sainte-Cécile (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. *Fondation Civiale* pour les maladies des voies urinaires, salle Saint-Vincent. Leçon clinique et opérations le mercredi à 9 heures, leçon au lit du malade et opérations le samedi à neuf heures. Le Musée Civiale, près la salle Saint-Vincent est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Bibliothèque des internes en médecine. — Fondée en 1878 ; — fondation due à l'initiative des internes de cette année, qui ont nommé propriétaires responsables de la bibliothèque MM. Carré, Jean et Poulain.

A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker, M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes (2 fr. par mois).

En 1879, grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie : 1° de la collection des bulletins de la Société anatomique : 2° de la *Revue des Sciences médicales*. Elle compte aujourd'hui 400 volumes.

HOPITAL BEAUJON, faubourg Saint-Honoré, 208 : 422 lits. — *Médecins* : M. MILLARD : salles Saint-Louis (H.), et Sainte-Marthe (F.). Visite à 8 heures un quart. Consultation tous les vendredis et les lundis, un sur deux. — M. GUYOT : salles Sainte-Claire (F.) et Saint-François (H.). Visite à 8 heures. Consultations tous les mardis et les samedis, un sur deux. — M. GOMBAULT : salles Beaujon (H.) et Sainte-Monique (F.), Sainte-Hélène (accouchements). Visite à 9 heures. Consultation tous les jeudis et les lundis un sur deux. — M. FÉRÉOL : salles Saint-Jean (H.) et Sainte-Paule (F.). Consultations tous les mercredis et les samedis, un sur deux. Visite à 8 heures et demie.

Chirurgiens: M. le professeur L. LE FORT : 1er pavillon (H.), salles Sainte-Clotilde (F.). Visite à 8 heures et demie. Consultation les lundis, mercredis, vendredis. Spéculum le mardi. Opérations le jeudi. — M. TILLAUX : 2e pavillon (H.) Sainte-Agathe (F.). Visite à 8 heures et demie. Consultation les mardis, jeudis et samedis ; consultation pour les maladies de l'oreille le jeudi. Spéculum lundi et vendredi. Opérations le mercredi.

Bibliothèque. — La bibliothèque, placée dans un local attenant aux chambres des internes, et qui ne contenait guère que 500 volumes en 1878, en renferme maintenant plus de 1,200, grâce au legs Gubler et à deux subventions de 500 fr. accordées par le Conseil municipal.

HOPITAL COCHIN, 47, faubourg Saint-Jacques ; 249 lits. — *Médecins* : M. BUCQUOY : Visite à 8 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Bucquoy fait chaque année des leçons cliniques du mois de mars au mois de juin. Elles ont lieu le mardi et le vendredi, à 9 h. 1/2.

Chirurgien : M. DESPRÉS : salles Saint-Jacques et Cochin. Il existe de plus un service de chirurgie comprenant 60 lits d'hommes. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il y a tous les jours, à l'hôpital Cochin, une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie.

Accouchements : M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Le pavillon d'accouchement est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur-adjoint de la Maternité. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les matins à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 60 à 65 accouchements par mois. — Une commission médicale vient d'être nommée pour examiner la question de savoir si les étudiantes en médecine et les élèves sages-femmes peuvent être admises à suivre la visite de la Maternité de Cochin.

La *Bibliothèque* des internes en médecine a reçu du Conseil municipal un don de 1,000 fr. en 1877, de 500 fr, en 1878 et de 400 fr. en 1879. Elle pourra rendre les plus grands services quand l'Administration aura adjoint à la salle de garde un local suffisant. Elle compte 400 volumes.

HOPITAL LAENNEC, 42, rue de Sèvres. — Nombre de lits : 580.

Médecins : M. le professeur BALL : salles Sainte-Julie, Sainte-Thérèse, Saint-Louis, Saint-François. — M. DAMASCHINO : salles Sainte-Ludivine, Sainte-Catherine, Saint-Jean, Saint-Joseph, Sainte-Marie (crèche). — M. FERRAND : Sainte-Anne, Sainte-Marthe, Saint-Barthélemy, Saint-Julien. — M. LEGROUX : Sainte-Hélène, Sainte-Geneviève, Saint-Nicolas, Saint-Vincent, Sainte-Antoinette et Saint-Ferdinand (variole).

Chirurgien : M. NICAISE : Salle Saint-André et Saint-Philippe.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE, boulevard de l'Hôpital : 3,069 lits pour les *vieillards* et 720 pour les *aliénés*. — *Médecins* : MM. CHARCOT et LUYS. — *Chirurgien* ; M. TERRIER. — *Médecins aliénistes* : MM. LEGRAND DU SAULLE, MOREAU (de Tours) et A. VOISIN. — M. CHARCOT fait, les dimanches pendant l'hiver, un cours sur les *maladies des centres nerveux* ; — M. LUYS fait, pendant l'été, un cours sur la pathologie mentale ; — M. VOISIN fait, durant l'hiver, un cours sur le même sujet.

Bibliothèque. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque* médicale fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1600 volumes, dont 298 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. en 1878 et de 500 fr. en 1879.

HOSPICE DE BICÊTRE, à Bicêtre : 1,794 lits pour les *vieillards* ; 640 lits pour les *aliénés*. Infirmerie de l'hospice : *Médecin* : M. DEBOVE. — *Chirurgien* : M. GILLETTE. Aux salles des vieillards est annexée une petite salle de 12 lits destinée à recevoir les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carriers.

La mesure prise par l'Administration sous ce rapport est excellente; elle devrait être complétée par la création d'une salle de 10 à 20 lits, où l'on recevrait les cas urgents de maladies internes. Les consultations ont lieu pour la chirurgie; les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine ; les mardis, jeudis et samedis.

Division des aliénés : 1re section, M. J. Falret. — 2e section, M. J. Voisin. — 3e section, M. Bourneville. — Tandis que, dans les hôpitaux et hospices extra-urbains, il y a des internes et des externes, à Bicêtre l'administration n'envoie que des internes titulaires et des internes provisoires. Il en résulte que, par suite du retour de la plupart des internes dans Paris, il n'y a plus à Bicêtre, durant les derniers mois de l'année, que quelques internes provisoires, des élèves externes ou même de simples étudiants en médecine faisant fonctions d'internes.

Bibliothèque médicale des internes en médecine. Fondée en 1865, elle renferme environ 2,300 volumes, en y comprenant ceux dont l'acquisition a été faite avec les fonds provenant de la subvention accordée par le Conseil municipal en 1877, 1878 et 1879 et ceux du legs Burlaud. Ces volumes traitent surtout des maladies mentales et nerveuses. Les élèves de cet hospice ont des avantages qu'il est bon de signaler: un, sur trois des sujets non réclamés reste à l'amphithéâtre. Les sujets restants servent pendant l'hiver à la disection, pendant l'été à la médecine opératoire.

Hopital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149, : 518 lits. — *Médecins* (maladies aiguës) : M. Archambault : Visite à 8 h. 1/2, Salles Saint-Louis (G.) et Sainte-Geneviève (F.). Consultation le mardi. — M. Bouchut : V. à 8 h. 1/2. Salle Sainte-Catherine (F.). Consultation le lundi. Cliniques au lit des malades et à l'amphithéâtre le mardi. — M. Labric : Salle Saint-Jean (G.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi.

Médecins : (maladies chroniques) : M. J. Simon : Visite à 8 h. 1/2 (F.). Consultation le jeudi pour les maladies chroniques. Le samedi, consultation pour les maladies aiguës. Le mercredi à 9 h., clinique à l'amphithéâtre. Elles reprendront le 12 novembre. M. Simon s'occupera de la thérapeutique des maladies des enfants. — M. Descroizilles : Salles Saint-Ferdinand, Saint-Michel, Saint-Joseph (G.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation pour les maladies chroniques le lundi, pour les maladies aiguës le jeudi.

Chirurgien : M. de Saint-Germain : Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Augustin et Sainte-Thérèse, service des ophthalmies; Saint-Côme (G.), Sainte-Pauline (F.), Le jeudi clinique à l'amphithéâtre. Opérations tous les jours, sauf le jeudi, consultation. Le samedi, consultation d'orthopédie.

Il y a, à l'hôpital des Enfants, un service consacré aux varioleux : M. J. Simon : Salles Saint-Vincent et Sainte-Luce. Deux services consacrés au traitement de la teigne; salles Saint-Michel, Saint-Joseph, M. Descroizilles. — Sainte-Élisabeth, Sainte-Marthe. M. J. Simon. — Il existe, enclavé dans le grand hôpital, une sorte d'hôpital particulier appelé fondation Bilgrain. Les 160 lits qu'il devait contenir sont maintenant aménagés. Au rez-de-chaussée, existent deux salles pour les affections chroniques, salles Saint-Ferdinand, M. Descroizilles. — Salle Sainte-Marie, M, J. Simon. — Au premier étage, deux salles pour les ophthalmies : Salles Saint-Augustin et Sainte-Thérèse, M. de Saint-Germain. — Les teigneux (filles), entassées autrefois dans des greniers mansardés (salle Sainte-Marthe), sont logés convenablement au rez-de-chaussée, dans l'ancien local de la salle Sainte-Thérèse.

Bibliothèque.—Il existe à l'hôpital des Enfants une bibliothèque fondée par les internes en médecine, et contenant des ouvrages classiques et des mémoires originaux sur les maladies du jeune âge; enfin des collections de journaux depuis 1870. Cette bibliothèque a été fondée en 1873 par les internes en médecine et en chirurgie (Homolle, Maunoury, Petit, Graux, Percheron, Denis, etc.). Elle possède actuellement 250 volumes. Cotisation 1 fr. par mois. Elle a reçu en 1878 et en 1879 un don de 500 fr. du Conseil municipal.

Hopital Sainte-Eugénie (ancien hôpital Sainte-Marguerite), 89, rue de Charenton : 427 lits. — *Médecins* : M. Bergeron. Visite à 8 h. Consultations les lundis et jeudis. Salle Saint-Benjamin (G.). Sainte-Mathilde (F.). — M. Triboulet. Visite à 8 h. Consultation les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Sainte-Marguerite (F.). Maladies chroniques et teignes. Salles Sainte-Geneviève et Sainte-Rosalie (F.). — M Cadet de Gassicourt. Visites à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Saint-Joseph (G.). Maladies chroniques et teignes. Salles Saint-Augustin et Saint-Vincent (G.).

Chirurgien : M. Lannelongue. Visite à 8 h. Consultations tous les jours. Salle Napoléon (G.), salle Sainte-Eugénie (F.).

Pavillon d'isolement pour la diphthérie comprenant 20 lits, inauguré en 1879. Il existe, en outre, dans les services de médecine, de petites salles d'isolement pour les autres maladies contagieuses : variole, rougeole, etc.

Bibliothèque des internes en médecine.— Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplets. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes, et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, la bibliothèque est devenue une réalité. Des statuts ont été votés, des cotisations mensuelles ont été perçues, et les premiers fonds ont servi à l'acquisition d'un cachet et de quelques livres spéciaux qu'on s'est hâté de faire relier. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1879; elle possède aujourd'hui 100 volumes.

Hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, n° 100: 320 lits. — *Clinique des maladies de l'enfance*, M. le professeur Parrot; chef de clinique, M. Cossy. Visité tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin. — *Chirurgien*, M. Guéniot. — *Consultations pour les maladies de l'enfance.* Une consultation gratuite pour les maladies des enfants est établie à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette consultation a lieu régulièrement le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à 8 h. du matin. Entrée rue Denfert-Rochereau, n° 80.

Hopital Saint-Louis, rue Bichat, n° 40, salle de consultation même rue n° 42 : 823 lits dont 637 consacrés aux affections cutanées, 28 aux accouchements, le reste aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiliographiques.—La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée.

Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Pendant les deux dernières années, en l'absence de cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis faisaient tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques; à la suite d'une commune entente, ces leçons étaient réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants avaient pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offraient à eux.

Médecins : M. Hillairet. Consultation externe le mardi; examen des malades et conférence clinique le jeudi, à 9 h. Examen au spéculum le vendredi, salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). — M. Lailler. Consultation externe le mercredi; conférences cliniques toute l'année le *vendredi* à 8 h. 1/2; spéculum le lundi, service spécial supplémentaire pour les enfants teigneux le samedi à 9 heures, Pavillon Saint-Mathieu (H.), salle Sainte-Foy (H.). — M. Vidal. Consultation externe le jeudi; examen des nouveaux et conférences cliniques le vendredi toute l'année; traitement du lupus par les scarifications linéaires le mercredi; spéculum le samedi; leçons sur les affections cutanées le lundi à partir du mois de janvier, salle Saint-Jean (H.), salle Saint-Ferdinand (F.), accouchements. — M. Guibout. Consultation externe le vendredi; examen des nouveaux le samedi; spéculum et leçon de clinique sur les maladies des femmes le lundi toute l'année. Tous les samedis, du 15 mars au 15 août, cours clinique sur les maladies de la peau, salle Saint-Charles (H) et Henri IV (F.).

M. Besnier. Consultation externe le lundi; examen des nouveaux le mardi; mercredi, revue générale des maladies; jeudi, la *trycophitie*; vendredi, les *pelades;* samedi, affections cutanées diverses, salles Saint-Léon (H.) et Saint-Thomas (F.). Pendant le semestre d'été, le mercredi, *clinique et pathologie cutanée.* Même distribution des travaux pour les autres jours. — *Clinique des maladies de la peau*, M. le professeur Fournier; chef de clinique M. Barthélemy, tous les jours de 8 h. à 10 h. du matin, salles Saint-Louis (H.) et Saint-Thomas (F.).

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h., sans formalité, contient plus de 500 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 147 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis trois ans au musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchement et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchement, dirigé par M. Vidal, contient 28 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour, 866 par an (1875). Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 28,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. Péan. Consultation externe lundi, mercredi, vendredi : clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Saint-Augustin (H.), Sainte-Marthe (H. et F.). — M. Le Dentu. Consultation externe mardi, jeudi et samedi; leçon clinique et opérations le jeudi toute l'année à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salle Sainte-Marthe (F.) et Saint-Augustin (H.).

Bibliothèques. — Les élèves externes et stagiaires peuvent, moyennant une faible cotisation, consulter et emporter les livres d'une bibliothèque qui leur est exclusivement réservée. C'est à l'initiative de

M. Lailler que les élèves doivent cet avantage que n'offre aucun autre hôpital. La bibliothèque, ouverte tous les matins, est placée dans l'une des salles du pavillon Saint-Mathieu, dans le service de M. Lailler. — Une autre *Bibliothèque*, enrichie en 1877, 1878 et 1879 par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau; 1025 volumes.

Hopital du Midi, 111, boulevard du Port-Royal. — 336 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin. — *Médecins* : M. Simonet : 1re division. Salles I, II, III, IV et V. Consultations les lundis et jeudis. — M. Mauriac : 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mardis et vendredis. M. Mauriac fera un cours dont le programme et la date d'ouverture sont annoncés plus loin.

Chirurgiens : M. Horteloup : 3e division. Salles IX, X, XI et XII. Consultations les mercredis et samedis. La *collection particulière* de M. Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces moulées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes*.

Hopital de Lourcine, n° 111, rue de Lourcine : 243 lits. — M. Gouguenheim : Salles Saint-Clément, Saint-Ferdinand et Sainte-Thérèse. Cette dernière salle (8 lits et 6 berceaux) reçoit les filles de 2 à 15 ans. — M. Martineau : Salles Saint-Alexis et Saint-Louis. Leçons cliniques les mardi et samedi de chaque semaine. Le cours sur les maladies des femmes commencera le 20 novembre. — *Chirurgien* : M. Terrillon : Salles Sainte-Marie (Accouchements et crèche) et Saint-Bruno. La salle Sainte-Marie (33 lits et 18 berceaux) reçoit les enfants nouveau-nés avec leur mère. — Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement. En 1879, le Conseil municipal a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque.

Maison d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 121 : 316 lits. — *Médecin* : M. Hervieux. — *Chirurgien en chef* : M. Tarnier. — *Chirurgien-adjoint* : M. Lucas-Championnière. — Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie ; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'école. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement : une salle contenant 32 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites de couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef, l'une contient 30 lits et l'autre 24. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvres, douleurs abdominales, etc., elle est immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est dans un corps de bâtiment distinct, et il est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans six salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement séparées des autres femmes ; c'est ce système d'isolement, joint à la diminution du nombre des accouchements, etc., qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'est plus que de 1 et demi à 2 pour cent, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées, bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 8 lits.

L'École d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves ; elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Callé, sage-femme en chef. Il y a trois aides sages-femmes, nommées au concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements ; de plus, les élèves sont divisées en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement ; chaque série a, à sa tête, des *chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année : ces chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année accompagnées de leur père, de leur mère ou de leur mari. Le prix de la pension qui était de 600 francs, pour une année, vient d'être élevé à 1,000 francs. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par M. Hervieux ; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires faites par l'un des internes.

Il existe enfin, dans le grand parc de la Maternité, un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier, pavillon à chambres complètement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon, au service duquel est attachée une aide sage-femme, sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile : il a été inauguré en juin 1876, et il a eu, depuis quatre ans, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200 : 351 lits. — *Médecins* : MM. Labbé et Lecorché. — *Chirurgiens* : MM. Marc Sée et Cruveilhier. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service.

— Il existe encore d'autres établissements hospitaliers, tels que l'*Hospice des Incurables*, à Ivry ; la *Maison de retraite des ménages*, à Issy ; *l'Hospice de la Rochefoucauld*, route d'Orléans ; l'*Institution Sainte-Périne*, à Auteuil, boulevard de Ste-Périne ; l'*hospice Saint-Michel*, l'*hospice de la Reconnaissance*, l'*hospice Chardon-Lagache*, l'*hospice Lenoir-Jousseran*, l'*hôpital de Berck-sur-mer*, ceux de *Forges* et de la *Roche-Guyon*, mais qui, en raison de leur situation, plus ou moins éloignée, ne sont guère accessibles aux étudiants en médecine.

Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques : 890 lits. L'Asile Sainte-Anne relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — Le personnel médical et administratif est ainsi composé : *Directeur* : M. X... ; *Médecins-chefs de service* : MM. Dagonnet et Bouchereau (service de l'asile hommes et femmes) ; M. Magnan (service de l'admission). — *Pharmacien en chef* : M. Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie. — *Receveur économe* : M. Lobrani.

Le bureau d'admission, qui disposait de trois cents places, n'en disposera plus que de cent. Les médecins de l'asile et le médecin du bureau d'admission ne pourront avoir aucun intérêt dans les établissements privés où sont traités des aliénés.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Ball, assisté de M. Régis (1), chef de clinique provisoire et responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838. — M. Magnan fait également à Sainte-Anne des leçons de clinique mentale. Une annonce ultérieure indiquera, comme les années précédentes, la réouverture des leçons de M. Magnan.

Médecins et Chirurgiens du Bureau central.

Médecins : MM. Lépine, Sevestre, Huchard, Tenneson, Raymond, Landrieux, Landouzy, Rathery, Hutinel, Troisier, Joffroy, Labadie-Lagrave, Gaillard-Lacombe, Hanot, Du Castel, Homolle, Dreyfus-Brisac, Moutard-Martin.

Chirurgiens : Marchand, Berger, Monod, Pozzi, Humbert, Peyrot, Bouilly, Blum, Reclus, Félizet, Richelot.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins et de chirurgiens ; — 2° de prosecteurs (voir Amphithéatre des hopitaux, p. 892) ; 3° d'internes et d'externes en médecine et en chirurgie ; — 4° de pharmaciens ; — 5° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

Art. 103. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes doit être âgé de 18 ans au moins et de 26 ans au plus (2). Toutefois, l'élève qui atteindrait 26 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite de l'âge fixée par le règlement. Il doit produire : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de vaccine (3) ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs,

(1) Voir la note 1 de la page 884.

(2) Le concours de l'externat a lieu habituellement au commencement du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(3) On devrait exiger un certificat de *revaccination*, datant de l'année, disions-nous l'an dernier ; ce conseil n'a pas été suivi et

délivré par le maire de la commune où il est domicilié; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine. Néanmoins, les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce nouveau certificat, seront inscrits provisoirement, sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 119. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours.

Concours de 1872 *et* 1873. — *Anatomie :* Os temporal; — Maxillaire inférieur; — Clavicule; — Omoplate; — Os coxal; — Tibia; — Articulation temporo-maxillaire; — Articulation scapulo-humérale; — Articulation du coude; — Articulation coxo-fémorale; — Articulation du genou; — Articulation tibio-tarsienne; — Muscle sterno-mastoïdien; — Muscles de l'omoplate; — Diaphragme; — Muscle psoas-iliaque; — Fosses nasales; — Rapports des poumons; — Conformation extérieure et rapports du cœur; — Crosse de l'aorte; — Aorte abdominale; — Artère maxillaire; — Artère fémorale; — Veines du membre supérieur.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* Furoncle; — Brûlures; — Symptômes des fractures; — Phlegmon diffus; — Vaccine et vaccination; — Ventouses et leurs indications; — Hémorrhagies traumatiques, moyens hémostatiques; — Administration du chloroforme; — Contusion; — Epistaxis, tamponnement des fosses nasales; — Symptômes et diagnostic de la pneumonie; — Ventouses; — symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde; — Appareil de Scultet; — Fracture de la clavicule; — Saignée.

Concours de 1874. — 1° *Anatomie :* Artère fémorale; — Scapulum; — Articulation tibio-tarsienne; — Articulation temporo-maxillaire; — Diaphragme; — Crosse de l'aorte; — Tiers supérieur du fémur; — Fosses nasales; — Articulation du genou; — Muscle psoas; — Artère humérale; — Muscles de la région antérieure de la jambe; — Artère axillaire; — Clavicule.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* Furoncle; — Fractures du radius; — Signes et diagnostic des fractures en général; — Signes et diagnostic de la pneumonie; — Des vésicatoires; — De la saignée du bras; — Des brûlures; — De la vaccination; — Appareils inamovibles; — De l'entorse; — Appareil de Scultet; — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

Concours de 1875. — *Anatomie :* 1° Articulation sterno-claviculaire; — Tiers supérieur de l'humérus; — Conformation extérieure et rapport de l'estomac; — Veines superficielles du membre supérieur; — Omoplate; — Psoas iliaque; — Crosse de l'aorte; — Muscles de la région antérieure de la jambe; — Articulation tibio-tarsienne; — Tiers inférieur de l'humérus; — Caractères distinctifs des vertèbres; — Les trois muscles fessiers.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* De la contusion; — Des ventouses, leur application; — Signes et diagnostic des fractures; — Signes et diagnostic de la pleurésie; — Des moyens hémostatiques dans les hémorrhagies traumatiques; — Séton, ses indications thérapeutiques; — Appareils inamovibles; — Des ulcères de la jambe et leur traitement.

Concours de 1876. — 1° *Anatomie :* Sterno-cléido-mastoïdien; — Rapports de l'estomac; — Artère axillaire; — Cubitus; — Articulation tibio-tarsienne; — Artères de l'avant-bras; — Diaphragme; — Caractères généraux et distinctifs des vertèbres cervicales; — Articulation scapulo-humérale; — Artère fémorale; — Muscle grand oblique de l'abdomen; — Paroi osseuse des fosses nasales; — Artères de la jambe; — Omoplate; — Articulation temporo-maxillaire.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* Vésicatoire; — Anthrax; — Cautère; — Epistaxis, tamponnement des fosses nasales; — Symptômes de la pneumonie; — Vaccine, vaccination; — Moyens hémostatiques; — Signes des fractures des os longs; — Symptômes et diagnostic de la rougeole; — Phlegmon diffus; — Panaris.

Concours de 1877. — 1° *Anatomie :* Vertèbres dorsales; — Artère fémorale; — Triceps fémoral; — Muscle grand dentelé; — Muscles petits dentelés; — Articulation du coude; — Parois osseuses de l'orbite; — Muscles péroniers latéraux; — Muscles de l'éminence thénar de la main; — Muscle trapèze; — Os maxillaire supérieur; — Articulations de la clavicule, — Sacrum et coccys; — Muscles jumeaux, soléaire et plantaire grêle; — Articulation de la mâchoire supérieure; — Articulation radio-carpienne.

2° *Pathologie et petite chirurgie :* Furoncle; — Signes de la pneumonie franche; — Vaccine et vaccination; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë simple; — Epistaxis; — Tamponnement des fosses nasales; — Pansements des ulcères de la jambe; — Entorses; — Accidents de la saignée; — Signes des fractures; — Brûlures; — Phlegmon circonscrit; — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde; — Appareils inamovibles; — Cautères.

Concours de 1878. — 1° *Anatomie :* Artère humérale; — Diaphragme; — Côtes et cartilages costaux. — Articulation tibio-tarsienne; — Crosse de l'aorte; — Tronc cœliaque et ses branches; — Veines du membre inférieur; — Articulation coxo-fémorale; — Squelette de l'orbite, conformation extérieure et rapports; — Articulation du coude; — Occipital.

2° *Pathologie et petite chirurgie.* — Signes et diagnostic de la rougeole; — Signes et diagnostic de la pneumonie; — Hydarthrose; — Saignée; — Epistaxis et son traitement; — Erisypèle; — Brûlures; — Fracture de l'extrémité inférieure du péroné; — Traitement des hémorrhagies artérielles; — Fracture des côtes; — Symptômes de la phthisie pulmonaire chronique; — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde; Anthrax; — Phlegmon diffus.

Concours de 1879. — 1° Anatomie; — Articulation tibio-tarsienne; — Extrémité supérieure du fémur; — Grand pectoral et petit pectoral; — Articulation scapulo-humérale; — Artère fémorale; — Os maxillaire inférieur; — Muscles de la région antérieure de l'avant-bras; — Rapports de la vessie; — Conformation extérieure et rapports des poumons; — Os iliaque; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — Vertèbres cervicales; — Conformation extérieure et rapports des reins; — Articulation radio-carpienne; — Os du tarse; — Muscle psoas-iliaque; — Le diaphragme.

2° *Pathologie et petite chirurgie.* — De l'anthrax; — De la saignée au pli du coude; — De la scarlatine; — Des fractures de côtes; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë; — De l'entorse; — Le phlegmon diffus; — Fractures de la clavicule; — Vaccination et vaccine; — Luxations de la mâchoire inférieure; — De la péritonite aiguë; — Des pansements antiseptiques; — Fracture de l'extrémité inférieure du radius; — Bronchite aiguë; — Administration du chloroforme.

Voici maintenant les articles du règlement relatifs aux internes en médecine et en chirurgie.

Art. 102. — Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externe au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption non motivée; 2° des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 121. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.

Questions écrites données en ces dix-huit dernières années : 1861. Structure du rein; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme; pleurésie. — 1866. Veine porte; ascite. — 1867. Artères des intestins : Signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx; caractères différentiels des laryngites. — 1869. Médiastin postérieur; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cœcum; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais; érysipèle spontané de la face.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales.

cependant des morts, occasionnées par la variole, ont été enregistrées cette année et ce en plus grand nombre encore que les années précédentes.

Concours de 1862. — Nerf moteur oculaire commun ; ses paralysies ; — Péricarde ; signes et diagnostic de la péricardite ; — Enveloppes des bourses ; hydrocèle ; — Prostate ; symptômes et diagnostic des calculs vésicaux ; — Clavicule ; fracture de la clavicule ; — Trachée ; symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Articulation temporo-maxillaire ; Luxations de la mâchoire ; — Voies lacrymales ; tumeurs lacrymales ; — Fosse iliaque ; abcès de la fosse iliaque.

Concours de 1873. — Circulation hépatique ; symptômes et diagnostic de la cirrhose ; — Muscles de l'orbite ; séméiologie de l'exophthalmie ; — Anatomie topographique du cou-de-pied ; symptômes et accidents consécutifs de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné ; — Rapports du rein ; accidents consécutifs de la lithiase rénale ; — Cœcum ; invagination intestinale ; — Anatomie de la joue ; stomatite ulcéro-membraneuse ; — Articulation scapulo-humérale ; signes de la luxation de cette articulation ; Artère pulmonaire : hémoptysie.

Concours de 1874. — Muscles du voile du palais ; paralysie du voile du palais ; — Région prostatique du canal de l'urèthre, infiltration urineuse ; — Voies lacrymales ; tumeurs lacrymales ; — Glotte ; complications de la coqueluche ; — Carotide externe ; anévrysme artérioso-veineux.

Concours de 1875. — Artère rénale ; diagnostic, pronostic et traitement de l'hématurie ; — Articulation tibio-tarsienne ; entorse ; — Muscles du pharynx ; signes et diagnostic de l'angine couenneuse ; — Cœcum : colique de plomb ; — Glande mammaire ; des abcès du sein ; — Portion sous-ombilicale du péritoine ; symptômes, diagnostic et pronostic de la péritonite tuberculeuse ; — Nerf moteur oculaire commun ; des conjonctivites ; — Articulation radio-carpienne ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; — Portion extra-crânienne du nerf facial ; érysipèle de la face.

Concours de 1876. — Glandes de la peau ; phlegmon diffus ; — Dure-mère crânienne : symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; — Diaphragme ; symptômes de l'angine de poitrine ; — Rapports du pharynx ; symptômes de la scarlatine normale ; — Grand hypoglosse ; symptômes et diagnostic du cancer de la langue ; — Articulations du coude ; fractures de l'olécrâne ; — Uretère ; symptômes et diagnostic de la colique néphrétique ; — Face inférieure du foie ; symptômes et diagnostic du diabète sucré ; — Veine cave inférieure ; causes de l'ascite ; — Médiastin ; symptômes et diagnostic de la pleurésie aigue.

Concours de 1877. — Muqueuse linguale ; angine diphthéritique. — Muqueuse de l'estomac ; cancer du pylore. — Grand épiploon ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse ; — Ligaments larges ; hématocèle rétro-utérine ; — Structure de la peau ; érysipèle de la peau ; — Rapports du rectum chez l'homme ; causes, signes et diagnostic des hémorrhoïdes ; — Muqueuse uréthrale chez l'homme ; oreillons ; — Périoste ; nécrose des os longs ; — Cornée ; ophthalmie purulente ; — Glandes de l'intestin grêle ; symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Aponévroses du périnée chez l'homme ; infiltration d'urine.

Concours de 1878. — Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie ; — Artères de la main ; plaies de la paume de la main ; — Col de l'utérus ; délivrance ; — Oreillettes du cœur ; syncope.

Concours de 1879. — Structure des paupières ; érysipèle de la face. — Rapports de la parotide ; stomatite mercurielle ; — Articulation radio-carpienne ; rhumatisme noueux (signes et diagnostic) ; — Veines azygos ; de la dilatation bronchique (causes, signes et diagnostic) ; — Nerf radial ; paralysie du nerf radial. — Ventricule moyen ; — de la paralysie générale progressive (causes, signes et diagnostic). — Muscle releveur de l'anus ; diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale. — Articulations costo-vertébrales ; complications des fractures de côtes. — Veines ombilicales ; signes de la grossesse. — Muscles de l'éminence thénar ; gale. — Cartilages aryténoïdes ; paralysie diphthéritique ; — Canal thoracique ; signes et diagnostic du scorbut ; — Valvule tricuspide ; causes, signes et diagnostic de l'insuffisance de la valvule tricuspide.

Prix de l'internat. — Nous devons ajouter que tous les ans il y a, à l'Assistance publique, un concours entre les internes, et que les prix sont décernés, d'une part, à la première division (internes de 3e et 4e années), d'autre part, à la seconde division (internes de 2e et de 1re années). Au concours de 1875, on a donné les questions suivantes pour la composition écrite : *Anatomie et physiologie des nerfs de la peau ; — Anatomie pathologique de l'érysipèle* (1re division) ; — *Anatomie et physiologie du nerf phrénique ; diagnostic des péricardites* (2e division). — Concours de 1876 : *Pie-mère ; hémorrhagies méningées* (1re division) ; — *Iris ; lésions traumatiques de l'œil* (2e division). — Concours de 1877 : *Glandes de la muqueuse stomacale ; Valeur séméiologique de l'hématémèse* (1re division). — *Anatomie du lobule pulmonaire ; emphysème pulmonaire* (2e division. — Concours de 1878 : *Glandes du gros intestin, anatomie et physiologie ; diagnostic et traitement du cancer de l'intestin* (1re division). — *Anatomie et physiologie du corps thyroïde ; symptômes et physiologie de la maladie de Basedow* (2e division). — Concours de 1879 : *Structure et physiologie des reins. Thromboses veineuses* (1re division). — *Anatomie et physiologie des nerfs du cœur. Causes et symptômes de l'asystolie* (2e division).

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants : *Prix Arnal* : Livres et instruments donnés au premier interne nommé au concours. Valeur 500 fr. — *Prix Dusol* : Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard* : Boîte ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Barbier* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1250 fr. environ. — *Prix Burlaud* : Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours, et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres ; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale* ; Prix biennal de 1000 fr., à l'interne titulaire ou provisoire auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précédent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — 1re et 2e années, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 400 fr. — Le nombre des places vacantes, cette année, est de 35 à 40 (1) ; celui des candidats de 285.

Externes. — 1e Dans les hôpitaux, dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants-Malades, Cochin, etc., les externes touchent par service 300 fr. par an ; — 4° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Sainte-Eugénie et Saint-Louis) les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et de plus une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à Tenon, les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement une indemnité de 50 fr. par mois.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement a eu lieu le 18 octobre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes : mais tous les étudiants sont admis à suivre les cours qu'on y fait sur les sciences anatomiques. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours commenceront cette année dans la première semaine de novembre ; le premier, anatomie topographique est fait par M. le Dr Tillaux, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Le cours a lieu tous les lundis et vendredis, à 4 heures de l'après-midi. — M. Schwartz, prosecteur, fera le cours de physiologie les mercredis et samedis, à 4 heures. — M. le Dr Henriet, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive, les mardis et jeudis, à 4 heures. M. le Dr Quenu chef du laboratoire d'histologie, assisté de M. Mayor, fera un cours d'histologie. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Le cours d'histologie se fait les mardis et vendredis, à 2 heures. Nous rappellerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Le classement d'un grand nombre de ces pièces a été fait par notre ami, M. Duret, maintenant prosecteur de la Faculté. C'est également par ses soins qu'a été dressé le catalogue du Musée. Le conservateur actuel du musée est M. Mayor.

Enseignement clinique dans les hôpitaux.

Hospice de la Salpétrière. — M. Charcot recommencera ses conférences cliniques le dimanche 21 novembre à 9 h. 1/2, dans l'amphithéâtre. — Des cartes spéciales seront délivrées aux bureaux de la direction de l'hospice, sur la présentation des feuilles d'inscription, et des cartes d'étudiants ou de docteur en médecine.

(1) La création de l'hôpital Montmartre fera sans doute élever ce chiffre.

Hôpital des Enfants malades. — Thérapeutique infantile. — M. Jules SIMON reprendra ses leçons sur les maladies des enfants et la thérapeutique infantile, le mercredi, 10 novembre, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Tous les samedis, consultation clinique.

Hôpital des Enfants malades. — Clinique chirurgicale. — M. DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, reprendra ses conférences cliniques le jeudi 25 novembre, à 9 heures. Il s'occupera exclusivement cette année du *traitement des malformations* (déviation du rachis, pied bot, etc.).

Hôpital des enfants malades. — Clinique des maladies de l'enfance et cérébroscopie. — M. BOUCHUT a recommencé son cours le mardi 19 octobre à l'hôpital des enfants, rue de Sèvres, 149, à 8heures du matin. La première leçon a été consacrée à l'ophthalmoscopie médicale et à la cérébroscopie, à l'aide de projections par lumière oxydrique et par la projection lumineuse de toutes les lésions de l'œil causées par les maladies du cerveau.

Hôpital des Enfants malades. — Maladies du premier âge. — M. ARCHAMBAULT commencera ses leçons cliniques en janvier. Il se propose d'entretenir les élèves des soins à donner aux enfants du premier âge bien portants ou malades; de traiter, au point de vue clinique et en insistant le plus possible sur leur traitement, de toutes les maladies plus particulièrement fréquentes chez les enfants, à mesure qu'il s'en présentera des exemples dans les salles, de telle façon qu'un élève puisse, dans la période des deux semestres scolaires, acquérir des notions suffisantes sur tout ce que les maladies, à cette période de la vie, offrent de particulier et d'intéressant à savoir.

Hôpital de la Pitié.—Clinique médicale et maladies des femmes. — M. le Dr T. GALLARD, fait à cet hôpital un cours de clinique médicale qui consiste : 1° En exercices pratiques auxquels tous les élèves sont individuellement appelés à prendre part, en examinant et interrogeant eux-mêmes les malades pendant la visite qui a lieu tous les matins à 9 heures; le *jeudi* étant plus spécialement consacré à une consultation gynécologique, aux examens au spéculum.—2°En leçons faites à l'amphithéâtre le mardi et le samedi. Nous indiquerons prochainement la date de l'ouverture de ces leçons, qui seront consacrées, cet hiver à l'étude des *troubles* de la menstruation et des *maladies des ovaires*.

Hôpital Saint-Antoine. — Clinique thérapeutique. — M. le D DUJARDIN-BEAUMETZ fait pendant le semestre d'été un cours de clinique thérapeutique le jeudi, à 9 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Antoine. Visite et interrogatoire au lit des malades tous les jours à 9 heures.

Hôpital de Lariboisière.—Conférences de clinique chirurgicale. — M. DUPLAY, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a commencé ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi 6 novembre à 9 heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Visite des malades à 8 heures 1/2, opérations à 10 heures.

Hôpital de Lariboisière. M. le Dr LÉON LABBÉ, chirurgien de cet hôpital, a repris ses leçons et opérations le mardi, 26 octobre, à 9 heures, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau. — M. le Dr HILLAIRET, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé ses conférences sur les maladies de la peau le jeudi 4 novembre, à 9 heures, salle Henri IV, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Fidèle à sa coutume de joindre l'enseignement pratique à l'enseignement théorique, le professeur consacrera une partie de la leçon à étudier les différents malades du service, et, dans la seconde, il abordera l'histoire des dermatoses inflammatoires.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau. — M. le Dr LAILLER, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences cliniques le vendredi, 7 janvier 1881, à 8 h. 1/2, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Dr Émile VIDAL a repris ses conférences cliniques le vendredi 5 novembre, à 9 heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure, salle Saint-Jean.

Hôpital Saint-Louis. Clinique chirurgicale. — M. le Dr PEAN, chirurgien des hôpitaux, a repris ses leçons cliniques le samedi 30 octobre, à 9 heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis, et il les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôpital de Lourcine. — Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie. — M. Le Dr L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera ce cours le samedi 20 novembre, à 9 heures, et le continuera les mercredis et samedis à la même heure pendant l'année scolaire 1880-1881. Le mardi, à 9 heures, consultation et traitement externe; le mercredi, leçon sur la gynécologie; le samedi leçon sur la syphilis. — *Nota :* MM. les étudiants en médecine recevront, pour assister à la visite des malades et au cours, une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

On voit, d'après les renseignements que nous venons de donner, de quelles ressources immenses dispose l'administration de l'Assistance publique de la ville de Paris et combien il serait facile au Conseil municipal, avec des dépenses peu considérables, d'organiser une Faculté municipale, et d'utiliser au plus grand avantage de la société et de la science le savoir des médecins et des chirurgiens des hôpitaux.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Cours préparatoires aux 3e et 4e examens de doctorat (ancien régime), *et au 1er de doctorat* (nouveau régime). — Le Dr MARTIN-DAMOURETTE fait à son domicile, 63, boulevard Saint-Germain, un cours de physique, chimie et histoire naturelle médicales, pour la préparation au 3e examen de doctorat (ancien régime), et au 1er, du nouveau régime; et un cours de thérapeutique, hygiène et médecine légale, pour la préparation au 4e examen de doctorat. — Ces cours ont lieu tous les jours : A 2 heures pour le 1er et le 3e examen et à 1 heure pour le 4e. La durée totale de chacun de ces cours est de 2 mois; mais, vu la multiplicité des matières, une nouvelle série commence le 1er et le 15 de chaque mois. On s'y inscrit de midi à 1 heure. Le Dr Martin Damourette vient d'adjoindre à ses cours, des conférences qui ont lieu 4 fois par semaine pour l'interrogation des élèves, la reconnaissance des substances et la revue de toutes les matières de son enseignement.

Cours préparatoires aux 3e et 4e examens de doctorat (ancien régime) *et au 1er de doctorat* (nouveau régime).— MM. GALIPPE, BEAUREGARD et BARDET font des cours préparatoires à ces divers examens dans leurs laboratoires particuliers. Pour répondre aux exigences des nouveaux programmes, ainsi qu'aux tendances actuelles de la Faculté, l'enseignement donné aux élèves aura un caractère essentiellement pratique. Les expériences et les leçons de choses occuperont la première place dans l'enseignement de la physique, de la chimie et de la matière médicale. Dans ce but, les cours sont pourvus de tout ce qui est nécessaire, non seulement pour la démonstration expérimentale, mais encore pour que l'élève puisse se familiariser avec l'usage de certains instruments et avec la pratique des recherches élémentaires de chimie et de micrographie, connaissances indispensables autant pour les examens que pour l'exercice de la médecine.— Aux cours préparatoires seront annexés : 1° Un cours de chimie biologique élémentaire (chimie clinique, urologie); 2° Un cours de micrographie pratique (éléments d'histologie, anatomie pathologique). Ces exercices pratiques auront une durée d'un mois. Des instruments de chimie et des microscopes seront mis à la disposition des élèves. Les cours préparatoires aux examens auront une durée d'environ deux mois et demi. Ils sont disposés de telle sorte que les élèves puissent entrer le 1er et le 15 de chaque mois pour suivre ensuite jusqu'à l'épuisement des matières. On s'inscrit chez le Dr BARDET, 95, rue de Seine, tous les jours de 11 h. à midi, et les lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures.

Anatomie. — M. LENOIR fera son cours à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, tous les jeudis, à 6 heures.

Anatomie. — M. le Dr FORT, professeur libre d'anatomie à l'École pratique, commencera son cours d'anatomie le jeudi, 28 octobre, à 4 heures dans son amphithéâtre, rue Antoine-Dubois, n° 2. Les exercices de dissections commenceront le vendredi 5 novembre à l'Ecole pratique. Les leçons pour l'examen d'ostéologie commenceront le lundi 25 octobre à 1 heure. — M. Fort reçoit les inscriptions de 10 heures à midi. — M. FORT fait également un cours libre à l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à 5 heures. Amphithéâtre n° 3.

Physiologie normale et pathologique; système nerveux.—M. François FRANCK fera son cours tous les mercredis, à 5 heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Il commencera le 17 novembre et traitera de la physiologie du système nerveux, avec expériences et démonstrations.

Embryologie et tératogénie. — M. le Dr DARESTE fera ses leçons à l'Ecole pratique les mardis et samedis de chaque semaine à 4 heures. Il s'occupera de l'*évolution normale de l'embryon* et de la *formation des monstres.* — Ces leçons seront complétées par des démonstrations faites dans son laboratoire, soit à l'aide des éléments que lui fournissent journellement ses expériences sur la production artificielle des monstruosités; soit à l'aide des collections d'embryons normaux ou monstrueux qu'il a réunies depuis plusieurs années, et qui contiennent actuellement des séries très complètes des principaux faits embryogéniques ou tératogéniques. — En outre, le laboratoire sera ouvert à toutes les personnnes qui voudraient étudier spécialement certaines questions d'embryogénie ou de tératogénie, à la condition qu'elles se conforment aux règlements de l'Ecole supérieure des hautes études.

Cours de technique microscopique et d'histologie pratique. — Ce cours a lieu tous les jours, de 4 à 6 heures, au laboratoire particulier du Dr LATTEUX, 5, rue du Pont-de-Lodi. Il a pour objet de mettre

les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. — Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. (Etude et maniement du microscope, dissections fines, coupes, montage et conservation des préparations, injections histologiques, etc.). — Chaque élève fait lui-même, sous les yeux du professeur, une collection microscopique, qui lui appartient et qu'il emporte, comme preuve de son travail, quand le cours est terminé. — La durée est de six semaines environ. Il comprend l'étude des principaux tissus normaux et pathologiques. Les microscopes et les instruments sont à la disposition des élèves. — On s'inscrit chez le Dr LATTEUX, 4, rue Jean-Lantier, de 1 heure à 2.

Pathologie interne. — M. H. CL. DE BOYER fera son cours de pathologie interne à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1, les mardis, jeudis et samedis, à 8 heures du soir. L'ouverture de ce cours sera annoncée ultérieurement.

Pathologie interne. — M. MOUTARD-MARTIN fera son cours à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1, les mardis, jeudis et samedis, à 4 heures.

Pathologie interne. — M. HANOT fera son cours à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures.

Pathologie interne. — M. BARIÉ fera son cours, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique.

Pathologie interne. — M. CUFFER fera son cours les mardis, jeudis et samedis, à 4 heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

Pathologie interne. — M. le Dr DU CASTEL fera son cours à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, les mardis, jeudis et samedis à 5 heures.

Pathologie interne. — M. LOREY fera son cours à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures.

Pathologie interne. — M. MUSELIER fera son cours à l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à 4 heures, amphithéâtre n° 1.

Pathologie externe. — M. DURET, prosecteur, fera un cours de pathologie externe sur les maladies des articulations, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 heures du soir, à l'Ecole pratique. — Le premier cours aura lieu le lundi 15 novembre.

Pathologie externe. — M. SCHWARTZ fera à l'Ecole pratique un cours de pathologie externe. Ce cours sera annoncé ultérieurement.

Cours d'accouchements. — M. RIBEMONT a commencé le 5 novembre à 4 h. 1/2, un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : grossesse normale et pathologique ; — 2° accouchement ; — 3° opérations et dystocie ; — 4° exercices cliniques et opératoires. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur le Prince.

Cours d'accouchements. — Le Dr MIGON reprendra ses cours d'accouchements publics et gratuits à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, le lundi et vendredi, à 8 heures du soir. (Semestre d'Hiver). N. B. Pour leçons particulières, s'adresser rue Saint-Honoré, 267, le lundi et vendredi de 5 à 6 heures.

Accouchements. — M. FERDUT, fera à l'École pratique, un cours sur les accouchements. Ce cours sera annoncé ultérieurement.

Accouchements. — M. CHAMPETIER DE RIBES fera son cours à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3, les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures.

Accouchements. — M. PORAK fera son cours à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, les mardis, jeudis et samedis, à 4 heures.

Gynécologie. — M. de SINÉTY fera à l'Ecole pratique un cours sur les maladies des femmes. Ce cours sera annoncé ultérieurement.

Cours de gynécologie. — M. le Dr CHÉRON fera son cours de gynécologie à l'Ecole pratique (Amphithéâtre n° 3), tous les mardis et jeudis à 8 heures du soir. Leçons sur les maladies des femmes. Lésions fonctionnelles et lésions de texture étudiées surtout au point de vue du diagnostic et du traitement. — M. CHÉRON a repris ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, le premier lundi de novembre à midi et demi, 9, rue de Savoie, près de la rue Dauphine, et les continuera les lundis suivants à la même heure. Examen des malades, diagnostic et traitement.

Maladies des femmes. — Policlinique de chirurgie du Dr BERRUT, rue de Bellechasse, 29. Du 1er novembre au 31 août : le jeudi à 9 h. du matin, consultations auxquelles assistent les élèves inscrits; le même jour, à 11 heures, leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes. La première leçon a eu lieu le jeudi, 4 novembre.

Hygiène et maladies des nourrissons. — M. le Dr BROCHARD fera ce cours tous les mercredis à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

Ophthalmologie. — M. le dr Ch. ABADIE a commencé ses leçons cliniques d'ophthalmologie à sa clinique, 172, boulevard Saint-Germain, mardi 19 octobre, à 2 heures; il les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope et assistent aux opérations.

Maladies des yeux. — M. le Dr CARRÉ fait à sa clinique, rue Gît-le-Cœur, 11, des examens des malades et des exercices pratiques tous les jours de 2 h. 1/2 à 4 h.

Maladies des yeux. — M. le Dr COURSSERANT, 19, rue du Dragon. Consultations publiques tous les jours à 1 heure à sa clinique. Examens ophthalmoscopiques et conférences cliniques le vendredi à 2 heures.

Maladies des yeux. — M. DESMARRES commencera ses cours, ses opérations, ses leçons cliniques le lundi 8 novembre, 8, rue Hautefeuille, et les continuera les lundis et mercredis suivants, de midi à 2 heures.

Conférences publiques sur l'oculistique. — M. le dr FANO, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, continue ses conférences tous les lundis à 1 heure de l'après-midi, à la clinique de l'INSTITUT OPHTHALMIQUE de la rue d'Abbeville. Il traitera du diagnostic et du traitement des affections oculaires.

Clinique ophthalmologique du Dr GALEZOWSKI, 26, rue Dauphine. — Les conférences cliniques sur les maladies des yeux ont lieu tous les jours de 1 h. à 3 h. Les lundis et les mercredis sont consacrés plus spécialement à l'étude des maladies externes des yeux; les mardis et les jeudis aux opérations; les vendredis à l'examen ophthalmoscopique, et les samedis à la réfraction et à l'accommodation de l'œil. — A l'École pratique, M. Galezowski fera un cours public sur les maladies internes de l'œil et les cataractes deux fois par semaine, les lundis et vendredis, à 8 h. du soir, amphithéâtre n° 2. La fin de chaque séance sera consacrée aux démonstrations ophthalmoscopiques.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard MEYER, 21, rue de l'Ancienne-Comédie, entrée : 3, cour du Commerce. — Consultations tous les jours à 1 heure. Conférences cliniques et opérations les lundis et vendredis. Tous les jeudis, à 3 heures, cours public de chirurgie oculaire par M. Virgile Caudron, chef de clinique, qui mettra à la disposition des élèves les instruments nécessaires et leur fera répéter toutes les opérations usuelles. — Les mercredis : Conférences d'ophthalmoscopie, M. Duboys. — Les samedis : De l'emploi des lunettes. Exercices pratiques, M. Debierre.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr PARINAUD, 3, rue La Condamine. Consultations de midi et demi à 3 heures. Exercices pratiques et démonstrations ophthalmoscopiques tous les jours. Conférences cliniques le mardi et le vendredi.

Maladies des yeux. — M. GORECKI fera un cours à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, tous les mercredis, à 4 heures.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — le Dr Ch. FAUVEL a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis à 10 heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. Un chef de clinique, M. COUPARD, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Cours d'otologie. — M. le Dr GELLÉ, fera à l'Ecole pratique (Amphithéâtre n° 2), un cours d'otologie, à 4 heures, les mercredis de chaque semaine.

Cours de laryngoscopie. — M. le Dr CADIER fera son cours à l'Ecole pratique les mardis et jeudis, à 8 heures du soir. Il traitera du maniement du laryngoscope et de l'étude des maladies du larynx.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr RELIQUET, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera son cours le lundi 15 novembre à 5 heures, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure. Comme tous les ans, ce cours sera complet. Les premières leçons seront consacrées à l'étude des *stagnations d'urines.*

Maladie des voies urinaires. — M. le Dr MALLEZ a commencé, le lundi 4 octobre, à une heure et demie, à la clinique de la rue Christine, 3, ses conférences cliniques sur les maladies de l'appareil urinaire, pour les continuer les lundis suivants à la même heure. M. le Dr Jardin fera, les vendredis, un cours d'examen chimique et microscopique des urines. — M. Mallez fait en outre les jeudis, vendredis et samedis, à 8 heures du soir, à l'École pratique, un cours sur les maladies des voies urinaires avec projections photo-micrographiques de l'anatomie pathologique de l'appareil urinaire.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr H. PICARD commencera le lundi 17 novembre, à 8 h. du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, un cours complet sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Ce cours comprendra 25 leçons.

Maladies des voies urinaires. — M. le dr Dubuc fera un cours complet de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. Affections de l'urèthre, de la prostate, de la vessie; affection calculeuse et lithotritie. Ce cours comprendra 35 leçons environ aura lieu les mardi et eudi à 5 heures, amphithéâtre n° 3, de l'École pratique.

Maladies des voies urinaires. — M. Langlebert fera son cours à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, les mardis et samedis, à 8 heures.

Electricité médicale. — M. Apostoli fera un cours tous les mercredis, à 2 heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Electrologie médicale. — M. le Dr A. Tripier. Consultations et conférences cliniques sur la pathologie nerveuse et la gynécologie au dispensaire de la rue Christine, n° 17, les mardis, jeudis et samedis, à midi. Cours d'électrologie tous les samedis à une heure, du premier samedi de février au dernier samedi de juin. Il sera traité cette année des applications chirurgicales de l'électricité.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Premier semestre. — Les cours de la Faculté s'ouvriront le lundi 8 novembre 1880, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. — Les mercredis et vendredis, à 10 heures et demie. M. Chasles, professeur. M. Darboux, suppléant, ouvrira ce Cours le mercredi 10 novembre. Il traitera des surfaces du quatrième ordre ayant des points multiples ou des lignes multiples et en particulier de la surface des ondes.

Calcul différentiel et intégral. — Les lundis et jeudis, à 8 heures et demie. M. J. A. Serret, professeur. M. Bouquet, professeur de la Faculté, suppléant, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il traitera du *Calcul différentiel et du calcul intégral.*

Mécanique rationnelle. — Les mercredis et vendredis, à 8 heures et demie. M. Liouville, professeur. M. Tisserand, suppléant, ouvrira ce cours le mercredi 10 novembre. Il traitera de la *composition des forces* et des lois générales de l'*équilibre* et du *mouvement.*

Astronomie mathématique et mécanique céleste. — Les mardis et samedis, à 10 heures et demie. M. Puiseux, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il exposera la théorie des pertubations du mouvement des planètes; il traitera spécialement du calcul des inégalités à longues périodes.

Calcul des probabilités et physique mathématique. — Les lundis et jeudis, à 10 heures et demie. M. Briot, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 11 novembre. Il traitera de la Théorie des fonctions périodiques et de leur application à des questions de physique mathématique. Il traitera spécialement dans le second semestre de la théorie mécanique de la chaleur.

Mécanique physique et expérimentale. — Les mardis et samedis, à 8 heures et demie. M. Bouquet, professeur. M. Tannery, suppléant, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera de la cinématique et de ses applications à la théorie des machines.

Physique. — Les mardis et samedis, à 1 heure et demie. M. P. Desains, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications.

Chimie. — Les lundis et jeudis, à 1 heure. M. H. Sainte-Claire-Deville, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 11 novembre. Il exposera les lois générales de la chimie; il fera l'histoire des métalloides.

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. — Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. de Lacaze-Duthiers, professeur, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre. Il traitera de la première partie du cours de zoologie comprenant l'histoire des vertébrés.

Physiologie. — Les lundis et jeudis, à 3 heures et demie. M Paul Bert, professeur. M. Dastre, suppléant, ouvrira ce cours le lundi 8 novembre. Il étudiera les phénomènes chimiques de la nutrition et la physiologie des organes des sens.

Minéralogie. — Les mercredis et vendredis, à 1 heure et demie. M. Friedel, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 10 novembre. Il étudiera les caractères généraux des minéraux el les principales espèces minérales.

Cours Annexe.

Chimie biologique. — Les mardis et jeudis à 2 heures et demie M. Duclaux, maître de conférences, ouvrira ce cours le mardi 9 novembre, dans l'amphithéâtre de mathématiques. Il étudiera les ferments solubles produits soit par les ferments figurés, soit par l'organisme.

Conférences.

Les conférences commenceront le lundi 15 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques. — M. Lemonnier, répétiteur à l'école des Hautes Etudes, fera des conférences sur le calcul différentiel et intégral, les mercredis et samedis, à 3 heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques. — M. Goursat, chargé des fonctions de maître de conférences, fera des conférences sur la mécanique, les lundis et vendredis, à 3 heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques.

Sciences physiques. — M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. Lippmann, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin ; ces conférences auront lieu les mardis et samedis, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques. — M. Jannetaz, maître de conférences, fera des conférences sur la Minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie. — M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de Chimie analytique, les mardis et samedis à 10 heures et demie, au laboratoire de la rue Gerson, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Sainte-Claire-Deville et Troost. — M. Salet, maître de conférences, fera, les mercredis et vendredis, dans son laboratoire, à 3 heures et demie, des conférences sur différents points de chimi- indiqués par M. le professeur Wurtz. — M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie : les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures ; — Les manipulations pour la licence, les mercredis et jeudis à 9 heures.

Sciences naturelles. — M. J. Chatin, maître de conférences, fera les mercredis et vendredis, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de mathé mathiques, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux, indiqués par le professeur Milne-Edwards. — M. Joliet, maître de conférences, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, les mardis, à 8 heures du soir, et les mercredis et vendredis, à 2 heures, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers. — M. Velain, maître de conférences fera, les lundis et jeudis, à 1 heure, au laboratoire de géologie, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains.

Jours et heures des cours.

Lundis : MM. Bouquet, 8 h. 1/2; Mouton, 9 h.; Briot, 10 h. 1/2; H. Sainte-Claire-Deville, 1 h.; Velain, 1 h.; Goursat, 3 h ; Dastre, 3 h. 1/2.

Mardis : MM. Tannery, 8 h. 1/2; Jannetaz, 8 h. 1/2; Puiseux, 10 h. 12; Joly, 10 h. 1/2; P. Desains, 1 h. 1/2; Duclaux, 2 h. 1/2; de Lacaze-Duthiers, 3 h. 1/2; Lippmann, 4 h.; Joliet, 8 h. du soir.

Mercredis : MM. Tisserand, 8 h. 1/2; Mouton, 9 h. ; Riban, 9 h.; Darboux, 10 h. 1/2; Chatin, 10 h.; Friedel, 1 h. 1/2; Joliet, 2 h.; Lemonnier, 3 h.; Salet, 3 h. 1/2.

Jeudis : MM. Bouquet, 8 h. 1/2; Mouton, 9 h.; Riban, 9 h.; Briot, 10 h. 1/2; H. Sainte-Claire-Deville, 1 h.; Velain, 1 h.; Duclaux, 2 h. 1/2; Dastre, 3 h. 1/2.

Vendredis : MM. Tisserand, 8 h. 1/2; Mouton, 9 h.; Darboux, 10 h. 1/2; Chatin, 10 h.; Friedel, 1 h. 1/2; Joliet, 2 h,; Goursat, 3 h. ; Salet. 3 h. 1/2.

Samedis : MM. Tannery, 8 h. 1/2; Jannetaz, 8 h. 1/2; Puiseux, 10 h. 1/2; Joly, 10 h. 1/2; P. Desains, 1 h. 1/2; Lemonnier, 3 h.; de Lacaze-Duthiers, 3 h. 1/2; Lippmann, 4 h.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'Algèbre supérieure, par M. Hermite ; — de calcul intégral, par M. Bouquet ; — d'astronomie physique, par M. O. Bonnet ; — de mécanique, par M. Tisserand ; — de physique mathématique, par M. Briot ; — de mécanique physique et expérimentale, par M. Tannery ; — la seconde partie du cours de physique, par M. Jamin ; — la seconde partie du cours de chimie, par M. Troost ; — la chimie organique, par M. Wurtz ; — le cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. Milne-Edwards ; — le cours de botanique, par M. Duchartre ; — le cours de géologie, par M. Hébert ; — cours annexe : physique céleste, M. Wolf, chargé du cours.

Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté et consigner en même temps les droits de ces grades; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions.

Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront : l'une le 10 juillet 1881 ; l'autre, le 25 octobre 1881. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. — Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en novembre 1880 ; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1881. Les candidats sont tenus de s'inscrire et de consigner en même temps à la Faculté les droits de ce grade. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Laboratoire de physiologie. — Directeur : M. le professeur Bert ; directeur-adjoint : Dr Regnard ; préparateurs : MM. Laffont et Blanchard. Le laboratoire de physiologie de la Sorbonne est un laboratoire d'enseignement. Tous les étudiants sont admis à prendre part

sans aucuns frais), aux exercices pratiques. Pendant trois mois des conférences sont faites, dans lesquelles on répète les expériences classiques contenues dans les programmes d'examens et de concours. — De même qu'il est impossible de savoir la médecine sans aller à l'hôpital et l'anatomie sans aller disséquer, de même on ne peut savoir un peu de physiologie qu'en faisant quelques expériences. Nous ne saurions donc trop engager les étudiants à se rendre aux conférences de la Sorbonne dès que l'affiche apposée à la Faculté annoncera leur ouverture. Ils verront que telle théorie qu'ils auraient mal apprise par cœur dans quelque Manuel, leur restera profondément gravée dans la mémoire quand ils auront vu de leurs yeux les faits qui lui ont donné naissance. De plus, la vivisection donne l'habitude des opérations sanglantes et constitue un exercice de médecine opératoire qui n'est pas à dédaigner. Nous terminerons en disant que le laboratoire de M. Bert est ouvert libéralement à quiconque veut faire quelque recherche et à tout étudiant qui prépare sa thèse.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE

ANNÉE 1880-1881. — SEMESTRE D'HIVER.

ANTHROPOLOGIE LINGUISTIQUE. — M. A. Hovelacque membre du Comité central de la Société d'Anthropologie mercredi 17 novembre à 4 heures et les mercredis suivants. *Origine et répartition géographique des langues.*

ETHNOLOGIE.—M. Dally, ancien Président de la Société d'Anthropologie, le vendredi 19 novembre à 4 heures et les vendredis suivants: *Description des races humaines, leur répartition géographique, leur origine, leur filiation et leur évolution.*

GÉOGRAPHIE MÉDICALE. — M. Bordier, Secrétaire de la Société d'Anthropologie. Samedi 20 novembre à 4 heures et les samedis suivants : Géographie médicale et pathologie comparée des races humaines; aptitudes et immunités pathologiques ; influence de la race sur la production, la marche et la répartition des maladies.

Le Cours de Démographie de M. Bertillon, ancien président de la Société d'Anthropologie, aura lieu pendant le semestre d'été, il sera annoncé par une affiche spéciale.

ANTHROPOLOGIE PRÉHISTORIQUE.—M. Gabriel de Mortillet, ancien président de la Société d'Anthropologie, attaché au musée de Saint-Germain. Le lundi 15 novembre à 4 heures et les lundis suivants *Origines de l'humanité; question de l'homme tertiaire; l'homme fossile ou quaternaire.*

ANTHROPOLOGIE BIOLOGIQUE. — M. Paul Topinard, Directeur adjoint du laboratoire d'Antropologie de l'école des hautes études. Le lundi 15 novembre à 5 heures et les lundis suivants ; *l'Anthropologie sur le vivant.* Le professeur présen tera cette année des tableaux d'ensemble de toutes les matières de son programme.

ANTHROPOLOGIE ANATOMIQUE. — M. Mathias Duval, agrégé de la faculté de médecine, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts. Mardi 16 novembre à 5 heures et les mardis suivants : *Anthropogénie et embryologie comparée des vertébrés.* Le professeur étudiera cette année *les origines embryonnaires du cerveau.*

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881. — *Premier semestre.*

Le registre des inscriptions a été ouvert le 21 octobre. L'ouverture des cours est fixée au 5 novembre. — Directeur honoraire, M. BUSSY. — Professeur honoraire, M. BERTHELOT.

Zoologie. M. A. MILNE-EDWARDS, mardi, jeudi et samedi, à midi. — Le professeur exposera les caractères généraux des différents groupes du règne animal, et il insistera particulièrement sur ceux qui comprennent des espèces utiles à la pharmacie.

Histoire naturelle des médicaments. M. PLANCHON, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. — Étude des médicaments simples fournis par les dicotylédonnes gamopétales et polypétales.

Chimie générale. M. RICHE, mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. — Après avoir donné les généralités de chimie générale, le professeur traitera spécialement des métalloides.

Physique. M. LE ROUX, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 3/4. — Le professeur traitera de l'hydrostatique, de la pesanteur, des propriétés générales de la matière, du magnétisme et de l'électricité.

Pharmacie galénique. M. BOURGOIN, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 8 h. 1/2. — Le professeur traitera des principaux groupes de médicaments au double point de vue de la forme pharmaceutique, de la composition chimique et des principales falsifications; il fera l'histoire des médicaments externes.

Botanique cryptogamique. M. MARCHAND, agrégé libre, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 3/4. — Le professeur exposera les caractères généraux des différents groupes de plantes cryptogames en insistant sur les caractères fournis par l'organogénie, l'anatomie et la physiologie.

Travaux pratiques. 1re année. *Chimie.* M. MOISSAN, maître de conférences et chef de travaux. — 2e année. *Chimie.* M PERSONNE, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques. — 3e année. M. GÉRARD, maître de conférences et chef des travaux. Lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 heures.

Résumé et heure des cours du 1er semestre. Lundis : MM. PLANCHON, 4 h. 1/2; LEROUX, 9 h. 3/4; BOURGOIN, 8 h. 1/2. — Mardis : MM. A. MILNE-EDWARDS, midi; RICHE, 8 h. 1/2 : MARCHAND, 9 h.3/4. — Mercredis : MM. PLANCHON, 4 h. 1/2; LEROUX, 9 h. 3/4; BOURGOIN, 8 h. 1/2. — Jeudis : MM. A. MILNE-EDWARDS, midi; RICHE, 8 h. 1/2; MARCHAND, 9 h. 3/4. — Vendredis : MM. PLANCHON, 4 h. 1/2; LEROUX, 9 h. 3/4; BOURGOIN, 8 h. 1/2. — Samedis : A. MILNE-EDWARDS, midi; RICHE, 8 h. 1/2; MARCHAND, 9 h. 3/4.

Second semestre commençant le 4 avril 1881.

Botanique phanéroganique (1). M. CHATIN, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi. — Le professeur s'occupera plus spécialement cette année de la botanique systématique.

Toxicologie. M. BOUIS, professeur, lundi, mercredi et vendredi. — Le professeur traitera des généralités et exposera les procédés de recherche des divers poisons minéraux. Il s'occupera ensuite des gaz et des anesthésiques, des acides organiques, des alcaloides et des diverses matières toxiques végétales ou animales. Il terminera par les applications du microscope et du spectroscope à la recherche des taches de sang, etc.

Pharmacie chimique. M. BAUDRIMONT, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. — 1re année. Le professeur traitera des éléments chimiques et de leurs combinaisons binaires inorganiques usités en pharmacie.

Cimie organique. M. JUNGFLEISCH, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2. — 1re année. Le professeur, après avoir traité des généralités, fera l'histoire des carbures d'hydrogène, des alcools et des éthers.

Chimie analytique. M. PERSONNE, professeur. mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. Le professeur traitera de l'analyse générale qualitative et quantitative; il insistera plus particulièrement sur l'emploi des réactifs dans l'analyse qualitative par la voie humide et la voie sèche.

Hydrologie et histoire des minéraux. M. BOUCHARDAT, agrégé, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2. — Notions de géologie. Caractères physiques et chimiques des minéraux. Classification et analyse des eaux minérales.

COURS COMPLÉMENTAIRES. *Travaux pratiques.* M. MOISSAN, maitre de conférences et chef des travaux, lundi, mercredi, vendredi, de midi à 4 heures. — 2e année. *Chimie.* M. PERSONNE, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques, lundi, mercredi, vendredi, de midi à 4 h. — 3e année. *Botanique.* M. GÉRARD, maître de conférences et chef des travaux, mercredi, vendredi, de midi à 4 heures. *Physique.* M. LE ROUX, professeur, lundi, de midi à 4 heures.

Le registre des inscriptions aux cours de l'École sera ouvert du 20 octobre au 6 novembre. Les élèves devront y inscrire eux-mêmes leurs nom, prénoms, âge et lieu de naissance.

Pour les volontaires d'un an sortants, le registre restera ouvert jusqu'au 15 novembre.

Le même registre sera ouvert de nouveau, pour le renouvellement des inscriptions, pendant les quinze premiers jours de chaque trimestre de l'année scolaire.

Les élèves antérieurement inscrits ne peuvent prendre une première inscription de semestre qu'après avoir satisfait à l'examen du semestre précédent, et mérité de bonnes notes aux travaux pratiques.

Tout élève qui se présente pour prendre *sa première* inscription est tenu de déposer entre les mains du secrétaire agent comptable :

1° Le certificat d'examen de validation de stage;

2° Son acte de naissance;

3° Le diplôme de bachelier ès sciences complet, ou celui de bachelier ès lettres pour l'inscription de première clesse, pour l'inscription de seconde classe, le cer ificat d'examen de grammaire, conformément au décret du 14 juillet 1875;

4° S'il est mineur, le consentement, en forme régulière, de son père ou tuteur l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques;

5° L'indication de son domicile à Paris et celle du domicile de ses père, mère ou tuteur;

6° Si l'élève réside dans une officine, l'autorisation à lui accordée par le pharmacien de suivre les cours de l'école. L'élève ne pourra compter comme stage en pharmacie le temps correspondant à ses inscriptions scolaires et réciproquement.

Par décret des 12 juillet et 31 août 1878, les conditions d'examens pour les diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classes ont été modifiées à partir du 1er novembre 1879.

(1) La leçon du samedi sera remplacée par une conférence au Muséum d'histoire naturelle, ou par une herborisation le dimanche.

Ces décrets créent d'ailleurs un diplôme supérieur de pharmacie qui pourra s'obtenir après une 4e année d'étude validée, et une thèse originale acceptée par l'École. Le diplôme supérieur est équivalent au doctorat ès sciences pour l'agrégation et le professorat dans les Écoles et les Facultés mixtes.

Conformément aux prescriptions légales, un registre spéciale est toujours ouvert à l'École de pharmacie pour recevoir les inscriptions relatives au stage en pharmacie. Les élèves soumis au décret du 14 juillet 1875 doivent produire le certificat spécial en prenant la 1re inscription de stage. Tout certificat de stage non appuyé de l'inscription légale sera considéré comme nul.

Travaux pratiques. — Les élèves, en prenant leur inscription trimestrielle, acquittent par quart le droit de 100 francs afférent aux travaux pratiques de l'année scolaire et le droit de bibliothèque de 10 francs.

Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions pourront, sur leur demande écrite, être admis par le directeur à prendre part de nouveau à telle ou telle série de travaux pratiques moyennant le paiement du droit fixe de 40 francs par année scolaire, pour les frais matériels; ce droit est payable en un seul terme.

La Bibliothèque de l'École est ouverte tous les jours, de 11 heures à 4 heures. La salle des Collections est ouverte tous les jours aux mêmes heures.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques à l'Institut, tous les lundis à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes, celle des *sciences mathématiques,* dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections, et celle des *sciences physiques* qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie; — minéralogie; — botanique; économie rurale; anatomie et zoologie; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français ou étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncées en temps opportun dans le *Progrès médical.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

La *Société de biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 heures, rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Les travaux de la Société embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, la physiologie pathologique, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine, qui ont déjà plusieurs années d'études, ont intérêt à suivre les séances de cette Société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de l'école et leurs maîtres dans les hôpitaux, des hommes tels que M. Berthelot, Paul Bert, Ranvier, Rouget, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les deux ans la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard,* qui est de la valeur de 500 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'*Académie de médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, à 3 heures. Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10; pathologie médicale, 13; pathologie chirurgicale, 10; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10; médecine opératoire, 7; anatomie pathologique, 7; accouchements, 7; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10; médecine vétérinaire, 6; physique et chimie médicales, 10; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux,* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100, celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante :

1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale, — thérapeutique et histoire naturelle, — anatomie pathologique. — hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50; étrangers, 25); — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, — accouchements (correspondants nationaux, 24; étrangers, 12); 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6; étrangers, 3); — 4° Physique et chimie médicales; pharmacie (correspondants nationaux, 20; étrangers, 10).

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et, enfin, discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire, M. Briau; bibliothécaire-adjoint, M. Dureau.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et samedis à midi et demi. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service, M. Blot. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Hardy.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressées à M. le secrétaire perpétuel au siége de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours de 10 heures à 3 heures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Cette *Société,* l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. — Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *Prix Godard.* Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Le *Progrès Médical* publie le compte rendu officiel des séances de cette Société. Les étudiants qui liront ces comptes rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La *Société de chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. La plupart de ses membres appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires. — La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. — Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant remplis les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. — Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. — Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. — Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêt d'une somme de 10,000 fr.) La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance. Les prix Gerdy et Demarquay seront donnés en 1882. Les sujets de ces prix sont : *Prix Gerdy* : Réunion immédiate. Histoire et doctrine; — *Prix Demarquay* : Influence de la contusion sur le développement des tumeurs. Les mémoires devront être déposés avant le 31 octobre 1881. — Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, dans la salle des séances de la société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures et demie. Les membres de cette société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent le point de départ de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets à l'ordre du jour. En outre, tous les trois mois, le secrétaire général, M. Ernest Besnier, lit des rapports fort bien faits sur les maladies régnantes dans le trimestre précédent. Les comptes-rendus des séances sont publiés chaque année.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

La *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle,* fondée depuis quatre ans pour étudier et vulgariser toutes les ques-

tions relatives à l'hygiène publique et privée, à l'épidémiologie, à la police sanitaire, à la pathologie professionnelle, tient ses séances, 3, rue de l'Abbaye, le quatrième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir. Ses travaux sont publiés chaque mois par la *Revue d'Hygiène*; et réunis en 1 volume à la fin de chaque année.

Le nombre des membres de cette société, déjà considérable, est illimité. Les médecins, les architectes, les ingénieurs, les industriels, les économistes, tous ceux enfin dont les travaux touchent aux grandes questions d'hygiène publique et sociale sont admis à en faire partie.

Tout ce qui concerne la société doit être adressé au secrétaire général : Dr Henri Napias, 68, rue du Rocher (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice, dans la salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

Ces séances constituent de très intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants aussi bien que les médecins, trouveraient grand intérêt à assister. Les séances sont publiques. Déjà la Société a fait paraître 6 volumes de bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Cette Société a organisé pendant l'Exposition un *Congrès international de médecine légale*, dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux ont été publiés en un volume distinct des Bulletins de la Société et imprimé à l'imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce.

Le *Progrès médical* a l'habitude de publier l'ordre du jour de chaque séance dans le n° qui la précède.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE, D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société d'anthropologie* (1er et 3e jeudi de chaque mois), la *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3.

Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 1er et le 3e vendredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les Sociétés d'arrondissement, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Année scolaire 1880-1881 (semestre d'hiver).

Cours des professeurs.

Opérations et appareils. — M. Bouisson, professeur, doyen honoraire. — Mardi, jeudi et samedi à 9 heures 1/2. — Opérations qui se pratiquent sur la face, spécialement sur les lèvres, la cavité buccale, la langue, les amygdales, le voile du palais, l'appareil salivaire, etc. — Dans une seconde partie, exposition des opérations exigées par les maladies du larynx.

Pathologie externe. — M. Boyer, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi à 3 heures. — *Première partie.* — Des diathèses au point de vue chirurgical. Art. 1er. Des diathèses en général. Art. 2. Des diathèses en particulier (Syphilitique, scrofuleuse, cancéreuse, psorique, rhumatismale et goutteuse). Art. 3. Lésions diathésiques dans les divers tissus et les différents organes (peau et muqueuse dans la continuité, dans les articulations), systèmes fibreux et musculaire, nerveux (central et périphérique), viscères. — *Deuxième partie.* Affections constitutionnelles non diathésiques.

Anatomie. — M. Benoit, doyen, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. — Enseignement des diverses branches de l'anatomie humaine. — Le professeur confiera au chef des travaux anatomiques et au prosecteur les démonstrations qui seront nécessaires pour compléter le cours.

Anatomie pathologique et histologie. — M. Estor, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi à 5 heures. — Anatomie pathologique des organes de la circulation. — Histologie normale et anatomie pathologique des organes de la digestion.

Chimie. — M. Engel, professeur. — Mardi, Jeudi et samedi à 4 heures. — Etude des métalloïdes.

Pathologie interne. — M. Castan, professeur. — Mardi, jeudi et samedi à 2 heures. — Etude des maladies des organes de la circulation.

Cours complémentaires.

Anatomie. — M. Bimar, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. — Complément du cours du professeur : névrologie et organes des sens.

Anatomie. — M Grynfeltt, agrégé, chargé des fonctions de prosecteur. — Mardi, jeudi et samedi à 1 heure. — Ostéologie, syndesmologie et myologie.

Histoire naturelle et zoologie médicale. — M. Jacquemet, agrégé. — Mardi, jeudi et samedi à 3 heures. — Animaux utiles, animaux nuisibles : — Applications thérapeutiques,

Physiologie. — M. Lannegrace, agrégé. — Lundi, mercredi et vendredi à 5 heures. — Echanges de la matière et de l'organisme : — 1° Sang : propriétés, développement; 2° Circulation : fonctions du cœur, des artères, des veines; 3° Sources de gain et de perte pour le sang respiration, digestion, absorption, sécrétions et excrétions.

Physique médicale. — M. de Girard, agrégé. — Lundi, mercredi et vendredi à 1 heure. — Pesanteur et chaleur.

Cliniques.

Clinique interne. — MM. Dupré et Combal, professeurs. — Visite tous les jours à 7 heures. — Hôpital Saint-Eloi.

Clinique externe. — MM. Courty et Dubrueil, professeurs. — Visite tous les jours à 7 heures. — Hôpital Saint-Eloi. — M. Dubrueil fera tous les samedis, pendant les mois de mars, avril, mai, juin 1881, une conférence sur un sujet d'orthopédie.

Clinique d'accouchements. — M. Dumas, professeur. — Visite tous les jours à 9 heures. — Hôpital Saint-Eloi. — MM. les élèves sont admis par séries aux accouchements.

Clinique des maladies nerveuses et mentales. — M. Cavalier, professeur. — Visite tous les jours à 9 heures. — Asile des aliénés.

Clinique des maladies des enfants. — M. Battle, chargé des cours. — Visite tous les jours à 7 heures 1/2. — Hôpital général.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Gayrand, chargé de cours. — Visite tous les jours à 7 1/2. — Hôpital général et Hôpital Saint-Eloi (alternativement).

Clinique des maladies des vieillards. — M. Grasset, chargé de cours. — Visite tous les jours à 7 heures 1/2. — Hôpital général.

Travaux pratiques.

Anatomie. — M. Benoit, doyen, professeur ; M. Bimar, chef des travaux; M. Grynfeltt, agrégé, chargé des fonctions de prosecteur. — Tous les jours de 8 heures du matin à 9 heures du soir. — Dissections à l'amphithéâtre.

Physique. — M. Moitessier, professeur ; M. Ville, chef des travaux. — Lundi, mercredi et vendredi de 8 à 11 heures du matin. — Exercices de physique médicale.

Cours du semestre d'été.

Accouchements. — M. Dumas, professeur.

Botanique et Histoire naturelle médicale. — M. Martins, professeur.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Cavalier, professeur.

Physique médicale. — M. Moitessier, professeur.

Médecine légale. — M. Jaumes, professeur.

Hygiène. — M. Bertin, professeur.

Histoire de la médecine. — M. Hamelin, agrégé, chargé de cours.

Physiologie. — M. N.

Thérapeutique et matière médicale. — M. N.

Cours complémentaires.

Histologie et anatomie pathologique. — M. Carrieu, agrégé.

Pathologie médicale. — M. Mairet, agrégé.

Pathologie chirurgicale. — M. Roustan, agrégé.

Chimie médicale. — M. de Girard, agrégé.

Collections de la Faculté.

Le *Musée anatomique* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 heures.

Le *Conservatoire du Jardin des Plantes* est ouvert aux élèves tous les jours de midi à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 4 heures, excepté le mercredi, et tous les soirs, de 7 heures 1/2 à 9 heures 1/2.

Division des études (semestre d'hiver).

Première année.

Chimie : Cours du professeur. — *Physique* : Travaux pratiques, cours complémentaire. — *Histoire naturelle* : Cours complémentaire. — *Anatomie* : Cours du prosecteur.

Deuxième année.

Anatomie : Cours du professeur, cours du chef des travaux, cours

du prosecteur, dissections. — *Anatomie pathologique et histologie* : Cours du professeur. — *Physiologie* : Cours complémentaire. — *Cliniques* : (Facultatives).

Troisième année.

Anatomie : Cours du professeur, cours du chef des travaux, dissections.— *Anatomie pathologique et histologie* : Cours du professeur.— *Opérations et appareils* : Cours du professeur.— *Physiologie* : Cours complémentaire. — *Pathologie externe* : Cours du professeur. — *Pathologie interne* : Cours du professeur. — *Cliniques*.

Quatrième année.

Opérations et appareils : Cours du professeur. — *Pathologie externe* : Cours du professeur. — *Pathologie interne* : Cours du professeur. — *Cliniques*.

Dispositions réglementaires.

Pour être admis à s'inscrire, l'*étudiant qui aspire au grade de Docteur* doit déposer au Secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° s'il est mineur, l'autorisation de ses père, mère ou tuteur; les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint ou complet, ou au moins *provisoirement* des certificats d'admission à ces deux grades.

Les *aspirants au titre d'officier de santé* sont dispensés de produire les deux diplômes ci-dessus; mais ils doivent être âgés de 17 ans, et, à défaut de diplôme d'un degré supérieur, présenter le certificat de grammaire exigé par l'art. 6 de l'arrêté du 23 novembre 1854. Les inscriptions d'officier de santé ne seront plus, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat pour les élèves en cours d'études; néanmoins, cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. (Art. 6 du décret du 20 juin 1878.)

Les inscriptions doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet, et elles ne sont valables qu'autant qu'elles sont régularisées, dans la dernière quinzaine de chaque trimestre, par la signature des élèves, sur le registre des présences. L'élève dont les parents ne résident pas à Montpellier, doit y avoir un correspondant agréé par l'administration de la Faculté.

Les examens de fin d'année (ancien régime) des élèves qui ont été ajournés, ou qui ont obtenu une autorisation de les subir à la rentrée, ont commencé le lundi 25 octobre courant.

Les examens pour l'obtention du certificat de grammaire, que doivent fournir les aspirants au titre d'officier de santé, ont eu lieu le jeudi 6 novembre, à huit heures du matin, dans une des salles du lycée. MM. les étudiants recevront, en s'inscrivant, une brochure leur faisant connaître toutes les dispositions réglementaires qui peuvent les intéresser.

Sociétés savantes.

Académie des sciences et lettres de Montpellier, dont une section de médecine (vingt membres).

Société de médecine et de chirurgie pratique. — Société de professeurs, d'agrégés, de médecins de la ville, d'internes, etc.

Société médicale d'émulation. — Sociétés d'élèves. Président : M. le professeur Jaumes ; vice-présidents : MM. Hamelin et Grasset, agrégés. Tous les élèves ayant huit inscriptions peuvent y être admis sur leur demande. Chaque élève, à tour de rôle, lit un mémoire clinique avec des observations. Ce mémoire est l'objet d'une argumentation régulière par trois autres membres désignés et puis d'une discussion générale. Les séances sont publiques. La Société décerne tous les ans deux prix au meilleur mémoire présenté : 1° par les élèves ayant moins de douze inscriptions; 2° par les élèves ayant plus de douze inscriptions,

Bibliothèque et Collections.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours de midi à 4 heures et le soir de 7 heures et demie à 9 heures et demie. — Le dernier numéro de tous les journaux reçus est sur la table à la disposition de tout le monde. On peut demander les journaux de l'année non encore reliés. — *Bibliothécaire* : M. le Dr Gordon. — *Sous-bibliothécaire* : M. le Dr Coste.

Conservatoire; musée anatomique. — Le Conservatoire est ouvert tous les jours aux élèves, de midi à 5 heures. Conservateur : M. Grynfeltt, agrégé.

Jardin botanique. — Le Jardin botanique et le Conservatoire botanique sont ouverts aux élèves tous les jours de 11 heures à 4 heures. — Directeur du Jardin des plantes : M. le professeur Martins ; conservateur : M. Barraudon.

Journaux scientifiques. — Montpellier médical. — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier.

Montpellier, 23 octobre 1880.

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

Les cours complémentaires faits par les agrégés vont recevoir cette année une extension considérable. C'était là une lacune dans notre enseignement, il est très heureux de la voir ainsi comblée. On parle de cours complémentaires d'*accouchements* (il n'y a ici qu'une chaire pour la clinique obstétricale et pour les accouchements), de *pathologie interne*, de *pathologie externe* (chacun de ces enseignements n'a qu'une chaire), de *thérapeutique*, etc.

Le principal perfectionnement à vous signaler pour l'année scolaire qui vient de s'écouler, c'est l'organisation complète et le fonctionnement régulier des *travaux pratiques* obligatoires pour les élèves. Non seulement en chimie et en physique, mais en histologie et en physiologie, les écoles pratiques ont été régulièrement suivies et soigneusement dirigées par le professeur et le chef des travaux.

Les laboratoires affectés à ces études ont été très bien installés. A nos anciens laboratoires d'enseignement se sont joints un institut et un laboratoire d'hygiène. Et le futur professeur de thérapeutique (M. Fonssagrives, vient d'être admis à faire valoir ses droits à la retraite), pourra installer un laboratoire dans les locaux qui deviendront surtout très suffisants dès que les services de physique et de chimie seront transférés dans le nouvel institut.

En somme, notre outillage expérimental se perfectionne et se complète tous les jours. Et je crois savoir que M. le professeur Charcot et M. le professeur Virchow, qui ont honoré notre Faculté de leur visite cet été, ont été satisfaits de l'installation qu'ils ont trouvée.

Un grand nombre de concours vont avoir lieu à la rentrée : pour cinq places de chef de clinique (médicale, obstétricale, des vieillards, des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées); pour trois places de chef des travaux (histologiques, physiologiques, anatomiques); pour plusieurs places d'aides (de physique, de chimie, d'histologie, d'anatomie, etc.) Les places d'internes mises annuellement au concours vont être doublées, et on est sur le point d'organiser l'externat, comme à Paris et à Lyon, pour le recrutement de l'internat.

Cinq nouveaux agrégés vont entrer en fonctions au 1er novembre : MM. Mossé, Moriez et Regimbeau, pour la médecine; Tédenat, pour la chirurgie; Dumas, pour les accouchements. On donne comme certaine la création prochaine d'une chaire de *clinique des maladies mentales et nerveuses*, pour laquelle M. le professeur Cavalier, médecin en chef de l'Asile, est tout naturellement désigné. Seulement, on ajoute qu'on ne déclarera pas vacante la chaire de *pathologie générale* actuellement occupée par ce professeur.

La pathologie générale ne serait plus enseignée que par un chargé de cours, et cet enseignement annexe remplacerait celui d'*histoire de la médecine*.

Je crois que ce serait là une détermination regrettable. Cette déchéance de la pathologie générale me paraitrait une concession déplacée aux ennemis de tout enseignement synthétique. Aimant plus que personne les laboratoires et les cliniques, je crois la pathologie générale ou synthétique d'autant plus nécessaire que l'analyse se multiplie davantage et devient plus féconde.

De plus, la Faculté de Montpellier me paraissait devoir être la dernière à être privée de l'enseignement magistral de la pathologie générale. En tout cas, il y aura probablement dans le cours de l'année qui s'ouvre deux chaires à pourvoir dans notre Faculté : la chaire de *thérapeutique et matière médicale*, laissée libre par la retraite de M. Fonssagrives; et la chaire de *physiologie*, laissée libre par la nomination de M. Rouget, au Muséum. Deux lourdes successions à recueillir!

Tels sont, M. le Directeur, les principaux faits à signaler dans notre Faculté, qui continue à travailler de son mieux et qui semble n'avoir point perdu d'élèves, malgré la multiplication des Facultés de médecine et malgré les événements regrettables dont elle a été le théâtre à la fin de l'année dernière.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Cliniques, Cours et Exercices pratiques.

Cliniques.— Clinique chirurgicale : M. Rigaud, professeur, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon), 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique chirurgicale : M. Michel, professeur, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon), 2e, 3e, 4e années d'études. — Clinique médicale : M. Victor Parisot, professeur, à l'hôpital Saint-Charles, 2e, 3e et 4e années d'études, — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital Saint-Charles, 2e, 3e et 4e années d'études. — Clinique obstétricale et gynécologique : M. Herrgott, professeur, à la Maison de Secours, 4e année d'études. — Clinique ophthalmologique : M. Heydenreich, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles, 3e et 4e années d'études.— Clinique des maladies des vieillards : M. Demange, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, 3e et 4e années d'études. — Clinique

***

des maladies syphilitiques : M. Spillmann, agrégé, à la Maison de Secours, 3e et 4e années d'études. — Clinique des maladies cutanées et scrofuleuses : M. Herrgott, agrégé, à la Maison de Secours, 3e et 4e années d'études. — Clinique des maladies mentales : M. Langlois, chargé de cours, à l'hospice de Maréville, 3e et 4e années d'études.

Semestre d'hiver. — *Cours* : Chimie médicale et Toxicologie : M. Ritter, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année d'étude. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année d'études. — Histoire naturelle médicale : M. N..., professeur, à l'amphithéâtre des Cours, 1re année d'études. — Anatomie descriptive : M. Lallement, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années d'études. — Histologie : M. Morel, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années d'études. — Anatomie et physiologie pathologiques : M. Feltz, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Pathologie externe : M. Bach, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e, 3e et 4e années d'études. — Pathologie interne : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 2e, 3e et 4e années d'études. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 3e et 4e années d'études. — Accouchements : M. Roussel, adjoint, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études.

Exercices pratiques. — Manipulations chimiques : M. Ritter, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année d'études. — Manipulations de physique : M. Charpentier, professeur, au laboratoire de physique, 1re année d'études. — Histoire naturelle et botanique : M. N..., professeur, au laboratoire de botanique, 1re année d'études. — Dissections : M. Lallement, professeur, à la salle de dissection, 2e et 3e années d'études. — Histologie : M. Morel, professeur, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années d'études. — Anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années d'études. — Conférences d'hygiène : M. Poincaré, professeur, au laboratoire d'hygiène, 3e et 4e années d'études. — Bandages et appareils : M. Heydenreich, agrégé, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon), 2e et 3e années d'études. — Méthode d'exploration médicale : M. Spillmann, agrégé, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Charles), 2e et 3e années d'études. — Dystocie et manœuvres obstétricales : M. Herrgott, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e année d'étude.

Semestre d'été. — *Cours* : Chimie médicale et toxicologie, M. Ritter, professeur, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année d'études. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année d'études. — Botanique, M. N..., professeur, à l'amphithéâtre des cours, 1re année d'études. — Anatomie : M. Lallement, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années d'études. — Physiologie : M. Beaunis, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années d'études. — Médecine opératoire : M. Gross, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 3e et 4e années d'études. — Thérapeutique et matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Hygiène : M. Poincaré, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Pathologie externe : M. Béchet, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années d'études. — Pathologie générale : M. Demange, adjoint, à l'amphithéâtre des cours, 2e et 3e années d'études. — Maladies des enfants : M. Emile Parisot, adjoint, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années d'études. — Maladies des yeux : M. Heydenreich, agrégé, à l'hôpital Saint-Charles, 3e et 4e années d'études.

Exercices pratiques. — Conférences analytiques de chimie biologique et manipulations : M. Ritter, professeur, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année d'études. — Manipulations de physique : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année d'études. — Herborisations : M. N..., professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année d'études. — Histologie normale : M. Morel, professeur, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années d'études. — Physiologie expérimentale ; M. Beaunis, professeur, au laboratoire de physiologie expérimentale, 2e et 3e années d'études. — Autopsies, anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années d'études. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, au laboratoire de médecine légale, 4e année d'études. — Conférences pratiques de médecine opératoire : M. Gross, professeur, au laboratoire d'anatomie, 3e et 4e années d'études. — Médecine opératoire : M. Chrétien, agrégé, directeur des travaux anatomiques, à l'amphithéâtre d'anatomie, 3e et 4e années d'études. — Méthode d'exploration médicale : M. Spillmann, agrégé, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (St-Charles), 2e et 3e années d'études. — Dystocie et manœuvres obtétricales : M. Herrgott, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e année d'études. — Bandages et appareils : M. Heydenreich, agrégé, à l'hôpital des cliniques de chirurgie (Saint-Léon), 2e et 3e années d'études.

Dispositions réglementaires.

Les études pour obtenir le diplôme de docteur en médecine durent quatre années pendant lesquelles les étudiants doivent prendre 16 inscriptions trimestrielles, aujourd'hui complètement gratuites.

Les aspirants au doctorat, *suivant le régime établi par le décret du 20 juin* 1878, sont tenus de produire, en prenant leur 1re inscription, les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint.

Ces élèves ont à subir cinq examens probatoires, dont les 2e, 3e et 5e sont divisés en deux parties, et à soutenir une thèse sur un sujet de leur choix. Le 1er examen est subi après la 4e inscription et avant la 5e. La 1re partie du 2e examen est subie après la 10e inscription et avant la 12e ; et la 2e partie de cet examen, après la 12e et avant la 14e inscription. Le 3e examen ne peut être passé qu'après l'expiration du 16e trimestre d'études. Les autres se subissent successivement et sans délai obligatoire.

Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le 1er examen, en novembre au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Les droits à verser sont les suivants :

16 droits de bibliothèque, à 2 fr. 50 c. l'un, ci.				40 fr.
Frais matériels de travaux pratiques.	1re année, à	15 fr.	par trimestre. . . .	60
	2e —	10	—	40
	3e —	10	—	40
	4e —	5	—	20
8 examens ou épreuves, à 55 fr. l'un, y compris 25 fr. pour le certificat d'aptitude				440
Thèse avec certificat d'aptitude et diplôme.				240

Les aspirants au doctorat, *suivant l'ancien régime*, ont à subir trois examens de fin d'année, cinq examens de doctorat, dits de fin d'études, et à soutenir une thèse.

Les examens de fin d'année se subissent après la 4e, la 8e et la 12e inscription. Les examens de doctorat se passent successivement et sans délai obligatoire, après l'expiration du 16e trimestre d'études.

Les droits à verser sont les mêmes que ci-dessus, en ce qui concerne les 16 droits de bibliothèque, les frais de travaux pratiques et la thèse :

Chaque examen de fin d'année est de 30 fr., soit pour les 3. . 90 fr.
Chaque examen de fin d'études est de 90 fr., soit pour les 5. . 450 »

Les *aspirants au titre d'officier de santé* font trois années d'études, pendant lesquelles ils doivent prendre 12 inscriptions trimestrielles gratuites. Ils ont à subir 2 examens de fin d'année et 3 examens probatoires. Les examens de fin d'année se passent : le 1er, après la 4e, le 2e, après la 8e inscription. Ils coûtent chacun 30 fr., soit 60 fr. pour les deux.

Les examens probatoires se subissent successivement et sans délai obligatoire, après l'expiration du 12e trimestre d'études.

Les candidats versent pour le 1er un droit de. . . . . . . 100 fr.
— — 2e — 110
— — 3e — 210

Ces étudiants paient les droits de bibliothèque, comme les aspirants au doctorat, mais ils ne sont pas tenus, comme ces derniers, de suivre les travaux pratiques. Si, sur leur demande, ils sont autorisés par M. le doyen à prendre part à ces travaux, ils en paient les frais.

Les aspirants au doctorat en médecine déposeront, outre leurs diplômes ou certificats d'admission à ces diplômes : 1° un extrait de leur acte de naissance, 2° un certificat de bonnes vie et mœurs, 3° le consentement de leurs parents ou tuteurs les autorisant à suivre les études médicales.

Les aspirants au titre d'officier de santé produisent, outre les trois pièces ci dessus, le certificat d'examen de grammaire.

Tous les élèves dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Nancy doivent y avoir un correspondant agréé par l'administration de la Faculté.

Les cours de la Faculté sont obligatoires pour les étudiants ; ils peuvent être suivis par des auditeurs bénévoles, qui sont tenus, en prenant leurs inscriptions sur un registre ouvert à cet effet, de produire un certificat de bonnes vie et mœurs.

Des prix afférents à chacune des quatre années d'études et proclamés à la séance solennelle de rentrée des Facultés, sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Un prix, dit d'internat, fondé par feu le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves aides de cliniques et internes.

Les parents ou tuteurs recevront un bulletin annuel, faisant connaître la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Nancy, le 25 octobre 1880.

Mon cher confrère,

A Nancy, comme ailleurs sans doute, des progrès et des réformes sont à réaliser, et pourtant on est loin de rester inactif. Nos laboratoires sont à peu près au complet, et, sans avoir attendu les circulaires officielles, les exercices pratiques y ont été de tout temps obligatoires pour tous nos étudiants. En 1878 déjà, ceux-ci étaient tenus à suivre régulièrement les dissections, les travaux pratiques dans les labora-

toires de chimie, de physique, d'histologie normale, de physiologie expérimentale, les autopsies, les exercices d'anatomie et d'histologie pathologiques, de médecine opératoire. L'année dernière de nouveaux laboratoires ont été créés ; un laboratoire d'histoire naturelle et de botanique médicales a été installé. En face de ce laboratoire, la cour de la Faculté, vaste espace jusqu'ici non utilisé, a été transformée en un jardin botanique pour les plantes médicinales, placé à la portée des élèves et près des salles de cours. Une Morgue avec salle et locaux pour les opérations de médecine légale a été annexée à nos établissements d'anatomie. Enfin un laboratoire d'hygiène vient d'être achevé et sera ouvert aux élèves à la rentrée prochaine. Il ne manque plus qu'un laboratoire pour les études pratiques de matière médicale et de thérapeutique, et il faut espérer que le professeur chargé de cet enseignement n'attendra plus longtemps une installation indispensable pour ses démonstrations. Tous nos laboratoires sont richement dotés. Nos ressources anatomiques sont considérables, environ 450 cadavres passent par an dans nos salles de dissections ou d'autopsies. Le matériel d'études ne manque donc pas aux travailleurs, et nous pouvons affirmer qu'au point de vue des études pratiques de laboratoire, nous possédons une installation à peu près complète et très satisfaisante.

Il n'en est pas encore de même pour nos cliniques, bien que des améliorations importantes aient été faites ou soient en voie d'exécution. Nos cliniques médicale, chirurgicale et ophthalmologique attendent patiemment l'achèvement du grand hôpital des cliniques. La clinique obstétricale et gynécologique est assez bien installée à la Maison de secours. Depuis un an, un agrégé est chargé d'une clinique des maladies des vieillards à l'hospice Saint-Julien. L'asile des aliénés de Maréville a accordé l'ouverture d'une clinique des maladies mentales. Mais combien de difficultés la Faculté ne rencontre-t-elle pas pour organiser les autres cliniques complémentaires! Ce n'est qu'après de longs pourparlers que l'administration préfectorale a autorisé l'installation provisoire, à la Maison de secours, de deux services cliniques, l'un des maladies cutanées et scrofuleuses, l'autre des maladies syphilitiques. La municipalité nous a généreusement ouvert ses établissements de Saint-Charles, de Saint-Léon, de Saint-Julien. Pourquoi les autres administrations, celle de l'hospice Saint-Stanislas, par exemple, n'imitent-elles pas son exemple? Nos ressources cliniques, déjà importantes, recevraient ainsi une extension notable.

Je termine ma lettre en vous signalant la situation déplorable faite à la Faculté de médecine de Nancy par l'autorité militaire : « Nos étudiants en médecine, engagés conditionnels d'un an, comme le dit le Rapport officiel du doyen de la Faculté, sont dirigés sur les hôpitaux militaires qui sont au siège des Facultés de Lille, de Paris ou de Lyon, mais aucun étudiant en médecine des autres circonscriptions ne peut choisir Nancy, parce qu'il n'y existe pas de compagnie d'infirmiers militaires. Il en résulte que nous perdons des élèves sans en recevoir, et au point de vue d'un intérêt plus général, que les ressources d'une des trois Facultés de l'Etat ne sont point suffisamment utilisées pour l'instruction des engagés conditionnels d'un an. C'est un état de choses préjudiciable à notre École et sur lequel nous avons appelé l'attention. »

Je vous le signale à mon tour, et vous prie, cher confrère, d'agréer l'assurance de mes sentiments très dévoués. X...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

PROGRAMME DES COURS. — SEMESTRE D'HIVER

OUVERTURE LE 8 NOVEMBRE 1880.

Anatomie normale. — M. PUEL, professeur, lundi, mercredi, vendredi, 4 heures, à l'amphithéâtre de dissection.

Pathologie médicale. — M. HALLEZ, professeur, mardi, jeudi, samedi, à midi, à la Faculté.

Anatomie pathologique et pathologie générale. — M. KELSCH, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à la Faculté.

Clinique médicale. — M. WANNEBROUCQ, professeur-doyen, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique chirurgicale. — PARISE, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique obstétricale. — M. PILAT, professeur, mardi, samedi, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Hygiène. — M. ARNOULD, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté.

Histoire naturelle médicale. — M. GIARD, chargé du cours, mardi, jeudi, samedi, à midi, à la Faculté.

Chimie médicale et toxicologie. — M. GARREAU, professeur, lundi, mercredi, samedi, à 11 heures, à la Faculté.

Physique médicale. — M. TERQUEM, chargé du cours, mardi, samedi, à 9 h. 3/4, à la Faculté.

Pharmacie et pharmacologie. — M. LOTAR, chargé du cours, mardi, vendredi, à 11 heures, à la Faculté.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Ophthalmologie. — M. CUIGNET, chargé du cours, lundi, vendredi, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur.

Maladies cutanées et vénériennes. — M. CASTELAIN, chargé du cours, mercredi, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur.

Maladies des enfants. — M. LOOTEN, maître de conférences, jeudi, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur.

CONFÉRENCES

Anatomie. — M. DEMON, chargé des fonctions d'agrégé, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté.

Histoire naturelle. — M. Paul HALLEZ, maître de conférences, lundi, jeudi, à midi, à la Faculté.

Physique. — M. MORELLE, maître de conférences, lundi, jeudi, à 9 h. 1/2, à la Faculté.

TRAVAUX PRATIQUES. — LABORATOIRES

Dissections. — M. DEMON, chef des travaux anatomiques, tous les jours, de 1 heure à 4 heures, à l'amphithéâtre de dissection.

Anatomie pathologique. — M. KELSCH, professeur, lundi, mercredi, vendredi, de 3 heures à 5 heures, au laboratoire de la rue Saint-Genois.

Histoire naturelle. — M. GIARD, professeur, lundi, mercredi, vendredi, de 3 heures à 5 heures, à l'Institut zoologique.

Manipulations chimiques et pharmaceutiques. — M. THIBAUT, chef des travaux chimiques, lundi, mardi, jeudi, vendredi, de 2 heures à 5 heures, au laboratoire de la rue Saint-Genois.

M. GAULARD, agrégé.

MM. BOUTEILLE, CASTELAIN, DEMON, THIBAUT, N..., chargés des fonctions d'agrégé.

M. WERTHEMER, prosecteur d'anatomie.

MM. LOOTEN, GOREZ, PATOIR, chefs de clinique.

RÉPÉTITIONS ET INTERROGATIONS

MM. DEMON, OZIL, MACHELART.

DISPENSAIRES ET CONSULTATIONS GRATUITES

AUX HOPITAUX SAINT-SAUVEUR ET SAINT-EUGÉNIE

Maladies internes, maladies des femmes et des enfants, maladies externes, maladies des yeux, aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.

Bibliothèque. — M. OZIL. La Bibliothèque est ouverte tous les jours non fériés de 2 heures à 6 heures et de 7 h. 1/2 à 9 heures.

RAPPEL DES COURS DU SEMESTRE D'ÉTÉ

Physiologie, M. MORAT.
Pathologie chirurgicale, M. FOLET.
Histologie, M. TOURNEUX.
Thérapeutique et matière médicale, M. JOIRE.
Opérations et appareils, M. PAQUET.
Clinique médicale, M. N...
Clinique chirurgicale, M. HOUZÉ DE L'AULNOIT.
Clinique obstétricale, M. PILAT.
Médecine légale, M. CASTIAUX.
Accouchements, MM. PILAT et WERTHEIMER, maître de conférences.
Physique médicale, M. TERQUEM.
Chimie médicale organique, M. LESCŒUR.
Pharmacie et pharmacologie, M. LOTAR.
Maladies nerveuses et mentales, M. BOUTEILLE.
Maladies des yeux, M. CUIGNET.
Maladies syphilitiques, M. CASTELAIN.
Maladies des enfants, M. LOOTEN.

Les inscriptions trimestrielles doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juin.

Les aspirants au doctorat doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint pour la partie mathématique (décret du 20 juin 1878).

Les aspirants au diplôme supérieur de pharmacie doivent justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès-sciences physiques ou ès-sciences naturelles et soutenir une thèse; à défaut du grade de licencié, ils ont à accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques, et à subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique et une épreuve orale sur les matières des licences ès-sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie (décret du 12 juillet et arrêté du 31 juillet 1878).

Les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier, avant de prendre la première inscription, du grade de bachelier ès-lettres ou de celui de bachelier ès-sciences complet, de 3 ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. Ils subissent un examen de fin d'année après la 4e et après la 8e inscription, et

un examen semestriel après la 10e (décret du 12 juillet 1878, arrêté du 30 décembre 1878).

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire le certificat de grammaire.

Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent produire le même certificat, et en outre justifier de trois ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial (décret du 15 juillet 1875, arrêté du 30 décembre 1878).

Lille, 23 octobre 1880.

Mon cher ami,

J'ai, cette année encore, à vous donner de bonnes nouvelles de la Faculté mixte de Lille. Le nombre des élèves s'est maintenu au chiffre approximatif de 300; et l'état stationnaire a été pour l'année scolaire qui vient de prendre fin un véritable progrès, car l'application du règlement exigeant les deux baccalauréats avant la 1re inscription devait nécessairement diminuer le nombre des *nouveaux;* cette diminution n'ayant pas modifié le chiffre d'ensemble, le recrutement est donc en progrès. Le progrès continuera, soyez-en convaincu ; d'une part les besoins de médecins sont grands dans notre région si populeuse, et d'autre part pères de famille et élèves connaissent l'encombrement de Paris, et comprennent que l'enseignement direct et pratique que donne la Faculté de Lille suffit largement à l'éducation médicale du plus grand nombre.

Et pourtant la situation matérielle laisse encore ici beaucoup à désirer. Si les cliniques sont suffisantes, malgré la trop grande place que l'on a laissé prendre à la Faculté catholique, si les cours théoriques ont un abri honorable dans les anciens locaux de l'École préparatoire, les laboratoires de physiologie, d'anatomie pathologique, de chimie et de pharmacie, ainsi que les tables de dissection, sont toujours en installation provisoire. Le provisoire, dit-on, a longue durée en France : nous pouvons heureusement en prévoir la fin, et c'est cette bonne nouvelle que vous apportera cette correspondance.

L'an passé je vous disais la lutte qui avait précédé l'adoption des projets définitifs de construction, les uns voulant des *instituts* séparés et établis sur divers points de la ville, les autres voulant réunir ces instituts sur un seul terrain assez vaste pour les contenir tous et que possédait la ville. C'est cette dernière opinion qui prévalut. Aujourd'hui, les projets sont en pleine voie d'exécution. Au centre de Lille, dans un large espace limité par de grandes voies, se construit en pleine lumière la Faculté de médecine, non toute entière, mais dans ses parties essentielles, telles que les réclame la direction nouvelle donnée aux études médicales, c'est-à-dire les laboratoires. Les bâtiments sont déjà couverts, et les services y seront installés à Pâques prochain. A cet égard Lille aura fait plus vite que Lyon et Bordeaux, et nous pouvons ajouter que ce qui sera fait sera bien fait; car tous les fonds disponibles, soit 900,000 fr., ont été appliqués aux seuls laboratoires ; la Faculté se complétera plus tard par l'adjonction des laboratoires de physique et de zoologie et des services généraux qui peuvent attendre. Bien faire ce que l'on pouvait faire, et laisser à l'avenir le soin d'achever l'œuvre, telle est la pensée qui a guidé les commissions chargées d'étudier les projets de construction.

Ce n'est pas là que s'arrêtent les travaux en cours d'exécution : la libéralité de l'État a doté l'hôpital Sainte-Eugénie d'un laboratoire de clinique pour lequel 40,000 fr. ont été alloués. Bien installé dans un bâtiment isolé, ce laboratoire s'ouvrira également pour le semestre d'été prochain.

Permettez-moi, à ce propos, de vous dire un mot de l'organisation à Lille des services des autopsies. Nous avons encore tous présent à la mémoire le souvenir de la grave querelle que souleva à Paris le projet de création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique ; la grande majorité de la Faculté et du corps médical des hôpitaux protesta contre cette perturbation qui menaçait, pensait-on, l'indépendance des chefs de service. Il ne m'appartient pas d'entrer dans la discussion ; la Faculté de Paris a cru bien faire en réclamant le *statu quo*, et tout sera pour le mieux, si le progrès de la science et l'instruction des élèves se trouvent bien de cette résolution. Mais à Lille, on a pensé autrement : le service des autopsies se fait par les soins du professeur d'anatomie pathologique, qui, à l'appel des chefs de service se transporte dans les hôpitaux, et dirige les recherches anatomiques. Depuis deux ans, M. le professeur Kelsch s'acquitte avec un zèle infatigable de cette lourde besogne, et tous y ont trouvé profit sans que jamais le moindre conflit ait eu prétexte à s'élever ; l'enseignement clinique et l'enseignement anatomique et histologique se complètent au contraire l'un par l'autre, et l'avenir sûrement dira que cet arrangement est le meilleur.

Quelques modifications sont survenues l'an dernier dans le personnel enseignant de la Faculté, la mort ayant rendu vacantes les chaires de pathologie chirurgicale et de médecine légale, M. Folet est passé de l'anatomie à la pathologie externe, et M. Castiaux a été chargé du cours de médecine légale; M. Puel, agrégé, a remplacé M. Folet dans la chaire d'anatomie. M. Tourneux a été chargé du cours d'histologie, chaire nouvelle. Enfin, il est de toute justice de parler ici d'un vide qui vient de se produire. M. le professeur-doyen Cazeneuve a dû donner sa démission pour raisons de santé ; un arrêté ministériel l'a nommé doyen et professeur honoraire. Le rôle que M. Cazeneuve a rempli dans le développement de l'enseignement médical dans le Nord est grand ; le premier il a conçu l'idée de la création de la Faculté à Lille, et c'est à sa persévérance, à son opiniâtreté, l'on peut dire, autant qu'aux libéralités de l'État et de la municipalité, qu'est due cette création. Après avoir fait naître l'institution, il l'a guidée au milieu des difficultés sans nombre qui ont marqué ses débuts, alors qu'il s'agissait de lui faire une place suffisante, prépondérante, à côté de la Faculté catholique qui la menaçait. M. Cazeneuve a pleinement réussi dans son œuvre, et si la Faculté de Lille fournit dans l'avenir une glorieuse carrière, elle aura le devoir de remonter à l'origine et d'honorer le nom de son fondateur.

A M. le professeur Wannebroucq, nommé doyen, est échue la charge de continuer l'œuvre commencée ; elle est en bonnes mains, et nul doute qu'elle ne se développe. — Car les besoins médicaux de notre région, l'honneur de l'Université battue en brèche ici plus qu'ailleurs, la nécessité de multiplier les centres scientifiques et de fractionner sans l'amoindrir l'enseignement médical, l'union et la ferme volonté des professeurs, la confiance des élèves, tout cela veut que la Faculté de Lille vive, et elle vivra, surtout si des hommes dévoués comme vous, mon cher ami, l'aident en mettant à son service leur action personnelle et les moyens d'honorable publicité dont ils disposent.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881. — *Semestre d'hiver.*

Ouverture des cours le 17 novembre.

I. COURS ET CLINIQUES.

Cliniques médicales. — M. TEISSIER, professeur; clinique, mardi, samedi, 8 h. à 10 h.; leçon, jeudi, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, Hôtel-Dieu. — M. LÉPINE, professeur; clinique, leçon, mardi, samedi, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. Clinique, jeudi, de 8 h. à 10 h. Hôtel-Dieu. Médecine 3e et 4e année. — M. RAMBAUD, professeur adjoint; semestre d'été, 8 h. à 10 h. Hôtel-Dieu. Médecine, 3e année (2e semestre).

Cliniques chirurgicales. — M. OLLIER, professeur; clinique, lundi, vendredi, de 8 h. à 10 h.; mercredi, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2 Hôtel-Dieu. — DESGRANGES, professeur; clinique, leçon, lundi, vendredi, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2; mercredi, de 8 h. à 10 h. Hôtel-Dieu. — Médecine, 3e et 4e année.

Clinique obstétricale. — M. BOUCHACOURT, professeur; clinique, leçon, mardi, jeudi, samedi, de 11 h. 1/2 à 1 h. La Charité. Médecine. 4e année.

Clinique ophthalmologique. — M. GAYET, professeur; clinique, mardi, samedi, 1 h. à 2 h. Hôtel-Dieu. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. GAILLETON, professeur; leçon, mercredi, 11 h. 1/2 à 1 h. 1/2. Antiquaille. Médecine. 4e année.

Clinique des maladies mentales. — M. ARTHAUD, professeur; clinique, leçon, dimanche, 12 h. 1/2 à 1 h. 1/2. Asile de Bron. Médecine, 4e année.

Zoologie médicale et anatomie comparée. — M. LORTET, professeur; leçon, mardi, jeudi, samedi, 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2 Grand amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 1re année. Pharmacie 1re et 2e année.

Physique médicale. — M. MONOYER, professeur; semestre d'été. Grand amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re année.

Matière médicale et botanique. — M. CAUVET, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, 4 h. à 5 h. Grand amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 3e année.

Chimie minérale. — M. GLÉNARD, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, 1 h. à 2 h. 1/2. Petit amphithéâtre. Médecine, 1re année.

Chimie organique et toxicologie. — M. CAZENEUVE, chargé de cours. Semestre d'été. Petit amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e année.

Anatomie. — M. PAULET, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, 2 à 3 h. Amphithéâtre de la Vitriolerie. Médecine, 2e et 3e année.

Anatomie générale et histologie. — M. RENAUT, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, 5 h. à 6 h. Petit amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 2e et 3e année.

Physiologie. — M. PICARD, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre de la Vitriolerie. Médecine, 2e et 3e année.

Pathologie interne. — M. BONDET, professeur; leçon, mardi, samedi, 5 h. à 6 h. Petit amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 2e et 3e année.

Pathologie externe. — M. BERNE, professeur : semestre d'été, 5 h. à 6 h. Petit amphithéâtre de l'Ecole. — M. LÉTIÉVANT, professeur adjoint; leçon, mardi, jeudi, samedi, 4 h. à 5 h. Grand amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 2e et 3e année.

Anatomie pathologique. — M. PIERRET, professeur; autopsies, ana-

tomie pathologique appliquée, suivant l'occasion, samedi, 2 h. 1/2 à 4 h. Laboratoire du cours à l'Ecole. Petit amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 3e et 4e année.

Médecine opératoire. — M. L. Tripier, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre de la Vitriolerie. Médecine, 3e et 4e année.

Hygiène. — M. Rollet, professeur; semestre d'été. Petit amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 4e année.

Médecine expérimentale et comparée. — M. Chauveau, professeur, semestre d'été. Ecole vétérinaire. Médecine, 4e année.

Pathologie générale.— M. Mayet, professeur; semestre d'été. Petit amphithéâtre de l'École. Médecine, 2e et 3e années.

Thérapeutique.— M. Soulier, professeur; semestre d'été, 4 h. à 5 h. Petit amphithéâtre de l'École. Médecine, 4e année.

Médecine légale et toxicologie.— M. Lacassagne, professeur; semestre d'été. Grand amphithéâtre de l'École. La Morgue. Médecine, 4e année.

Accouchements (cours complémentaire).— M. Delore, professeur adjoint; semestre d'été, 3 h. 3/4 à 4 h. 3/4. Amphithéâtre de la Charité. Médecine, 3e année.

Pharmacie.— M. Crolas, prof.; semestre d'été. Ph. 2e et 3e année.

II. Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.—M. Dron, agrégé, chargé d'un cours complémentaire; semestre d'été. Antiquaille. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des femmes. — M. Laroyenne, chargé d'une clinique complémentaire; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des enfants. — M. Perroud, chargé d'une clinique complémentaire; clinique, jeudi, 11 h. 1/2 à 1 h. 1/2. La Charité. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies chirurgicales des enfants. — M. Fochier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année.

Pathologie interne. — M. R. Tripier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire; pathologie interne, jeudi, 5 h. à 6 h. Grand amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 2e et 3e année.

III. Conférences. Travaux pratiques.

Anatomie.— M. N..., prosecteur. Conférences mardi, jeudi et samedi, 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de la Vitriolerie. — MM. V. Duchamp et Marengos Médecine, 2e année.

Chimie médicale pharmaceutique et toxicologique.—M. Chapuis, maître de conférences, mardi et samedi, 11 h. à 1 h. Pharmacie, 2e année. — M. Peter, chef des travaux. Travaux pratiques. lundi, mardi, jeudi et samedi, 8 h. à 11 h. Laboratoire de la Vitriolerie. Médecine, 1re année; pharmacie, 1re année.

Histoire naturelle (zoologie médicale et anatomie comparée). — M. Charbonnel-Salle, chef des travaux. Travaux pratiques, mercredi et vendredi, 8 h. à 11 h. Laboratoire du cours à l'Ecole. Médecine, 1re année.

Anatomie générale et histologie.— M. Chandelux, maître de conférences, chef des travaux. Conférences, lundi, mercredi et vendredi, 4 h. à 5 h. Petit Amphithéâtre de l'Ecole. Médecine, 3e année.

Physiologie.— M. Reboul, chef des travaux. Semestre d'été. Amphithéâtre de la Vitriolerie. Médecine 2e et 3e année.

Anatomie pathologique.—M. Colrat, agrégé, chef des travaux. Démonstrations pratiques. Laboratoire du cours à l'Ecole. Médecine, 3e et 4e année.

Médecine opératoire. — M. Poncet, agrégé, chef des travaux. Semestre d'été. Amphithéâtre de la Vitriolerie. Médecine 3e et 4e année.

Médecine expérimentale et comparée.—M. Arloing, chef des travaux. Semestre d'été. Ecole vétérinaire. Médecine, 4e année.

Matière médicale et botanique. — M. Magnin, agrégé, chef des travaux, Conférences pratiques, mercredi et vendredi, 8 h. à 11 h. Laboratoire de la Vitriolerie, Médecine, 1re année, pharmacie, 1re et 2e année.

Pharmacie. — M. Guérin, chef des travaux. Conférence pratique mardi et samedi 8 h. à 11 h. Laboratoire de la Vitriolerie. Pharmacie, 3e année.

Physique.—M. Imbert, chef des travaux. Conférence mardi de 10 h. à 11 h. Grand Amphithéâtre. Manipulations jeudi, 8 h. à 11 h. Laboratoire du Cours. Conférence, samedi, 10 h. à 11 h. Grand amphithéâtre. Pharmacie, 1e année, médecine 1re année.

IV. Agrégés en exercice.

A. Section de médecine. — *Clinique et Pathologie interne* : Laure, Meynet (Paul), Teissier (Joseph), Tripier (R.), Bouveret, Vinoy, Perret.

Thérapeutique : M. Bergeon.

B. Section de chirurgie. — *Clinique et pathologie externe* : MM. Dron, Molière (D), Poncet, Vincent, Levrat.

Accouchements. — MM, Marduel et Duchamp.

C. Section des sciences et accessoires pharmaceutiques.— *Anatomie et Physiologie* : MM. Charpy, Arloing.

Anatomie pathologique : M. Colrat.

Histoire naturelle et pharmacie : M. N***.

Chimie : M. N***.

Conservateur des musées et collections : M, le Dr Socquet.

Bibliothécaire : M. le Dr Icard.

Les laboratoires d'anatomie, d'histologie et de médecine opératoire nouvellement construits présentent comme installation, un degré de perfection qui n'a encore été atteint nulle part en France. Ces laboratoires sont ouverts aux élèves depuis le 17 novembre 1879.

La bibliothèque de la Faculté est ouverte aux élèves tous les jours, les mercredi et dimanche exceptés, de midi à 5 heures, et, le soir, de 7 heures et demie à 9 heures et demie.

Lyon, le 24 octobre 1880.

Mon cher Rédacteur en chef.

Je n'ai rien de bien nouveau à vous apprendre sur la situation matérielle de notre Ecole. Nous traversons une période de transition; et, comme j'ai déjà eu plusieurs fois l'honneur de vous l'écrire, pour que notre Faculté puisse tenir avec éclat le haut rang qu'elle doit occuper parmi les grands établissements d'enseignement supérieur, il est indispensable qu'elle jouisse de tous ses moyens d'action, et soit enfin en possession de son installation définitive.

Ce n'est point cependant qu'on soit resté inactif. Sans parler des services cliniques qui sont largement dotés, et fonctionnent à la satisfaction de tous, plusieurs des Instituts pratiques sont déjà transportés quai Claude Bernard : s'il vous avait été donné de visiter les admirables constructions qui vont bientôt nous abriter, il eût été facile de vous convaincre de l'importance des sacrifices que l'édilité lyonnaise s'est généreusement imposés, pour assurer le succès de l'œuvre.

Malgré les plus louables efforts, les choses ne vont pas aussi vite qu'on pourrait le souhaiter. L'Etat ne nous gâte pas, il nous retire ses faveurs dans les distributions budgétaires, si bien que, passez-moi l'expression un peu vulgaire, nous sommes obligés, pour joindre les deux bouts, d'offrir l'hospitalité dans un de nos pavillons à la Faculté des sciences. On dispose sans doute de vastes locaux et il y aura bien place pour tout le monde. Mais que voulez-vous, l'homme est ainsi fait : quelle que soit l'ampleur du manteau qui le couvre, il n'aime pas le partager avec son voisin, fût-il même avec lui du dernier bien!

Heureusement que les élèves n'ont pas à souffrir beaucoup de ces difficultés matérielles : ils travaillent consciencieusement et avec profit : le niveau de leurs connaissances s'est notablement élevé; les examens sont souvent très bons ; au dernier concours de l'internat nous avons entendu parfois d'excellentes épreuves; enfin les dissertations inaugurales, qui sont aujourd'hui au nombre de 56, continuent pour la plupart à être dignes de leurs aînées.

Quant au personnel enseignant, il sera, cette année, au grand complet, les absents seront rentrés, et les chaires vacantes ou nouvelles pourvues de leurs titulaires. Le corps d'agrégation lui-même a reçu, dans les élus du dernier concours, un puissant renfort; et vous savez même mieux que nous, ayant jugé de plus près, tout ce que nous sommes en droit d'en attendre.

Veuillez agréer, etc. Dr Z.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

Année scolaire 1880-81.

Cours du semestre d'hiver.

Anatomie : M. Bouchard. — Vaisseaux lymphatiques. Nerfs rachidiens, nerf grand sympathique. — Organes des sens en général. Lundi, mercredi, vendredi. 1 heure, à l'amphithéâtre Saint-Côme.

Pathologie externe : M. Azam. — Maladies chirurgicales des artères, des veines, du système lymphatique et du système osseux. Lundi, mercredi, vendredi, 4 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Pathologie interne : M. Dupuy. — Maladies de l'appareil circulatoire et des voies digestives. Mardi, jeudi, samedi, 2 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Pathologie générale : M. Vergely. — Des troubles généraux de la nutrition, de l'inflammation. Lundi, mercredi, vendredi, 2 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Médecine légale : M. Morache. — Des attentats contre les personnes, infanticide, blessures, asphyxies. Etude du cadavre, la mort. Lundi, mercredi, vendredi, 3 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Thérapeutique : M. de Fleury. — Médications hyposthénisantes. Mardi, jeudi, samedi, 3 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Chimie : M. Micé. — Chimie organique, produits classés. Mardi, jeudi, samedi, 10 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Anatomie pathologique : M. Coyne. — Tumeurs en général, tu-

meurs suivant les régions, appareil génito-urinaire, cœur et système circulatoire. Mardi, jeudi, samedi, 1 heure, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Pharmacie : M. MÉTADIER. — Parmacie galénique et hydrologie. Lundi, mercredi, vendredi, 8 heures et demie du matin, à l'amphithéâde Saint-Raphaël.

Clinique médicale : MM. PICOT, MABIT. — Tous les jours, de 8 h. à 11 heures du matin, à l hôpital Saint-André.

Clinique chirurgicale : MM. DENUCÉ, LANNELONGUE. — Tous les urs de 8 heures à 11 heures du matin, à l'hôpital Saint-André,

Clinique obstétricale : M. MOUSSOUS — Tous les jours de 8 heures à 11 heures du matin, à l'hôpital Saint-André.

Cliniques annexes et cours complémentaires.

Maladies des enfants : M. BITOT, professeur honoraire. — Cours c clinique chirurgicale à l'Hôpital Saint-André. — M. NÉGRIÉ. — Cours e clinique médicale. Mardi, 3 heures, à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Maladies mentales : M. LAGARDELLE. — Cours clinique. Mercredi, 3 heures, à l'asile des Aliénés, Cours Saint-Jean.

Maladies syphilitiques et vénériennes : M. VENOT. — Cours clinique. Jeudi, 8 heures du matin, hôpital Saint-Jean.

Ophthalmologie : M. BADAL. — Cours clinique. Cours théorique (optométrie, ophthalmoscopie). Vendredi, 2 heures, à l'amphithéâtre Saint-Côme.

Anatomie : M. TESTUT, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Myologie et nerfs crâniens. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure, à l'amphithéâtre Saint-Côme.

Conférences

Accouchements : M. N., agrégé, à l'amphithéâtre Saint-Côme.

Physique : M. FIGUIER, agrégé. — Chaleur et optique, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Toxicologie : M. PÉRIER, agrégé. — Poisons irritants ou corrosifs, hyposthénisants, stupéfiants, narcotiques, etc., à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Chimie et pharmacie : M. CARLES, agrégé. — Chimie minérale, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Travaux pratiques obligatoires

MÉDECINE.

Dissections (M. BOUCHARD, professeur; M. TESTUT, agrégé, chef des travaux anatomiques; M. GRÉGORY, prosecteur). — Les salles de dissection sont ouvertes tous les jours, de 8 heures du matin à 10 heures du soir, à l'Institut anatomique de Saint-Côme.

Anatomie pathologique (M. COYNE, professeur). — Mercredi et Vendredi, à 1 heure. — Laboratoire.

Histologie. — (M. PITRES, professeur). — Mardi et samedi, à deux heures. — Laboratoire.

Histoire naturelle,— Zoologie (M. GUILLAUD, professeur). — Mardi et samedi, de 8 à 10 heures du matin. — Laboratoire.

Conférences pratiques facultatives.

1re année. — *Leçons de chimie analytique* (M. BLAREZ, chef des travaux chimiques). — Jeudi, à 8 heures 3/4 du matin (petit Amphithéâtre).

PHARMACIE.

1re année. — *Chimie minérale et organique,— Analyse chimique qualitative* (M. BLAREZ, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques). — Mercredi et Vendredi, de midi à 4 heures. — Laboratoire.

2e année. — *Chimie analytique qualitative et quantitative,— Toxicologie.* — Mercredi et vendredi, de midi à 4 heures. — Laboratoire.

3e année. — *Histoire naturelle, — Zoologie.* (M. GUILLAUD, professeur). — Mardi et samedi, de 8 à 10 heures du matin. — Laboratoire. *Chimie analytique et biologique, — Physique expérimentale.* M. BLAREZ. — Mardi, de 1 heure à 4 heures. — Laboratoire.

Conférences pratiques (M. BLAREZ).

1re et 2e année, *alternativement.* — Mardi, à 8 heures 3/4 du matin. — Petit Amphithéâtre.

1re, 2e et 3e année. — *Leçons générales de chimie analytique.* — Jeudi, à 8 heures 3/4 du matin. — Petit Amphithéâtre.

Cours du semestre d'été.

Histoire naturelle : M. GUILLAUD. — *Matière médicale :* M. PERRENS. — *Hygiène :* M. LAYET. — *Physique :* M. MERGET. — *Médecine opératoire :* M. MASSE. — *Physiologie :* M. ORÉ. — *Histologie :* M. PITRES. — *Médecine expérimentale :* M. JOLYET.

Agrégés.

Médecine : MM. ARNOZAN, RONDOT, LANDE, SOLLES, ARMAINGAUD.

Chirurgie et accouchements : MM. BOURSIER, LEFOUR, DUDON, DEMONS, GERVAIS-KOYSIEWICZ, POINSOT.

Anatomie, physiologie et sciences naturelles : MM. VIAULT, TESTUT, PÉRIER.

Sciences physiques et chimiques : MM. CARLES, FIGUIER.

Dispositions générales. — Les registres destinés à recevoir les inscriptions afférentes au 1er trimestre de l'année scolaire 1880-81 sont ouverts au Secrétariat de la Faculté (Saint-Raphaël), du 20 octobre au 15 novembre, *dernier délai*, tous les jours, le dimanche excepté, de 10 heures du matin à 4 heures du soir. En vertu des instructions ministérielles, les registres seront clos et arrêtés le 16 par M. le Recteur.

La réouverture des cours aura lieu le 15 novembre 1880.

Les élèves qui commenceront leurs études à la Faculté ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en déposant au Secrétariat :

1° Leur acte de naissance dûment légalisé;

2° Un certificat de bonne vie et mœurs;

3° Le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences *complet* ou *restreint*, pour les candidats au *Doctorat en médecine* (Décret du 20 juin 1878); le diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences complet, pour les aspirants au titre de *Pharmacien de 1re classe* (Décret du 12 juillet 1878).

Les aspirants au titre d'*Officier de santé* et au grade de *Pharmacien de 2e classe* ne sont tenus de justifier que du certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Avant de prendre la première inscription de scolarité, les élèves en Pharmacie de l'une et l'autre classe qui auront accompli trois ans de stage officinal devront, aux termes du décret du 31 août 1880, subir un examen de *validation de stage* devant un jury spécial qui siègera à la Faculté le jeudi 4 novembre. Les candidats devront déposer au Secrétariat, avant le 31 octobre, leur demande d'inscription, accompagnée : 1° de l'acte de naissance ; 2° du certificat de grammaire ou du diplôme de bachelier; 3° des certificats établissant qu'au moment de l'examen ils ont accompli régulièrement leurs trois années de stage ; 4° d'un certificat de bonnes vie et mœurs.

Les consignations des élèves en médecine et en pharmacie que leur scolarité désignerait pour subir des examens de fin d'année, semestriels ou de fin d'études, pendant la session du mois de novembre, seront reçues du 25 octobre au 4 novembre inclusivement. — Les jurys fonctionneront à partir du 5 novembre.

Les élèves qui auront subi leur examen avec succès pourront prendre sans aucun délai l'incription correspondante.

Les étudiants dont les parents ou tuteur ne résideront pas à Bordeaux sont tenus de désigner une personne domiciliée dans la ville, qui leur servira de correspondant. — Des bulletins de scolarité sont adressés aux familles des élèves à l'expiration de chaque semestre.

MM. les étudiants en Médecine et en Pharmacie sont invités à se présenter au Secrétariat munis des pièces justificatives ci-dessus mentionnées, de 10 heures à midi, pendant la période du 20 octobre au 15 novembre, afin de faire constituer leur dossier de scolarité.

Bordeaux, le 27 octobre 1880.

Mon cher confrère,

Je m'empresse de vous fournir les renseignements que vous me demandez sur la situation de notre Faculté. Comme moi, vous aurez la satisfaction de constater que tous les efforts n'ont pas été inutiles et que Bordeaux est destiné, pour peu que les choses continuent, à devenir un centre véritablement scientifique.

Les élèves qui, pendant l'année 1879-80, ont accompli un acte de scolarité à la Faculté de médecine de Bordeaux, sont au nombre de 506; ils se répartissent de la facon suivante :

Docteurs en médecine.	231
Officiers de santé.	77
Pharmaciens de 1re classe.	51
Pharmaciens de 2e classe.	120
Sage-femmes de 1re classe.	25
Herboriste de 1re classe.	1
Herboriste de 2e classe	1
Total. . .	506

J'appelle toute votre attention sur ce chiffre de 506, qui représente le nombre des élèves et non celui des inscriptions prises à la Faculté. Le nombre des inscriptions est un peu inférieur à celui de l'an dernier, mais cela tient à la mise en vigueur du nouveau régime, d'après lequel tout élève qui veut étudier la médecine doit être muni de ses deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences. Cette diminution dans le nombre des inscriptions a certainement dû être générale.

L'an dernier, il a été passé à la Faculté de médecine de Bordeaux

180 examens probatoires. Pendant l'année 1879-80, il en a été passé 410, qui se répartissent comme il suit :

Docteurs en médecine	189
Officiers de santé	17
Pharmaciens de 1re classe	43
Pharmaciens de 2e classe	110
Sages-femmes de 1re classe	49
Herboriste de 1re classe	1
Herboriste de 2e classe	1
Total	410

A la suite de ces 410 examens probatoires, il a été délivré 316 certificats d'aptitude :

Docteurs en médecine	155
Officiers de santé	11
Pharmaciens de 1re classe	36
Pharmaciens de 2e classe	88
Sages-femmes de 1re classe	24
Herboriste de 1re classe	1
Herboriste de 2e classe	1
Total	316

Je vous ferai remarquer, mon cher confrère, que pendant l'année 1878-79 il n'avait été délivré que 124 certificats d'aptitude; le nombre des certificats a donc augmenté de plus de la moitié. Enfin la Faculté a conféré 74 diplômes :

Docteurs en médecine	7
Officiers de santé	4
Pharmaciens de 1re classe	13
Pharmaciens de 2e classe	24
Sages-femmes de 1re classe	24
Herboriste de 1re classe	1
Herboriste de 2e classe	1
Total	74

J'ajoute que l'état de nos finances n'est pas moins prospère. Les recettes pour 1879-80 s'élèvent à 100,000 fr., soit 25,000 fr. de plus qu'en 1878-79.

Mais, à côté de ces résultats, dont nous avons tout lieu de nous réjouir, il est un état de choses qui semble devoir s'éterniser et qui met en souffrance une partie importante de l'enseignement. Nous sommes pour longtemps encore en plein provisoire : on n'a même pas posé la première pierre de l'édifice qui doit réaliser le projet couronné de M. Pascal. Cependant nous prendrions patience, s'il existait un aménagement provisoire complet.

L'an dernier, à pareille époque, il restait à installer dans les bâtiments de Saint-Raphaël : les cliniques d'accouchement et de maladies des yeux, les cliniques médicales et chirurgicales des enfants. J'ai le regret de vous dire que les choses sont dans le même état, avec cette différence qu'il n'est même plus question des cliniques médicales et chirurgicales des enfants. L'administration hospitalière se propose de transporter l'hospice des vieillards à l'hôpital général de Pélegrin, et l'hopital des enfants à l'hospice des vieillards ; il y en a pour dix-huit mois à deux ans au moins !

Je n'ai pas grand chose à vous dire de la clinique des maladies des yeux, car les réflexions qu'elles me suggèrent s'appliquent à tous les services de clinique et j'y reviendrai tout à l'heure.

Je tiens à vous faire connaître la situation vraiment déplorable de la clinique d'accouchements. A une époque où, dans toute l'Europe, on se préoccupe à juste titre de la construction des maternités, à Bordeaux, on abandonne à l'enseignement obstétrical 28 lits dans des salles blanchies à la chaux et sur des planchers usés jusqu'à la corde. A côté de la clinique d'accouchements, vous ne verrez que des laboratoires spacieux et luxueusement installés, tandis qu'on crie tous les jours sur les tendances, par trop envahissantes, du professeur d'accouchements. La Municipalité, la Faculté, l'Administration hospitalière, ne devraient reculer devant aucun sacrifice pour donner aux femmes enceintes les garanties qu'elles sont en droit d'attendre, pour donner au maître les éléments d'un enseignement fructueux, et c'est avec la plus grande difficulté qu'elles accordent l'indispensable.

Mais ce n'est pas tout, mon cher confrère ; dans un mois, dans deux, dans trois ? nous entrerons en possession des cliniques d'accouchements et de maladies des yeux. La ville et l'Administration hospitalière n'entendent fournir que ce qu'on est en droit d'exiger d'elles. Le mobilier destiné à l'enseignement, les instruments divers sont à la charge de la Faculté qui ne peut disposer d'un centime! A ce sujet, laissez-moi vous dire combien est insuffisant le crédit annuel alloué aux professeurs de clinique. Ils ne peuvent dépenser plus de deux cents francs! J'estime que cet état de choses, trop prolongé, pourrait avoir les plus graves conséquences.

J'en reviens à l'installation des deux nouvelles cliniques et je me demande comment vont s'arranger les choses, puisque la Faculté est dans l'impossibilité de fournir à leur aménagement. Je sais bien que M. le ministre, dans sa haute sollicitude, a accordé, à la Faculté de Bordeaux une somme de 500.000 fr.; mais cette somme est tenue en réserve pour compléter l'organisation des laboratoires dans les bâtiments définitifs de la Faculté. Il me semble que les deux cliniques d'accouchements et de maladies des yeux rentrent dans la catégorie des services nouveaux et définitivement installés, et qu'à ce titre, on pourrait, dès à présent, distraire des 500,000 fr. accordés par M. le ministre, les sommes nécessaires à leur parfait aménagement.

Vous le voyez, mon cher confrère, si notre Faculté est une Faculté sans peur, elle n'est pas sans reproches, mais j'ai la ferme conviction qu'il suffira de signaler ces désidérata à qui de droit pour les faire disparaître et permettre ainsi à la capitale du Sud-Ouest d'occuper le rang scientifique auquel elle a droit.

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de ma sincère amitié. X.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette école, de même que dans les Facultés de médecine ou dans lesc Eoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. — Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. — La circonscription de l'école comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881.

Les cours ont commencé le jeudi 4 novembre 1880.

Semestre d'hiver.

Anatomie. — Tous les jours, à midi, M. JOUON, professeur; M. RAINGEARD, suppléant.

Chimie. — Tous les jours, à 1 heure, M. ANDOUARD, professeur.

Physique. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. M. PELLERIN, professeur.

Matière médicale. — Mardi, jeudi, à 4 heures, M. MÉNIER, professeur.

Pathologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, M. VIAUD-GRAND-MARAIS, professeur.

Hygiène. — Lundi, jeudi, à 5 heures. M. LAPEYRE, suppléant.

Gynécologie. — Mardi, vendredi, à 5 heures, M. GUILLEMET, suppléant.

Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves et sont dirigées par M. L. BUREAU, chef des travaux anatomiques.

Semestre d'été.

Histoire naturelle médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure, M. DELAMARE, professeur.

Anatomie pathologique et histologie élémentaire. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures ; tous les jours, exercices pratiques, de 2 à 4 heures, M. A. MALHERBE fils, professeur.

Physiologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures ; mardi, jeudi, samedi ; expériences physiologiques, de 4 à 6 heures, M. JOUSSET DE BELLESME, professeur.

Pathologie chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, M. MONTFORT, professeur.

Médecine opératoire. — Bandages et appareils. — Mardi, samedi, à 5 heures, M. POISSON, suppléant.

Pharmacie et toxicologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure, M. HERBELIN, professeur.

Thérapeutique. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, M. CHARTIER, professeur.

Médecine légale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, M. LAENNEC, professeur.

Accouchements et clinique d'accouchements. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, M. VIGNARD, professeur.

Pathologie générale. — Mercredi, samedi, à 3 heures, M. KIRCHBERT, suppléant.

Chimie biologique. — Mercredi, vendredi, à 3 heures, M. BERTIN, suppléant.

Manipulations de physique. — Mardi, de 8 à 11 heures, M. PELLERIN, professeur.

Exercices pratiques de toxicologie. — Mercredi et samedi de 8 à 11 heures, M. N.

Micrographie végétale. — Jeudi de chaque semaine, de 8 à 11 heures, M. MÉNIER, professeur.

Clinique médicale. — Lundi, mercredi, vendredi ; les élèves de 2e, 3e et 4e année doivent suivre cette clinique, MM. MALHERBE père, et TRASTOUR, professeurs.

Clinique chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi; tous les étudiants en médecine doivent suivre cette clinique, MM. HEURTAUX et CHENANTAIS, professeurs.

Ophthalmologie. — Tous les jours, consultations gratuites au dispensaire de l'école; leçons théoriques et pratiques à 1 heure pendant le semestre d'hiver, à midi pendant le semestre d'été. M. Dianoux, suppléant. M. Poisson, professeur suppléant des chaires de chirurgie, fera, pendant les mois de novembre et décembre, un cours de petite chirurgie et pansements pour les étudiants de première année.

Les travaux pratiques de chimie pendant l'hiver, de pharmacie pendant l'été, obligatoires pour les étudiants en pharmacie et les élèves en médecine aspirant au doctorat, sont dirigés par M. N., chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.

Pendant le semestre d'été, des herborisations, dirigées par M. le professeur Ménier, auront lieu tous les dimanches.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes excepté, de 8 à 10 heures le matin, de 1 heure à 4 heures et de 7 à 9 heures le soir.

Cours obligatoires suivant les années d'études.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. — Hiver : Anatomie, Chimie, Physique, Matière médicale. — Eté : Histoire naturelle, Physiologie, Pharmacie, Pathologie chirurgicale, Histologie élémentaire, Chimie biologique, Pathologie générale.

Deuxième année. — Hiver : Anatomie, Pathologie générale, Hygiène, Gynécologie. — Eté : Physiologie, Histologie élémentaire, Pathologie chirurgicale, Chimie biologique, Thérapeutique, Accouchements, Pathologie générale.

Troisième année. — Hiver : Anatomie, Pathologie médicale, Gynécologie, Hygiène. — Eté : Physiologie, Anatomie pathologique, Pathologie chirurgicale, Thérapeutique, Médecine légale, Accouchements, Médecine opératoire.

Quatrième année. — Hiver : Anatomie, Hygiène, Pathologie médicale. — Eté : Anatomie pathologique, Thérapeutique, Médecine légale, Accouchements, Médecine opératoire, Pathologie générale.

Les cours de Chimie, Physique, Matière médicale, Pharmacie et Toxicologie, Histoire naturelle, sont obligatoires pour tous les étudiants en pharmacie et doivent être suivis exactement dès l'ouverture des cours. — Nul ne peut être admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'école. Chaque inscription devra être prise dans les quinze premiers jours de novembre, janvier, avril et juillet. Il ne sera délivré de certificats d'inscription que pour les trimestres où les élèves auront obtenu des attestations d'assiduité à tous les cours obligatoires, et, pour les élèves ayant plus de quatre inscriptions, des certificats d'aptitude aux services hospitaliers.

STAGE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Conformément au décret du 18 juillet 1862, les étudiants, après la quatrième inscription, sont astreints au service de l'un des hôpitaux placés près de l'école où ils prennent leurs inscriptions.

N. B. Le règlement des hospices civils de Nantes, du 23 décembre 1848, impose à tous les étudiants l'obligation de participer à un service hospitalier dès leur première inscription. Les élèves qui remplissent cette obligation sont seuls admis à concourir pour l'externat. — Les aspirants au doctorat qui prendront leur première inscription au mois de novembre devront être pourvus des deux diplômes de bacheliers ès lettres et ès sciences restreint, et acquitter les droits de travaux pratiques, soit 60 francs pour la première année. — Les étudiants qui opteront pour le nouveau règlement devront également payer les droits de travaux pratiques afférents à leur année d'études, soit pour la deuxième année 40 francs, pour la troisième 40 francs, pour la quatrième, 20 francs.

Nantes, le 25 octobre 1880.

Mon cher rédacteur,

Depuis ma lettre de l'année dernière, la situation faite aux écoles préparatoires et aux écoles de plein exercice a bien changé; le nouveau mode de passage des examens de doctorat qui force les élèves des écoles préparatoires à se déplacer pour aller subir à Paris des épreuves répétées chaque année pendant le cours des études, a eu pour résultat de diminuer le personnel des écoles préparatoires; il est évident que si l'on est contraint de faire au siège d'une Faculté un à deux voyages par an, il en résulte que l'élève et sa famille n'ont aucun avantage à ne pas adopter tout de suite le parti de quitter l'Ecole préparatoire pour faire faire intégralement à l'étudiant son temps de stage et d'études au siège d'une Faculté.

L'inconvénient que je signale est encore plus sensible pour les Ecoles de plein exercice pour lesquelles le nouveau système d'examens de doctorat et la suppression des examens de fin d'année ont été un véritable coup de Jarnac.

Je ne veux certainement pas incriminer les intentions du ministère de l'instruction publique, mais, si l'on voulait détruire l'enseignement de la médecine par les Ecoles préparatoires, on n'agirait pas autrement. Ce qui facilitait, avec l'ancien système, la progression du nombre des élèves et par conséquent la prospérité des Ecoles, c'était la possibilité laissée aux étudiants de rester quatre ou cinq ans dans la même ville, d'y être, sans aucun dérangement, internes dans les hôpitaux de cette ville, et enfin de n'être, jusqu'au jour de leurs examens de doctorat obligés à aucun voyage ou déplacement coûteux pour les étudiants pauvres.

Maintenant, laissons de côté la question de la commodité des étudiants qui est, après tout, secondaire, et voyons si leurs études, à Paris sont meilleures que celles qu'ils peuvent faire en province. S'ils arrivent à l'internat des hôpitaux, s'ils se destinent à la culture de la haute science, le séjour à Paris ou dans une grande Faculté, comme Lyon, est à peu près indispensable.

Elève moi-même de la Faculté de Paris, je suis loin de méconnaître ce que doit la génération médicale à cette bonne mère scientifique; mais s'il s'agit simplement de former des praticiens qui connaissent le malade et qui puissent exercer convenablement leur art, je nie absolument que les produits parisiens en dehors de l'internat des hôpitaux soient supérieurs à ceux des grandes écoles de province. J'ai toujours vu jadis mes anciens camarades, et actuellement nos élèves réussir à Paris presque du premier coup en raison de la bonne éducation clinique que nous pouvons leur donner.

A Paris, au contraire, si l'élite est extrêmement remarquable et au-dessus de toute comparaison, la moyenne et les parties inférieures de la gent étudiante laissent beaucoup à désirer, parce qu'ils n'ont ni les malades à leur portée, ni les cadavres à leur disposition. Ce n'est qu'à force de faire des kilomètres ou d'allonger des pièces de cent sous qu'ils parviennent à aborder un hôpital où les lits des malades ne soient pas entourés de quinze à vingt personnes, ou bien à obtenir un sujet de dissection qui vaille quelque chose. Aussi nous rappelons-nous avoir vu des étudiants qui arrivaient à leur 5e de doctorat sans avoir jamais demandé à un malade où il avait mal.

Plus modeste dans sa forme, moins brillant j'en conviens, mais tout aussi solide au fond, est l'enseignement médical que nous pouvons donner en province, dans une grande ville industrielle, où nous disposons de services de clinique qui n'ont rien à envier à ceux des hôpitaux de Paris, où les étudiants, en assez petit nombre, sont tous connus personnellement de leurs chefs de services et de leurs professeurs, qui sont pour eux des amis autant que des maîtres, où les laboratoires ne sont jamais encombrés, où les sujets de dissection viennent s'offrir d'eux-mêmes à l'étudiant laborieux. Inutile d'insister sur ce point.

Envisageons encore une autre face de la question :

Pourquoi l'Allemagne a-t-elle produit depuis quarante ans tant de travaux scientifiques, d'inégal mérite, il est vrai, mais qui enfin, en raison des recherches auxquelles se sont livrés leurs auteurs, ont, à défaut des marques qui caractérisent le génie, une valeur documentaire, comme dirait M. Zola?

C'est parce que, dans une quinzaine d'Universités absolument indépendantes les unes des autres, un certain nombre d'hommes de bonne volonté ont, avec des moyens d'existence assurés, la faculté de se consacrer corps et âme à la science pure. Est-ce que jadis notre regrettée faculté de Strasbourg ne produisait pas des travaux d'une utilité incontestable? Est-ce que avant même d'être faculté, l'école de Lyon n'avait pas son originalité si remarquable?

Le système actuel me semble comparable à celui qui consisterait à éclairer un immense espace avec un seul foyer lumineux, l'intensité lumineuse paraît énorme par places, mais les ombres n'en sont que plus noires. Dispersez la lumière; mettez-en des petits foyers partout et tout le monde s'en trouvera bien.

Quittons ces généralités. L'Ecole de Nantes après sa transformation a gagné cent inscriptions par an : depuis l'application du nouveau système elle a perdu cent inscriptions annuelles. Total gagné : 0. Je me trompe; nous y avons gagné des laboratoires et un outillage qui nous faisaient défaut; mais la ville a dépensé quelques centaines de mille francs sur des promesses qui se sont trouvées annulées sitôt la dépense faite.

A tout argument il faut une conclusion. La voici : Si l'Etat ne nous transforme pas en faculté de médecine (l'ouest est la seule région de la France qui en soit dépourvue) que l'on nous donne tous les examens de doctorat sauf la thèse et nous nous déclarerons satisfaits.

A. Malherbe.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Semestre d'hiver 1880-1881.

Les cours auront lieu, à partir du 15 novembre, dans l'ordre suivant :

Professeur honoraire : M. Bartoli.

Cours annuels.

Cliniques médicales. — MM. Girard et Fabre, professeurs, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e année.

Cliniques chirurgicales. — MM. Chapplain et Combalat, professeurs, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e année.

Clinique obstétricale. — M. Magail, professeur, hôpital de la Conception, à 11 heures du matin. Etudiants de 4e année et étudiants de 3e année qui se destinent à l'officiat de Santé.

MM. les chefs de clinique feront, en outre, des conférences dans le but d'exercer les Elèves au diagnostic.

Anatomie. — M. Rampal, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 1 heure 3|4. Etudiants en médecine 1re et 2e année.

Pathologie générale. — M. Bertulus, professeur, lundi mercredi, vendredi, à 4 heures du soir. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Chimie médicale. — M. Rousset, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Hygiène.—M. Seux fils, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2, du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Anatomie pathologique. — M. Villard, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures 1|2 du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Physique médicale. — M. Caillol de Poncy, professeur, lundi mercredi, vendredi, à 6 heures du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Matière médicale. — M. Heckel, professeur, lundi, mercredi, vendredi, 3 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année et étudiants en pharmacie.

Histologie et physiologie expérimentale. — M. Livon, professeur suppléant, mardi, samedi, à 3 heures de l'après-midi (conférences pratiques) : jeudi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Les travaux pratiques d'histologie dirigés par M. Léon, professeur suppléant, auront lieu les mercredi, jeudi et vendredi, à 10 heures du matin.

Ophthalmologie. — M. Marcorelles, professeur suppléant (consultation) : lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures de l'après-midi (leçon) : lundi, vendredi, à 2 heures 1/2. Etudiants en médecine de 4e année et ceux de 3e année qui se destinent à l'officiat de santé.

Médecine légale. — M. Laget, professeur suppléant, lundi, vendredi, à 5 heures. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

M. Gamel, chef des travaux anatomiques, fera, les lundi, mercredi et vendredi, à 1 heure trois quarts, une leçon sur les sujets qui lui auront été indiqués par M. le professeur d'anatomie. Les pavillons d'anatomie seront ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine.

M. Robert, chef des travaux chimiques, dirigera les travaux pratiques de chimie et de pharmacie, qui auront lieu tous les jours, de 9 heures à midi. Il fera de plus une conférence par semaine sur les manipulations. Les travaux pratiques sont obligatoires pour les étudiants en pharmacie et les étudiants en médecine de 1re année.

Cours complémentaires.

Clinique des maladies mentales, le dimanche, à l'Asile Saint-Pierre, où seront admis, sur la présentation de leurs cartes, MM. les étudiants en médecine de 3e et 4e année.

Conférences sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital de la Conception (Amphithéâtre de la Clinique obstétricale), par M. Roux de Brignoles, médecin en chef des hôpitaux.

Cours qui seront faits pendant le semestre d'été outre les Cliniques.

Accouchements : M. Villeneuve, professeur.
Physiologie : M. Roberty, id.
Thérapeutique : M. Seux père, id.
Pathologie externe : M. Pirondi, id.
Pharmacie : M. Roustan, id.
Histoire naturelle : M. Bouisson, id.
Gynécologie : M. Queirel, professeur suppléant.
Médecine opératoire : M. Villeneuve fils, professeur suppléant.
Pathologie interne spéciale : M. Nicolas-Duranty, professeur suppléant.
Chimie biologique : M. Pauchon, professeur suppléant.
Toxicologie : M. N., professeur suppléant.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés dont l'abonnement est terminé depuis le 31 octobre que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 novembre, augmentée* d'un franc *par frais de recouvrement. Nous leur rappelons que le meilleur mode de paiement consiste en l'envoi d'un mandat sur la poste.*

— Nos abonnés qui nous envoient un changement d'adresse, sont priés de joindre cinquante centimes à leur lettre pour frais d'impression de la bande.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

École d'Alger.

Directeur : M. Texier.

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. Trolard.
Pathologie externe. — M. Alcantara.
Pathologie interne. — M. Texier.
Clinique interne. — M. Gros.
Clinique externe. — M. Bruch.
Accouchements; maladies des femmes et des enfants.—M. Trollier.
Chimie et pharmacie. — M. Jaillard.
Histoire naturelle. — M. Battandier.

Professeurs suppléants.

Médecine proprement dite. — M. Bourlier (Auguste).
Chirurgie et accouchements. — M. Stéphan.
Anatomie et physiologie. — M. Caussanel.
Chimie, pharmacie et histoire naturelle. — M. Guillemin.
Chef des travaux anatomiques. — M. Rey.
Chef des travaux chimiques. — M. Jaillard.

École d'Amiens.

Directeur : M. Herbet.

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. Padieu fils.
Pathologie interne. — M. d'Heilly.
Pathologie externe. — M. Peulevé.
Clinique interne. — M. Padieu.
Clinique externe. — M. Herbet.
Accouchements; maladies des femmes et des enfants.—M. Lenoe
Pharmacie et chimie. — M. Bénart.

Professeurs adjoints.

Anatomie et physiologie. — M. Mollien.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Richer.

Professeurs suppléants.

Pathologie interne. — M. Dheilly.
Histoire naturelle et thérapeutique. — M. Bernard.
Anatomie et physiologie. — M. Scribe.
Chef des travaux anatomiques. — M. Léger.

École d'Angers.

L'école de médecine et de pharmacie d'Angers possède onze professeurs titulaires, 4 professeurs suppléants, 2 chefs des travaux.—Directeur, M. Farge. les chaires sont les suivantes :

Thérapeutique et hygiène. — M. Bahuaud, professeur.
Clinique chirurgicale. — M. Dezanneau, professeur.
Pathologie externe. — M. Douet, professeur.
Clinique interne. — M. Farge, professeur.
Pathologie interne. — M. Feillé, professeur.
Accouchements. — M. Guignard, professeur.
Physiologie. — M. Leghidie, professeur.
Histoire naturelle. — M. Lieutaud, professeur.
Anatomie. — M. Meteux, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Raimbault, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Tesson, professeur.
Professeurs suppléants. — M. Briand, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Vaslin, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Guichard, chargé du cours de physique. — M. Gripat, anatomie, chargé du cours d'histologie. — M. Mottais, chef des travaux anatomiques. — M. Hébert, chef des travaux chimiques.

Enseignement pratique.

L'hôpital a 400 lits, tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. — *Clinique médicale* : hommes, 40 lits; femmes 30; enfants, 8; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits; femmes, 25; enfants, 8; plus des tentes et un service accidentel de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits. — L'hôpital a cinq internes titulaires et 2 internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. — Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. — Amphithéâtre des élèves; tables pour sept séries.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, un en second, deux aides, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes). — Physique, etc. — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5 000 volumes de médecine. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. Nombreuses collections.

Ecole d'Arras.

Semestre d'hiver 1880-1881

Les cours ont lieu à partir du mercredi 5 novembre, dans l'ordre suivant :

Clinique externe. — M. Lestocquoy, professeur, visite à 7 h. 1/2.

Clinique interne. — M. Trannoy, professeur, visite à 7 h. 1/2.

Anatomie générale. — M. Ducelliez, professeur, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2.

Anatomie. — M. Leprieur, professeur, lundi, mardi, jeudi, vendredi, à 2 h. 1/2. — M. Baudouin, professeur, mercredi et samedi, à 2 h. 1/2.

Pathologie interne. — M. Dusart, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. Conférences, samedi à 4 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Segard, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure. Conférence, samedi à 1 heure.

Clinique interne. — M. E. Mazard, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. L. Bleynie, professeur, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi à 1 heure.

Physiologie. — M. Thouvenet, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Pathologie externe. — M. Chénieux, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi à 3 heures.

Histoire naturelle. — M. Lobert, professeur, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi à 4 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Goudemand, professeur, lundi, mardi, jeudi; conférence, samedi à 1 heure.

Professeur honoraire : M. Bleynie père.

Cours complémentaires et conférences.

Anatomie générale et embryologie. — M. J. Lemaistre, professeur suppléant, chef des travaux anatomiques, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Conférences d'anatomie,* mardi, jeudi, à 2 heures.

Conférences et manipulations chimiques. — M. Gossan, professeur suppléant, lundi et mercredi, à 8 heures du matin.

Chirurgie des armées (secours à donner aux blessés en temps de guerre). — M. Taffin, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Hygiène. — M. Boudet, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Ecole de Besançon.

L'école de Besançon est organisée depuis le 1er novembre 1878, conformément au décret du 16 août 1877 et suivant application du décret du 20 juin 1878. Directeur M. Chenevier.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Bruchon, professeur.

Physiologie. — M. Bornier, professeur.

Chimie et toxicologie. — M. Boisson, professeur.

Histoire naturelle médicale. — M. Moquin-Tandon, professeur.

Clinique interne. — M. Coutenot, professeur.

Clinique externe. — M. Saillard, professeur.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Sanderet de Valone, professeur.

Hygiène et thérapeutique. — M. Chenevier, professeur

Pathologie interne. — M. Druhen, aîné, professeur.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Druhen, jeune, professeur.

Pharmacie et matière médicale. — M. Faivre, professeur.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Anatomie générale et embyogénie. — M. Gounand.

Anatomie pathologique. — M. Gauderon.

Chirurgie des armées et médecine opératoire. — M. Chapoy.

Physique médicale. — M. Tailleur.

Chef des travaux anatomiques. — M. Chapoy.

Chef des travaux chimiques. — M. Serres.

En résumé, le personnel de l'École se compose de 11 professeurs titulaires; 4 professeurs suppléants chargés de cours; 2 chefs de travaux; 2 préparateurs et 2 aides. Il n'y a pas de chefs de clinique, mais 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 800 francs la seconde.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques,* renferme plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'école. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Les élèves font le service de toutes les salles, civiles ou militaires. Il y a un laboratoire de clinique très complet; 2° l'hospice de Belleveaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 20 lits; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. Les laboratoires sont bien installés et le mobilier va s'augmentant chaque jour. La bibliothèque, contenant prés de 5000 volumes, est à la disposition des élèves.

Ecole de Caen.

Semestre d'hiver 1880-1881.

Las cours recommenceront à partir du 15 novembre dans l'ordre suivant :

Clinique externe ou chirurgicale. — M. Denis-Dumont, professeur, tous les jours, à 7 heures 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique interne ou médicale. — M. Maheut, professeur, tous les jours, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Pratique des accouchements. — M. Le Roy de Langevinière, professeur, les lundi et jeudi, à 3 heures 3/4, à l'Hôtel-Dieu.

Anatomie. — M. Fayel, professeur, les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à midi, à l'amphithéâtre.

Pathologie interne. — M. Auvray, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures, au palais de l'Université.

Chimie et toxicologie. — M. Le Petit, professeur, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 10 heures 3/4, palais de l'Université.

Hygiène et thérapeutique. — M. Chancerel, professeur, les mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures du soir.

Pathologie générale. — M. Gidon, professeur suppléant, pour les chaires de clinique et de pathologie internes, jeudi et samedi, à 8 heures du soir.

Anatomie générale et embryogénie. — M. Moutier, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, mardi et vendredi, à 7 heures 1/2 du soir.

Travaux anatomiques. — M. Gidon, chef des travaux anatomiques, tous les jours, depuis midi jusqu'à 3 heures 1/2, à l'amphithéâtre.

Leçons d'anatomie. — Les vendredi et samedi, à midi, à l'amphithéâtre.

Conférences sur l'ostéologie et la syndesmologie. — Pendant les mois de novembre et de décembre seulement, les mardi et jeudi, à 5 heures, palais de l'Université.

Travaux chimiques au laboratoire de l'école, sous la direction de M. Le Petit, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, de midi à 4 heures du soir.

Chef des travaux chimiques. — M. X...

Semestre d'été 1880-1881.

Clinique externe ou chirurgicale. — M. Denis-Dumont, professeur, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique interne ou médicale. — M. Maheut, professeur, tous les jours à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Le Roy de Langevinière, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures, palais de l'Université.

Physiologie. — M. Wiart, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à midi, palais de l'Université.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Bourienne, professeur, les mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 1 heure, palais de l'Université.

Pharmacie et matière médicale. — M. Charbonnier, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 11 heures, palais de l'Université.

Histoire naturelle. — M. X... professeur, les mardi, jeudi, vendredi et samedi, à 5 heures du soir.

Médecine légale. — M. Delouey, professeur-adjoint, le jeudi de 11 heures à midi.

Chirurgie d'armée et secours à donner aux blessés en temps de guerre. — M. SIMON, professeur suppléant pour les chaires de Clinique, de Pathologie externe et d'Accouchements, jeudi et samedi, à 7 heures 1/2 du soir.
Physique médicale et toxicologie. — M. X..., professeur suppléant pour les chaires de Chimie, Pharmacie, Matière médicale et Histoire naturelle, mardi et vendredi, à 7 heures 1/2 du soir.
Travaux pratiques afférents à chaque année d'études, de 2 heures à 5 heures du soir.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Cours annuels. Professeurs.

Clinique externe. — M. FLEURY.
Clinique interne. — M. BOURGADE.
Thérapeutique. Matière médicale. — M. IMBERT GOURBAYRE.
Pathologie interne. — M. DOURIF.
Pathologie externe. — M. LEDRU.
Histoire naturelle. — M. LAMOTTE.
Anatomie — M. TEXIER.
Physiologie. — M. GAGNON.
Chimie minérale. — M. HUGNED.
Pharmacie. — M. ROCHER, chargé de cours.

Professeurs suppléants.

Physique médicale. — M. FREDET.
Histologie. — M. BLATIN.
Pathologie interne. — M. FOURIAUX.
Chimie organique. — M. ROCHER.

Ecole de Dijon

Directeur. — M. MORLOT.
Professeurs honoraires. — MM. CHANUT et CROUIGNEAU.

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. MAILLARD.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. FLEUROT.
Pathologie interne. — M. MISSET.
Clinique externe. — M. BRULET.
Accouchements, maladies des femmes et enfants. — M. GAUTRELET.
Matière médicale et thérapeutique. — M. VIALLANES.
Pharmacie. Toxicologie. — M. LADREY.

Professeurs adjoints

Clinique externe. — M. TARNIER (Emile) chargé du cours de physiologie.
Clinique interne. — M. N***

Professeurs suppléants.

Médecine. — M. DEROYE.
Chirurgie et accouchements. — M. BELIN.
Anatomie et physiologie. — M. COLLETTE.
Histoire naturelle. — M. LAGUERRE.
Matière médicale. Toxicologie. — M. GIRAUD.
Chef des travaux anatomiques. — M. DEROYE.
Chef des travaux chimiques. — M. HÉBERT.

Ecole de Grenoble.

Semestre d'hiver. 1880-1881.

Les cours de ce Semestre ont commencé le 4 novembre 1880.
Clinique interne. — M. BERGER, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures 1/2.
Clinique externe. — M. GIRARD, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures 1/2.
Anatomie. — M. ALLARD, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à onze heures. — M. N..., chef des travaux anatomiques, mardi, jeudi, à 11 heures. — Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves ; elles ont lieu tous les jours, sous la direction du Chef des travaux anatomiques.
Hygiène et thérapeutique. — M. BERLIOZ, professeur, lundi, mercredi, vendredi et samedi, à trois heures.
Pharmacie et matière médicale. — M. BRETON, professeur, mardi, vendredi, à 2 heures 1/4.
Chimie et Toxicologie. — M. RAOULT, professeur, lundi et jeudi, à 2 heures. — *Manipulations.* M. VERNE, chef des travaux chimiques, mercredi à 1 heure. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Pathologie interne. — M. BISCH, professeur, mardi, mercredi vendredi et samedi, à 4 heures.
Histoire naturelle (zoologie). — M. CARLET, professeur, mardi, vendredi, à 1 heure.

Semestre d'été 1880-1881.

Les cours de ce Semestre commenceront le 1er avril 1881.
Clinique interne. — M. BERGER, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures 1/2.
Clinique externe. — M. GIRARD, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures 1/2.
Histoire naturelle (botanique). — M. CARLET, professeur, mardi, vendredi, à 7 heures 1/2 du matin. — Les herborisations seront indiquées ultérieurement.
Accouchements. — M. REY, professeur, lundi, mercredi, jeudi et samedi, à 1 heure.
Pharmacie et matière médicale. — M. BRETON, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4 du matin.
Chimie et Toxicologie. — M. RAOULT, professeur, lundi, jeudi, à 2 heures. — *Manipulations.* — M. VERNE, chef des travaux chimiques, mercredi, à trois heures, dirigées par le chef des travaux chimiques. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. TUREL, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. — Samedi, à 2 heures, démonstrations pratiques par le professeur. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Physiologie. — M. CORCELET, professeur, mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 4 heures.

Cours complémentaires.

Chirurgie militaire. — M. GALLOIS, professeur suppléant, jeudi, samedi, à 11 heures.
Physique médicale. — M. GIROUD, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 1 heure 1/2.
Hygiène publique et privée. — M. N..., professeur suppléant, lundi, jeudi, à 5 heures.
Anatomie générale. Embryogénie. — M. N..., professeur suppléant, lundi, jeudi, à 11 heures.

Ecole de Limoges.

ANNÉE SCOLAIRE 1879-80.

Les cours ont commencé le lundi 8 novembre 1879.

Programme des cours.

SEMESTRE D'HIVER. — *Chimie et toxicologie.* — M. ASTAIX, professeur, directeur de l'Ecole, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi à 11 heures.
Clinique interne. — M. E. MAZARD, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.
Clinique externe. — M. RAYMONDAUD, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.
Anatomie. — M. P. LEMAISTRE, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi.
Pathologie interne. — M. DÉPÉRET-MURET professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi à 3 heures.
Thérapeutique. — M. MANDON, professeur, lundi, mardi, jeudi; conférence, samedi à 4 heures.
SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Clinique externe.* — M. RAYMONDAUD, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.
Clinique interne. — M. E. MAZARD, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. L. BLEYNIE, professeur, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi à 1 heure.
Physiologie. — M. THOUVENET, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.
Pathologie externe. — M. CHÉNIEUX, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi à 3 heures.
Histoire naturelle. — M. A. BARNY, professeur, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi à 4 heures.
Pharmacie et matière médicale. — M. PILLAULT, professeur, lundi, mardi, jeudi; conférence, samedi à 1 heure.
Professeur honoraire : M. BLEYNIE père.

Cours complémentaires et conférences.

Anatomie générale et embryologie. — M. J. LEMAISTRE, professeur suppléant, chef des travaux anatomiques, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Conférences d'anatomie*, mardi, jeudi, à 2 heures.
Conférences et manipulations chimiques. — M. GUILLAUMET, chef des travaux chimiques, lundi et mercredi, à 8 heures du matin.
Chirurgie des armées (secours à donner aux blessés en temps de guerre). — M. RAYMOND, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.
Hygiène. — M. BOUDET, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Conférences et manipulations chimiques.—M. Guillaumet, chef des travaux chimiques, mardi et jeudi, à 7 heures du matin. — *Physique médicale et toxicologie*, lundi, mardi, vendredi, à 2 heures.

Professeurs suppléants : MM. J. Lemaistre, Raymond, Boudet. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Vautrin. — *Chef des travaux chimiques* : M. Guillaumet. — *Prosecteur* : M. N... — *Préparateur de chimie : pharmacie, etc.* : M. Faucher.

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. — Les cliniques médicale et chirurgicale s'exercent dans un vaste hôpital civil et militaire dont les différents services comprennent plus de 400 malades, blessés, femmes en couches, etc. — Tous les ans, cinq places d'internes dans cet établissement sont mises au concours à l'Ecole de médecine. A l'Ecole a également lieu un concours pour deux places d'internes à l'Asile des aliénés de Nougeat, établissement considérable situé à 2 kilomètres de Limoges. Limoges possède en outre une bibliothèque médicale publique, une Société de médecine et de pharmacie, un journal organe de cette Société.

Ecole de Poitiers.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Chedevergne.
Pathologie externe. — M. Jallet.
Clinique externe. — M. Guérineau.
Pathologie interne. — M. Brossard.
Clinique interne. — M. Guignard.
Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. Bonnet.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Mauduyt.
Chimie et toxicologie. — M. Guittaut.
Hygiène et thérapeutique. — M. Robert.
Pharmacie. — M. Jouvin.
Physiologie. — M. Delaunay.
Histoire naturelle. — M. Poireau.

Professeurs adjoints :

Pharmacie et matière médicale : M. N...

Professeurs suppléants.

Chirurgie et accouchements. — M. Gauldron de la Bate.
Anatomie et physiologie. — M. Poisson.
Matière médicale, thérapeutique. — M. Morineau.
Pharmacie et toxicologie : M. Joutteau.
Chef des travaux anatomiques. — M. Poisson.

École de Rennes.

L'École de médecine et de pharmacie de Rennes possède treize chaires qui sont les suivantes :

Clinique interne. — M. Delacour, professeur, semestre d'hiver. M. Regnault, professeur, semestre d'été.
Clinique externe. — M. Aubrée, professeur, semestre d'hiver. — M. Dayot, professeur, semestre d'été.
Pathologie interne. — M. Bruté, professeur.
Pathologie externe. — M. Petit, professeur.
Anatomie. — M. Lefeuvre, professeur.
Physiologie. — M. Robiou du Pont, professeur.
Chimie. Toxicologie. — M. Bellamy, professeur.
Thérapeutique. Hygiène. — M. Pitois, professeur.
Pharmacie. Matière médicale. — M. Macé, professeur.
Histoire naturelle médicale. — M. Louveau, professeur.
Hygiène. — M. Marty, professeur-suppléant.
Histologie. — M. Accolas, professeur-suppléant.
Chirurgie. Accouchements. — M. Blin, professeur-suppléant.
Pharmacie. Chimie. Histoire naturelle. — M. Bellamy, professeur-suppléant.
Chef des travaux anatomiques. — M. Lhuissier. Le concours pour cette place a lieu en ce moment.
Clinique d'accouchements. — M. Perret, directeur de l'École.

Sont également nommés au concours parmi les élèves : un prosecteur, deux aides d'anatomie, un préparateur de chimie, un chef des travaux chimiques, un chef des travaux anatomiques.

L'hôpital d'enseignement contient 300 lits et une Maternité. — Le chiffre moyen des inscriptions dans les dernières années a été de 350. — L'école possède des collections d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale. — Les cours de la Faculté des sciences servent aux élèves à compléter leur instruction. — Les élèves peuvent, pendant trois ans, prendre des inscriptions équivalentes à celle des Facultés.

École de Reims.

L'école de médecine de Reime possède onze professeurs titulaires, quatre professeurs suppléants, un chef des travaux anatomiques, un chef des travaux chimiques, un prosecteur et deux préparateurs. Directeur : M. Maldan.

Professeurs titulaires.

Clinique externe. — M. Galliet, professeur.
Clinique interne. — M. Luton, professeur.
Anatomie. — M. Doyen, professeur.
Physiologie. — M. Décès, professeur.
Pathologie interne. — M. Strapard, professeur.
Pathologie externe. — M. Gentilhomme, professeur.
Accouchements. — M. Panis fils, professeur.
Thérapeutique. — M. Maldan, professeur.
Histoire naturelle médicale. — M. Lemoine, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Granval, professeur.
Pharmacie. — M. Lajoux, professeur.

Professeurs suppléants.

Médecine. — M. Henrot.
Chirurgie et accouchements. — M. Beltz.
Anatomie. — M. Harman.
Chimie et pharmacie. — M. Valser.
Chef des travaux anatomiques. — M. Jolicœur.
Chef des travaux cliniques. — M. N...

Les moyens d'instruction sont nombreux ; les élèves ont à leur disposition des laboratoires spéciaux de médecine, chimie, pharmacie et botanique. Il leur est également fait des cours et des conférences d'histologie.

Les hôpitaux sont les suivants : Grand Hôtel-Dieu de la ville (Reims possède 85 000 âmes). — La Maternité où il se fait de 4 à 500 accouchements par an. — Services d'enfants. — Services militaires. — Hôpital général : vieillards et enfants. — Hôpital de scrofuleux, cancéreux. — Maison de retraite pour les deux âges. — Bureaux de bienfaisance. — Dispensaire.

Reims, le 3 octobre.

Mon cher ami,

Vous n'ignorez pas combien est précaire la situation d'un certain nombre d'Ecoles de médecine depuis les améliorations qu'on a apportées dans le régime des études médicales. L'obligation, pour les villes qui veulent conserver leur Ecole secondaire, de payer les professeurs 2,500 francs sur leur propre budget, sans autre subvention de la part de l'Etat qu'une indemnité correspondante aux inscriptions supprimées, a paru assez lourde à quelques-unes. Pour que cette somme d'une quarantaine de mille francs, minimum nécessaire au fonctionnement d'une Ecole secondaire, mais bien insuffisante encore, ne fût pas considérée comme une charge trop grande, il faudrait qu'il n'y eût pas au recrutement des élèves de grandes difficultés qui tiennent d'un côté à l'impossibilité où sont ceux-ci de faire leur volontariat dans la ville où ils ont commencé leurs études, de l'autre au nouveau système adopté pour les examens de fin d'année, qui vont bientôt attirer tous les élèves à Paris. Je crois pourtant que ce résultat sera malheureux en annihilant les efforts des hommes de bonne volonté qui croient qu'il est possible de travailler en province et même d'y préparer d'excellents élèves. A Reims, nous avons un hôpital où les élèves peuvent faire l'apprentissage de la clinique dans les meilleures conditions. Plus de cinq cents lits, remplis par des malades se renouvelant fréquemment, permettent aux jeunes gens d'apprendre l'examen élémentaire des cas de médecine et de chirurgie et de contrôler leurs examens par de nombreuses autopsies ; un amphithéâtre d'anatomie où les cadavres ne manquent pas et où tout élève qui veut disséquer peut en deux ou trois ans avoir tout vu, tout étudié par lui-même, sans avoir à attendre le numéro d'une série qui souvent ne sort que le jour où les agréments de Paris ont détourné le jeune anatomiste de l'amphithéâtre ; ce sont là les deux points fondamentaux qui constituent la supériorité de l'enseignement élémentaire des Ecoles secondaires et en particulier de celle de Reims.

On aura beau faire à Paris, à moins d'y créer des Ecoles secondaires, on ne pourra pas faire que les élèves n'y soient trop nombreux pour cette première période où ils ont besoin de guides pour leur indiquer les voies les plus courtes, les meilleurs livres et les méthodes les plus simples.

Ce sont à peu près là les seuls avantages de l'Ecole de Reims, mais ils sont tellement importants que nous n'hésiterions pas à y recommencer nos études, si la chose était à refaire. Malheureusement, à côté de ces avantages, il y a quelques inconvénients, dus à l'absence de stimulant. L'émulation et la curiosité scientifiques y font défaut et on ne fait que peu de chose pour les éveiller et les entretenir. En effet, si le personnel ne laisse rien à désirer, il n'en est pas de même du matériel.

Les collections d'anatomie pathologique n'existent pas, la bibliothèque ne met à la disposition des élèves que quelques classiques. Aucune collection, aucun journal, aucun des éléments où puisse chercher un jeune esprit désireux de connaître et de comparer ce qu'il voit dans son hôpital avec ce que d'autres ont pu voir avant lui. Les laboratoires de chimie sont depuis quelque temps assez bien organisés

et un concours qui va bientôt avoir lieu pour une place de chef des travaux chimiques, va fort heureusement compléter l'enseignement des sciences chimiques et pharmaceutiques, mais il n'existe pas de cours de physique, et, cependant, le premier examen de doctorat le rendrait nécessaire.

Il existe sur le papier un professeur d'hygiène, mais le cours n'a jamais été fait, et cependant on a des élèves qui ne vont pas terminer leurs études à Paris; il y en a de moins en moins, il est vrai, la grande majorité aujourd'hui tend au doctorat, encore ne serait-il pas inutile d'apprendre à ces médecins qui vont aller dans la campagne, un peu d'hygiène et de médecine légale, choses dont ils n'entendent à peu près jamais parler.

Les désidérata, vous le voyez, sont nombreux, et, pour notre part, nous estimons qu'on songe trop à grossir les budgets des Facultés, ce qui n'est pas un mal, et qu'on ne songe pas assez, ce qui serait un grand bien, à subventionner les écoles où l'on peut vous préparer des élèves que vous perfectionnerez ensuite en leur donnant l'enseignement supérieur médical.

Bien à vous d'amitié, B. LANGLET.

Ecole de Rouen.

Directeur : — M. LEUDET.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. TINEL.
Physiologie. — M. PENNETIER.
Pathologie externe. — M. MERRY DELABOST.
Pathologie interne. — M. LEVESQUE.
Hygiène et thérapeutique. — M. OLIVIER.
Accouchements. — M. THIERRY.
Histoire naturelle. — M. BLANCHE.
Chimie et toxicologie. — M. CLOUET.
Pharmacie et matière médicale. — M. DUPREY.
Clinique externe. — M. DUMÉNIL.
Clinique interne. — M. LEUDET.

Professeurs suppléants.

Chirurgie d'armée. — M. CAUCHOIS.
Physique. — M. THIEULIN.
Professeur titulaire en congé. — M. FLAUBERT.
Professeur adjoint. — M. GRESSENT.

Ecole de Toulouse.

Semestre d'hiver 1880-1881.

Anatomie. — M. A. BONAMY, professeur titulaire. Lundi, mardi, jeudi et samedi, à 3 heures. — M. CADÈNE, chef des travaux anatomiques fera un cours complémentaire, les lundi, mercredi et vendredi à 2 h.

Pathologie externe. — M. PÉGOT, professeur titulaire. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. 1/2. Conférences le mercredi.

Pathologie interne. — M. CAUBET, professeur titulaire. Lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. Conférences le vendredi.

Chimie médicale et toxicologie. — M. FILHOL, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi à 11 h. 1/2. Conférences le mercredi.

Clinique interne. — M. NOGUÈS, professeur titulaire. Mardi et samedi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Conférences le jeudi.

Clinique externe. — M. RESSEGUET, délégué chargé du cours. Lundi et vendredi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Conférences le mercredi.

Médecine opératoire. — M. LABÉDA, professeur. Lundi, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Chirurgie des armées, soins à donner aux blessés en temps de guerre. — M. MAYNARD, professeur suppléant. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures du soir.

Semestre d'été 1879-1880.

Physiologie. — M. TOUSSAINT, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures. Conférences le vendredi.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. LAFORGUE, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2. Conférences le samedi.

Histoire naturelle. — M. NOULET, professeur titulaire. Lundi, mercredi et vendredi, à midi. Conférences le lundi.

Pharmacie et matière médicale. — M. FRÉBAULT, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi à midi et demi.

Hygiène et thérapeutique. — M. BASSET, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures. Conférences le mardi.

Clinique interne. — M. BONNEMAISON, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi, à 7 h. 1/2 du matin. Conférences le mardi.

Clinique externe. — M. RIPOLL, professeur titulaire. Lundi, vendredi, à 7 h. 1/2 du matin. Conférences le mercredi.

Pathologie générale. — M. SAINT-ANGE, professur suppléant. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures du soir.

Anatomie générale. — M. FONTAGNÈRES, professeur suppléant. Lundi, mercredi, vendredi, à 7 h. 1/2 du soir.

Professeurs suppléants.

Clinique et pathologie externes. — M. MAYNARD.
Médecine. — M. SAINT-ANGE.
Anatomie et physiologie. — M. FONTAGNÈRES.
M. CADÈNE, chef des travaux anatomiques.
M. ANDRÉ, chef de clinique.
M. FRÉBAULT, chef des travaux chimiques.

Toulouse, 22 octobre 1880.

Mon cher Directeur.

L'année qui vient de s'écouler n'a pas été favorable à notre école de médecine ; malgré les promesses faites et le décret accordant à Toulouse une Faculté, elle est toujours école secondaire. Tant il est vrai, que les rives de la Garonne sont trompeuses et ses habitants des Gascons. Par suite de circonstances fâcheuses, et du mauvais vouloir de certaines personnalités, il est impossible de déterminer quand s'ouvrira notre Faculté ; sera-t-elle même créée ? Je ne le pense pas. Ce qu'on a fait la veille, on le défait le lendemain. Aussi cette Faculté, qui devait être érigée sur l'emplacement de la caserne de la mission, pour laquelle des plans avaient été arrêtés et approuvés, et dont les merveilles avaient été annoncées *urbi et orbi* est allée rejoindre les neiges d'antan. Un recteur a passé par là, voulant laisser à Toulouse un souvenir de son séjour, il a porté ses visées sur l'Ecole de médecine. Or, vous n'ignorez pas, de quelle intelligence féconde sont doués ces Messieurs. Familiers avec toutes les branches de l'enseignement universitaire, ils opinent sur toute chose ; nourris d'histoire et de philosophie, ils tranchent sciences et médecine et donnent toujours tort au précepte de Boileau. « Soyez plutôt maçon si c'est votre talent. » Donc, M. le Recteur de l'Académie de Toulouse, a jugé bon qu'une Faculté de médecine était inséparable d'une Faculté des sciences. Tout comme les deux frères Siamois, les deux édifices devront être adossés l'un à l'autre, et seront dressés sur l'emplacement de l'Ecole actuelle, avec façade sur le boulevard Saint-Michel. Les résultats de cette conception hardie sautent aux yeux. Les étudiants en médecine qui voudront se familiariser avec les équations algébriques, n'auront que quelques pas à faire, et pourront assister à tous les développements que comportent X, Y, etc. Voudront-ils au contraire, se livrer à l'étude des constellations célestes, où aux lois de la mécanique, ils n'auront qu'à pousser le cri de : « Sésame, ouvre-toi, » et alors comme dans une féerie, apparaîtront ces lunettes géantes, et ces machines minuscules merveilles du mouvement et de ses forces.

Telle est la combinaison pour laquelle on a renoncé aux anciens plans. Non, il n'est pas permis de se moquer avec plus de sans gêne d'une population qui s'impose tous les jours des sacrifices considérables. Car, en somme, quels cours professés à la Faculté des sciences peuvent être utiles aux étudiants en médecine ? Aucun. D'autres à la vérité prétendront que les quatre cours de zoologie, physique, chimie et botanique peuvent être profitables ? C'est là une erreur ; car ces cours ont leurs équivalents dans une Faculté de médecine, et demandent à être professés non en vue de jeunes gens préparant leur licence, mais bien pour des étudiants qui aspirent à devenir des praticiens. Enfin, dans ce projet, on ne tient aucun compte de l'éloignement des hôpitaux, ni de la dépense occasionnée par la création d'une Faculté des sciences, alors que de l'avis même de certains professeurs de cette dernière Faculté, on aurait pu conserver l'ancien local, tout en y apportant quelques modifications. Tout cela est bien triste, car en agissant ainsi, on éloigne les étudiants et on détruit toute espérance.

Quant à notre école secondaire, je me contenterai de vous exposer quelques faits, me promettant d'en parler plus longuement dans une de mes prochaines correspondances. Diminution constante des élèves en doctorat, augmentation sensible des élèves en pharmacie. Ainsi l'année dernière, il y a eu 135 élèves environ en cours d'étude, et sur ce chiffre 75 à 80 étudiants en pharmacie. Les cours n'ont pas subi de modifications importantes ; mentionnons cependant l'anatomie et la pathologie générales qui sont l'objet d'un enseignement fait par leurs professeurs suppléants, alors que les cours complémentaires (clinique ophthalmologique, maladies des femmes, etc.,) sont totalement laissés dans l'oubli. En fait de concours, la place de chef des travaux anatomiques a été déclarée vacante, un seul candidat s'est présenté et a obtenu l'emploi, après des épreuves que je me dispense de qualifier. Tel est le bilan de l'école de Toulouse ; il n'a rien de rassurant pour l'avenir ; aussi à moins d'un changement radical dans la direction, cette mauvaise situation ne saurait qu'empirer.

Agréez, mon cher directeur. Dr L. C.

École de médecine et de pharmacie de Tours

La circonscription de cette école comprend les départements d'Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret et Cher.

ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique interne. — M. CHARCELLAY, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. HERPIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Pathologie interne. — M. DUCLOS, professeur. — Lundi, mercredi, Vendredi, à 11 heures et demie. Conférence le Jeudi.

Anatomie. — M. GIRAUDET, professeur. — Lundi, mardi, jeudi, samedi, à midi et demi.

Chimie et toxicologie. — M. BRAME, professeur. — Lundi, jeudi, vendredi, à 3 heures. Conférence le mardi.

Pharmacie et matière médicale. — M. DUPONT. — Mardi, mercredi, samedi, à 4 heures. Conférence le vendredi, à 2 heures.

Semestre d'été.

Clinique interne. — M. CHARCELLAY, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. HERPIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Physiologie. — M. DANNER, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures et demie. Conférence le jeudi.

Accouchements. — M. MILLET, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi et demi. Conférence le jeudi.

Hygiène et thérapeutique. — M. BODIN, professeur. — Lundi, mercredi, samedi, à 3 heures. Conférence le jeudi.

Histoire naturelle médicale. — M. BARNSBY, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Conférence le jeudi.

Pathologie externe. — M. COURBON, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures. Conférence le samedi.

Travaux pratiques et cours complémentaires. — Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques. — M. LEDOUBLE, chef des travaux anatomiques, professeur. — Tous les jours, de 2 à 5 heures.

Cours complémentaires d'anatomie. — M. LEDOUBLE, chef des travaux anatomiques, professeur. — Mercredi, vendredi, à midi et demi. Conférence, lundi et jeudi, à 3 heures et demie. (Novembre et décembre.)

Travaux pratiques de chimie. — M. DUPONT, professeur. — Mardi, mercredi, samedi, de 1 heure à 4 heures.

Histoire naturelle médicale. — *Zoologie.* — M. BARNSBY, professeur. — Mardi, vendredi (février et mars) à 3 heures.

Hygiène. — M. VIOLLET, professeur suppléant. — Mardi, samedi, à 11 heures et demie.

Semestre d'été.

Travaux pratiques de chimie. — M. DUPONT, professeur. — Lundi, mardi, vendredi, de 1 heure à 4 heures.

Travaux pratiques de botanique. — M. BARNSBY, professeur. — Jeudi, de 1 heure à 4 heures.

Histologie. — M. LEDOUBLE, professeur suppléant. — Mardi, samedi, à 11 heures et demie.

Ophthalmologie. — M. L. THOMAS, professeur chargé de cours. — Mardi, à 2 heures. — Clinique le dimanche, à 9 heures.

Médecine opératoire et chirurgie des armées. — M. OCTAVE HERPIN, professeur suppléant. — Lundi, jeudi, à 4 heures.

Physique. — M. GRANDIN, professeur suppléaut. — Mardi, vendredi, à 4 heures.

Nous avons écrit à tous les directeurs des Ecoles préparatoires en les priant de bien vouloir nous adresser le programme de l'enseignement de leur école. La plupart se sont empressés de nous adresser ces renseignements, sachant qu'il s'agissait d'être utile aux étudiants. Quelques uns ont oublié de nous répondre; si donc il se trouvait des erreurs dans la composition du personnel de leurs écoles, la faute doit en incomber à eux, et non au *Progrès Médical*.

ÉCOLES DE MÉDECINES NAVALE

Ecole de Brest.

ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881.

Epidémiologie. — M. JOSSIE, directeur.

Clinique et pathologie médicale. — M. GESTIN, médecin en chef.

Matière médicale, thérapeutique, toxicologie médicale. — M. LAUVERGNE, médecin en chef.

Hygiène générale, hygiène navale, pathologie exotique. — M. NIELLY, médecin professeur.

Anatomie et physiologie. — M. AUFFRET, médecin-professeur.

Clinique chirurgicale. — M. GALLERAND, médecin en chef.

Médecine opératoire. — M. GRAS, médecin en chef.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. LÉONARD, médecin de 1re classe, agrégé.

Chimie médicale, chimie toxicologique. — M. HÉTET, pharmacien en chef.

Pharmacie, physique médicale. — M. CARPENTIN, pharmacien-professeur.

Histoire naturelle médicale, pharmacologie. — M. COUTANCE (A.), pharmacien-professeur.

Anatomie descriptive. — M. BEAUMANOIR : médecin de 1re classe, agrégé.

Eléments de pathologie générale, séméiotique. — M. BORIUS, médecin de 1re classe, agrégé.

Petite chirurgie, bandages et appareils. — M. BARRET (E.), médecin de 1re classe, agrégé.

Pharmacie extemporanée, manipulations chimiques. — M. COUTANCE (E.), pharmacien de 1re classe, agrégé.

Bibliothécaire de l'Ecole : M. JUBIOT, médecin de 1re classe en retraite.

Ecole de Rochefort.

ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881.

Cours du semestre d'hiver. — Ouverture le 4 novembre 1880.

Conférences médicales. — M. MAISONNEUVE, directeur du service de santé.

Chimie médicale, chimie toxicologique. — M. DELAVAUD, pharmacien en chef.

Clinique chirurgicale. pathologie externe. — M. DUPLOUY, médecin en chef.

Clinique médicale, pathologie interne. — M. BARTHÉLEMY-BENOIT, médecin en chef.

Thérapeutique, médecine légale. — M. GUÈS, médecin-professeur.

Anatomie et physiologie — M. BONNAFY, médecin-professeur.

Pharmacie extemporanée, manipulations chimiques. — M. CHALMÉ, pharmacien de 1re classe, agrégé.

Anatomie descriptive, dissection. — M. DORVAU, médecin de 1re classe, agrégé.

Chirurgie élémentaire, théorique et pratique. — M. CATELAN, médecin de 1re classe, agrégé.

Pathologie générale, élémentaire, séméiologie. — M. FÉRIS, médecin de 1re classe agrégé.

Répétitions de bandages d'opérations et de petite chirurgie. — M. BODET, médecin de 2e classe, prosecteur d'anatomie.

Ecole de Toulon.

ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881.

Semestre d'hiver.

Clinique médicale, pathologie interne. — M. OLLIVIER, médecin en chef.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. BARTHÉLEMY, médecin en chef.

Thérapeutique et médecine légale. — M. CUNÉO, médecin en chef.

Chimie médicale, chimie, toxicologie. — M. HÉRAUD, pharmacien en chef.

Anatomie et physiologie. — M. ROUVIER, médecin-professeur.

Anatomie descriptive et dissection. — M. DUBERGÉ, médecin de 1re classe, agrégé.

Chirurgie élémentaire. — M. NÈGRE, médecin de 1re classe, agrégé.

Pathologie générale élémentaire. — M. LECLERC, médecin de 1re classe, agrégé.

Pharmacie extemporanée, manipulations. — M. PORTE, pharmacien de 1re classe, agrégé.

Démonstrations d'anatomie. — M. ARNAUD, médecin de 2e classe.

Semestre d'été.

Clinique médicale, pathologie interne. — M. POLIVIER, médecin en chef.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. BARTHÉLEMY, médecin en chef.

Pharmacie et physique médicale. — M. SAMBUÉ, pharmacien-professeur.

Médecine opératoire. — M. MERLIN, médecin-professeur.

Hygiène, pathologie pratique. — M. THOMAS, médecin-professeur.

Histoire naturelle médicale. — M. BAVAN, pharmacien-professeur.

Chirurgie élémentaire. — M. NÈGRE, médecin de 1re classe, agrégé.

Pathologie générale élémentaire. — M. LECLERC, médecin de 1re classe agrégé.

Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. COTTE, médecin de 1re classe, agrégé.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Nous donnons ici, comme nous l'avons fait les années précédentes, tous les renseignements que nous avons pu recueillir sur les Universités étrangères. En présence du développement sans cesse croissant des relations scientifiques internationales, la connaissance de tout ce qui concerne l'enseignement et les intérêts professionnels à l'étranger, fait pour ainsi dire partie de l'éducation médicale.

A. Angleterre.

Le Royaume-Uni ne compte pas moins de dix-neuf corps savants investis du droit de délivrer des grades ou diplômes susceptibles d'être enregistrés conformément au *Medical Act* de 1858 : le nombre de ces grades ou diplômes est de 57. Les règlements de ces divers corps sont, à très peu d'exceptions près, conformes au programme-modèle du Conseil Général de Médecine.

Tout étudiant en médecine doit, au début de ses études, se faire inscrire dans les bureaux du Conseil Général de Médecine; il ne peut obtenir cette inscription qu'en justifiant d'examens déjà subis devant un corps enseignant reconnu, ou en subissant un examen préliminaire qui roule sur un programme très élémentaire publié par le Conseil : ce programme sera sensiblement plus étendu à partir du 1er janvier 1882; il est à noter d'ailleurs qu'il existe en ce moment en Angleterre une grande tendance à relever le niveau des études préliminaires imposées aux étudiants en médecine. Après avoir justifié de cet examen ou l'avoir subi, l'étudiant est autorisé à commencer ses études médicales; pour cela, il peut suivre plusieurs voies, dans le choix desquelles il devra se conformer au règlement de l'Ecole qu'il aura choisie : il peut : 1° suivre pendant un an les cours ou les cliniques d'un hôpital de province, ou de tout autre établissement reconnu; 2° devenir pendant un an l'élève particulier d'un chirurgien régulièrement diplômé, et capable par sa situation de lui fournir des éléments suffisants d'instruction pratique; 3° entrer de suite dans une école de médecine légalement reconnue.

Le minimum du temps qui doit être consacré aux études médicales est de quarante-cinq mois à partir de la date de l'inscription : deux ans et demi au moins doivent être passés dans une école de médecine reconnue.

L'obtention des grades, diplômes ou *licences* (permis d'exercer) comporte au moins deux examens dont le premier comprend la chimie et la physique médicale, l'anatomie, la physiologie, la matière médicale et la pharmacie; le second examen ou examen final (que certaines Universités divisent en plusieurs parties) roule sur la pathologie et l'anatomie pathologique, — la médecine, y compris l'anatomie médicale, la clinique et la thérapeutique, — la chirurgie, y compris l'anatomie chirurgicale et la clinique, — les accouchements et la médecine légale.

Les Ecoles de Médecine de Londres sont celles des hôpitaux de Saint-Bartholomew, de Charing-Cross, de Saint-Georges, de Guy, de Londres, de Saint-Mary, de Middlesex, de Saint-Thomas et de Westminster, ainsi que les Facultés de Médecine de King's College et de University College. Il faut encore y joindre l'Ecole de Médecine de Londres pour les femmes, à laquelle le Royal Free Hospital fournit l'enseignement clinique, et l'école d'anatomie et de chirurgie de M. Thomas Cooke.

En province, on trouve le Queen's College (Birmingham), le Owen's College (Manchester) et le collège médical de l'Université de Durham à Newcastle-en-Tyne, ainsi que les écoles de médecine de Bristol, de Leeds, de Liverpool et de Sheffield.

Les Universités de Cambridge et d'Oxford ne donnent pas l'éducation médicale complète; en fait, il n'y a pas d'école de médecine à Oxford; mais Cambridge fournit une instruction très complète dans plusieurs branches de l'art de guérir.

En Ecosse, les écoles de médecine qui donnent l'instruction médicale complète sont celles qui sont attachées aux Universités d'Aberdeen, d'Edimbourg et de Glasgow, l'Extra-Academical School à Edimbourg, et à Glasgow le Collège d'Anderson et l'école du Royal Infirmary.

En Irlande, on trouve l'école de médecine d'Irlande, l'école du Collège Royal des Chirurgiens d'Irlande, et les collèges de Cork, de Belfast et de Galway; Dublin compte aussi plusieurs écoles de médecine: le Carmichael College of Medicine and Surgery, l'hôpital et le collège médical du Dr Steevens, l'Université catholique, et le Ledurich School, où l'on enseigne l'anatomie, la médecine et la chirurgie.

L'enseignement clinique est donné à peu près comme en France, peut-être même d'une façon plus large; car, dans tous les hôpitaux auxquels se rattachent des écoles de médecine, tous les chefs de service, médecins ou chirurgiens, ont à faire des conférences cliniques sur les malades couchés dans leurs salles, sans préjudice des cours des professeurs de clinique; ceux-ci, à la vérité, n'existent pas dans tous les hôpitaux; mais l'enseignement clinique n'en reste pas moins très étendu et très complet, et il porte sur toutes les branches de la médecine; les hôpitaux spéciaux ne manquent pas assurément en Angleterre; mais il n'est pas nécessaire de les fréquenter pour acquérir dans chaque branche particulière de notre art les notions indispensables aux praticiens : parmi les hôpitaux généraux de Londres et même de la province, il n'en est guère où l'étudiant ne puissse trouver à cet égard tous les éléments d'instruction nécessaires; quel que soit l'hôpital auquel il est attaché, il y trouvera presque toujours sur place des professeurs spéciaux pour lui enseigner les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge, de la peau, aussi bien que la chirurgie orthopédique, les maladies mentales et l'hygiène publique; il faut ajouter qu'au lieu de laisser, comme il arrive trop souvent dans les hôpitaux de Paris, à l'élève lui-même le soin de s'instruire ou de ne pas s'instruire, on ne manque pas en Angleterre d'exercer les élèves à toutes les méthodes de diagnostic, et notamment à l'auscultation chez l'homme sain et chez l'homme malade, aux recherches pratiques de micrographie et de chimie; des conférences spéciales sont instituées dans ce but, et rendent aux élèves des services considérables. Enfin, la tâche de l'étudiant est encore facilitée par la présence dans la plupart des hôpitaux, sinon dans tous, d'un ou de plusieurs répétiteurs (*tutors*) dont la mission consiste à aider les jeunes gens dans leur travail et particulièrement dans la préparation de leurs examens.

Les frais scolaires des études médicales sont considérables en Angleterre; en revanche, un grand nombre de bourses sont données au concours; beaucoup de prix sont représentés par une somme dont le chiffre est très variable, et les *assistants* de clinique médicale, chirurgicale ou obstétricale reçoivent des appointements relativement élevés; c'est ainsi qu'au Guy's Hospital, à Saint Mary's, il y a des positions de 2,500 l. st., et que les *houses-surgeons* dont la situation correspond à peu près à celle des internes des hôpitaux de Paris touchent 1800 francs par an. — Toutes ces fonctions ne sont obtenues que pour six mois ou un an; les titulaires en sont relativement nombreux, ce qui permet à tous les élèves un peu laborieux d'avoir au cours de leurs études, au moins pendant six mois les avantages de l'internat.

L'obtention de la *licence*, après validation par le Conseil médical, confère le droit d'exercice, si bien que le titre de docteur en médecine constitue en quelque sorte un luxe scientifique, dont se passent volontiers un grand nombre de praticiens du Royaume-Uni. Il n'y aurait que demi-mal si les examens à la suite desquels on délivre cette licence portaient sur l'ensemble des connaissances médicales pratiques; mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi : le candidat qui a obtenu une *licence* chirurgicale peut n'avoir en médecine que des connaissances restreintes et purement théoriques, et cependant, muni de sa licence chirurgicale, il ne se fera pas faute de pratiquer la médecine et l'obstétrique : depuis quelques années déjà, le corps médical anglais s'est ému de ce regrettable état de choses : il s'est fait dans notre profession un grand mouvement d'opinion qui ne tend à rien moins qu'à réorganiser complètement dans le Royaume-Uni l'exercice légal de la médecine, de la chirurgie et des accouchements; et il est permis de croire que le Parlement ne tardera pas à être saisi d'un projet de loi dont l'adoption à peu près certaine constituera la plus utile et la plus protectrice des réformes.

B. Allemagne.

L'empire d'Allemagne comprend vingt Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes médicaux : ce sont les universités de Berlin, Bonn, Breslau, Erlanger, Freiburg in Brisgau, Giessen, Gottingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Königsberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostoch, Strasbourg, Tübingen et Würzburg.

Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de l'empire, s'il n'a passé l'examen d'Etat. On n'est pas médecin (*Arzt*) si l'on n'a pas subi l'examen d'Etat, fût-on docteur de l'une des Universités; d'autre part, le titre de *Arzt* ne confère pas celui de docteur. Le médecin qui n'a pas subi l'examen d'Etat ne peut remplir aucune fonction; il n'est pas reconnu et ne peut pas même exiger le paiement de ses services professionels. Le praticien qui n'est ni docteur, ni *Arzt* exerce à ses risques et périls; aucune loi ne lui interdit d'exercer, mais, en cas d'accident, il encourt non seulement une amende, mais un emprisonnement dont la durée peut varier de six mois à dix ans. La plupart des étudiants passent l'examen universitaire et l'examen d'Etat. Le candidat ne peut obtenir aucun diplôme médical sans justifier d'un examen préliminaire subi dans l'une des écoles publiques, ou sans subir cet examen.

Les Universités allemandes comprennent trois ordres de professeurs : les professeurs, les professeurs extraordinaires et les *privat-docent*. Les professeurs sont nommés à vie; leurs appointements sont fixes, mais ils peuvent être plus ou moins élevés suivant la réputation du professeur; — les professeurs extraordinaires sont choisis parmi les *privat-docent*; leurs appointements sont variables, car ils sont formés en grande partie des rétributions payées par les élèves: — le nombre des *privat-docent* est illimité; c'est une situation accessible à tous les docteurs en médecine, et d'autant plus rémunératrice

que le *privat-docent* a plus de succès, puisque les rétributions des élèves volontaires constituent son seul salaire; en aucun cas, ces rétributions ne peuvent être inférieures à celles qui sont payées pour les cours du professeur ordinaire. L'institution du *privat-docent* assure suffisamment la liberté de l'enseignement médical pour que l'Etat puisse, sans grande intolérance, interdire l'ouverture de toute école libre de médecine.

La durée des études médicales en Allemagne ne peut en aucun cas être inférieure à trois ans; elle est de quatre années dans plusieurs Universités. L'examen d'Etat peut être subi soit à Berlin, soit dans l'une quelconque des Universités : avant de s'y présenter, le candidat doit produire : 1° un certificat constatant qu'il a suivi le cours d'études complet d'un gymnase; 2° un certificat constatant qu'il a suivi le cours complet des études médicales dans une Université; 3° un certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen de sciences naturelles dans une Université allemande; 4° la preuve qu'il a, pendant deux termes au moins, suivi d'une façon effective une clinique médicale et une clinique chirurgicale, et qu'il a assisté au moins à quatre accouchements séparés; 5° un certificat émanant d'un vaccinateur public ou de tout autre médecin reconnu et attestant qu'il a acquis une dextérité suffisante dans l'art de vacciner.

L'examen est divisé en cinq parties; il a toujours lieu en allemand.

L'Université de Berlin est l'une des plus importantes de l'empire d'Allemagne; elle compte parmi ses professeurs : B. von Langenbeck (clinique chirurgicale); Reichert (anatomie); Virchow (pathologie); Frerichs (clinique médicale); Dubois-Reymond (physiologie); Hirsch épidémiologie); Schröder et Gusserow (obstétrique et gynécologie); O. Liebreich (matière médicale et chimie); Westphal (psychiatrie). Parmi ses professeurs extraordinaires, on trouve les noms de Henoch et Senator (maladies des enfants); Helmholtz (physique). L'Université possède un magnifique Institut pathologique, dû à l'initiative de Virchow et situé dans les terrains qui dépendent de l'hôpital de la Charité. — L'Université de Bonn possède des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie : elle compte parmi ses professeurs : C. Binz (matière médicale); Leydig (anatomie comparée); Pflüger (physiologie) et Kekulé (chimie) (1).

L'Université de Breslau possède des instituts anatomique, physiologique, pathologique et pharmaceutique, et des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et des maladies oculaires, syphilitiques, cutanées et mentales. Elle compte parmi ses professeurs Biermer (médecine) ; Ponfick (pathologie) ; Förster (ophthalmologie) ; Heidenhain physiologie).

L'Université d'Erlangen dispose d'un hôpital pourvu de cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, psychiatrique et ophthalmologique; elle possède également des instituts d'anatomie, de physiologie et de pathologie. Elle compte parmi ses professeurs : J. von Gerlach (anatomie) ; Zenker (pathologie) ; Heineke (chirurgie) ; Rosenthal (physiologie) ; Zweifel (accouchements).

L'Université de Freiburg, a un laboratoire de chimie et des instituts pour l'étude pratique de l'anatomie, de la pathologie, de la physiologie, etc : elle est également pourvue de cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'ophthalmologie. La bibliothèque de l'Université est des plus complètes : elle ne contient pas moins de deux cent cinquante mille volumes. Ecker y enseigne l'anatomie humaine et comparée, Hegar les accouchements et Hildebrand la botanique.

L'Université de Giessen est pourvu d'un hôpital académique avec cliniques médicale, chirurgicale et ophthalmologique, d'une Maternité, d'un laboratoire de chimie, et d'instituts de physiologie et de pathologie. La bibliothèque de l'Université renferme cent quarante mille volumes. On remarque parmi ses professeurs : Bosc (chirurgie) ; Eckhard (physiologie) et Naumann (chimie).

L'Université de Göttingen possède des instituts pour l'enseignement de la physiologie animale et végétale, et la pathologie, un hôpital (l'hôpital Ernest-August), une Maternité, un asile d'aliénés avec clinique psychiatrique, un laboratoire de chimie et un institut vétérinaire. L'anatomie est enseignée par Henle, la chimie par Wohler, la physiologie par Meissner, la médecine par Ebstein, la chirurgie par König.

L'Université de Greifswald dispose d'un hôpital qui comprend des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ohpthalmologie. Parmi ses professeurs se trouvent : J. Budge (anatomie); Mosler (pathologie et thérapeutique); Arndt (psychologie et maladies nerveuses), Eulenburg (matière médicale).

L'Université de Halle, possède une bibliothèque de cent mille volumes, un laboratoire de chimie, un jardin botanique, un musée de zoologie, un amphithéâtre d'anatomie, un musée zootomique une Maternité, un hôpital de médecine et de chirurgie, et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de pharmacie. Dans la liste de ses professeurs, on remarque les noms de Vogel (médecine); de Volkmann (chirurgie); de Bernstein (physiologie); de A. Grafe (ophthalmologie); de Hitzig (médecine psychologique).

L'Université de Heidelberg dispose d'un hôpital renfermant des cliniques de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie ; elle a un institut pour l'enseignement des maladies des oreilles, une Maternité, des instituts d'anatomie, de pathologie, de physiologie et de zoologie, deux laboratoires de chimie et un jardin botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Lange (accouchements), Friedreich (médecine), Gegenbaur (anatomie humaine et embryologie), Kühne (physiologie et histologie), Arnold (pathologie), Braun (chirurgie).

L'Université d'Iéna trouve son enseignement clinique dans l'hôpital grand-ducal ; elle possède en outre une Maternité, un asile d'aliénés, des laboratoires et des musées d'anatomie, de zoologie, de physiologie, de pathologie, de chimie, etc. Schultze y enseigne l'obstétrique, Preyer la physiologie, Nothnagel la médecine, Hertwig et Bardeleben l'anatomie.

L'Université de Kiel est pourvue d'un hôpital de médecine et de chirurgie, d'une Maternité et de divers musées et laboratoires ; elle compte parmi ses professeurs : Litzmann (accouchements et gynécologie), Esmarch (chirurgie), Petersen (chirurgie) et Pansch (anatomie).

L'Université de Königsberg est pourvue d'instituts anatomiques, pathologiques et physiologiques, de cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'ophthalmologie, de laboratoires de chimie et de pharmacie, etc. Naunyn y enseigne la médecine, Jacobson l'ophthalmologie, Benecke l'anatomie, von Wittich la physiologie et Samuel la thérapeutique.

L'Université de Leipzig possède des laboratoires de chimie, de physico-chimie et de chimie pathologique ; un institut zoologique avec Leuckhardt pour directeur ; un institut d'anatomie dirigé par His, et un institut de physiologie (directeur : Ludwig), diverses cliniques, etc.) Les principaux professeurs de cette Université sont : Ludwig (physiologie), Cohnheim (anatomie pathologique), His (anatomie), Thiersch (chirurgie), Erb (médecine), Coccius (ophthalmologie), J. Carus (zoologie), Wenzel et Flechsig (anatomie et histologie), Drechsel (physiologie), Weigert (médecine), Kolbe (chimie) et Leuckhardt (zoologie).

L'Université de Marburg est pourvue d'un hôpital et de divers laboratoires pour l'instruction pratique; Roser y enseigne la chirurgie, N. Lieberkühn l'anatomie, Kramer la psychologie et Wigaud la botanique.

L'Université de Munich, située dans le Ludwigstrasse, occupe de beaux bâtiments de construction récente; elle possède, croyons-nous, la plus riche bibliothèque des Universités allemandes (cinq cent mille volumes) et un magnifique laboratoire d'hygiène construit pour Pettenkofer et dirigé par lui. Parmi les professeurs se trouvent F. von Gielt (médecine); von Siebold (anatomie comparée); Seitz (matière médicale); M. von Pettenkofer (hygiène); Nussbaum (chirurgie); von Volt (physiologie); von Ziemssen (thérapeutique). L'Université de Munich vient de perdre son professeur d'anatomie pathologique, L. von Buhl, qui est mort il y a quelques jours.

L'Université de Rostock est l'une des moins considérables de l'empire; elle compte parmi ses professeurs Thierfelder (thérapeutique); Schatz (accouchements); Merkel (anatomie).

L'Université de Strasbourg possède des instituts pour l'enseignement pratique de l'anatomie, de la physiologie expérimentale, de la chimie physiologique, de la pathologie et de la pharmacologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements, de maladies mentales, d'ophthalmologie, de maladies syphilitiques et cutanées; au nombre de ses professeurs nous voyons figurer : Waldeyer (anatomie humaine et embryologie); Goltz (physiologie); Hoppe-Seyler (chimie physiologique et pathologique); F. von Recklinghausen (anatomie et physiologie pathologiques, histologie); Kussmaul (clinique médicale); Freund et Aubenas (obstétrique et gynécologie); O. Schmidt (anatomie comparée); F. Rose (chimie pratique).

L'Université de Tübingen a sous sa dépendance un hôpital et divers établissements d'enseignement pratique. V. von Bruns y enseigne la chirurgie; von Vierordt la physiologie; von Schüppel la pathologie; von Liebermeister la médecine et la matière médicale; Henke l'anatomie.

L'Université de Würzburg compte parmi ses professeurs : Reinecker (syphilis, maladies cutanées, psychiatrie); A. von Kölliker (anatomie humaine, comparée et topographique); Scanzoni (accouchements); Gerhardt (clinique médicale); Fick (physiologie); Rindfleisch (anatomie pathologique et pathologie générale); von Tröltsch (maladies des oreilles) ; von Bergmann (clinique chirurgicale) ; J. Sachs (botanique).

C. Autriche-Hongrie.

Les Universités de l'empire Austro-Hongrois qui possèdent des Facultés de médecine et délivrent des diplômes médicaux sont les suivantes : Agram (Croatie) ; Gratz (Styrie) ; Innsbrück (Tyrol) ; Cracovie ; Lemberg (Galicie) ; Pesth (Hongrie) ; Prague (Bohême) et Vienne.

Toutes ces Universités dépendent du gouvernement, et le diplôme de docteur en médecine qu'elles délivrent donne le droit d'exercer dans tout l'Empire. La durée des études exigées pour le doctorat est

(1) Voir le n° 44, page 874.

de cinq années; les candidats ont à subir trois examens, qui, sauf une dispense spéciale et rarement accordée, doivent être passés tous dans la même Université; le premier examen comprend la physique, la chimie, l'anatomie et la physiologie; l'examen est à la fois théorique sur ces quatre sujets, et pratique sur deux d'entre eux, l'anatomie et la physiologie. — Le deuxième examen roule sur la pathologie et la thérapeutique générales, l'anatomie pathologique et l'histologie, la pharmacologie, la pathologie et la thérapeutique médicales: il y a une épreuve pratique d'anatomie pathologique et une épreuve de clinique médicale. — Le troisième examen comprend la chirurgie, l'ophthalmologie, les accouchements et la médecine légale; l'épreuve clinique porte sur la chirurgie, l'ophthalmologie et les accouchements. Les examens sont publics; tous ont lieu en présence d'un commissaire du gouvernement; pour le second et le troisième, un examinateur désigné par le gouvernement est adjoint au jury. — Les examens ont lieu en allemand, excepté à Cracovie et à Lemberg, où ils ont lieu en polonais.

L'Université de Vienne est la plus importante de l'Empire. Parmi ses professeurs ordinaires se trouvent : C. A. Voigt (anatomie); von Brücke (physiologie); von Arlt (chirurgie oculaire); Bamberger (pathologie médicale et thérapeutique); Heschl (anatomie pathologique); Billroth (chirurgie pratique et clinique); E. Hofmann (médecine légale); Sigmund (maladies syphilitiques); Stricker (pathologie et thérapeutique générales et expérimentales); Meynert (psychiatrie et maladies nerveuses). Parmi les professeurs extraordinaires, on rencontre les noms de Jäger (ophthalmologie): Schlager et Leidesdorf (psychiatrie); Benedickt (électricité et maladies nerveuses); A. Politzer (otologie); Drasche (épidémiologie); Kaposi (maladies cutanées et syphilitiques); Rosenthal (maladies du système nerveux); L. Politzer (maladies des enfants); L. von Basch (pathologie expérimentale).

L'hôpital général (*Allegemeine Krankenhaus*) peut recevoir environ 3,000 malades; on y trouve la matière d'un enseignement clinique portant sur toutes les branches de la médecine, sauf la clinique des maladies des enfants qui se trouve à l'hôpital Sainte-Anne.

Les cours libres sont nombreux et utiles à Vienne, mais ils sont dispendieux; et si l'étudiant peut employer son temps d'une façon profitable, il doit en revanche s'attendre à dépenser des sommes considérables. L'Université de Vienne se prête surtout à l'étude de l'anatomie pathologique, ordinaire ou médico-légale; le chiffre considérable de douze autopsies n'est pas rare à l'hôpital général.

L'Université de Buda-Pesth a un nombreux personnel enseignant; le professeur Bokai y enseigne les maladies des enfants; la même chaire est occupée à l'Université de Cracovie par le professeur Jakubowski; cette Université possède également un corps professoral complet.

L'Université de Gratz possède des instituts d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de zoologie; des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie, d'obstétrique et de gynécologie; des laboratoires de chimie physiologique et pathologique; un laboratoire de chimie, etc. Elle trouve l'enseignement clinique dans plusieurs établissements parmi lesquels il faut citer l'hôpital général (700 lits), la Maternité (120 lits), l'hôpital de la ville (80 lits), l'hôpital des enfants (80 lits) et deux infirmeries (245 lits). Parmi les professeurs mentionnons J. von Planer (anatomie descriptive et topographique), et R. von Kraft-Ebbing (Psychiatrie).

L'Université d'Innsbrück a des laboratoires, des cliniques, et divers autres établissements d'enseignement pratique : elle dispose en outre d'un hôpital général de 204 lits et d'une Maternité de 130 lits.

L'Université de Prague possède un amphithéâtre d'anatomie, des instituts de pathologie, de physiologie, de chimie médicale et de zoochimie; des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie et de dermatologie; des cliniques obstétricales pour les praticiens et les sages-femmes, etc., ainsi que divers hôpitaux, parmi lesquels nous citerons : l'hôpital général (950 lits), auquel se rattache l'hôpital des sœurs de Bohême (220 lits); l'hôpital Frantz-Josef, pour les enfants (100 lits); l'hôpital général israélite (50 lits); celui des Frères de la Charité (166 lits); celui des sœurs de Ste-Elisabeth (60 lits); l'asile public des aliénés (1350 lits), et la Maternité qui comprend 322 lits pour les mères et 176 pour les enfants. Dans la liste des professeurs de Prague, on trouve les noms de Hering (physiologie), de Klebs et d'Eppinger (anatomie pathologique) et de Kaulich (maladies des enfants).

D. Suisse.

En Suisse, les grades dans l'ordre de la médecine sont conférés par quatre Universités, celles de Bâle, de Berne, de Genève et de Zurich; mais ces grades ne donnent pas le droit d'exercer, lequel ne peut être obtenu qu'après un examen spécial subi, soit devant un jury qui siège à Genève, à cet effet, soit devant un jury analogue qui examine les candidats des trois autres universités.

Les examens qui confèrent le droit d'exercer sont au nombre de deux : le premier est à la fois écrit et oral : l'épreuve écrite consiste dans la présentation de deux dissertations, dont l'une porte sur la physique ou la chimie, et l'autre sur l'anatomie ou la physiologie; l'épreuve orale porte sur la botanique, la zoologie, l'anatomie comparée, la physique, l'anatomie et la physiologie. Le deuxième et dernier examen est à la fois écrit, pratique et oral : l'épreuve écrite et pratique comprend : 1° l'examen de deux malades de médecine, de deux malades de chirurgie et d'une malade d'accouchements. 2° Une consultation écrite sur l'un des deux cas de médecine et l'un des deux de chirurgie; 3° Une autopsie, avec conclusions; 4° deux opérations, dont l'une est toujours une ligature d'artères, et dont l'autre est laissée au choix du jury. L'examen oral comprend la pathologie générale et l'anatomie pathologiqne; la pathologie spéciale et la thérapeutique; l'hygiène; la pharmacologie; la chirurgie; l'anatomie topographique et les opérations; l'ophthalmologie, les accouchements, la pratique ordinaire de la médecine.

L'Université de Bâle possède un hôpital qui contient des cliniques de médecine et de chirurgie, d'accouchements, des maladies des yeux, et des maladies mentales; elle a aussi un hôpital d'enfants et des instituts pratiques de physiologie, de pathologie, de chimie et de botanique.

L'Université de Berne possède également des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, ainsi que des cliniques spéciales, et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de chimie : elle compte parmi ses professeurs Valentin (physiologie), Emmert (médecine-légale et hygiène), Langhaus (anatomie pathologique), Demme (maladies des enfants).

Nous n'insisterons pas sur l'organisation récente de la Faculté de Genève, qui est déjà connue de nos lecteurs (V. *Progrès médical*, 1876, p. 259, 305, etc.); nous rappellerons seulement que la durée des études médicales est de six ans, et qu'on obtient successivement les grades de bachelier et de docteur en médecine, après des examens très comparables à ceux du doctorat de Paris. Plusieurs des professeurs de la Faculté de Genève sont d'anciens internes des hôpitaux de Paris.

L'Université de Zurich possède un hôpital général, un hôpital d'enfants, une Maternité, et des laboratoires de pathologie, de physiologie et de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Meyer (Anatomie); Frey (histologie): Rose (chirurgie); Hermann (physiologie); Eberth (anatomie pathologique); Huguenin (clinique médicale); Horner (ophthalmologie).

E. Danemark.

Le siège de la Faculté est à Copenhague : tout étudiant peut librement suivre les cours après s'être fait inscrire; mais il faut être Danois pour obtenir à la suite des examens réglementaires le droit d'exercer.

La durée des études est ordinairement de six ou sept ans. L'enseignement théorique est donné dans les anciens bâtiments de l'Académie de chirurgie, où se trouvent un amphithéâtre d'anatomie, des collections d'anatomie normale et pathologique, d'instruments de chirurgie et de matière médicale. L'enseignement clinique est fourni par les hôpitaux de Copenhague, où six professeurs de l'Université remplissent les fonctions de chefs des divers services. Le diplôme est délivré à la suite d'un examen divisé en deux parties. Les seuls frais d'études sont ceux des examens : l'enseignement de la médecine est gratuit.

F. Suède.

Il y a en Suède trois Écoles de médecine; deux relèvent des Universités d'Upsal et de Lund, et la troisième de l'Institut médico-chirurgical de Stockholm (Institut Karolina). Ces trois écoles possèdent des musées d'anatomie normale et pathologique, des collections de produits chimiques et de préparations pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'obstétrique, des laboratoires de physiologie et de pathologie, etc.

Nul ne peut exercer la médecine en Suède s'il ne possède un permis d'exercice délivré par l'une de ces trois écoles, à la suite de trois examens et après un temps d'études qui n'est guère inférieur à dix ans. Le licencié qui veut devenir docteur n'a qu'à se présenter et à soutenir une thèse. Les Universités d'Upsal et de Lund sont investies du droit de conférer le grade de docteur à leurs propres licenciés et à ceux de l'Institut de Karolina.

G. Norvège.

Il n'y a en Norvège qu'une seule école de médecine; elle dépend de l'Université de Christiania. L'enseignement théorique est donné à l'Université; l'enseignement clinique est donné à l'hôpital général et à la Maternité à laquelle est annexé un hôpital d'enfants. Deux asiles d'aliénés servent à l'enseignement de la psychiatrie; les maladies chroniques sont traitées et étudiées à l'hôpital de la Ville. Il y a des travaux pratiques de chimie, de botanique et d'anatomie. Avant son immatriculation, l'étudiant doit subir deux examens préliminaires. Trois examens professionnels sont nécessaires à l'obtention de la licence ou permis d'exercer. Les candidats au titre de docteur doivent, une fois en possession de la licence, subir un quatrième examen, et présenter et soutenir une thèse.

H. Hollande.

La médecine est enseignée en Hollande aux trois universités de l'Etat, de Leyde, Groningue et Utrecht, et à l'université communale d'Amsterdam.

Dans les quatre villes se trouvent un hôpital académique et des laboratoires de physique, chimie, zoologie, botanique, d'anatomie, de physiologie, de pathologie expérimentale et de pharmacie ; à Amsterdam, il y a en plus des laboratoires d'hygiène et d'anatomie pathologique.

La médecine est exercée exclusivement par ceux qui ont le titre d'*arts*, titre accordé après un examen pratique, par une commission nommée annuellement par le roi.

On est admis étudiant en médecine après l'un des deux examens suivants : l'*Examen littéraire-mathématique* (sciences mathématiques, le hollandais, le français, l'allemand et un peu de latin); l'*Examen d'admission à l'Université* (sciences mathématiques, le hollandais, le latin et le grec). — Ou après avoir parcouru avec succès les six classes d'une école latine (sciences mathématiques, géographie, histoire, le latin, le grec, le hollandais, le français, l'allemand et l'anglais).

Les étudiants qui ont suivi les deux dernières voies seulement, peuvent aspirer plus tard au titre de docteur en médecine.

A l'Université, l'étudiant passe les examens suivants : 1° Botanique, zoologie, physique, chimie (après deux ans). 2° Anatomie, physiologie, histologie, pharmacologie, pathologie générale (après deux ans). 3° Pathologie interne, chirurgie (théorique), l'art des accouchements (théorique), anatomie pathologique, pharmacodynamie, hygiène (après deux ans).

Après une thèse de doctorat la Faculté accorde le titre de docteur en médecine à ceux qui ont passé ces trois examens et qui, lors de leur admission à l'Université, ont prouvé de savoir suffisamment le latin et le grec. Ordinairement, l'étudiant se soumet à l'examen pratique d'*arts* un an après le troisième des examens nommés.

I. Belgique.

Les grades médicaux sont conférés par les Universités de Bruxelles, de Gand, de Liège et de Louvain. Les Universités de Bruxelles et de Louvain ne sont autorisées à conférer que les titres purement scientifiques, qui ne donnent pas le droit d'exercer; tandis que les diplômes de Gand et de Liège, lorsqu'ils ont été légalisés par le gouvernement, confèrent le droit d'exercice.

D'après les statuts de l'Université de Bruxelles, les praticiens étrangers peuvent y obtenir, — sans trop de peine, — le diplôme de docteur. On n'exige pas d'eux l'assiduité aux cours; mais ils doivent venir en personne se faire inscrire et passer ensuite trois examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales et plusieurs épreuves pratiques; chaque examen devrait comprendre une partie écrite et une partie orale; mais moyennant une somme de 25 francs par examen, les candidats peuvent se faire dispenser de l'épreuve orale. Les examens peuvent être tous passés dans le cours d'une seule semaine et reviennent à 540 francs, tous frais compris. Il n'y a pas de thèse imprimée.

L'Université de Liège confère le titre de docteur aux candidats qu subissent avec succès les trois examens professionnels.

L'Université de Gand exige avant l'immatriculation un certificat d'études ou un examen préliminaire; elle confère le titre de docteur après sept ans d'études et quatre examens.

L'Université de Louvain délivre le diplôme de docteur aux candidats qui ont subi avec succès : 1° un examen sur un groupe ou une branche des sciences; 2° un examen en français sur toutes les branches de la médecine; chacun de ces examens se subdivise en trois autres. La Faculté de Louvain ne fait que des docteurs platoniques, puisque ses diplômes ne peuvent en aucun cas être reconnus par l'État et conférer le droit d'exercice. Nous sommes certain d'être agréable à cette Université en rendant hommage à sa parfaite orthodoxie catholique.

J. Italie.

Les Universités italiennes qui confèrent des grades médicaux son celles de Bologne, de Catane, de Padoue, de Palerme, de Pavie, de Pise, de Rome, de Sienne et de Turin. Il y a en outre une école pré paratoire de médecine à Ferrare. Il y a peu d'années, chacune de ces Universités avait son programme et ses usages : un décret récent a fixé des conditions uniformes pour toute l'Italie. Actuellement, la durée des études est de six ans au moins; après ce laps de temps, on obtient la licence complète qui permet d'exercer sur toute l'étendue du territoire. Presque tous les cours sont obligatoires (trois seulement sont facultatifs); parmi les études obligatoires figurent les manipulations de physique, de chimie et de pharmacie, les exercices pratiques d'ophthalmologie et de dermatologie et la clinique des maladies mentales.

L'examen qui donne le titre de lauréat et la licence plénière, a un programme très-vaste, et comprend une autopsie, à propos de laquelle le candidat est interrogé sur l'anatomie pathologique et la médecine légale. Il n'y a pas de thèse imprimée à soutenir à la fin des études. — Nous regrettons que la place dont nous disposons ne nous permette pas d'exposer avec détail le riche programme des Universités italiennes.

K. Portugal.

Il n'y a en Portugal qu'une seule Université qui soit pourvue d'une Faculté de médecine, c'est celle de Coimbre; mais il y deux autres écoles de médecine, l'une à Lisbonne, l'autre à Oporto. Avant l'immatriculation, la Faculté de Coimbre impose aux candidats un examen préliminaire : les études durent cinq ans, et chaque année scolaire se termine par un examen. Dès qu'il a subi avec succès son cinquième examen, le candidat reçoit le titre de licencié et l'autorisation d'exercer. Les licenciés seuls peuvent aspirer au grade de Docteur, pour l'obtention duquel ils doivent présenter et soutenir une thèse.

L. Espagne.

« Il y a en Espagne huit Facultés de médecine officielles, c'est-à-dire soutenues par le Gouvernement; ce sont celles de Madrid, de Barcelone, de Valence, de Grenade, de Cadix, de Valladolid, de Santiago, de Galicie et de Saragosse. Il y a deux Facultés libres, celle de Séville et celle de Salamanque.

« Dans toutes ces Facultés, on confère le grade de licencié, qui donne le droit d'exercer la profession médico-chirurgicale. La Faculté de Madrid seule donne le diplôme de docteur.

« Les docteurs seuls peuvent devenir professeurs de Facultés ; par conséquent, ceux qui se destinent au professorat doivent nécessairement aller à Madrid et y faire l'année de doctorat, c'est-à-dire étudier pendant un an un programme comportant l'histoire de la médecine, l'histologie et l'analyse chimique. Le doyen actuel, qui est en même temps sénateur du royaume, se nomme D. Juan Magar.

« Celui qui l'a précédé dans les fonctions du décanat et qui a réformé tout le collège de San-Carlos (c'est ainsi que nous appelons généralement la Faculté de médecine de Madrid), en y introduisant de très notables améliorations, se nomme D. Julian-Calleja. C'est un des premiers anatomistes, et il est doué, pour l'enseignement de l'anatomie, de qualités si heureuses, que l'on rencontrerait difficilement dans le monde entier beaucoup de professeurs qui le puissent surpasser. Il est merveilleusement doué pour enseigner avec clarté, précision et méthode. Son ouvrage d'anatomie est un trésor et constitue un objet d'orgueil national, — malheureusement, cette œuvre magnifique n'est pas connue en France, — car il renferme de nombreuses notions complètement originales.

« Il y a à Madrid, comme à Paris, outre l'enseignement officiel, des professeurs libres, dont les cours sont assez fréquentés par les étudiants. Les cours commencent le 1er octobre et se terminent le 30 mai. Les examens ont lieu en juin, mais les élèves refusés peuvent se représenter au mois de septembre (1). »

M. États-Unis.

L'enseignement de la médecine aux États-Unis est entièrement libre; il ne relève pas de l'État et n'est aucunement contrôlé par lui; aussi les établissements qui dispensent l'enseignement médical et qui confèrent des grades sont-ils extrêmement nombreux, bien que plusieurs d'entre eux soient morts d'anémie dans ces dernières années. Parmi ces établissements, les uns sont des collèges ou des écoles de médecine; d'autres sont constitués par la section médicale des Universités; l'origine de quelques-uns d'entre eux est fort ancienne, et l'on peut citer l'Université de Pennsylvanie dont la fondation remonte à 1768; le collège des médecins et chirurgiens de New-York, fondé en 1769; l'Université de Harvard, qui date de 1785. On comprendra aisément que nous ne pouvons donner des renseignements, même sommaires, sur tous ces établissements qui jouissent d'ailleurs d'une considération scientifique très inégale; beaucoup d'entre eux pourraient sans inconvénient être supprimés; l'un d'eux, celui qui fut le théâtre du trop célèbre négoce du Dr Buchanan devrait l'être déjà; mais il faudrait d'autre part se garder de faire rejaillir sur ces écoles, même sur les moins brillantes, la déconsidération et le mépris qui ont provoqué les révélations faites récemment touchant le ridicule et dangereux commerce de ce marchand de diplômes.

Voici quelques détails sur les principaux centres d'enseignement médical :

L'Université de Harvard (Boston) est l'une des plus importantes des États-Unis : Bigelow y enseigne la chirurgie, Bowditch la physiologie et Draper la médecine légale. A partir de l'année actuelle, elle exige des candidats, avant l'immatriculation, un certificat d'études ou un examen préliminaire : la durée réglementaire des études est de trois ans, mais l'Université engage très fortement les élèves à ne pas consacrer moins de quatre années à leurs études médicales. Les étudiants sont divisés en classes, suivant qu'ils sont plus ou moins avancés;

(1) Extrait d'une correspondance particulière.

les candidats au diplôme doivent être âgés de vingt et un ans au moins, avoir étudié la médecine au moins trois ans et de préférence quatre ans (le cours d'études est divisé en quatre années), avoir passé à l'école au moins une année sans interruption, avoir subi un examen écrit sur toutes les matières prescrites et avoir présenté une thèse.

Le collège des médecins et des chirurgiens de New-York, également connu sous le nom de Faculté de médecine du collège de Columbia compte parmi ses professeurs Gaillard Thomas (gynécologie); W. H. Draper (clinique médicale); Ab. Jacobi (maladies des enfants); Edward E. Seguin (maladies du système nerveux). Les cours sont au nombre de deux à six par jour : ils sont obligatoires. Les cliniques sont au nombre de dix, et comprennent toutes les branches de la médecine. La durée des études n'est jamais inférieure à trois ans. L'examen final est suivi de la présentation d'une thèse.

L'Université de la ville de New-York possède un personnel enseignant considérable, dans la liste duquel on trouve les noms de J. Draper (chimie) et de Hammond (maladies du système nerveux). Les professeurs de clinique disposent des hôpitaux de Bellevue et de la Charité; les élèves sont admis à suivre ces cliniques gratuitement. Il y a en outre au Collège huit cliniques par semaine et cinq cours par jour ainsi que des exercices pratiques; les dissections durent toute l'année et sont gratuites. Les examens de fin d'études sont au nombre de deux; ils peuvent être subis séparément ou en même temps.

Le Collège médical de l'hôpital de Bellevue (New-York) possède également un personnel enseignant très complet, dans lequel figurent les noms de Isaac E. Taylor (maladies des femmes); Austin Flint (clinique médicale); Van Buren (clinique chirurgicale); Lewis A. Sayre (chirurgie orthopédique); J. D. Bryant (anatomie générale, descriptive et chirurgicale), etc.

Le Collège médical Jefferson (Philadelphie) confère le grade de docteur en médecine aux candidats qui produisent un certificat de bonne vie et mœurs, qui sont âgés de 21 ans au moins, qui ont subi les examens prescrits, et qui ont présenté une thèse de médecine, composée par eux-mêmes et écrite par eux-mêmes. — Le Collège ne délivre pas de diplômes honorifiques. Il compte parmi ses professeurs le Dr Samuel D. Gross.

La Faculté de médecine de l'Université de la Louisiane dispose pour l'enseignement clinique, de l'hôpital de la Charité qui contient 700 lits de médecine, de chirurgie et d'accouchements. L'administration de l'hôpital nomme chaque année douze élèves résidents qui sont entretenus aux frais de l'hôpital : les vacances qui se produisent sont comblées par la voie du concours. Les candidats aux diplômes doivent être âgés de vingt et un ans, avoir trois ans d'études, avoir suivi régulièrement les cours pendant deux termes, et avoir subi l'examen d'une manière satisfaisante.

N. Canada.

Les corps enseignants qui sont investis du droit de délivrer des diplômes de médecine au Canada sont très nombreux. Nous devons nous borner à quelques renseignements sommaires sur les principaux d'entre eux.

La Faculté de médecine de l'Université dû collège de la Trinité délivre aux candidats qui ont passé avec succès les deux examens réglementaires, le diplôme de bachelier en médecine. Pour obtenir le grade de docteur, il faut être bachelier depuis au moins six mois et présenter une thèse, laquelle doit être approuvée par le jury d'examen.

Le collège médical de Halifax exige pour l'obtention du diplôme vingt et un ans d'âge, quatre années d'études, deux examens et une thèse.

La Faculté de médecine de l'Université de Mac-Gill impose aux candidats un examen préliminaire, quatre années d'études et avoir subi des examens annuels.

La Faculté de médecine de l'Université du Bishop's College exige un examen préliminaire et quatre années d'études; elle ne confère le grade de maître en chirurgie qu'à ceux qui prennent en même temps le grade de docteur en médecine.

Le collège des médecins et des chirurgiens d'Ontario exige un examen préliminaire, quatre années d'études et deux examens professionnels. C'est probablement la seule Université qui prenne soin de fournir aux candidats qui désirent pratiquer l'homœopathie, un jury d'examen composé d'homœopathes.

Mentionnons encore le collège des médecins et des chirurgiens de Québec et la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, dont les règlements ne diffèrent pas sensiblement de ceux des institutions dont nous venons de parler.

R. de Musgrave-Clay.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *Pour MM. les Étudiants, l'abonnement au* **Progrès médical** *est de* **douze francs** *par an.*

CORRESPONDANCE

Les Universités et les Laboratoires en Allemagne (1).

Bonn sur le Rhin, 13 août 1880.

Mon cher Directeur,

Pour en finir avec l'Univerité de Bonn, il me reste à vous parler des laboratoires ou des *Instituts*, comme on dit là-bas. Tous sont situés à Poppelsdorf, village voisin de Bonn et séparé de cette ville par la ligne du chemin de fer et par une belle allée de maronniers séculaires, la *Poppelsdorfer Allee*. Au bout de cette allée et lui faisant face, s'élève, au milieu d'un assez grand parc, un château qui est actuellement la propriété de l'Université et qui servait autrefois de résidence d'été aux électeurs de Cologne. C'est là que se trouvent maintenant les laboratoires et les musées de zoologie et de botanique, dirigés par MM. les professeurs Troschel et von Hanstein. M. Troschel est directeur d'un journal bien connu, l'*Archiv für Naturgeschichte*.

Le parc qui entoure le château a été transformé en partie en jardin botanique. Il renferme de belles serres et une section pour les plantes médicinales.

Lorsque, venant de Bonn, on est parvenu au bout de la *Poppelsdorfer Allee*, on découvre à droite un groupe de bâtiments grandioses, espacés les uns des autres de cent mètres environ et entourés chacun d'un grand jardin : ce sont les Instituts. Le premier qui s'offre à nous est l'Institut chimique ; derrière lui et à droite s'élève l'Institut anatomique ; un peu plus loin encore et un peu à gauche, on voit l'Institut physiologique ; enfin, si on suit la route qui mène à Poppelsdorf, en passant devant l'Institut chimique, on arrive en quelques secondes à l'Institut agronomique ou *landwirthschaftliche Akademie*. L'ensemble de tous ces Instituts est véritablement imposant et produit une profonde impression de surprise à ceux qui sont habitués aux réduits obscurs et malsains que nous décorons du nom de laboratoires.

L'Institut chimique est un grand bâtiment rectangulaire qui mesure 67 mètres (150 pieds du Rhin) sur une de ses faces et plus de 90 mètres (plus de 200 pieds) sur l'autre. Il occupe, avec les quatre cours qu'il renferme une superficie de 45,000 pieds carrés. La construction en a été entreprise en 1865 ; le devis s'élevait à 123.000 thalers, soit 461.250 francs, mais la dépense totale a été réellement de 640.000 francs. Un grand jardin dépendant de l'Institut est mis à la disposition du directeur.

Le vaste espace que circonscrit le rectangle formé par l'Institut chimique est divisé en quatre cours par une construction qui rejoint entre eux les côtés homologues du rectangle. Tous ces bâtiments se composent simplement d'un sous-sol très salubre et bien éclairé et d'un rez-de-chaussée où se trouvent les salles de travail et de collection. Seuls, deux côtés du rectangle portent un premier étage : dans l'un se trouvent les appartements du directeur, dans l'autre des laboratoires.

Il serait superflu de décrire longuement ce magnifique établissement. M. Wurtz (1) en a donné, en 1870, une excellente description ; il en a publié les plans et, en outre, par onze vignettes d'une exactitude irréprochable, il a fort bien rendu l'aspect de ce bel édifice. Il vaut donc mieux entrer dans quelques détails sur l'organisation de l'enseignement et du travail.

L'Institut renferme en tout cinq salles de travail, spacieuses, éclairées par de vastes fenêtres et pouvant renfermer en tout cent travailleurs. L'une est exclusivement réservée aux étudiants en médecine, pour lesquels le directeur de l'Institut, M. Kekulé, a organisé des exercices pratiques spéciaux dont nous allons dire quelques mots tout à l'heure. Une autre salle est réservée aux commençants qui s'occupent d'analyse qualitative et de chimie

(1) Voir le no 44.

(2) Wurtz,—*Les Hautes Études pratiques dans les Universités allemandes*. Rapport présenté au Ministre de l'Instruction publique. Paris, 1870.

inorganique ; une troisième salle est destinée à ceux, plus avancés, qui commencent l'étude de la chimie organique ; une quatrième, aux travailleurs qui font des analyses quantitatives ; la dernière enfin est pour ceux qui entreprennent des recherches personnelles.

Chaque laboratoire a, en outre, des annexes importantes, telles qu'une salle pour les balances, une salle pour les analyses de gaz, une galerie à air libre où l'on peut faire les préparations qui dégagent des odeurs désagréables ou des vapeurs irritantes, une chambre pour les analyses organiques, une salle d'opérations, etc.

Dans chacune de ces salles, devant chaque travailleur ou à côté de lui, des robinets amenant l'eau et le gaz, des trompes permettant de faire le vide ou de filtrer les liquides, des étuves, des niches à évaporation. En outre, chacun d'eux a à sa disposition, disposés sur un dressoir spécial, des flacons renfermant tous les réactifs dont il peut avoir besoin. De la sorte, il n'y a pas de perte de temps ni d'encombrement possibles, puisque chaque travailleur a, pour ainsi dire, son laboratoire particulier.

M. Kekulé a un vaste laboratoire particulier auquel sont annexés un grand cabinet de travail, un salon-parloir somptueusement décoré, une chambre des balances et une chambre pour les analyses organiques. Chaque assistant a aussi son laboratoire à part.

L'Institut possède encore un laboratoire de physique avec des pièces spéciales pour les analyses de gaz et pour les études spectroscopiques.

Il renferme enfin deux amphithéâtres, dont un petit, destiné aux *privat-docenten* ou à des conférences faites devant un auditoire peu nombreux. L'autre « *auditorium* » peut contenir une centaine de personnes. Une riche bibliothèque, contenant plus de mille volumes, est mise à la portée des travailleurs : on y trouve, en outre de toutes les publications périodiques relatives à la chimie, un grand nombre d'ouvrages spéciaux. Un grand magasin de verrerie est encore annexé à l'Institut. Enfin, deux vastes salles renferment une magnifique collection de produits chimiques, dans laquelle on a rassemblé les produits les plus rares et les plus précieux. Cette collection constitue à elle seule un musée des plus curieux et doit représenter une somme considérable.

Le personnel enseignant de l'Institut est constitué comme suit : MM. Kekulé, professeur ordinaire, directeur ; Wallach, professeur extraordinaire, assistant en chef (*Ober-Assistent*) ; Claisen, *privat-docent*, 1er assistant-instructeur (*Unterrichts-Assistent*), spécialement chargé de la chimie organique ; Klinger, *privat-docent*, 2e assistant (1er assistant pour l'analyse chimique) ; Krutwig, 3e assistant (2e assistant pour l'analyse chimique) ; Anschütz, *privat-docent*, 4e assistant ; Liebmann, assistant spécialement chargé de la préparation des cours. M. Anschütz est le préparateur particulier de M. Kekulé. Les autres assistants sont placés chacun à la tête d'une salle et aident les travailleurs de leurs conseils, les dirigent dans leurs manipulations.

M. Kekulé dirige lui-même les étudiants en médecine. Dans la salle qui leur est réservée, il a fait construire une estrade suffisamment élevée pour qu'il puisse être bien vu de tous ses auditeurs. Deux fois par semaine, chaque fois pendant une heure et demie à deux heures, il fait en présence des étudiants des expériences qu'il leur fait immédiatement répéter. Ces exercices pratiques, qui, paraît-il, donnent les meilleurs résultats, sont accompagnés d'explications nombreuses qui en font bien plutôt un véritable cours pratique qu'une manipulation.

L'Institut chimique de l'Université de Bonn est fréquenté par trois sortes d'étudiants : les étudiants en chimie, les étudiants en médecine et les élèves en pharmacie. Ce sont les médecins et les pharmaciens qui dominent. Les étudiants en chimie, fort nombreux il y a quelques années dans les Universités allemandes, lorsque, à la suite de la guerre, l'Allemagne crût pouvoir se lancer dans de vastes entreprises commerciales et industrielles, se font de plus en plus rares depuis le *Krach* autrichien qui a eu en Allemagne un contre-coup si funeste. Un grand nombre de fabriques se sont fermées et les chimistes employés dans ces établissements industriels se sont trouvés sans emploi du jour au lendemain : il y avait de quoi faire réfléchir les jeunes gens qui se préparaient eux-mêmes à l'étude de la chimie ! — Il faut environ quatre ans d'études pour arriver au doctorat en chimie.

Les étudiants doivent payer 90 mk. par semestre pour travailler à l'Institut chimique ; ils doivent en outre se munir à leurs frais des verres et des appareils dont ils peuvent avoir besoin.

Le service intérieur de ce vaste Institut est fait par trois garçons seulement, préposés aux salles de travail et chargés de tenir tout en ordre. Ils sont sous la direction immédiate d'un régisseur qui remplit un peu dans l'Institut les fonctions d'inspecteur et de comptable. Un autre employé est un mécanicien qui s'occupe uniquement de la machine à vapeur, placée dans le sous-sol, à l'aide de laquelle on peut avoir partout de la force motrice, mais qui sert le plus ordinairement à entretenir la ventilation et, en hiver, à alimenter les calorifères et les bouches de chaleur.

M Kekulé occupe dans l'Institut un splendide appartement. Trois assistants habitent encore l'Institut, ainsi que le régisseur (*Hausmeister*) et un garçon.

Le budget annuel de l'Institut est de 28.090 marks, dont 24.448 sont fournis par l'Etat. Le reste provient de ce que payent les élèves. La somme totale attribuée aux assistants est de 6.900 marks. Le directeur la répartit à sa guise, à la condition toutefois qu'aucun assistant n'ait un traitement supérieur à 1.650 marks. Le régisseur touche 1.620 marks, et 3.788 marks sont affectés au traitement des garçons et du mécanicien. On réserve annuellement 400 marks pour la bibliothèque.

Nous nous sommes arrêté longuement à l'Institut chimique de l'Université de Bonn, parce que nous voulions bien faire ressortir quel abîme il y a entre ce magnifique établissement et nos pauvres laboratoires de chimie. Une installation aussi luxueuse et aussi confortable n'est point un fait isolé en Allemagne, mais chaque Université possède un Institut chimique construit sur un plan analogue à celui de Bonn, présentant les mêmes commodités, offrant aux travailleurs le même nombre de places. Cela ne se voit point seulement en Allemagne, mais toutes les Universités d'Autriche, de Hongrie, ont des Instituts chimiques qui ne le cèdent à ceux d'Allemagne ni en élégance, ni en grandeur. Dans un grand nombre de villes, qui pourtant ne sont le siège d'aucune Université, on trouve même des établissements semblables : l'Institut chimique d'Aix-la-Chapelle en est un exemple, et cet établissement, le plus vaste et le plus beau d'Allemagne, jusqu'à ces derniers temps, vient d'être encore surpassé, dit-on, par le laboratoire de chimie de l'Institut agronomique de Berlin. Quand je serai arrivé dans cette ville, je m'empresserai de visiter cet Institut dont on dit des merveilles et je vous en parlerai s'il y a lieu.

Qu'on veuille maintenant mettre en regard de ces Instituts grandioses nos laboratoires de chimie. Les mieux installés que nous ayons se trouvent à l'Ecole normale de Paris (laboratoire de M. Sainte-Claire Deville), au Muséum (laboratoire de M. Frémy), et peut-être aussi à la Faculté des sciences de Marseille. En second rang, vient celui de la Sorbonne, qui est plus que médiocre. Des autres, il n'y a vraiment rien à dire et mieux vaut les passer complètement sous silence que de raconter combien ils sont exigus, misérables, insalubres. Déjà, en 1870, M. Wurtz jetait un cri d'alarme et disait « qu'une telle situation ne saurait se prolonger sans danger. » Or, qu'a-t-on fait depuis dix ans? Rien, absolument rien ! La voix autorisée de notre illustre chimiste s'est perdue dans le désert. Tous reconnaissent, il est vrai, qu'il y a de grandes décisions à prendre, que ce déplorable état de choses « ne saurait se prolonger sans danger », comme dit M. Wurtz, mais lorsqu'il s'agit de s'arrêter à un parti, au lieu de rechercher ce qui peut être l'intérêt du pays, l'intérêt de la science française, on s'arrête à de mesquines questions de personnes ! Nous sommes

déjà distancés et de beaucoup ; le mal est cependant encore réparable; si nous n'y prenons garde, il sera devenu bientôt tout à fait irréparable. R. BLANCHARD.

VARIA

Des progrès récents de la neuropathologie et de leurs conséquences au point de vue de l'enseignement médical;

Leçon inaugurale de M. le professeur W. ERBD (de Leipzig).

La médecine a, de nos jours, extraordinairement reculé les limites de son domaine scientifique, qui s'est rapidement agrandi. Les grands esprits des siècles précédents pouvaient embrasser du regard l'ensemble de l'art de guérir et même se rendre maîtres de toutes ses parties; aujourd'hui, le génie le mieux doué et l'activité la plus soutenue n'y parviendraient pas.

Depuis que des chercheurs, aussi nombreux que zélés, explorent sans cesse par les méthodes scientifiques le domaine de la médecine, les faits se sont accumulés en nombre si infini, qu'un seul homme ne saurait même jeter un rapide coup d'œil sur l'ensemble de ces faits. En outre, la variété naturelle de ce sujet d'étude, la diversité des points scientifiques à traiter, la multiplicité des méthodes et des connaissances préliminaires et indispensables pour travailler utilement aux progrès de la science, obligent chacun à se restreindre à ce qui convient le mieux à ses facultés et à ses goûts.

Il est donc devenu nécessaire de pousser très loin la division du travail; combattue d'abord et subie à regret, cette division s'accélère de plus en plus et menace d'atteindre un degré capable d'inspirer des craintes pour l'avenir. Si, faisant un retour en arrière, on compare le petit nombre des sources d'enseignements qui suffisaient encore il y a quelques dizaines d'années à apprendre au praticien la médecine entière avec toutes les sciences accessoires, au nombre beaucoup plus grand de celles que l'on juge aujourd'hui absolument nécessaires pour arriver au même but, et dont la croissante multiplication se prévoit, on se demande si les médecins ne seront pas obligés à se spécialiser, alors qu'on exige d'eux un savoir comprenant, autant que possible, toutes les sciences particulières.

Mais autant il est permis de protester, à ce point de vue, contre la spécialisation toujours croissante de la médecine, contre la subdivision incessante de ses diverses branches, autant il est imposible, dans l'intérêt des travaux scientifiques et du progrès de la science, de blâmer cette tendance. Le champ d'exploration successivement a pris une étendue si considérable qu'il n'est plus possible de progresser, sinon en se divisant la besogne et en concentrant les efforts de chacun sur un point déterminé.

La séparation des spécialités, accomplie avec une rapidité et une énergie variables, est due en partie à l'influence de grandes personnalités, en partie à l'action de circonstances particulièrement favorables.

La neuropathologie est, sans contredit, l'une des branches de la médecine clinique qui ont récemment pris le plus vif essor et le plus rapide développement. Depuis nombre d'années, elle est l'objet principale de mes études, c'est pourquoi je l'ai choisie pour sujet de cette leçon; elle constituera d'ailleurs une partie essentielle de mon enseignement.

N'attendez pas que je vous fasse l'histoire complète de la neuropathologie nouvelle; cette entreprise dépasserait de beaucoup le cadre étroit de cette leçon. Je ne veux que faire une légère esquisse des progrès récents de cette branche des sciences cliniques; vous montrer brièvement quelles conditions et quelles circonstances en ont rendu possible et favorisé le développement vraiment extraordinaire ; j'ajouterai quelques observations sur la manière la meilleure, selon moi, d'instituer l'enseignement de cette importante spécialité.

Je me permettrai de m'en tenir principalement, sinon exclusivement, à l'Allemagne et à ce qui existait en Allemagne; cette restriction, je le suppose, n'a pas besoin d'être longuement justifiée.

A l'origine de la neuropathologie allemande moderne se rattache sans conteste le nom de Romberg. Trouvant un point d'appui et une cause d'émulation dans les impérissables travaux de Ch. Bell et d'Abercrombie, de Marshall Hall et de Magendie, favorisé du voisinage de J. Müller, Romberg s'acquit un renom extraordinaire comme neuropathologiste, par sa vaste expérience et son brillant talent descriptif. Son *Traité des maladies nerveuses* est un excellent et très intéressant exposé du point qu'avait atteint la neuropathologie à la fin des quarante ou cinquante premières années du siècle, grâce surtout aux travaux de Romberg lui-même. Cet ouvrage est encore aujourd'hui d'une grande valeur comme recueil de faits intéressants et finement observés, comme modèle brillant de méthode clinique et de recherche d'observation. Romberg fut le premier, en Allemagne, à faire tourner au profit de la neuropathologie les données de la physiologie et à les utiliser pour établir le diagnostic. Il peut, à juste titre, passer pour le fondateur de la neuropathologie allemande moderne.

Sous son influence, heureusement secondée, il est vrai, par les travaux importants de savants français et anglais, on prit un nouvel et plus profond intérêt aux maladies nerveuses, intérêt qui se traduisit par de nombreuses productions scientifiques et par l'ardente discussion des problèmes neuropathologiques.

Mais l'homme qui agit le plus puissamment pour constituer la neuropathologie, scientifiquement et académiquement, c'est celui qui fut à son tour appelé à Berlin à la place de Romberg, c'est Griesinger. Cet observateur, doué d'éminentes qualités et trop tôt enlevé à la science, s'attacha énergiquement à défendre et à réaliser cette idée, d'ailleurs énoncée avant lui, que la psychiâtrie n'est qu'une partie de la neuropathologie, que la psychiâtrie et la neuropathologie sont inséparablement unies, et que la connaissance complète et prudente de la seconde, permet seule de cultiver avec fruit le domaine de la première. Il fut le premier à soutenir vigoureusement que la psychiâtrie, comme les autres branches de la pathologie spéciale, doit être enseignée dans les Universités non seulement en théorie, mais d'une façon pratique, dans une clinique; il fut aussi l'un des premiers à le faire. Le premier encore en Allemagne, il ouvrit une clinique spéciale des maladies nerveuses. Et Griesinger résolut ce difficile problème, qui, dans l'état actuel de ces deux branches de la science, serait au-dessus des forces d'un seul homme, de mener de front les deux cliniques avec un brillant succès, d'ouvrir des voies nouvelles et d'exceller dans ces deux parties de notre science.

Presque contemporain des travaux et de l'action de Griesinger est l'essor nouveau et encore persistant que prit la neuropathologie, dans la plus large acception du mot. Le nombre des observateurs qui se consacrèrent à ce genre d'étude s'accrut d'année en année; les maladies du système nerveux intéressèrent de plus en plus à mesure qu'on reconnut leur grande importance, non seulement pour l'exercice de l'art médical, mais encore pour la solution des plus difficiles problèmes de la pathologie générale aussi bien que de la physiologie et de la pathologie spéciale. Beaucoup de cliniciens firent des maladies nerveuses le sujet préféré de leurs études cliniques et expérimentales, et l'on peut dire qu'il n'y a guère encore chez nous d'autre spécialité cultivée avec plus de zèle et d'intérêt que la neuropathologie. D'autre part, il se forma dans la pratique, avec une riche et vaste expérience spéciale, des médecins qui consacrèrent leur vie à l'observation et au traitement des maladies nerveuses, et dont les travaux scientifiques ont rendu de grands services à la neuropathologie.

De là vient que le grand intérêt récemment manifesté par l'Etat pour la généralisation et l'approfondissement des connaissances psychiatriques a donné à leur enseignement, dans presque toutes les hautes écoles allemandes, une impulsion qui doit réagir favorablement sur la neuropathologie, au sens restreint du mot.

Une suite d'heureuses circonstances a donc contribué à faire de la neuropathologie une des branches les plus importantes de la science médicale. Permettez-moi d'examiner rapidement chacune de ces circonstances, et de faire ressortir particulièrement les nombreuses corrélations intimes qui rattachent la neuropathologie aux autres parties de la science médicale.

(*A suivre.*) E. TEINTURIER.

Faculté de Médecine de Paris.

Ecole pratique. Exercices de dissection sous la direction de M. Farabeuf agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les pavillons de dissection sont ouverts à partir du vendredi 5 novembre 1880, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne d'anatomie, à 1 heure, dans chaque pavillon.

1° Les exercices de dissection sont obligatoires, pendant toute la durée du semestre d'hiver, pour tous les étudiants de 2e et 3e année, c'est-à-dire pour tous ceux qui ont de 5 à 12 inscriptions. Ces élèves sont tenus de prendre part aux exercices de dissection et doivent se faire inscrire du 3 au 18 novembre, au bureau du chef du matériel de l'Ecole pratique, tous les jours, de midi à 4 heures. Les étudiants qui n'ont pas encore disséqué ont à subir un examen préalable d'ostéologie. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le jour même de l'ouverture des pavillons. — 2° Les exercices de dissection sont facultatifs pour les étudiants ci-après : A. Elèves de 4e année; — B. Elèves ayant 16 inscriptions. Ces étudiants, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen et ensuite se faire inscrire au Bureau du chef du matériel de l'Ecole pratique, du 3 au 18 novembre. Les docteurs français et étrangers sont soumis aux mêmes formalités. — 3° Passé le 18 novembre, nul ne pourra être admis aux travaux pratiques d'anatomie sans une décision spéciale. — 4° La mise en séries sera faite par les soins du chef des travaux anatomiques dans l'ordre suivant : A. Elèves de 2e et 3e année; — B. Elèves ayant 16 inscriptions; — C. Elèves de 4e année — D. Docteurs français et docteurs étrangers.

NOTA. Nul ne peut être admis à s'inscrire à l'Ecole pratique pour la dissection s'il ne présente : 1° Sa carte d'admission aux travaux pratiques délivrée par le secrétariat de la Faculté; 2° La quittance détachée du registre à souches constatant le payement des droits. — Les bureaux de la Faculté seront ouverts, pour la délivrance de ces pièces du 3 au 18 novembre, de midi à 4 heures.

Médecine opératoire, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. Ecole pratique, rue Vauquelin, 2. — M. le Dr DURET, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fait, à partir du mercredi 20 octobre 1880, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques — MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours doivent : 1° se munir d'une carte délivrée au secrétariat de la Faculté, carte attestant qu'ils ont 16 inscriptions et acquitté les droits règlementaires ; 2° se faire inscrire immédiatement après à l'Ecole pratique, bureau du chef du matériel, de 1 heure à 4 heures.

NOTA. — Les bureaux du secrétariat de la Faculté seront ouverts, pour la délivrance des cartes, de 1 heure à 4 heures.

Exercices pratiques de chimie. — Professeur, M. WURTZ; chef des travaux, M. WILLM. — Les exercices pratiques de chimie commenceront le lundi 8 novembre. Ils auront lieu les lundis et mercredis, de 1 h. à 3 h.; les vendredis et samedis, de 9 h. à 11 h. Ces exercices sont obligatoires pour tous les élèves de 1re année. Nul ne peut prendre l'inscription trimestrielle, s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le Chef des travaux. Les élèves qui ont à préparer le 3e examen de doctorat (ancien régime) peuvent être autorisés par le Doyen de la Faculté à prendre part à ces exercices. Les élèves devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (laboratoire de chimie) tous les jours de 1 h. à 3 h. Ils doivent produire : 1° Leur carte d'admission délivrée par le Secrétariat de la Faculté; 2° La quittance détachée du Registre à souche et constatant le payement des droits.

Exercices pratiques d'histoire naturelle. — Professeur : M. BAILLON. Chef des travaux : M. FAGUET. — Les exercices pratiques d'*Histoire naturelle* commenceront le lundi 8 novembre. Ils auront lieu les lundis, mercredis, jeudis et samedis, de 9 heures à 11 heures. Ces exercices sont obligatoires pour tous les élèves de 1re année. Nul ne peut prendre l'inscription trimestrielle, s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux. Les élèves qui ont à préparer le 3e examen de doctorat (ancien régime), peuvent être autorisés par le doyen de la Faculté à prendre part à ces exercices. Les élèves devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (bureau de M. Faguet) les lundis, mercredis, jeudis et samedis, de 9 à 11 heures. Ils doivent produire : 1° Leur carte d'admission délivrée par le secrétariat de la Faculté. 2° La quittance détachée du registre à souche et constatant le payement des droits.

Hôtel-Dieu. Clinique médicale. — M. le Professeur G. SÉE commencera le cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, le lundi 8 novembre 1880, à 8 heures et quart. Les Leçons seront continuées tous les Lundis et Vendredis, à la même heure. Le Mercredi, démonstrations au Laboratoire. Tous les jours, à 8 heures et quart, visite des malades.

Hôtel-Dieu. Clinique ophthlamologique. — M. le professeur PANAS a commencé ses Leçons Cliniques le Vendredi 5 Novembre 1880, à 8 heures et demie, et les continuera le Lundi et le Vendredi de chaque semaine, à la même heure. Tous les mercredis, exercices ophthalmoscopiques, à 8 heures. Les Mardis, Jeudis et Samedis, visite des malades dans les salles, à à 8 heures et demie.

Hôpital des Cliniques de la Faculté. Clinique d'Accouchements. — M. le Professeur DEPAUL commencera son Cours de Clinique d'Accouchements, le *Mardi* 9 *Novembre* 1880, à 8 heures, et les continuera les Jeudis, Samedis et Mardis suivants, à la même heure. La visite des malades aura lieu tous les jours à 8 heures du matin. Des Leçons Cliniques et des exercices pratiques se feront les mardi, Jeudi et Samedi de chaque semaine, à 9 heures. MM. les Elèves sont prévenus qu'une carte spéciale est nécessaire pour être admis à cette Clinique.

Hôpital Necker. Clinique médicale. — M. le professeur POTAIN commencera ses leçons de clinique médicale, le lundi 8 novembre 1880, à 10 heures du matin, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Visite tous les jours à 8 heures et demie. Les mardis, leçons et exercices de séméiologie, par M. Cuffer, chef de clinique. Les mercredis, leçons et exercices de chimie pathologique, par M. Esbach, chef du laboratoire de chimie. Les samedis, leçons et exercices d'anatomie pathologique, par M. Du Castel, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Hôpital de la Charité. Clinique Chirurgicale. — M. le Professeur GOSSELIN a commencé son cours de Clinique chirurgicale, le Mercredi 3 Novembre 1880, à 8 heures, et le continuera les Vendredis, Lundis et Mercredis suivants, à la même heure.

Leçons pratiques de médecine légale. — M. BROUARDEL commencera les leçons pratiques de médecine légale le vendredi 5 novembre 1880, à 2 h., et les continuera les vendredis suivants à la même heure. MM. les docteurs en médecine et MM. les étudiants qui ont subi le 3e examen de doctorat, et qui désirent prendre part à ces leçons, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, où il leur sera délivré une carte d'admission.

Cours d'anatomie. — M. le Professeur SAPPEY commencera son Cours d'Anatomie, le Lundi 8 Novembre 1880, à 4 heures (grand Amphithéâtre), et le continuera les Mercredis, Vendredis et Lundis suivants, à la même heure.

Opérations et appareils. — M. le Professeur Léon LE FORT commencera son cours d'Opérations et Appareils le jeudi 11 novembre 1880, à 4 heures, et le continuera les samedis, Mardis et Jeudis suivants, à la même heure.

Cours d'Histologie. — M. le professeur ROBIN commencera le cours d'histologie le samedi 6 novembre 1880, à 5 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Histoire naturelle médicale. Cours auxiliaire. — M. DE LANESSAN, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale le samedi 6 novembre 1880, à 2 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de chimie médicale. — M. HENNINGER, agrégé, suppléant, commencera ses Leçons de Chimie médicale le *Mardi* 9 *Novembre* 1880, à midi (grand Amphithéâtre), et les continuera les Jeudis, Samedis et Mardis suivants, à la même heure.

Accouchements. Cours auxiliaire. — M. PINARD, agrégé, commencera le Cours Auxiliaire d'Accouchements le Mardi 9 Novembre 1880, à 3 heures, (petit Amphithéâtre), et le continuera les Jeudis, Samedis et Mardis suivants, à la même heure.

Physiologie. Cours auxiliaire. — M. CH. RICHET, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie le lundi 8 novembre 1880, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Actes de la Faculté de médecine.

LUNDI 8. — 1er *de fin d'année* : MM. Gariel, Bourgoin, Henriot. — 3e *de fin d'année* : MM. Trélat, Landouzy, Straus. — 1er *de Doctorat* (épreuve pratique) : MM. Béclard, Verneuil, Farabeuf.—(Nouveau mode) : MM. Baillon, Regnauld, Gay. — 2e *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Parrot, Fournier, Reclus. — 2e *Série* : MM. Charcot, Potain, Pozzi.

MARDI 9. — 2e *de fin d'année* : MM. Sappey, Peyrot, Bouilly. — 1er *de Doctorat* : MM. G. Sée, Panas, Cadiat.—4e *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Jaccoud, Bouchard, Troisier. — 2e *Série* : MM. Lasègue,

Ball, Raymond. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Gosselin, Hardy, Pinard.

Mercredi 10. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Terrillon.— (Nouveau mode) : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 2e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Potain, Pozzi. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Depaul, Verneuil, Dieulafoy.

Jeudi 11.— 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Gosselin, Sappey, Humbert. — 2e *Série* : MM. Richet, Robin, Bouilly. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Hayem, Joffroy. — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Brouardel, Grancher.

Vendredi 12. — 1er *de Doctorat* (Nouveau mode) : MM. Baillon, Henninger, Gay. — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Parrot, Reclus. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Depaul, Trélat, Landouzy. — 2e *Série* (Charité) : MM. Charcot, Verneuil, Pinard.

Samedi 13.—2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Panas, Richelot.

Thèses. — *Mercredi* 10 : 446. M. Sadrain. — 447. M. G. André. — *Jeudi* 11 : 448. M. Féraud. — 449. M. Barrès. — *Samedi* 13 : 450. M. Morice. — 451. M. Mercier.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 22 octobre au jeudi 28 octobre 1880, les naissances ont été au nombre de 989, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 334 ; illégitimes, 139. Total, 473. — *Sexe féminin* : légitimes, 377 ; illégitimes, 159. Total, 516.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 22 octobre au jeudi 28 octobre 1880, les décès ont été au nombre de 892, savoir : 445 hommes et 449 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Maladies épidémiques ou contagieuses* : Fièvre typhoïde : M. 20. F. 29. T. 49. — Variole : M. 10. F. 8. T. 18. — Rougeole : M. 5. F. 9. T. 14. — Scarlatine : M. 1. F. 3. T. 4.— Coqueluche : M. 1. F. 3. T. 4. — Diphthérie. Croup : M. 16. F. 12. T. 28.—Dysentérie : M. ... F. . T. .— Erysipèle : M. 3. F. 2. T. 5. — Infections puerpérales : 7. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. ... — *Autres maladies* : Phthisie pulmonaire : M. 105. F. 76. T. 181. —Autres tuberculoses : M. 24. F. 23. T. 47. — Autres affections générales : M. 30. F. 29. T. 59. — Bronchite aiguë : M. 12. F. 20. T. 32. — Pneumonie : M. 24. F. 24. T. 48. — Diarrhée infantile et athrepsie : M. 31. F. 31. T. 62. — Autres maladies locales : aiguës : M. ... F. ... T. ... ;— chroniques : M. ... F. ... T. ... ; — à forme douteuse : M. ... F. ... T. ... — Après traumatisme : M. .. F. 1. T. 3. — Morts violentes : M. 19. F. 4. T. 23. — Causes non classées : M. 6. F. 1. T. 7.

Mort-nés et prétendus tels : 71 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 12. Total, 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 16 ; illégitimes, 11. Total, 27.

Concours de l'Internat. — Les épreuves orales pour les volontaires d'un an ont eu lieu le vendredi 29. La question traitée en dix minutes a été la suivante : *Articulation coxo-fémorale. Diagnostic de la coxalgie.*

Concours de l'Externat. — Les questions traitées pendant les dernières séances ont été les suivantes : Jeudi 28 : *Configuration externe et rapports des poumons.*— Samedi 30 : *Os occipital.*— Mardi 2 novembre : *Articulation temporo-maxillaire.*—Jeudi 4 : *Muscles jumeaux et soléaire.*

Hôpitaux de Lyon. *Concours de l'externat.* — Le concours a eu lieu le 26 et le 27 octobre. Les questions sorties sont les suivantes : *Articulation du genou.—De la cautérisation actuelle.— Thermo-cautère de Paquelin.* — Il s'est terminé par les nominations des candidats suivants, classés par ordre de mérite : MM. Roque, Fochier, Rochet, Branche, Mouisset, Joubeut-Laurentin, Farce, Albertin, Montagnon, Laugier, Fabre, Denarié, Forestier, Tusseau, Vallos, Coppéré, Crozat, Meurer, Alombert-Goget, Garand, Devars, Luquet, Saillet, Fombonne, Savat, Honnorat, Arduin, Maniglier, Bobichon, Janin, Charles.

Hôpitaux de Bordeaux. *Concours de l'Internat.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de : *Internes titulaires* : MM. Loumeau, Doche, Bertrand, Dumont ; — *Internes provisoires* : MM. Ferré, Saint-Mézard, Brard, de Fleury.

Faculté de médecine. *Avis aux étudiants.*— Les examens pour les candidats qui ont à accomplir leur volontariat cette année, ont commencé le lundi 25 octobre courant. MM. les étudiants qui se trouvent dans ce cas sont invités à se faire inscrire sans retard au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 30 octobre 1880, la chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté des Sciences de Nancy. — M. Haller, docteur ès-sciences, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Nancy, est maintenu, en outre, dans les fonctions de maître de conférences de chimie à la Faculté des Sciences de Nancy, pendant l'année 1880-1881.

Médecins des Bureaux de bienfaisance. —En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le Ministre de l'Intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a l'honneur : 1° d'informer MM. les médecins du XVIIe Arrondissement que le dimanche 4 novembre 1880, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins. Le scrutin ouvrira à midi et fermera à quatre heures ; — 2° d'informer MM. les médecins du Xe Arrondissement que le dimanche 14 novembre 1880, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection de cinq médecins. Le scrutin ouvrira à midi et fermera à quatre heures.

Ecoles municipales d'infirmières. — Les cours d'instruction primaire ont recommencé dans ces écoles dans les premiers jours d'octobre. Les cours professionnels ont commencé le 3 novembre à Bicêtre. Ceux de la Salpêtrière reprendront le mercredi 10 novembre à 8 heures du soir. Nous rappelons à nos lecteurs que les cours professionnels de la Salpêtrière sont publics, et que la seule formalité à remplir est de se faire inscrire au Bureau de la direction. Le premier cours, relatif à l'administration et à la comptabilité hospitalières, est fait par M. Lebas, directeur de l'hospice de la Salpêtrière.

Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité de la Seine.— Dans la séance du 29 octobre, le Conseil a procédé à l'élection d'un nouveau membre en remplacement de M. Delpech. Les voix se sont ainsi réparties : 1er *tour* : MM. Lancereaux, 13 voix, Du Mesnil, 9 voix, Dujardin-Beaumetz, 9 voix, Deligny, 1 voix. — 2e *tour* : MM. Lancereaux. 13, Dujardin-Beaumetz, 11, Du Mesnil, 8. — 3e *tour* : MM. Dujardin-Beaumetz, 16, Lancereaux 15, Du Mesnil, 1. — 4e *tour* : MM. Lancereaux, 19. Du Mesnil, 10, Bertillon, 3. — 5e *tour* : MM. Du Mesnil, 20, Bertillon, 11, Deligny. 1. En conséquence, les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : MM. Dujardin- Beaumetz, Lancereaux, Du Mesnil.

Société de médecine légale. — Cette Société reprendra ses séances le lundi 8 novembre, à 3 heures précises, au Palais de Justice, (salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil). — Ordre du jour : I. Rapport de la commission de jurisprudence, M. Guerrier, rapporteur. — II. Monographie de l'empoisonnement par la strychine, par M. Boyer, juge d'instruction, à Foix. — III. Note de M. Hanot sur un cas de simulation de mutité. — IV. Rapport de M. Napias sur un travail de M. Dally. — V. Sur un cas d'empoisonnement par les vapeurs de charbon, observation par M. Barthélémy, interne des hôpitaux. — La Société rappelle que trois places de membres titulaires sont actuellement vacantes. Les candidats sont invités à faire parvenir, dans le plus bref délai, leur lettre de demande au secrétaire général.

Missions scientifiques. — Une bourse de voyage de 2,000 francs est accordée, à M. le Dr Chuquet, pour lui faciliter un voyage scientifique en Italie.

Nouveaux journaux. — Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue clinique d'oculistique du Sud-Ouest* publiée à Bordeaux, sous la direction du Dr Armaignac avec le concours de MM. Sichel et E. Meyer. Cette revue parait le 15 de chaque mois. Bureaux : 13, rue du Parlement Sainte-Catherine, à Bordeaux.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

8e ANNÉE. — N° 46. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 13 NOVEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

D'une variété non décrite de phénomène post-hémiplégique (*Forme hémiataxique*);

Par M. le Dr J. GRASSET, agrégé de la Faculté de Montpellier, médecin de l'Hôpital général.

En dehors des contractures (1), les phénomènes post-hémiplégiques le mieux étudiés sont : l'hémichorée (dont l'hémiathétose semble être une variété) et le tremblement.

Le tremblement ordinaire des hémiplégiques ne se produit pas au repos (2); il se rapproche donc de celui de la sclérose en plaques. Mais nous avons observé aussi dans un cas (dont nous n'avons malheureusement pas pu avoir l'autopsie) un tremblement au repos, accompagné de sensations de chaleur et de soudure de la tête et du cou : sorte d'hémiparalysie agitante post-hémiplégique (3). Depuis lors, nous avons trouvé dans Nothnagel (4) l'indication d'un fait analogue de Leyden (5), à l'autopsie duquel on trouva un sarcome de la couche optique.

Ainsi, nous trouvons, parmi les phénomènes post-hémiplégiques, les deux grands ordres de tremblement classique : le tremblement à l'occasion des actes (comme dans la sclérose en plaques) et le tremblement au repos (comme dans la paralysie agitante).

Les mouvements de l'hémichorée sont d'un autre genre. Ils diffèrent du tremblement en ce que ce ne sont pas des oscillations rhythmiques, plus ou moins régulières, de part et d'autre de la position d'équilibre. Ce sont, au contraire, des contractions irrégulières, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, ne présentant rien de rhythmique ou de pendulaire.

En pathologie nerveuse générale, on distingue deux classes dans ces mouvements irréguliers : ceux qui ne se produisent qu'à l'occasion des actes volontaires (ataxie locomotrice); ceux qui se produisent au repos (chorées). Or, jusqu'à présent, cette dernière espèce est seule connue parmi les phénomènes post-hémiplégiques. — Ce qui caractérise l'hémichorée post-hémiplégique, c'est l'instabilité au repos (6).

Mais on n'a pas encore décrit, à la suite de l'hémiplégie, des phénomènes appartenant au type de l'ataxie; c'est-à-dire des contractions anormales, se distinguant de tous les tremblements par leur irrégularité et se différenciant de l'hémichorée en ce qu'*elles ne se produisent pas au repos et ne se développent que dans les actes volontaires*.

C'est cette dernière espèce de mouvements que nous avons observée chez le malade dont nous allons rapporter l'histoire clinique et l'autopsie.

(1) Voy. les dernières leçons de Charcot, in. *Progrès médical*, 1879 et 1880; et Brissaud. — *Recherches sur la contracture permanente des hémiplégiques.*

(2) Raymond. — *Etude sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques.* 1876, p. 87.

(3) Grasset. — *Traité des mal. du syst. nerv.*. p. 203.

(4) *Top. Diag. d. Gehirnkr.* Berlin, 1879, p. 233 et 241.

(5) *Virch. Arch.* XXIX.

(6) Raymond, *loc. cit.*, p. 29.

Observation. — *Série d'attaques apoplectiformes; hémiplégie droite et aphasie; phénomènes post-hémiplégiques dans la main droite (hémiataxie). — Foyers de ramollissement dans la région opto-striée gauche (partie antérieure de la capsule interne).*

B... Séraphin a commis toute espèce d'excès (femmes, alcool, absinthe). En 1869, douleurs rhumathoïdes (?) à l'épaule et au coude.—En 1873, première poussée de fluxion cérébrale avec léger embarras de la parole ; mais tout disparaît très vite.

Pendant sa convalescence, en avril de la même année, il va au soleil et a une attaque : il perd connaissance, on le porte dans son lit. La langue est embarrassée et il a une hémiplégie droite, surtout marquée au bras ; les traits sont déviés à gauche. — Quand il recommença à parler, il substituait les mots les uns aux autres, s'impatientait de ne pas trouver l'expression propre. Cette aphasie va plus tard en diminuant, mais ne disparaît d'une manière complète qu'après quatre ans ou quatre ans et demi.

En avril 1874, nouvelle attaque, moins forte que la précédente : toujours du même côté.

En avril 1875, autre attaque : toujours les mêmes phénomènes. Il reste faible du côté droit : il tremblait du bras droit, dit-il. Tous les hivers, il a des points de côté (?) dont un très grave. Sa faiblesse augmente de plus en plus ; l'aphasie s'atténue. Il a de fréquents vertiges, marche difficilement.

Le 15 août 1877, cinquième attaque. Moins marquée que les précédentes, elle laisse après elle une plus grande faiblesse. — C'est alors qu'il entre à l'Hôpital général.

Nous l'examinons en avril 1879. A ce moment, il a une manière de parler un peu lente, dit bien le mot propre ; seulement il met volontiers les verbes à l'infinitif, au lieu du mode voulu. Sa main droite, au repos, ne présente absolument aucun mouvement anormal ; pas d'instabilité. Mais dès qu'il veut agir avec ses doigts, prendre par exemple un crayon pour écrire, ses doigts, au lieu de s'appliquer régulièrement sur le crayon, sont pris de contractions désordonnées, qui l'empêchent d'écrire et lui font même souvent projeter le crayon au loin. Il a toutes les peines du monde à bien placer le crayon, la pointe en bas, à l'assujettir ainsi et à écrire. Les mêmes phénomènes se présentent quand il veut saisir une épingle, etc.; en un mot, toutes les fois que les doigts ont besoin de s'adapter à un acte volontaire, un peu précis. Rien dans les autres segments du membre supérieur. Quand il étend la main droite, les doigts écartés, on observe dans ceux-ci de petits mouvements d'oscillation. — Le bras droit est, du reste, très faible : 13 au dynamomètre de ce côté et 25 à gauche. — La jambe droite est également plus faible que la gauche. — La pupille droite est un peu plus grande que la gauche.

Vers cette époque, un jour, en marchant, il tombe; il ne se rappelle ni pourquoi ni comment. A partir de ce moment, il a beaucoup plus de peine à remuer la jambe droite ; il ne peut plus guère mouvoir que les pieds et les orteils.

En juin, le mouvement est un peu revenu dans le membre inférieur droit; il ne peut cependant pas marcher. Escharre à la fesse droite.

Jusqu'au commencement de novembre, nous le voyons tous les jours. Les phénomènes décrits plus haut dans la main droite sont constants. Une seule fois, ils semblent se produire aussi au repos, et nous croyons à l'apparition d'une véritable hémichorée ; mais cela ne se reproduit pas.

Il passe les mois de novembre et décembre hors de l'hôpital et commet de nouveaux excès (alcool).

Le 27 décembre, quand il rentre, son état s'est aggravé. Il ne peut plus marcher, même avec un aide (ce qu'il faisait avant de sortir) ; il peut à peine se lever pour se mettre sur un fauteuil. L'hémiplégie droite est très marquée (face comprise). — Les mouvements ataxiques de la main droite sont plus marqués qu'il y a deux mois ; ils ont toujours les mêmes caractères. L'occlusion des yeux ne les exagère pas (ce qui avait été noté aussi dès les premiers temps de leur constatation). Il tousse beaucoup : râles sous-crépitants aux deux bases.

L'état persiste ainsi sans aggravation pendant le mois de janvier 1880.

Le 2 février, au soir, il a une sorte d'indigestion, vomit. Le 3, malaise très grand : signes de pleuro-pneumonie généralisée. Le 4, dyspnée intense; cyanose de la face et des extrémités. Le 5, respiration très gênée, bruyante ; râles trachéaux ; cyanose. Outre les râles broncho-pulmonaires qui remplissent la poitrine, il y a une forte matité assez étendue à la base du côté droit. — Les phénomènes ataxiques de la main droite persistent. — Vésicatoire, infusion d'ipéca à trois grammes ; potion alcoolique ; bouillon et vin.

L'affaissement fait d'incessants progrès et le malade succombe le 7 février à 5 heures du matin.

Autopsie. — *Thorax.* A droite, adhérences pleurales, fortes en arrière et sur le côté, surtout marquées au sommet et à la base. Assez grande quantité de liquide dans la cavité pleurale. Emphysème au bord antérieur des lobes supérieur et moyen ; congestion dans le tiers postérieur de ces lobes ; hépatisation rouge du lobe inférieur. A gauche, adhérences pleurales très fortes, surtout en arrière et en haut, si bien qu'il est impossible d'extraire le poumon de la cavité thoracique ; il faut l'arracher par fragments. — Poumon carnifié, sclérose péri-bronchique.

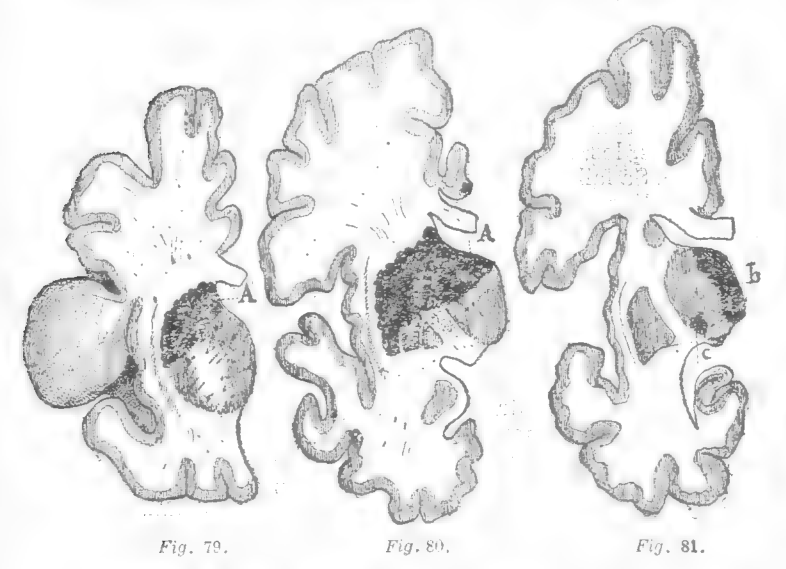


Fig. 79. *Fig.* 80. *Fig.* 81.

Crâne. Veines de la dure-mère fortement injectées ; dure-mère soulevée par une grande quantité de liquide séreux qui s'écoule quand on incise cette membrane. Sur les bords de la scissure interhémisphérique, adhérences multiples entre la dure-mère et l'arachnoïde. — Léger athérome des artères de la base du cerveau. Sur la convexité, arachnoïde très fortement injectée avec des traînées blanches le long des vaisseaux. L'arachnoïde et la pie-mère forment, principalement sur l'hémisphère gauche, une couche épaisse, rouge, sur toute la convexité, sauf au niveau du lobe occipital. Cette couche se détache très facilement et tout d'une pièce du cerveau, qui est œdémateux.

Les deux *hémisphères*, dépouillés de leurs méninges, ne présentent rien à l'extérieur.

On fait les coupes de Pitres. — *Hémisphère droit :* rien.

Hémisphère gauche. Rien sur la coupe préfrontale. — Premier foyer de ramollissement (A, *fig.*79 et 80) occupant : sur la coupe pédiculo-frontale, le haut du corps strié ; et sur la coupe frontale, le noyau caudé et le haut de la couche optique, de la capsule interne et du noyau lenticulaire. A ce niveau, la partie inférieure de la capsule interne (pointillée sur le dessin) est jaunâtre. — Deuxième foyer de ramollissement, beaucoup moins volumineux que le précédent (*b*, *fig.* 81), occupant le tiers interne (ventriculaire) de la couche optique. — Troisième foyer très petit (*c*, *fig.* 81) à la partie inférieure de la couche optique (sur la même coupe), confinant à la capsule interne qui est intacte. — Rien sur toutes les autres coupes.

Cœur. Hypertrophie du ventricule gauche ; dilatation de la crosse de l'aorte qui est athéromateuse.

Foie. Granuleux à la coupe, cirrhosé.—*Reins.* Scléreux.

Le fait sur lequel nous voulons attirer l'attention est le phénomène post-hémiplégique. Nous ne pouvons pas préciser l'époque où il est apparu, l'ayant constaté la première fois que nous avons vu le malade ; il a persisté jusqu'à la mort ; il n'était accompagné d'aucune contracture ni d'aucune exagération des réflexes tendineux dans le côté paralysé.

Ce phénomène se rapprochait du tremblement des hémiplégiques en ce qu'il ne se produisait pas au repos, mais seulement dans les actes volontaires ; il se distinguait des tremblements en ce qu'il n'était pas formé d'oscillations rhythmiques mais de contractions anormales, irrégulières dans tous les sens. — Ce dernier caractère le rapprochait des mouvements choréiformes ; mais le fait de son apparition, seulement dans les actes volontaires, le séparait de l'hémichorée véritable pour le rapprocher, en dernière analyse, de l'ataxie.

De là le nom de *forme hémiataxique* que nous proposons pour désigner ce phénomène post-hémiplégique.

Il va sans dire qu'il ne s'agit nullement ici d'une ataxie véritable (par sclérose spinale postérieure) consécutive à une hémiplégie. L'innocuité de l'occlusion des yeux prouve qu'il ne s'agit ici que de phénomènes ataxiformes, s'il est permis de parler ainsi. Du reste, en l'absence d'examen de la moelle, la flaccidité constante des membres paralysés prouve qu'il n'y a eu aucune espèce de dégénérescence spinale secondaire.

Comme l'hémichorée, ce phénomène post-hémiplégique dépendait, non d'une lésion spinale consécutive, mais de la lésion cérébrale elle-même. Le siège de cette lésion rapproche encore ce phénomène de l'hémichorée, puisque toutes les lésions étaient groupées dans la partie antérieure de la région opto-striée. On remarquera encore que, dans le cas d'hémiparalysie agitante de Leyden, dont nous avons parlé plus haut, la lésion siégeait aussi dans le voisinage de cette même région.

Il résulterait de tout cela que, quand la capsule interne est altérée, l'hémichorée et le tremblement ordinaire ne sont pas les seuls phénomènes post-hémiplégiques que l'on puisse observer. Il y a aussi une hémiparalysie agitante et une forme hémiataxique. De sorte que si l'on trouve des faits analogues à ceux que nous signalons ici, on pourra étendre la notion des phénomènes post-hémiplégiques et les classer d'après le tableau suivant :

	Se produisant au repos.	Ne se produisant que dans les mouvements volontaires.
Tremblements.	Hémiparalysie agitante.	Tremblement ordinaire.
Contractions en divers sens.	Hémichorée.	Hémiataxie.

Cette forme hémiataxique de mouvement post-hémiplégique, que nous venons de décrire, se rapproche symptomatiquement de ce que l'on observe dans plu-

sieurs cas de paralysie générale : phénomènes ataxiformes que l'occlusion des yeux n'exagère pas.

A ce propos, nous ferons remarquer que, tout en qualifiant de ramollissements les foyers trouvés chez notre malade, nous n'excluons pas pour cela l'idée d'encéphalite. Nous avons la conviction que le ramollissement cérébral est beaucoup plus souvent inflammatoire qu'on ne le dit communément aujourd'hui. La théorie française reprendra peu à peu sa place à côté de l'envahissante et exclusive théorie allemande.

En présence de la méningite chronique, constatée chez notre sujet, si les foyers cérébraux avaient été corticaux superficiels, nous n'aurions pas hésité un instant à dire : méningo-encéphalite diffuse. Comme ces foyers étaient à quelque distance des méninges, nous avons dit simplement ramollissement. Mais le processus peut très bien avoir été le même.

En d'autres termes, l'idée de méningo-encéphalite diffuse doit être étendue à un grand nombre de cas qui ne rentrent pas dans le cadre clinique de ce que l'on appelle la paralysie générale. Ceci est pour montrer seulement qu'il n'y a peut-être pas entre notre fait et les cas de paralysie générale, autant de différence qu'on pourrait le croire d'abord, et, par suite, l'hémiataxie post-hémiplégique, que nous avons observée, peut être rapprochée sans trop d'invraisemblance, des phénomènes ataxiformes constatés chez certains paralytiques généraux.

CLINIQUE MÉDICALE

Les affections du foie en Algérie et les variations de l'urée (1) ;

Par A. KELSCH, agrégé libre du Val-de-Grâce.

A côté de l'hyperémie paludéenne, nous avons étudié une autre forme de congestion, très fréquente en Algérie, celle qui se trouve associée au catarrhe des voies biliaires. De nombreuses analyses d'urine ont été pratiquées chez des ictériques au foie turgescent et douloureux ; l'exposition de ces faits étendrait sans grand profit les limites de ce travail : nous nous bornerons à en consigner ici les résultats en bloc : la moyenne de l'urée n'a jamais dépassé la norme, le plus souvent elle lui était inférieure (12-18), ce qui concorde plutôt avec la sévérité du régime institué et la réduction consécutive des processus nutritifs qu'avec une exaltation des fonctions uropoiétiques ; cette interprétation, d'ailleurs, est d'autant plus plausible que les analyses des premiers jours, marqués par un régime très sévère, ont donné une moyenne quotidienne inférieure à celle des analyses des jours suivents où l'alimentation était moins rigoureuse, quel que fût d'ailleurs l'état du foie qui a paru être sans influence sur la formation de l'urée. En un mot, nos résultats, en ce qui concerne l'ictère catarrhal, expriment la réduction des processus nutritifs et non une hyperformation de l'urée.

II. — Hépatites aiguës et chroniques.

OBSERVATION IX. — *Hépatite aiguë non suppurée.* — Baraquer, 3e zouaves, 25 ans, en Algérie depuis 5 ans. Il a eu en 1873 et 1874 des accès de fièvre rebelle, mais jouissait depuis cette époque d'une excellente santé, jusqu'en septembre 1877, où, à son retour des forêts, il fut pris d'une dyssentérie grave qui nécessita un traitement de 35 jours à l'hôpital, et un congé de convalescence de 3 mois à passer en France. C'est au retour de ce congé, pendant la traversée, qu'il fut pris de fièvre avec frisson, et de récidive de diarrhée, et, 2 jours après, d'une douleur diffuse, pongitive, dans l'hypochondre droit. Ayant débarqué sur ces entrefaites à Philippeville, il fut admis à l'hôpital immédiatement : c'était le 20 janvier 1878. Le 5 février suivant, il est dirigé sur Constantine où, après avoir passé une quinzaine de jours à l'infirmerie, il dut de nouveau entrer à l'hôpital, le 25 février. Pendant cet intervalle, la diarrhée dysentérique n'a pas cessé ; l'hypochondre droit s'est notablement tuméfié, la douleur y persiste toujours avec des irradiations dans la cavité abdominale ; depuis deux jours sont survenus des vomissements qui ont décidé l'envoi d'urgence du malade à l'hôpital.

27 *février*. Etat actuel. T. mat. 38°,8. Décubitus dorsal, amaigrissement, facies effilé, pâle, subictérique, air de souffrance. Peau chaude. L'hypochondre droit présente dans toute son étendue un développement exagéré, dont le maximum répond au rebord costal ; l'intumescence s'étend de beaucoup au-dessous de ce dernier ; les espaces intercostaux, élargis, mesurent presque le double des espaces correspondants du côté opposé ; le côté malade est immobile pendant la respiration, très douloureux, et les muscles droit et obliques y sont fortement tendus ; la douleur est telle que la délimitation du foie est rendue très difficile par la palpation et la percussion ; de la région hépatique elle s'irradie en s'atténuant, du reste, dans toute la cavité péritonéale qui est sensible sur tous les points. Malgré cela, nous pouvons constater que la matité hépatique remonte jusqu'au 4e espace intercostal, en bas jusqu'à la ligne ombilicale ; elle mesure 0m 27 sur la ligne mamillaire, elle empiète sur l'épigastre où elle dépasse de 0m 03 la ligne xyphoïdienne. L'hypochondre droit mesure dans son périmètre 0m 41, tandis que nous en trouvons à peine 0m 39 à gauche. La partie la plus saillante correspond à la région comprise entre la ligne blanche d'une part et le rebord costal de l'autre, c'est-à-dire à toute cette portion qui déborde le rebord des côtes : cette portion est tellement tuméfiée qu'elle s'épanouit au-devant et au-dessous du rebord costal qui s'y incruste et se trouve déjeté en dehors ; la palpation révèle, dans toute la région hépatique, une douleur généralisée, diffuse, sans fluctuation ; dans la portion qui déborde, le doigt explorateur rencontre un empâtement diffus, mais pas de sensation de flot. Pas de douleur scapulalgique. La plèvre paraît libre, le murmure vésiculaire est un peu amoindri, par suite probablement du tassement du parenchyme pulmonaire et de l'immobilisation du côté malade. La langue est chargée, l'appétit nul, de temps à autre il y a des vomissements verdâtres ; la diarrhée dysentérique persiste : 30 sangsues *loco dolenti*, frictions mercurielles, opium, bouillon dégraissé, soir 38°,2, même état.

Urines de 24 heures	Volume en cent. c.	500.
	Urée	14,5.
	Réaction	Acide, pigment biliaire.
	Couleur	Bière brune.

28 *février*. M. 38°. La douleur est diminuée, les vomissements persistent. — Sangsues loc. dolent. ; calomel à doses réfractées, opium. Soir 39°,2.

Urines de 24 heures	Volume	355.
	Urée	12,03.
	Reaction / Couleur	ut suprà.

1er *mars*. M. T. 37°,6. Amélioration sensible : diminution de un travers de doigt de la matité hépatique. La diarrhée a disparu, mais les vomissements continuent. Même traitement : 25 nouvelles sangsues. Bouillon, S. T. 37°,8, même état :

Urines de 24 heures	Volume	235.
	Urée	8,44.
	Couleur	Brune.
	Albumine	0.
	Réaction	Alcaline et ictérique.
	Dépôt	Rouge brique.

2 *mars*. M. T. 36°,8. L'amélioration continue ; matité, vo...

(1) Voir le n° 44.

sure, etc., comme hier; mais douleur diminuée. Les vomissements continuent toujours. Soir, même état.

Urines de 24 heures { Volume . . . . 340. Urée . . . . 10.13. Réaction. . . . . Acide, ictérique. Albumine . . . . 0. Couleur. . . . . Brune. }

3 *mars*. M. T. 36°,7. Douleurs moindres dans la région hépatique, les muscles abdominaux sont moins tendus, les vomissements deviennent plus rares. S. T. 36°,6.

Urines de 24 heures { Volume. . . . . 328. Urée. . . . . 8,0. Albumine. . . . . 0. Réaction. . . . . Acide. }

4 *mars*. M. T. 37°,7. Ensemble général amélioré. La douleur moins vive se concentre sur le foie, dont les dimensions diminuent. Le périmètre de l'hypochondre ne mesure plus que 39.5 centim. au lieu de 41. Demande quelque aliment solide. 20 sangsues sur l'hypochondre droit. Bouillon, volaille, lait. — Soir : T. 37°.

Urines de 24 heures { Volume. . . . . 805. Urée . . . . 17.4. }

5 *mars*. M. T. 37°,5 ; S. 38°. Dépôt rouge brique très abondant.

Urines de 24 heures { Volume. . . . . 705. Urée . . . . 26.50. }

6 *mars*. M. T. 37°,3. La matité hépatique a diminué sur la ligne mammillaire de 4cm,5 du côté du thorax et de 3cm,5 du côté de l'abdomen. Appétit, langue bonne, 1/2 p., bouillon, volaille, fruit, chocolat. — *Soir*, T. 38°,3, vol. 735 ; urée, 25.52. — 7 *mars*. T. M. 38°. S. 38°,4. vol. 812 ; urée, 22.98. Dépôt abondant. — 8 *mars*. T. M. 37°. S. 37°,5, vol. 1.024 ; urée 17.2.

Depuis le 5, amélioration progressive, les dimensions du foie diminuent lentement, elles dépassent toujours la norme, l'hypochondre droit est un peu voussuré, mais la douleur est moins vive et la tension des muscles abdominaux a diminué. Langue bonne, appétit ; 1/2 port., potage, vol., œuf, quinquina.

9 *mars*. M. 36°.8, S. 37°.2, vol. 1,500 ; urée, 21.97. — 10 *mars*. M. 37°,6. S. 37°,8, vol. 1657 ; urée, 24,06.

L'amélioration générale et locale persiste. La matité hépatique dépasse un peu la norme ; l'hypochondre, pourtant, reste toujours un peu développé, mais il est indolore.

11 *mars*. M. 38°.5. Mouvement fébrile sans cause appréciable, et d'ailleurs sans malaise aucun pour le malade, même régime. 1 gr. sulfate de quinine.

Soir 38°,8, vol. 2157 ; urée, 24.23. — 12 *mars*. M. 38°. Région du foie indolore, bien que toujours un peu développée. S. 38°,6, vol. 1690 ; urée, 23.66.—13 *mars*. M. 37°,7. Bon appétit, 1 port. côt., lég. frais. — S. 37°,6, vol. 2035 ; urée 22.38. — 14 *mars*. M. 37°.4. S. 37°,6, vol. 1435 ; urée, 20.80.—15 *mars*. M. 36°,2, va bien, S. 37°,2, vol. 1240 ; urée, 27.48. — 16 *mars*. M. 37°,4, va tout à fait bien, l'ensemble général est excellent ; il reste pourtant un peu de voussure à la région de l'hypochondre. S. 37.6, vol. 985 ; urée, 18.58.— 17 *mars*. M. 37°.2, S. 37°.4, vol. 1165 ; urée, 22,36.—18 *mars*. M. 37°. La matité hépatique a presque récupéré ses limites normales. L'hypochondre droit pourtant est toujours un peu plus développé que le gauche. Ni douleur ni malaise, mais teint pâle, jaunâtre, cachectique. — S. 37°, vol. 945 ; urée, 23.62. — 19 *mars*. M. 37°. S. 38°,6, vol. 1330 ; urée, 21.67. — 20 *mars*. M. 37°. S. 38°, vol. 915 ; urée, 23.42. — 21 *mars*. M. 37°.2. S. 38°, vol. 665 ; urée, 25,2. — 22 *mars*. M. 38°. S. 38°.2, vol. 850 ; urée 16.50

La voussure hypochondriaque est presque effacée. La matité sur la ligne mamillaire ne mesure plus que 0,m15 ; du côté de l'épigastre, elle s'étend jusqu'à la ligne médiane ; bref, les dimensions du foie sont à peu près normales. Aucune douleur, ni aucun malaise ; appétit, sommeil, pourtant les forces ne se relèvent pas et le teint reste pâle, mat, bistre.

Il serait trop long de reproduire dans tous ses détails la suite de l'observation : nous la résumons dans le tableau suivant :

Dates	Températures matin	Températures soir	Quantités d'urines en 24 h.	Quantité d'urée	Albumine	Réaction	OBSERVATIONS
Mars							
23	38	38.5	685	14 38	0	Neutre	Aucune modification n'est survenue dans l'état local. Le foie est indolore, ses dimensions sont toujours quelque peu supérieures à la norme, et l'hypochondre droit est un peu plus développé que le gauche. L'examen du poumon est négatif. On constate simplement une diminution de la respiration à droite, en arrière, sans autres signes bien nets d'épanchement. Le malade ne souffre pas, il a de l'appétit et prend à chaque repas : potage, côtelette et œufs. Néanmoins, il a maigri et a un teint pâle, terreux. Nous restons dans le doute sur la signification de la fièvre, rebelle d'ailleurs au sulfate de quinine.
24	38.6	39	925	18.91	»	»	
25	38.8	38.3	850	17.26	»	»	
26	37.2	38	535	8.82	»	»	
27	37.7	38	740	17.02	»	»	
28	38.7	39.4	1.390	16.54	»	»	
29	38.2	39.8	1.370	14.48	»	»	
30	38	39	825	16.70	»	»	
31	37.8	39.5	1.535	17.05	»	»	
Avril							
1er	38.8	38	950	11.70	»	»	
2	38.8	38	900	11.70	»	»	
3	39	40	1.165	18.37	»	»	
4	39	39.4	925	13.22	»	»	
5	38.8	38.2	625	12.62	»	»	
6	38.2	39	825	15.72	»	»	
7	37.6	39	825	12.04	»	»	
8	38.4	39	1.625	15.61	»	»	
9	38.8	39.6	1.650	14.10	»	Acide	Diarrhée dyssentérique.
10	38.6	39.6	1.275	21.49	»	»	Sueurs nocturnes.
11	37.5	39.2	1.020	13.05	»	Neutre	
12	38.1	39.8			»	»	
13	38.3	39.8	705	10.57	»	Acide	8 selles diarrhéiques.
14	38.6	39.4	965	11.48	»	»	10 selles séreuses.
15	39		1.095	11.38	»	»	6 selles séro-muqueuses.
16	37.8	39	705	12.21	»	»	8 selles. Rien de changé au foie.
17	38	38	805	12 24	»	»	8 selles séro-muqueuses.
18	37.5	38.5	570	9.97	»	»	
19	37.2	38 6	930	14.22	»	»	
20	37	39.5	760	13.07	»	»	8 selles molles.
21	37.2	39	680	13.20	»	Neutre	
22	37.4	38	590	10.67	»	Acide	Diarrhée diminuée. Continue à n'avoir aucun malaise, mange de bon appétit.
23	37		585	10.79	»	Neutre	
24	36.8	38.5	760	9.95	»	Acide	Ponction sans résultat du point le plus saillant de l'hypochondre droit.
25	37.5	39	1.000	12.03	»	»	
26	37.8	39	1.050	9.50	»	»	
27	38.2	38.6	935	12.71	»	»	La diarrhée continue. Etat cachectique profond, transpire fréquemment la nuit.
28	36.8	38.6	805	11.35	»	»	
30	37.4	39	1.675	12.94	»	»	
					»	»	Il reste toujours une légère voussure dans la région hépatique, sans tuméfaction circonscrite, sans douleur. Amaigrissement, teint pâle, terreux, tout à fait cachectique ; prend un peu de potage et quelques bouchées de viande ; 2 à 3 selles féculentes sans pus.
Mai							
1er	36.8	39	1.675	12.94	»	»	
2	37.5	37.8	850	9.94	»	»	
3	37	37.5	965	12.06	»	»	
4	36.8	37.2	1.125	11.25	»	»	
5	36.6	37.4	1.075	11.50	»	»	
6	36.6	37	1.250	12.75	»	»	
7	36.6	38	1.980	13.82	»	»	

Le malade se remet peu à peu, et peut quitter l'hôpital le 10 juin, en excellent état. L'analyse des urines a été continuée journellement jusqu'au jour de la sortie. L'urée s'est relevée peu à peu, et, dans les 15 derniers jours, elle atteignait un chiffre moyen de 14 gr.

Cette observation est assurément fort instructive pour le sujet qui nous occupe. Il s'agit d'un malade qui, au moment de son admission à l'hôpital, présente tous les signes locaux et généraux d'une congestion active, d'une hyperémie phlegmasique du foie compliquée très probablement d'un certain degré de péri-hépatite. Les fonctions uropoiétiques du foie ne devaient pas manquer d'être notablement excitées dans ce cas. — « Lorsque, dit Parkes, cité par M. Brouardel (*loc. cit.* pag. 47), le foie ne suppure pas, qu'il est tuméfié, congestionné, l'activité sécrétoire des cellules s'accroît, et en même temps l'urée et l'acide urique augmentent dans les urines. » Or, que se passe-t-il chez notre malade ? Justement l'inverse de ce que nous attendions, sur la foi de l'observateur anglais. Pendant plusieurs jours, le chiffre de l'urée reste abaissé, il ne se relève qu'à partir du 5, c'est-à-dire au moment où s'opère une détente dans les phénomènes locaux. Soutenir qu'il y a eu destruction d'une partie du parenchyme est impossible, eu égard à l'absence des signes de suppuration, à la rapi-

dité et à la facilité de la restauration ; il est bien plus rationnel de faire intervenir ici l'autre facteur, le régime : très sévère dans la période congestive (bouillon), il a été augmenté progressivement à partir du moment où la tuméfaction a commencé à rétrocéder ; les différences dans la production de l'urée concordent nettement avec le changement de l'alimentation, et les premières reçoivent des seconds une interprétation tout à fait physiologique. Que si l'on avait encore des doutes, les faits observés ultérieurement chez le malade se chargent de les lever. Que se passe-t-il en effet ? Jusqu'au 21 mars, les choses vont bien. Le volume du foie se réduit graduellement, le malade se nourrit bien (1 port. côt. lég.), sans perdre à la vérité sa teinte cachectique ; l'urée de 24 heures atteint les limites physiologiques et s'y maintient. Mais, à partir du 22 avril, tout est remis en question : une récidive de dyssentérie survient, puis une sorte de fièvre hectique s'allume, et le sujet tombe peu à peu dans un état de marasme profond. Nous ne pouvons préciser la cause de la fièvre : tenait-elle à l'entérite, à la résorption de produits putrides dans le gros intestin, à une complication du côté de la plèvre droite, à un réveil de l'impaludisme ? On ne sait, n'importe, il semble certain que ce n'était pas une fièvre hépatique, puisque, de ce côté, tous les signes locaux avaient disparu ; pourtant, nous voyons l'urée diminuer chaque jour, et se maintenir pendant longtemps à une limite aussi basse qu'au début pour se relever de nouveau à partir du moment où la dyssentérie ayant cédé, une nouiriture substantielle peut être prise et assimilée per le malade. L'influence d'une nutrition insuffisante sur la production du principe excrémentitiel est ici manifeste et nous sommes fondé à croire que c'est la même cause qui a produit le même effet au début, malgré l'excitation très manifeste du foie. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Conférences de la Morgue : M. le professeur Brouardel.

M. Brouardel a repris le vendredi 5 novembre ses conférences de la Morgue, en présence d'un public nombreux, composé d'étudiants et de docteurs en médecine. Dès le début de sa leçon, M. Brouardel rappelle à ses auditeurs combien le secret médical s'impose dans cette enceinte : il importe, en effet, que tout ce qui se dit et se révèle dans cet amphithéâtre, ne transpire pas au dehors, sinon on se trouverait aux prises avec le reportage et tous ses inconvénients extra-médicaux. Revenant à son cours proprement dit, c'est-à-dire à l'expertise publique, que M. Brouardel regarde comme la sauvegarde de l'expert, il expose en quelques mots l'objet et le plan de ses conférences. Durant ces leçons, qui auront lieu les mercredis et vendredis à deux heures, M. Brouardel fera la lecture des commissions qui lui auront été adressées par le parquet, puis procédera *coram populo* à l'autopsie judiciaire. Les élèves devront alors prendre des notes afin de rédiger un rapport qui sera lu et commenté dans la prochaine séance. Dans sa leçon d'ouverture, M. Brouardel a exposé, avec expériences à l'appui, les signes de la pendaison et de l'infanticide.

Cours auxiliaire de Zoologie médicale : M. de Lanessan.

M. de Lanessan a commencé son cours auxiliaire de zoologie médicale le samedi 6 novembre, à 4 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. Ce cours, dont l'importance ne sera pas méconnue par les étudiants en médecine et par ceux qui, à un degré quelconque, s'intéressent au relèvement de l'enseignement des sciences naturelles en France, nous paraît, cette année comme l'année dernière, appelé à un véritable succès. Au début de sa leçon, le professeur a fait ressortir aux yeux de ses nombreux auditeurs l'utilité des notions de zoologie générale, sans lesquelles l'étude restreinte des animaux utiles ou nuisibles à l'homme est absolument incompréhensible ; il a ensuite exposé à grands traits la méthode essentiellement objective qu'il compte suivre dans ses leçons : c'est ainsi qu'il prendra, dans chaque groupe d'animaux, un type déterminé, et le décrira complètement, en le prenant encore à l'état de germe et le suivra dans toutes ses phases jusqu'à ce que, arrivé à l'apogée de son développement, il soit apte à se reproduire ; il passera également en revue les différentes fonctions de cet animal, puis, cette étude terminée, il le comparera aux êtres qui s'en rapprochent le plus et sera ainsi amené à lui assigner la place qu'il doit occuper dans l'arbre généalogique. Le cours comprendra cette année toute la zoologie médicale, mais le professeur insistera surtout sur les protozoaires, les cœlentères et les vers, ces groupes présentant, au point de vue médical, un intérêt tout spécial.

Nous n'insisterons pas sur le talent bien connu de parole et d'exposition de M. de Lanessan, mais nous tenons à faire ressortir que c'est lui qui, l'un des premiers, a professé à Paris un cours de zoologie dans lequel ont été exposées, sans réticence et avec une originalité réelle, les données fécondes de l'hypothèse évolutionniste, admise et developpée depuis longtemps déjà par Darwin, Heckel, Giard, Huxley. Nous le félicitons doublement, car, grâce à lui, la Faculté de médecine aura montré le chemin à suivre à nos autres établissements scientifiques, qui restent ancrés dans la vieille tradition et attendent sans doute la permission de l'Institut pour enseigner la seule hypothèse que l'on puisse scientifiquement émettre pour expliquer le développement de la vie et le perfectionnement de l'organisme.

De la Crémation.

Un rapport au Conseil municipal fait par l'un des adeptes les plus fervents de la crémation, M. Morin, dont le *Progrès médical* a déjà parlé (1), a été le point de départ d'une nouvelle discussion sur cet intéressant sujet. Nous ne reviendrons pas sur la question de savoir s'il faut ou non une loi pour autoriser la crémation ; un ministre dit oui, un autre dit non. Mais la question reste en suspens, bien qu'il soit du devoir impérieux d'un gouvernement républicain de hâter, plus que tout autre, la réalisation des réformes réclamées par les progrès de la science.

(1) Voir dans le n° 30, page 607, le Bulletin de notre ami M. E. Teinturier.

Nous avons profité de la circonstance pour demander de nouveau que M. le ministre de l'intérieur autorisât par un décret — ce qui peut se faire en 24 heures — des expériences permettant de se rendre compte des avantages pratiques de la crémation et de la valeur des différents appareils employés jusqu'à ce jour pour l'incinération des corps. Nous avons, dans ce but, rappelé le passage suivant du *Rapport sur le budget de* 1880 *de l'Assistance publique* que nous avons fait au mois de décembre dernier :

Une partie des frais d'inhumation provient de l'Amphithéâtre d'anatomie de Clamart. C'est là que sont portés par moitié les corps des malades morts dans les établissements hospitaliers, et non réclamés par leurs parents ou leurs amis. Ces corps sont distribués gratuitement aux internes et aux externes des hôpitaux pour leurs études d'anatomie et de médecine opératoire (1).

Or, il a été envoyé à l'Amphithéâtre de Clamart (2), dans le cours de l'année 1878, 904 corps entier et 788 corps ouverts, ce qui fait 1,692 cadavres (y compris 89 fœtus ou morts-nés). Dans les 10 premiers mois de 1879, l'Amphithéâtre a reçu 1,515 cadavres. Quand ces cadavres ont été utilisés par l'étude, ils se trouvent réduits en fragments qui sont transportés chaque jour au cimetière des hôpitaux (3).

En présence de cette situation, il nous a semblé qu'il y avait là une indication tout à fait spéciale pour l'emploi de la *crémation* et l'installation d'un appareil dans les terrains libres de l'ancien cimetière de Clamart qui avoisinent l'Amphithéâtre. Si cette proposition était acceptée, il en résulterait un allègement considérable pour le cimetière d'Ivry. Ajoutons que les débris des corps envoyés à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, pourraient également être soumis à la crémation dans le même local. L'Ecole pratique ayant reçu 1,038 cadavres en 1878, on peut évaluer à 2,700 le nombre des cadavres provenant des écoles de dissection, qui pourraient être soumis chaque année à l'incinération.

La Commission du budget, prenant en considération les renseignements qui précèdent, vous demande d'inviter l'Administration à prendre les mesures nécessaires pour soumettre à la crémation tous les corps qui ont servi aux études anatomiques, soit à l'Ecole pratique, soit à l'Amphithéâtre de Clamart. Si ce vœu était réalisé, il en résulterait, dans l'avenir, nous le répétons, une sérieuse économie pour nos finances.

Nous avons insisté ensuite sur ce point, à savoir que notre proposition ne soulevait aucune objection médico-légale et qu'elle fournissait l'occasion d'habituer la population à l'idée de la crémation et que, si on brûlait les débris des 2,700 cadavres qui servent soit aux travaux anatomiques, soit à la médecine opératoire, en 10 ans, on aurait économisé les dépenses qu'entraîne un cimetière devant recevoir 27,000 cadavres.

Le Conseil, conformément aux vues que nous venons de développer, a voté une proposition déposée par M. de Lanessan et par nous, demandant à l'Administration d'intervenir auprès de M. le ministre pour qu'il soit procédé, à titre d'essai à la crémation des corps qui ont servi aux études médicales. Espérons que les bureaux ne laisseront pas dormir trop longtemps dans leurs cartons cette délibération du Conseil municipal B.

(1) Bon nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux font tous les ans des cours de *clinique médicale* et *chirurgicale*, de *thérapeutique*, etc. En second lieu, à l'Amphithéâtre de Clamart, il y a un enseignement complet d'*anatomie*, d'*histologie*, de *physiologie* et de *médecine opératoire*. — Si l'on joint à ces moyens d'instruction fournis gratuitement aux étudiants en médecine par l'Administration de l'Assistance publique, c'est-à-dire par la Ville de Paris, les Bibliothèques médicales et les Musées des hôpitaux, on voit qu'il serait bien aisé d'organiser un véritable *Enseignement Municipal de la Médecine*.

(2) Rue du Fer à Moulin, sur les terrains de l'ancien cimetière de Clamart, ouvert en 1673. L'Hôtel-Dieu y enterrait ses morts. — La date de la fermeture est inconnue, l'incendie de 1871 ayant détruit une partie des archives de l'Assistance publique. — En 1814, les militaires tués au siége de Paris y ont été enterrés. — En 1832, on y aurait, dit-on, inhumé des cholériques. — Toutefois, ce dernier fait aurait besoin d'être vérifié; les documents historiques publiés par la Ville de Paris donnent peut-être des renseignements à cet égard. — L'*Amphithéâtre d'anatomie* est construit sur la partie réservée aux fosses communes. — Cet établissement a été inauguré en 1833.

(3) Le cimetière des Hôpitaux est au cimetière d'Ivry. Bicêtre a un cimetière spécial qui est contigu, mais séparé par des murs du cimetière des hôpitaux et de celui d'Ivry. — L'hospice de la Reconnaissance a également un cimetière pour ses administrés décédés. Ce cimetière est situé sur un terrain dépendant de l'hospice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 *octobre* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. SANSON offre en hommage un mémoire dont les conclusions ont déjà été publiées dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences (9 août). Ce mémoire a pour titre: *Sur la source du travail musculaire et sur les prétendues combustions respiratoires.*

M. JOHANNÈS-CHATIN communique une note relative aux différentes périodes de *développement du vitellogène.*

Action du suc gastrique sur le salicylate de soude. M. HALLOPEAU a voulu s'assurer expérimentalement si le salicylate de soude est décomposé dans l'estomac par le suc gastrique. Partant de ce fait que l'acide salicylique est soluble et le salicylate de soude insoluble dans l'éther, il a administré du salicylate de soude à plusieurs chiens, qu'il sacrifiait quelque temps après. En analysant le bol alimentaire, il a constamment trouvé, dans ces cas, une certaine quantité d'acide salicylique libre, soluble dans l'éther. Cette particularité est intéressante à connaître, puisque l'acide salicylique est un antiseptique et que le salicylate de soude ne l'est pas du tout. Du reste, pour passer dans le sang, l'acide salicylique se transforme de nouveau en salicylate de soude. Au point de vue thérapeutique, on peut donc donner indifféremment de l'acide salicylique ou du salicylate de soude. Seulement, le salicylate de soude est préférable, parce qu'il n'a pas une saveur aussi désagréable.

Développement des arcs branchiaux. M. CADIAT montre un fœtus de mouton monstre, qui a été apporté de l'abattoir, et qui peut servir utilement à l'étude du développement des arcs branchiaux. On sait que les deux mâchoires se forment par l'intermédiaire de quatre bourgeons latéraux, les deux bourgeons maxillaires supérieurs et les deux bourgeons maxillaires inférieurs. Sur la pièce présentée par M. Cadiat, le maxillaire supérieur est seul développé ; le maxillaire inférieur n'existe pas. Sur le cou, on voit une dépression profonde, comme produite par un coup de sabre, au fond de laquelle le tégument cutané tapisse la paroi du pharynx. On sait, en effet, que la première fente branchiale donne naissance au pharynx et à l'oreille moyenne, y compris la trompe d'Eustache. Sur la pièce, l'oreille interne est bien développée, mais il n'y a pas trace d'oreille moyenne, ni de conduit auditif externe. C'est une nouvelle preuve de l'indépendance complète qui existe entre le développement de l'oreille interne et celui de l'oreille moyenne. La pièce prouve encore que l'arbre respiratoire commence réellement au niveau de la première fente branchiale, celle qui est située au-dessous du bourgeon maxillaire inférieur : on retrouve, en effet, au fond de la dépression, la chaîne des os de l'appareil hyoïdien de Geoffroy Saint-Hilaire : ces os sont soudés entre eux.

Action de l'eau douce sur certains poissons de mer. M. Ch. RICHET rend compte à la Société de quelques expériences qu'il a faites au bord de la Méditerranée, dans le but d'étudier la résistance de certains poissons de mer à l'eau douce. Il a tenu d'abord à se placer dans des conditions identiques pour toutes les expériences : c'est ainsi qu'il avait soin de laisser tous les poissons dans un aquarium d'eau de mer, pendant quatre ou cinq jours, avant de les plonger dans l'eau douce. La forme du vase n'est pas

non plus indifférente: M. Ch. Richet s'est toujours servi de cristallisoirs, parce que les poissons y vivent bien mieux. Les principaux poissons mis en expérience sont le séran (*seranus vulgaris* et *seranus caprilla*), et l'*hyalus vulgaris*. Voici ce que M. Ch. Richet a constaté : un séran plongé dans l'eau douce pure, meurt au bout d'une demiheure ou d'une heure ; il résiste plus longtemps dans l'eau sucrée ; et il peut vivre pendant dix heures dans une solution de sulfate de soude. Si l'on ajoute à l'eau douce un cinquantième de son poids d'eau de mer, on prolonge également la vie du poisson ; dans un mélange de neuf dixièmes d'eau douce et un dixième d'eau de mer, le poisson vit 3 ou 4 jours. De ces faits, M. Richet conclut que l'eau douce est, pour certains poissons de mer, un poison agissant sur les branchies. C'est une confirmation des recherches anciennes de M. Paul Bert.

Dans le cours de ses expériences, M. Richet a noté encore quelques détails intéressants. Ainsi, chaque poisson plongé dans l'eau douce paraît avoir une résistance proportionnelle à sa taille, un gros poisson résiste mieux qu'un petit de la même espèce. En outre, les poissons qui meurent le plus facilement dans l'eau douce, meurent aussi plus rapidement que les autres sous la décharge électrique. Cela vient probablement de ce que les poissons jouissent d'une sensibilité plus grande du système nerveux.

M. Kunckel fait remarquer que les études faites par M. Richet ne sauraient s'appliquer à tous les poissons de mer.

Bourdonnements d'oreilles. M. Boudet de Paris a eu l'occasion d'étudier sur lui-même la pathogénie des bourdonnements d'oreilles. Il est admis aujourd'hui, par tous les physiologistes, que les bourdonnements sont produits par une excitation des rameaux terminaux du nerf auditif. Dans son traité de pathologie, M. Duplay attribue le bourdonnement à la raréfaction de l'air dans la caisse. Mais on peut objecter que le bourdonnement se produit aussi à la suite d'une injection d'air dans la trompe d'Eustache. M. Boudet de Pâris propose aujourd'hui une explication plus rationnelle et plus conforme aux données de la physiologie. Ayant eu un fort coryza, il fut pris tout à coup de bourdonnements dans une oreille ; ces bourdonnements variaient d'intensité suivant les positions de la tête. Un jour, il fit une injection d'air dans la trompe, et il ressentit aussitôt un violent vertige. Il s'est assuré aussi que les bruits musculaires, comme les bruits extérieurs, augmentent le bourdonnement. Il a constaté la même chose chez deux malades atteints de bourdonnements, l'un par obstruction de la trompe, l'autre par obstruction du conduit auditif externe. Dans tous ces cas, dit M. Boudet de Pâris, l'oreille moyenne joue le rôle d'une caisse de résonnance qui augmente les bruits perçus. L'entrée brusque de l'air dans la caisse provoque, non des bourdonnements, mais du vertige.

En dehors de cette communication, mentionnons la présentation par M. Franck d'un important ouvrage de M. Boudet de Pâris, intitulé: *Des applications du téléphone et du microphone à la physiologie et à la clinique.* L'auteur a voulu relever le téléphone et le microphone du discrédit dans lequel ces appareils étaient tombés pour les applications médicales ; et l'on peut dire qu'il a atteint le but. M. Boudet prouve, en effet, par des exemples nombreux, que le téléphone et le microphone peuvent rendre d'utiles services.

Invagination intestinale chez un pigeon. M. Mégnin montre une pièce pathologique très curieuse qu'il a préparée le jour même. Il s'agit d'une invagination intestinale chez un pigeon, mort après quelques heures de maladie. L'invagination a été provoquée par la présence dans l'intestin d'une quantité énorme d'ascarides (*ascaris maculosa*). C'est la portion supérieure de l'intestin qui s'est invaginée dans l'inférieure. Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 octobre (suite). — Présidence de M. Roger.

Coup d'œil rétrospectif sur la métallothérapie. Sous ce titre, M. Burq lit un travail qu'il résume dans les conclusions suivantes :

Il résulte des doctrines et des faits exposés dans notre thèse inaugurale : *De l'anesthésie et de l'amyosthénie dans l'hystérie* (fév. 1851), et, deux années après, dans notre premier *traité sur la métallothérapie*, publié en 1853 :

1° Que nous avions reconnu et démontré le premier, il y a trente années environ, que, dans les névroses et dans l'hystérie en particulier, les troubles périphériques de la sensibilité et de la motilité (l'anesthésie et l'amyosthénie) sont prédominants ; qu'ils tiennent tous les autres, y compris les troubles de la nutrition et la chlorose qui s'ensuit fatalement, sous leur dépendance immédiate ; qu'ils suivent la névrose dans toutes ses phases, qu'ils augmentent ou diminuent avec elle dans la même proportion, si bien que, comme une *sorte de pouls*, ils en mesurent à toute heure le degré par leur étendue et leur profondeur même et peuvent être considérés aussi comme une *pierre de touche*, placée à côté de la maladie pour indiquer quels sont les moyens les plus propres à la guérir.

De là, cette double loi inscrite dans les deux ouvrages cités, savoir: « Que tout traitement, qu'il soit tiré de la thérapeutique proprement dite, de l'hygiène ou d'ailleurs, doit nécessairement avoir une action directe ou éloignée, mais certaine, sur l'anesthésie et sur l'amyosthénie, sans quoi il pourra bien ne pas empêcher la guérison spontanée, mais il ne sera certainement pour elle d'aucune utilité ; — Qu'une affection nerveuse avec anesthésie et amyosthénie étant donnée, tout le traitement consiste à trouver un agent ou moyen quelconque qui puisse ramener la sensibilité et la motilité à l'état normal. »

2° Notre traité de 1853 témoigne tout particulièrement que, pour obéir à un besoin de notre esprit d'abord, puis pour nous créer d'autres ressources dans les cas trop fréquents où la métallothérapie externe se montrait impuissante ou insuffisante, nous avons étudié successivement, de 1848 à 1853, l'action du magnétisme animal, des métaux administrés à l'intérieur, des vésicatoires, des frictions et applications irritantes ou excitantes de toute nature, de la strigillation et de la flagellation avec des instruments spéciaux, de la cautérisation de l'hélix, du cathétérisme du tympan, de la balnéothérapie sous toutes ses formes, de la gymnastique, de l'électricité dynamique puisée aux sources les plus diverses, de l'aimant sous forme de plaques aimantées, et que, de cette étude, faite toujours l'aiguille ou l'æsthésiomètre et le dynamomètre à la main, il est résulté que ces agents ou moyens si divers, qualifiés maintenant d'æsthésiogènes, répondent tous à la double loi ci-dessus, c'est-à-dire agissent dans le même sens que les applications métalliques.

Aujourd'hui, c'est la xyloscopie qui, sur ce dernier point, vient aussi nous donner raison. Demain, ce sera probablement le tour de l'*anthoscopie*, de la *phylloscopie*, de la *lithoscopie*, etc., etc., car, ici, qu'on le sache bien, tout paraît se tenir, et demain aussi, nous l'espérons bien, la xyloscopie viendra nous apprendre qu'à telle sensibilité métallique répond telle autre sensibilité ligneuse, et faire ainsi une nouvelle réponse au problème que nous formulions en ces termes il y a plus de vingt années : « Une idiosyncrasie métallique étant donnée, dire, dans les trois règnes, minéral, végétal et animal, quels sont les divers agents qui y correspondent. »

Séance du 2 novembre 1880. — Présidence de M. Roger.

M. Depaul, à l'occasion de la communication que M. J. Rochard a faite dans la précédente séance, rappelle le fait suivant, qu'il a eu la bonne fortune d'observer dans son voyage à Rio-Janeiro, en 1875. Durant ce voyage, en effet, M. Depaul remarqua un passager très amaigri et coloré d'un jaune verdâtre, ce qui lui permit de soupçonner une affection organique du foie; mais, quelques jours après, ayant été appelé auprès de ce même malade, M. Depaul put constater un amaigrissement considérable accompagné d'un état fébrile continu, en même temps qu'un gonflement notable de la région du foie. Le foie dépassait le rebord costal de quatre travers de doigts environ. Un examen approfondi ayant révélé l'existence d'une fluctuation, M. Depaul, tenant compte de l'aggravation de l'état général et convaincu de la présence d'adhérences établies entre le foie et la paroi abdominale, se décida à pratiquer une large incision de trois à quatre centimètres. L'incision de la paroi abdominale fut faite couche par couche, en con-

trôlant l'existence des adhérences ; puis, lorsque la poche fut ouverte, il s'en échappa un flot de pus, fétide et mélangé de grumeaux sanguinolents. Des injections furent faites les jours suivants avec l'eau de guimauve ou avec l'eau de Labarraque. Bien qu'on n'ait pas employé le pansement de Lister, le malade a parfaitement guéri.

M. J. Rochard répond à M. Depaul que les faits qu'il a produits dans la dernière séance sont très significatifs à l'égard des adhérences et du pansement de Lister, puisqu'on a agi sans tenir le moindre compte de la présence ou de l'absence des adhérences entre le foie et la paroi abdominale. Quant à la méthode de Lister, elle a joué ici un rôle capital, non pas en prévenant la péritonite, mais bien en empêchant l'infection purulente de se produire.

M. Pénard lit un travail sur la *mesure du discernement en matière criminelle.*

Nulle matière au monde n'est plus délicate, plus scabreuse et n'engage autant la responsabilité de l'expert que la mission de décider si un inculpé, quels que soient les actes à sa charge, est en jouissance ou en perdition de sa raison ; s'il a eu la faculté et la disposition du discernement intellectuel ; si, *flagrante delicto*, il agissait en criminel, en rebelle à la société et à ses lois, ou si, comme le chien enragé qui l'ignore, il a lancé un coup de croc mortel peut-être, mais inconscient, déplorable dans ses conséquences, non incriminable dans ses intentions. Si le prétendu coupable est un fou avéré, il faut en avoir pitié ; notre imprescriptible devoir sera de le secourir, de le protéger, car c'est un malade ; mais si dans l'inculpé nous ne reconnaissons pas un vrai fou, s'il s'agit d'un simulateur, d'un faux malade, pas de pernicieuse indulgence.

Les passions de tout genre : ivrognerie, colère, vengeance, avec les impulsions violentes, spontanées qui les caractérisent, créent évidemment à l'intelligence humaine des situations anormales ; mais le raptus passionnel, les mouvements impulsifs, les entraînements prétendus irrésistibles auxquels le pacte social cependant impose la résistance obligatoire de la volonté, ne sauraient devenir pour nous des excuses acceptables ou prétendues suffisantes. Le seul objectif de l'expert, c'est la vérité, rien que la vérité ! Veillant aux intérêts privés sous la garde de son honneur, qu'il se préoccupe avant tout des intérêts généraux dont il a reçu mission, qu'il ne s'oublie pas tout entier à son mandat ; il n'a pas à montrer sympathie ou commisération aux individus, il n'a pas le droit de grâce. La société a compté sur lui pour rester saine et sauve.

M. Pasteur communique quelques observations nouvelles sur l'*étiologie* et la *prophylaxie du charbon*. Ces observations, basées sur ce fait que les moutons parqués dans des endroits où ont été enfouis des animaux morts du charbon, y contractent d'autant mieux la maladie charbonneuse qu'ils font usage d'aliments piquants, établissent les données suivantes. Toutes les fois que les cultivateurs auront à craindre la souillure des aliments de leurs moutons par des germes charbonneux, ils devront songer au danger des aliments piquants, non macérés.

M. Colin fait la lecture d'une longue observation ayant pour titre : *Incubation et prophylaxie de la rage.* De cette observation détaillée et interprétée, il ressort qu'on se se trouve en présence d'un cas de rage, dont la période d'incubation a été de cinq ans. A. Josias.

Séance du 9 *novembre* 1880. — Présidence de M. H. Roger.

M. Viard (de Montbard) lit un premier mémoire sur l'*angine couenneuse*. Dans ce mémoire, l'auteur cite plusieurs observations relatives à l'histoire et au traitement de l'angine diphthéritique.

M. Viard fait la lecture d'un deuxième mémoire ayant pour titre : *ablation des amygdales chez les adultes, au moyen du serre-nœud modifié et agissant comme les autres amygdalotomes et comme écraseur linéaire, de façon à prévenir les hémorrhagies.*

Ces deux mémoires, qui sont renvoyés à des commissions académiques, seront ultérieurement analysés.

En ce qui concerne le traitement institué par M. Viard contre l'angine couenneuse, il consiste à détruire violemment la fausse membrane avec le doigt coiffé d'un morceau de linge de toile neuve et dure, puis à cautériser la surface saignante, ainsi produite, avec le crayon de nitrate d'argent.

M. Bouley prend la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, pour rappeler aux observateurs qu'ils négligent trop communément certains éléments du diagnostic de la rage, notamment l'examen histologique du plancher du 4e ventricule et la pratique de l'inoculation du virus rabique de l'homme aux animaux. L'examen histologique du plancher du 4e ventricule, et surtout de l'extrémité inférieure de ce plancher, a donné des résultats constants chez l'homme et chez les animaux. En 1875, MM. Gombault et Balzer ont communiqué à la Société anatomique un fait qui a été très démonstratif sur ce point spécial, et duquel il résultait que l'extrémité inférieure du plancher du 4e ventricule était parsemée d'une quantité considérable de leucocythes. Bien entendu, le sujet qui avait été l'objet de cet examen était mort de la maladie rabique. Depuis, M. Nocard, professeur de clinique à l'Ecole d'Alfort, a recherché ces mêmes lésions anatomiques sur divers animaux morts de la rage ; or, sur tous les chiens enragés, ainsi que sur une chèvre et un cheval également morts de la rage, il a pu constater, au niveau du plancher du 4e ventricule, une accumulation de globules blancs. Il faut donc regretter que M. Colin, dans son mémoire relatif au cas rare qu'il a présenté dans la précédente séance, n'ait pas fait ce contrôle anatomique qui constitue une donnée scientifique réelle. L'inoculation du virus, présumé rabique, est aussi un précieux moyen de contrôle, qu'il ne convient pas de négliger. Les expériences de M. Maurice Raynaud ont démontré combien les lapins étaient susceptibles au virus rabique, pris sur l'homme. Ces animaux, en effet, sont très sensibles à l'action de ce virus dont les manifestations se produisent dans un espace de temps relativement très court, quinze jours à un mois. Dans le cas de rage humaine, rapporté par M. Colin, M. Bouley voit bien une morsure antérieure et la manifestation des accidents rabiques, que sépare un long intervalle de cinq années, eh bien ! durant cet espace de temps, ne peut-on pas se demander si le malade en question n'a pas été exposé à une autre cause d'inoculation. Le lèchement d'un chien est suffisant pour inoculer la rage.

M. M. Raynaud ne saurait admettre que la rage, malgré les travaux de MM. Gombault, Balzer et Nocard, ait des lésions spécifiques. Ces mêmes lésions, en effet, ont été relatées dans diverses autres maladies, tels que le rhumatisme cérébral, le tétanos et la chorée.

M. Colin, malgré les désidérata de son observation, la considère comme bien fondée, étant donnés les renseignements minutieusement recueillis qu'il a contrôlés.

M. Bouillaud présente quelques observations sur l'observation de M. Colin, et principalement sur l'importance de la longue durée de l'incubation ou période latente.

M. Bouley persiste à attacher une grande importance à la pratique de la recherche des lésions anatomiques siégeant sur le plancher du 4e ventricule, et au contrôle de la pathologie expérimentale. Cette ligne de conduite lui paraît féconde en faits positifs. De ce qu'on ait pu rencontrer des lésions semblables dans diverses maladies, il n'en reste pas moins acquis, d'après les travaux de M. Nocard, qu'elles sont constantes chez les animaux morts de la rage.

M. J. Lefort lit plusieurs rapports officiels sur les *eaux minérales*.

M. L. Le Fort, fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Extirpation du rein (néphrotomie) pour une fistule de l'uretère.* De l'ensemble de ce travail, il résulte que M. Le Fort repousse la néphrotomie dans les cas de cancer du rein et surtout dans les cas de rein flottant. Peut-on et doit-on la tenter dans les cas de fistule de l'uretère ? M. L. Le Fort persiste à le croire, malgré son insuccès, surtout lorsqu'il s'agit, comme chez son malade, d'une fistule urinaire existant près du rein, ouverte au milieu d'un abcès dont la suppuration est entretenue par l'écoulement incessant de l'urine et qui, par lui-même, mettait dans un danger

prochain la vie du malade. Le succès de Simon montre que cette extirpation peut être suivie de guérison. Dans ces cas, l'opération ne peut être faite que par la voie lombaire, et si l'extirpation du rein non malade ne présente que des difficultés facilement surmontables, ces difficultés deviennent considérables lorsqu'il y a eu inflammation et même suppuration de l'atmosphère cellulaire du rein. La décortication de l'organe pourrait, dans ces cas, faciliter beaucoup l'opération. Combaré, dans ses expériences sur les chiens, consignées dans sa thèse de 1803, remarque la fréquence et l'opiniâtreté des vomissements, c'est après l'extirpation du rein et après des vomissements incessants que le malade de M. Le Fort a succombé, un quart d'heure après l'opération. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 *mars* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

19. Recherches anatomiques sur la glande sous-maxillaire et son canal excréteur. Glande sous-maxillaire accessoire; par E. NITOT, ancien interne des hôpitaux, aide-d'anatomie de la Faculté de médecine.

A propos d'un travail que je m'étais proposé de faire sur l'histoire des calculs salivaires, j'ai dû me livrer à un certain nombre de recherches sur la disposition anatomique des glandes salivaires, et notamment de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur. J'ai pu constater, d'après les nombreuses dissections que je fis à l'École pratique, un détail d'anatomie que l'on peut considérer comme normal et que je n'ai trouvé signalé dans aucun ouvrage, sauf dans celui de M. Tillaux, qui en parle en passant, et en donne une figure tout à fait schématique, avec une disposition que je n'ai jamais rencontrée.

Lorsque l'on dissèque le plancher buccal, après avoir préalablement injecté par l'*ostium umbilicale* le canal de Wharton soit au mercure, soit à la parafine colorée, en ayant soin de tenir la pièce dans l'eau chaude, de manière que l'injection soit très pénétrante, on constate que, parmi les glandules nombreuses qui forment l'amas des glandes sublinguales, il existe un groupe glandulaire spécial dont le canal excréteur se déverse dans le canal de Wharton. Ce groupe glandulaire n'est pas constant; toutefois, je dois dire que, d'après mes recherches, il existerait au moins dans la moitié des cas.

Lorsqu'il existe, il affecte invariablement la disposition suivante : il est complètement isolé du corps de la glande sous-maxillaire, et situé à une assez grande distance d'elle, de sorte qu'on ne saurait le considérer comme un prolongement antérieur de la glande. Il est profondément couché horizontalement sur le plancher buccal, accolé au muscle génio-glosse. Sa direction est antéro-postérieure; son volume est variable; sa forme représente assez bien celle d'un petit ovoïde à grosse extrémité tournée en avant, à petite extrémité tournée en arrière et de laquelle semble partir le canal excréteur. Muni de son canal excréteur, ce groupe glandulaire forme une anse très prononcée qui reçoit dans sa concavité, dirigée en avant, le nerf lingual au moment où ce nerf va se séparer en filets nombreux qui se rendront dans la muqueuse buccale.

Le canal excréteur de ce petit groupe glandulaire est extrêmement variable : tantôt il est très court et les acini semblent y être accolés dans toute son étendue, comme le montre la figure que nous avons fait représenter; dans ce cas, le canal accessoire s'ouvre dans le canal de Wharton, vers son tiers antérieur. D'autrefois, le canal est plus long, plus nettement séparé du reste de la glande, et s'ouvre, dans ce cas, généralement plus en arrière, vers la partie moyenne du canal de Wharton.

Doit-on ranger ce groupe glandulaire, qui fait évidemment partie des glandes en grappe, parmi les amas glanduleux qui constituent la glande sublinguale ? Faut-il, au contraire, le rattacher à la glande sous-maxillaire ?

Il est aujourd'hui un fait bien démontré, c'est qu'aucune des glandules sublinguales ne s'ouvre dans le canal de Wharton, malgré le voisinage immédiat que ce canar affecte avec elles, et cette disposition a été confirmée par les recherches de MM. Guyon et Tillaux, à propos de l'anatomie pathologique de la grenouillette.

Aussi nous dirons : que parmi les glandules du plancher de la bouche il existe un groupe spécial qui verse son produit de sécrétion dans le canal de Wharton ; que ce groupe glandulaire, non constant, rappelle admirablement la disposition de la parotide accessoire annexée au canal de Sténon; et que, pour ces raisons, nous le désignerons sous le nom de glande sous-maxillaire accessoire. M. le professeur Sappey, à qui nous avons montré une de nos préparations, a pu vérifier l'exactitude de la dissection.

Le fait anatomique que nous venons de signaler mérite d'être pris en sérieuse considération par ceux qui s'occuperont de l'anatomie pathologique de la grenouillette. Rien n'est plus facile, en effet, de comprendre la possibilité d'une oblitération du canalicule excréteur de cette glande accessoire, le canal de Wharton restant perméable.

20. Hématocèle de la bourse séreuse pré-rotulienne; par P. BRUCHET, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique a été recueillie sur un vieillard. C... Charles, 77 ans, apporté presque mourant à la Pitié, dans le service de M. VERNEUIL, où il succombait quarante-huit heures après son entrée, à une pneumonie étendue, du poumon droit.

Nous avions remarqué qu'il portait au niveau du genou gauche deux tumeurs : l'une, arrondie, fluctuante, située immédiatement au-devant de la rotule, présentant, au sommet, tous les caractères d'un hygroma de la bourse pré-rotulienne ; l'autre, située sur la face externe de l'extrémité inférieure de la cuisse, séparée de la première par une dépression capable de loger un doigt, également sous-cutanée et fluctuante, mais ne paraissant pas communiquer avec la collection pré-rotulienne. Elle était piriforme, à grand axe dirigé suivant l'axe de la cuisse. Ces deux collections existaient depuis fort longtemps, 20 à 25 ans, et n'étaient nullement douloureuses. La peau glissait à leur surface et n'offrait aucune altération.

Nous avons pu conserver le genou et faire l'examen de la nature et des rapports de ces tumeurs. Elles sont bien toutes deux sous-cutanées, facilement isolables de la peau, la première occupant la place de la bourse séreuse pré-rotulienne, la seconde appliquée sur l'aponévrose de la cuisse à laquelle elle adhère par un tissu cellulaire assez serré ; elles ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, mais reliées par une sorte de collet allongé qu'il ne nous avait pas été possible de reconnaître avant la dissection. Elles sont constituées par une enveloppe de tissu fibreux très résistante, et paraissant très épaisse, même avant l'incision de cette paroi. La poche pré-rotulienne ouverte laisse échapper un liquide épais, rouge-brunâtre, tout à fait analogue à celui des vieilles hématocèles, et la face interne de la paroi est comme dans ces collections, tomenteuse, irrégulière, de couleur brun-foncé, tapissée de couches pseudo-membraneuses très adhérentes et difficiles à décortiquer, paraissant en partie formées par de la fibrine concrète, et contribuant à donner à la paroi de la poche une épaisseur considérable.

La seconde poche n'a pas été ouverte, mais est évidemment constituée comme la première, car il suffit de presser sur elle pour faire sourdre, par l'étroit canal qui les réunit, quelques gouttes du même liquide épais, couleur chocolat. Elle paraît donc n'être qu'un diverticulum de celle-là ; mais, probablement, par suite de l'épaississement graduel des parois, le canal de communication entre les deux s'est rétréci et n'admet plus maintenant qu'un stylet de trousse, qui même y entre à frottement.

Il s'agit, en résumé, d'un vieil hygroma de la bourse pré-rotulienne, remarquable par sa disposition en bissac, en sablier, et dans lequel, comme dans les séreuses chroniquement enflammées, se sont produites les contusions et les lésions des hématomes de ces cavités.

21. Arrêt de développement et imperforation de l'utérus, avec absence complète de cavité utérine et imperforation des oviductes, chez une femme de 44 ans, dont les ovaires étaient normaux et couverts de cicatrices menstruelles, et qui n'avait jamais été réglée ; par Ernest Gaucher, interne des hôpitaux.

Les organes génitaux internes, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, proviennent d'une femme morte à Lariboisière, dans le service de M. le professeur Ch. Bouchard.

Cette femme n'a jamais été réglée et n'a jamais eu d'enfants. Elle raconte qu'une de ses cousines, non réglée comme elle, a cependant plusieurs enfants. Depuis l'âge ordinaire de la puberté, elle est sujette à des troubles hystériques très accusés; les approches sexuelles ont toujours été extrêmement pénibles, accompagnées de vaginisme et de douleurs ovariques très violentes. Malgré cela ou à cause de cela, c'était une femme très passionnée, exaltée, impressionnable, et, pendant sa jeunesse, toutes ses nuits étaient troublées par des rêves lascifs, par des désirs de coit qu'elle ne pouvait satisfaire.

Depuis une dizaine d'années, l'âge est venu apporter un peu de calme à cette nature ardente et inassouvie, mais, à mesure que l'apaisement se faisait dans son esprit, des troubles fonctionnels plus graves se déclaraient et augmentaient encore ses souffrances, un essoufflement habituel, et des accès d'étouffement, de dyspnée paroxystique, ressemblant à des accès d'asthme, une céphalalgie constante, des névralgies faciales, occupant simultanément ou successivement toutes les branches du trijumeau, et enfin de véritables crises d'hystérie, petites attaques, il est vrai, et sans perte de connaissance. — Tous ces accidents survinrent rapidement et durèrent sans rémission, et, au contraire, avec une exacerbation croissante, jusqu'au jour, où cette femme, à bout de ressources, ayant épuisé tous les médecins et tous les remèdes, se décida à entrer à l'hôpital.

Les symptômes qu'elle présente alors le 29 janvier 1880, sont assez obscurs : dyspnée et céphalalgie violente, douleur occipitale très vive, constante, avec exacerbation nocturne; pas de points douloureux fixes. Les phénomènes dominants sont ceux de l'asphyxie ; la face est bleuâtre, cyanosée, les extrémités froides, la respiration se fait avec peine et est accompagnée de tirage. L'auscultation fait découvrir dans les poumons des râles sous-crépitants fins de congestion pulmonaire généralisée ; ni souffle, ni matité. La dyspnée est acompagnée de palpitations violentes, et cependant on n'entend pas de bruit morbide, ni dans le cœur ni dans les vaisseaux. L'examen des autres organes ne fournit aucun renseignement, si ce n'est une légère augmentation de volume du foie. L'urine est en quantité normale et ne renferme ni albumine ni sucre.

J'ajoute, qu'en dehors des troubles hystériques mentionnés plus haut, cette femme n'a jamais été atteinte d'aucune maladie, qu'elle ne présente aucune trace de scrofule ou de syphilis, et que, d'ailleurs, elle nie tout antécédent de ce genre. Il n'y a pas de maladies nerveuses dans sa famille, pas de diathèse héréditaire.

Quoi qu'il en soit, les symptômes s'aggravent de plus en plus, la céphalalgie et l'insomnie sont maintenant accompagnées de délire; la dyspnée fait des progrès inquiétants : tous les révulsifs cutanés, depuis les ventouses sèches jusqu'aux vésicatoires, les stimulants diffusibles de toute nature sont impuissants à l'atténuer un peu. L'urine bientôt renferme de l'albumine dûe à l'insuffisance de l'hématose et aux troubles asphyxiques. La malade meurt le 2 février au soir, quatre jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie 4 février. — Le *cœur* présente des traces légères d'endocardite ancienne de la valvule mitrale ; il y a quelques dépôts athéromateux sur les valvules aortiques et à l'origine de l'aorte. On ne trouve pas d'autres lésions pour rendre compte de la congestion pulmonaire et des accidents asphyxiques qui ont amené la mort.

Les *poumons* sont très congestionnés et recouverts d'adhérences pleurales peu solides. Le *foie* est gros mais d'aspect normal; la *rate* et les *reins* ne présentent aucune altération.

Les *organes génitaux internes* offrent seuls de l'intérêt. Le vagin est très étroit; la portion vaginale du col est petite, quoique d'apparence normale et avec le museau de tanche au centre. Mais si, avec une sonde, on essaie de pénétrer dans l'orifice du col, on s'aperçoit qu'il se termine en cul-de-sac au bout d'un centimètre environ. L'utérus est très petit, atrophié ; en pratiquant une coupe verticale de cet organe, on voit qu'il constitue un *organe musculaire plein, sans trace de cavité au centre*; les trompes de Fallope sont imperforées.

Et malgré toutes ces anomalies, les ovaires sont de volume et d'aspect normal, couverts de cicatrices menstruelles ; ce qui établit l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation. Il existe autour des ovaires quelques légères traces de péritonite ancienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 *octobre* 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Traitement des anévrysmes par la bande d'Esmarch. M. Verneuil est loin de partager l'enthousiasme de M. Poinsot pour la méthode de Reid. Sur 46 fois, en effet, que la bande d'Esmach a été appliquée contre des anévrysmes, on a eu à enregistrer deux désastres. Dans un premier cas, le patient est à la fois tuberculeux et cardiaque; la poche anévrysmale est considérable; peut-être la bande d'Esmarch a-t-elle été appliquée trop longtemps? toujours est-il que le malade a eu non seulement de la gangrène des extrémités mais qu'il n'a pas tardé à succomber sous l'influence d'une congestion rénale intense. Lorsque, dans une transfusion, dit M. Verneuil, on injecte une quantité trop considérable de sang, il arrive qu'on détermine de l'hémialisme : la bande d'Esmarch paraît agir de la même façon, en refoulant trop brusquement dans le torrent circulatoire le sang contenu dans une poche anévrysmale considérable, et il sera d'autant plus difficile d'éviter les congestions vicérales qu'on aura affaire à un patient dont le cœur sera plus altéré. Dans un second cas, il s'agit d'un anévrysme de la tibiale antérieure pris pour un abcès et ouvert comme tel. La bande fut appliquée et le résultat fut le suivant : hémorrhagies au niveau de l'incision, sphacèle du membre, pneumonie et mort.

M. Marc Sée fait observer que la méthode a été mal suivie; le membre, en effet, a été soumis à la compression élastique pendant des heures ; or, il est bien recommandé de ne pas prolonger la compression élastique au delà de cinquante minutes.

M. Verneuil. Sans doute, la méthode a été mal appliquée; il n'en est pas moins vrai que le premier malade a succombé à la congestion rénale, et que de son observation découle ce fait important, que la méthode de Reid est d'un emploi dangereux chez les cardiaques.

Corps étrangers du conduit auditif. M. de Saint-Germain a eu tout récemment à enlever de l'oreille d'un jeune enfant, un bouton de porcelaine. Muni d'une très grosse seringue, instrument qu'il préfère, en pareil cas, à la seringue à hydrocèle des hôpitaux, il a poussé coup sur coup six injections dans l'oreille ; mais il n'a réussi qu'à mouiller l'enfant, à mécontenter la famille et lui-même. Que faire? Des pinces devaient forcément déraper ; c'est alors qu'avisant un petit crochet à ouvrage, il en a introduit l'extrémité dans l'un des nombreux trous dont était percé le bouton, et a pu amener ce dernier au dehors ; l'enfant avait été préalablement chloroformé.

M. A. Desprès tient pour la seringue à hydrocèle, parce que la canule est plus fine et que, par suite, le jet est plus fort ; le meilleur moyen d'immobiliser un enfant, est de le rouler, de l'emprisonner dans une alèze ; par ce procédé, l'examen de l'oreille et les manœuvres du chirurgien sont des plus faciles.

M. de Saint-Germain lit un rapport sur une note de M. le Dr Demeaux (de Puy-l'Evêque). — Il s'agit de l'opération du *phimosis congénital* par la ligature. Au moyen d'un simple fil, M. Demeaux divise le prépuce sur la face dor-

sale ; il conseille vivement ce procédé qui donne d'excellents résultats, n'occasionne aucune douleur, ne fait pas perdre une heure à l'opéré, ne détermine aucun écoulement ni de sang, ni de pus, défie par cela même les indiscrétions d'un entourage malveillant, et est d'une application facile « même en voyage. » Le fil tombe du 5e au 8e jour. — Le rapporteur ne partage pas la même opinion que l'auteur de la note, et craint lui-même de graves mécomptes ; il ne croit pas que, dans l'opération du phimosis, la ligature au moyen d'un fil vaille mieux que la ligature élastique.

Rétrécissement de l'intestin grêle. M. Nicaise présente en même temps qu'une pièce des plus curieuses, la très importante observation d'un malade opéré et mort dans son service. En 1875, ce malade subit la kélotomie pour une hernie inguinale droite étranglée : par la suite, la santé est excellente; de temps en temps, seulement, se montrent quelques troubles gastro-intestinaux; mais, au mois d'octobre 1880, les symptômes gastro-intestinaux s'aggravent, les troubles digestifs s'accentuent, le ventre se météorise, les selles se suppriment, des vomissements éclatent ; mais rien ne presse encore : on administre un jour des lavements, un autre, de l'huile de ricin ; le malade rend des gaz et des matières fécales ; cette amélioration apparente, que les purgatifs semblent pouvoir revendiquer, n'est que le signal des accidents les plus menaçants ; à brève échéance, dans les heures qui suivent, éclatent en effet, avec une intensité singulière, tous les symptômes de l'étranglement interne ; facies grippé, altération profonde des traits, algidité, extrême petitesse du pouls, ténesme vésical, rien ne manque au tableau ; la douleur est vive dans la région obturatrice ; d'autre part, le météorisme est considérable, mais plus marqué à droite ; il existe de l'empâtement, de la matité au niveau de la fosse iliaque droite. Fort de ces signes objectifs, se rappelant, en outre, que ce malade a subi autrefois la kélotomie pour une hernie inguinale droite, M. Nicaise fait le diagnostic de rétrécissement de l'intestin et place l'obstacle à droite. Une opération est décidée sur-le-champ, sera-ce la laparotomie, sera-ce l'entérotomie ? M. Nicaise se décide pour l'entérotomie ; mais c'est en vain qu'à travers la boutonnière pratiquée, il cherche au moyen de ses doigts, à vérifier son diagnostic ; il crève enfin l'intestin préalablement fixé, et par l'incision s'écoule un flot d'un liquide sale, roussâtre, aqueux, qui, point important, a à peine l'odeur intestinale. L'opération ne devait pas profiter au malade qui mourait le lendemain. L'autopsie confirma le diagnostic. — Il s'agit en effet d'un rétrécissement de l'intestin, mais d'un rétrécissement à physionomie spéciale : qu'on se figure une anse d'intestin, qu'on se représente les deux portions de cette anse, la portion supérieure et la portion inférieure intimement accolées l'une à l'autre comme les deux canons d'un fusil ; que, maintenant, la portion supérieure de l'anse soit dilatée, très dilatée en forme de cœcum ; que la portion inférieure au contraire soit rétrécie au point de n'avoir que deux centimètres de largeur ; qu'un orifice étroit fasse communiquer les deux portions, et on aura une idée suffisamment exacte de cette variété de rétrécissement ; variété singulière, car, ici, le rétrécissement se trouve au sommet de l'anse au lieu de se trouver à l'extrémité, comme c'est la règle. L'obstacle était à 3 mètres 10 de la valvule pylorique, et l'entérotome a porté à quelques centimètres au dessus ; sur toute l'étendue de la dilatation ampullaire, les tuniques intestinales sont très hypertrophiés; mais sans inflammation ni ulcération. Point de cicatrice au niveau du rétrécissement. Il est intéressant de connaître le contenu de l'ampoule constituée par la portion supérieure de l'anse ; là, M. Nicaise a rencontré quantité de pépins de raisin, des débris de tendon, des noyaux de prunes, des os de pied de mouton, une vertèbre de poulet. Tous ces corps étrangers étaient accumulés immédiatement au-dessus de l'obstacle ; en dilatant l'intestin, ils ont, par le fait même, effacé par un mécanisme connu l'orifice de communication de la poche supérieure et de la moitié inférieure de l'anse ; de plus, de la présence de ces corps étrangers, de la dilatation du bout supérieur, de l'accumulation des liquides intestinaux dans l'ampoule, devait fatalement résulter l'aplatissement de la portion inférieure de l'anse et, par suite, l'occlusion intestinale ; et si tous ces liquides, tous ces corps étrangers se sont donné rendez-vous au niveau de l'obstacle, la faute en est aux purgatifs administrés, ce sont eux qui ont fait progresser les corps étrangers et transformé des accidents lents en accidents suraigus véritablement foudroyants d'étranglement interne. En résumé, ce fait est un exemple de rétrécissement de l'intestin consécutif à un étranglement herniaire ancien et ayant subi la pernicieuse influence des purgatifs. A l'autopsie, M. Nicaise a cherché à retrouver le sac herniaire ; il n'en a pas trouvé de traces, sans doute parce que le chirurgien, en opérant la hernie, avait excisé le sac.

M. Marc Sée se demande s'il n'eût pas été possible de faire la résection de la portion retenue et d'affronter ensuite les deux bouts.

M. F. Terrier ne partage pas l'opinion de Marc Sée. Il approuve la conduite de M. Nicaise, et, à sa place, il eût comme lui pratiqué l'entérotomie ; peut-être, à la rigueur, et si le diagnostic exact avait pu être fait, eût-il été possible d'enlever les corps étrangers et de replacer ensuite l'anse dans l'intestin.

M. P. Berger croit que les hernies de l'intestin, à la suite de l'étranglement herniaire, sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Ces rétrécissements peuvent être de deux sortes : musculaires ou fibreux. Pour expliquer les accidents suraigus d'étranglement dans le fait en question, M. Berger se rattache absolument à l'interprétation de M. Nicaise, qui se trouve, d'ailleurs, corroborée par un certain nombre d'observations contenues dans la thèse de Mougeot.

M. Nicaise répond à M. Marc Sée, qui a conseillé la résection de la partie retenue, qu'il faut distinguer entre les rétrécissements anciens et les rétrécissements récents ; dans le premier cas, en raison de l'excessive inégalité du calibre, l'affrontement des deux bords est impossible ; l'entérotomie est seule praticable ; dans le second cas, au contraire, et pour des raisons absolument inverses, il est possible de pratiquer l'entérectomie.

Luxation du genou. Tiraillement du sciatique. M. Le-dentu présente un malade qui, ayant été pris dans une courroie, a eu une double luxation du genou ; au genou droit, le fémur était passé en arrière ; au genou gauche, le fémur était au contraire passé en avant. Du côté gauche, la réduction a été rapide ; elle n'a été faite qu'au bout d'un certain nombre d'heures pour le genou droit. Et, tandis qu'aucun accident consécutif ne s'est montré à gauche, il est apparu au contraire du côté droit, une paralysie partielle des muscles de la jambe, et des troubles trophiques divers. La raison en est dans le tiraillement plus prolongé et aussi plus intense du sciatique droit. Peut être est-il possible d'expliquer par un mécanisme semblable, c'est-à-dire par un tiraillement du sciatique au niveau du creux poplité, les faits de paralysie observés par M. Duplay dans des fractures de l'extrémité supérieure du péroné ? Cette explication n'infirmerait pas, évidemment, la possibilité de contusion ou de déchirure du poplité externe par l'un des fragments osseux.

P. Méricamp.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

VI. Traité pratique des maladies des yeux, par E. Meyer. 2e édition. Paris, 1880. Masson, éditeur.

VII. De l'hémianopsie, précédée d'une étude sur l'origine et l'entre-croissement des nerfs optiques ; par Bellouard (Thèse, Paris, 1880, Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

VI. Ce Manuel de 800 pages, dont la première édition fut accueillie avec succès, a été traduit en allemand, en italien, en russe. C'est une preuve internationale de sa valeur, laquelle, du reste, n'est plus à discuter aujourd'hui. L'auteur nous prévient que son nouveau livre a été mis au courant des faits acquis dans ces dernières années, par l'ophthalmoscope, qu'il a noté les innovations dont la valeur

a pu être constatée par l'expérience des praticiens compétents. Enfin, à l'ancien numérotage des verres de lunettes, a été substitué partout le système métrique, définitivement introduit en ophthalmologie. « Cependant, ajoute-t-il avec raison, pour tenir compte de la période de transition, un tableau des dioptries et des numéros correspondants de l'ancien système a trouvé place à la fin du livre. »

Mais, voilà bientôt cinq ans que dure cette période de transition, et il y aurait peut-être discussion à entamer sur la valeur du système nouveau. La dioptrie est-elle aussi définitivement introduite en ophthalmologie qu'on s'efforce de l'écrire et de le faire admettre. Oui, le Congrès de Heidelberg, avec le professeur Donders, a transmis au Congrès de Bruxelles, en 1875, cette unité créée par un de nos plus sympathiques confrères, le professeur Monnoyer (de Nancy); oui : depuis cette époque, les ouvrages classiques, non sans quelque difficulté, ont parlé ce langage nouveau en le faisant suivre de la traduction. Mais, en somme, est-il plus simple, plus rapide que l'ancien numérotage en pouce, lequel, dans la pratique de l'immense majorité des fabricants, reste absolument conservé? La double conversion métrique et en dioptrie ne s'impose-t-elle pas encore à chaque prescription écrite. Or, cette conversion même n'est pas uniforme. M. Meyer, dans le tableau qu'il indique à la fin de son livre, prend pour équivalent du nº 1 la valeur de 36 pouces, et ce, avec presque tous les ophthalmologistes; tandis que Javal porte cette équivalence à 40; il en résulte que, pour le directeur du laboratoire de la Sorbonne, le nº 5 D équivaut à l'ancien nº 8, et pour M. Meyer, au nº 7, seulement : différence un pouce de foyer, et, à ce numéro, l'écart est important! Il y aurait bien d'autres faits à signaler à ce sujet, mais ce n'est ni le lieu ni le moment; toutefois, nous sommes persuadé que les objections présentées à Bruxelles, par M. Javal, renaîtront tôt ou tard, et que tout n'est pas dit sur la dioptrie comparée au système métrique simple.

Nous nous éloignons involontairement de l'analyse de notre Manuel : disons donc que cet excellent petit volume, imprimé avec élégance et clarté, comprenant 260 figures intercalées, s'occupe de l'ensemble complet des maladies oculaires : conjonctive, cornée, sclérotique, iris, choroïde, glaucome, rétine, nerf optique, amauroses, corps vitré, cristallin, réfraction, muscles de l'œil, paupières, voies lacrymales, orbite; tels sont les noms et l'ordre des chapitres développés par M. Meyer. Quelle est la note dominante de cette composition? Elle est bien connue de nos lecteurs : M. Meyer professe depuis longtemps à Paris, (il y a près de vingt ans croyons-nous), un cours de médecine opératoire dont la traduction est un remarquable atlas avec texte. Le petit Manuel se ressent des occupations favorites de l'auteur : il est avant tout un parfait résumé des opérations qui se pratiquent sur les yeux. En parcourant la description minutieuse de tous les procédés de cataracte, de strabisme, etc., en saisissant au passage ces nombreuses et excellentes remarques pratiques, il est évident que c'est la partie qui a plus spécialement fixé l'attention de l'écrivain. On ne saurait, en effet, trop s'étendre sur les préceptes opératoires, dont la connaissance exacte est la cause réelle des succès. Mais, il ne suffit pas de les lire, nous le dirons bien haut, il faut les répéter à l'amphithéâtre ou sur des animaux; et, dans ces conditions, tout praticien peut, avec un livre comme celui-ci, acquérir l'expérience suffisante à une opération ordinaire. En est-il de même des descriptions cliniques des lésions oculaires? là, il faut surtout voir le malade, aller à la Clinique : la prépondérance accordée par M. Meyer à la médecine opératoire se trouve ainsi justifiée dans son Manuel. Non pas que l'histoire, le traitement des affections externes ou profondes soient négligés! Il y a dans ces chapitres de parfaits résumés, où un mot quelquefois est un jugement précis sur de longues discussions; la thérapeutique est formulée en quelques lignes, et dans ces préceptes se révèle une longue habitude des indications. M. Meyer ne se montre pas enthousiaste irréfléchi de la série des alcaloïdes nouveaux : il est aussi très réservé sur la valeur des opérations récentes. Enfin, dans son chapitre sur les considérations générales du traitement des ophthalmies, nous avons cherché en vain l'indication du traitement anti-putride. Ce ne peut être un oubli. Il faut donc en conclure que M. Meyer attache peu d'importance à l'efficacité des antiseptiques : cependant, il les signale en quelques mots au pansement de la cataracte, sans les appliquer dans toute leur rigueur.

Les pages consacrées aux maladies de la réfraction sont écrites avec simplicité et surtout avec une grande clarté. Peut-être aurions-nous désiré de plus longs développements sur la mesure de la réfraction avec l'ophthalmoscope. M. Meyer n'a pas craint de montrer tout le danger de la lecture chez les myopes, avec les verres concaves. Partisan du conseil de Donders qui recommande aux myopes des verres faibles permettant la lecture à 35 centimètres, il signale toutefois l'opinion de Græfe qui ne donne jamais de verres concaves pour lire ou écrire, ou seulement excessivement faibles, dans les cas d'acuité visuelle diminuée.

L'auteur a complètement laissé de côté les optomètres. La Belgique vient cependant d'en adopter deux, presque officiellement; mais déjà il nous revient que leur usage, surtout pour celui qui donne l'image réelle, n'est pas aussi facile que l'indiquerait la théorie. Quoi qu'il en soit, le silence de M. Meyer est significatif.

Nous terminerons cette rapide analyse en répétant le mot inscrit par un de nos maîtres en anatomie à la tête d'un autre Manuel : allez d'abord à l'amphithéâtre : nous ajouterons, emportez ce Manuel et répétez avec lui vos opérations.

VII. « Je me borne à exposer, aussi complètement que possible, l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie des nerfs optiques et le trouble visuel, qui avait autre fois reçu le nom de visus dimidiatus ou hémiopie. »

Cette phrase prise dans l'avant-propos, expose le plan de la thèse, et nous pensons que c'est un réel mérite de l'avoir conduit à bien au milieu de l'encombrement actuel. Cette monographie comprend 2 parties distinctes : l'origine et l'entre-croisement des nerfs optiques, l'étude de l'hémianopsie.

1º Les nerfs optiques naissent par trois racines, deux blanches et une grise : des deux blanches, la plus grosse, l'externe, va au corps genouillé externe, touchant le tubercule quadrijumeau supérieur : l'autre, interne, petite, gagne le corps genouillé interne. La racine externe arrivée au pulvinar, se divise en 3 directions; un faisceau au stratum zonale de la couche optique; un second pénètre dans le pulvinar, passant sous le corps genouillé externe, un troisième pénètre dans ce corps genouillé externe. Ce dernier n'a pas de prolongement vers la moelle, et, d'autre part, n'a pas non plus de fibres l'unissant à la couche optique. La racine blanche externe, après avoir pénétré le corps genouillé interne, aboutit au tubercule quadrijumeau antérieur. Le pulvinar et le corps genouillé externe sont en relation avec l'écorce par les faisceaux de Gratiolet, lesquels occupent la région postérieure de la couronne rayonnante de l'œil et aboutissent au lobe occipital. Là s'arrête le système de projection de premier ordre (Meynert).

Le système de projection de deuxième ordre est constitué par la bandelette et le nerf optique. Ce chapitre traite de l'entre-croisement du chiasma. Discussion exposée avec méthode et érudition, depuis les plus vieux anatomistes, jusqu'aux opinions d'Arcoleo, Mandelstamm, Michel, Gudden, Hannover, Nicati, Charcot. On sait que le professeur de la Salpêtrière, tout en acceptant l'entre-croisement partiel du chiasma, *suppose* un second entre-croisement tout à fait en arrière : les fibres du côté externe de l'œil droit par exemple (faisceau direct pour les autres physiologistes) passeraient suivant lui, en décussation, en arrière des corps genouillés, et iraient du côté gauche où elles rejoindraient le point d'origine des fibres internes de cette même rétine de l'œil droit (faisceau croisé des autres physiologistes). Cette hypothèse était nécessaire pour substituer l'amblyopie croisée à l'hémiopie.

2º La 2e partie de la thèse s'occupe spécialement de l'hémianopsie. Monnoyer, en 1866, a proposé ce mot à la place

de celui d'*hémiopie*, pour éviter toute confusion et désigner ainsi l'*absence de vision dans une des moitiés du champ visuel.* Il y a donc lieu, comme le fait justement remarquer Bellouard, de rectifier la rédaction de Leber, dans le *Handbuch* de Sœmisch et Graefe (p. 929, t. II. p. 2) et de ne pas attribuer la création de ce mot à Hirschberg.

L'hémianopsie est symétrique : elle frappe des portions correspondantes de chaque rétine : elle est dite *latérale, homonyme ou correspondante*, quand la portion du champ visuel qui manque correspond à la moitié *droite ou gauche* de chaque rétine : elle est dite *temporale*, quand les 2 moitiés latérales du champ visuel font défaut, affection causée par une paralysie des deux moitiés externes (temporales) de la rétine. L'hémianopsie *nasale* est contestée. Il est donc bien entendu que le mot hémianopsie s'applique à la lésion anatomique, et non au champ visuel.

La physiologie pathologique de ces affections découle de l'étude anatomique du trajet du nerf optique. Cette thèse contient une intéressante appréciation de la substitution par Charcot et Landolt de l'amblyopie croisée à la théorie de l'hémianopsie. Résumant ensuite les 15 autopsies connues, M. Bellouard pense qu'il n'y a pas d'exemple prouvant qu'une lésion, exclusivement limitée à l'écorce, puisse déterminer de l'hémianopsie, comme Munk l'a établi sur les chiens.

L'hémianopsie latérale, typique, doit être localisée dans la région des fibres de Gratiolet, à une très-faible distance de la paroi du ventricule latéral (corne occipitale).

L'hémianopsie avec hémianesthésie, se rattache à une lésion des fibres directes, sensitives, du pied pédoncule.

L'hémianopsie avec hémiplégie concorde avec une lésion du noyau lenticulaire, ou de la capsule externe.

Pour l'hémianopsie de la base, les localisations sont connues et se rapportent aux altérations du chiasma, variables (avant autopsie) suivant les interprétations physiologiques qu'on admettra pour l'entre-croisement. Cette thèse, la meilleure que nous possédions sur la matière, contient aussi une excellente bibliographie de l'anatomie du nerf optique et de l'hémianopsie. F. PONCET de (Cluny).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel du Brancardier militaire, par L. GRANJUX. Vol. in-8 de 76 pages, avec 34 figures. Paris, 1880. Berger Levrault et Cie, éditeurs.

Pour répondre aux besoins exprimés par la circulaire ministérielle du 25 novembre 1879, relative à l'instruction des brancardiers militaires, M. Granjux vient d'écrire un petit Manuel qui nous semble appelé à un véritable succès. S'adressant à un public dont l'instruction est, en général, élémentaire, l'auteur avait un premier écueil à éviter : c'était celui d'être trop technique et trop scientifique, de ne pas savoir être toujours à la portée de ceux pour lesquels il écrivait ce Manuel. Cet écueil a été évité avec bonheur, la lecture du livre est facile, il est écrit clairement, avec concision surtout, ce qui n'est pas son moindre mérite.

Après quelques considérations générales sur le rôle du brancardier sur le champ de bataille, M. Granjux aborde ce qui constitue l'instruction même du brancardier. Il a divisé son travail en six chapitres, qui peuvent eux-mêmes se subdiviser en sous-chapitres, au nombre de vingt, et qui font l'objet des vingt leçons réclamées par la même circulaire ministérielle. Les matières traitées sont les suivantes : du brancard ; relèvement des blessés ; accidents et blessures qui nécessitent l'intervention des brancardiers (hémorrhagies et fractures); improvisation des brancards ; cacolets, litières, voitures d'ambulance; voitures de malades improvisées. Comme on le voit, d'après l'énoncé de ces chapitres, aucune des notions essentiellement utiles au brancardier n'a été laissée de côté. Les figures, bien comprises et intelligemment exécutées, complètent le texte et aident puissamment à sa compréhension, surtout pour les chapitres relatifs au relèvement et au transport des blessés. Nous souhaitons que ce livre soit vulgarisé et mis rapidement entre les mains des brancardiers militaires, auxquels il rendra de réels services. A. BLONDEAU.

CORRESPONDANCE

Rectification d'une erreur dans la question de la variole inoculée.

Monsieur le Rédacteur,

Bien des médecins se figurent qu'autrefois, pour inoculer la petite vérole, on ne se servait que du virus provenant de la forme discrète, aujourd'hui dite *varioloïde*. C'est ainsi que la *Gazette hebdomadaire*, commentant la nouvelle découverte de M. Pasteur, vient de dire : « M. Pasteur a réalisé expérimentalement ce que produisaient les médecins antérieurs à Jenner, alors qu'ils inoculaient la variole en choisissant pour ces inoculations préventives, des sujets atteints de varioles bénignes ou de varioloïdes. (Lereboullet). »

Grande erreur. Et, en effet, on lit dans le *Traité de l'inoculation* de Dezoteux et Valentin : « Quant au choix du venin variolique, relativement au sujet d'où on le tire, on recommande ordinairement qu'il soit recueilli sur un sujet sain, bien constitué, et de choisir, autant qu'il est possible, une petite vérole discrète. Il faut se conformer, à cet égard, à l'opinion des familles, pour leur tranquillité. Mais il est prouvé, et nous nous en sommes convaincus nombre de fois, que le pus tiré d'une variole confluente, accompagnée de symptômes mortels, ou celui d'une variole inoculée, très bénigne et discrète, donnaient toujours le même résultat.

« On a pris de la matière sur des mourants où il y avait complication d'autres maladies, et même sur des morts, on n'a pas observé la moindre différence (Dezoteux et Valentin, p. 161.) »

Ajoutons que Pinel et Leroux, dans un rapport à l'Ecole de médecine de Paris, ont relaté, entre autres expériences, la suivante :

« XIXe OBSERVATION. — Hérard, âgé de deux ans et dix mois, assez forte constitution, peau fine et blanche.

« Depuis le deuxième jour de l'insertion faite le 12 thermidor jusqu'au septième, l'éruption primitive, c'est-à-dire *celle des boutons aux lieux de l'insertion*, marche très régulièrement.

« Le septième, la fièvre d'invasion a lieu et continue tout le huitième et le neuvième.

« Le onzième, on compte, sur tout le corps, sept à huit boutons qui grossissent, suppurent et se dessèchent vers le quinzième; d'autres boutons aux bras ont avorté.

« On doit remarquer que cet enfant qui, pendant toute sa maladie, a conservé sa gaieté et son appétit, a été inoculé avec du pus pris sur des boutons de petite vérole confluente, crystalline, et dont le malade est mort quelques jours après. Cependant, il a eu une variole très bénigne, très discrète, quoique caractérisée de manière à ne laisser aucun doute. *Nouvelle preuve* qu'il est fort indifférent sur quel malade on prenne le pus... » (Le rapport de Pinel et Leroux se trouve inséré à la fin de l'ouvrage de Dezoteux et Valentin.)

Ainsi, il est constant que, dans les inoculations de la petite vérole, le virus a servi de vaccin, quoique tiré de cas mortels. A. NETTER.

Bibliothécaire à la Faculté de médecine de Nancy.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour les prix de l'internat.* — La composition écrite a eu lieu le mercredi 3 novembre. Les sujets donnés ont été les suivants : 1re division (3e et 4e années) : *Structure des ganglions lymphatiques. Leucocythémie.* — 2e division (1re et 2e années) : *Glandes de l'intestin grêle. Diagnostic et traitement de l'invagination intestinale.*

CONCOURS DE L'INTERNAT. — La lecture des copies continue. Quatre vingt-dix élèves environ ont été appelés à lire jusqu'à présent.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Les dernières questions posées ont été les suivantes : Samedi 6 : *Articulation tibio-tarsienne.* — Mardi 9 : *Omoplate.*

THÉRAPEUTIQUE

Doit-on donner le fer à haute dose ?

Par le Dr BAYARD, ancien interne des hôpitaux.

Les doses auxquelles on administre journellement le fer indiqueraient que cette question a été résolue par l'affirmative, et, pourtant, les désordres qu'elles occasionnent souvent nous portent à croire qu'elles sont excessives. Nous allons essayer de le démontrer.

Quand nous parlons de haute dose, c'est de haute dose relative, car, à part le proto-sulfure de fer hydraté, dont on prescrivait jusqu'à 15 et 20 grammes à la fois, et l'hydrate de peroxyde de fer gélatineux, qu'on emploie comme le meilleur contre-poison de l'arsenic, nous n'avons jamais vu administrer les composés ferriques d'une manière continue à des doses massives.

A priori, il importe de rechercher quelles sont les conditions pathogéniques des organes, soit qu'on ait affaire à une affection aiguë, soit qu'on se trouve en présence d'un état général défectueux entraînant la dépression fonctionnelle de tous les organes, sans lésion apparente. Dans le premier cas, nous savons appliquer la thérapeutique symptomatique et, vers la fin de cette maladie aiguë, nous avons à combattre la défibrination du sang et la cachexie fatalement consécutive par les toniques, les amers et par le fer. Si l'indispensable nécessité du fer est ici de toute évidence, la dose est le principal élément de succès, et il est non moins évident qu'on devra le donner à dose strictement reconstituante, c'est-à-dire en supprimant toute quantité inutile dont la présence, seulement irritante et excitante, ne pourrait qu'amener la congestion de l'organe ou des organes primitivement malades à l'état aigu.

Si l'on examine ensuite les sujets dont les troubles fonctionnels sont simplement ceux des chloro-anémiques, nous savons encore qu'on devra s'efforcer de remonter, de refaire le constitution du malade par les toniques, par le fer, de combattre pied-à-pied avec toute l'énergie permise aux agents thérapeutiques dits reconstituants, l'affaiblissement général, On peut se demander jusqu'à quel degré la lésion hématique est profonde, et quelle est la quantité de fer qu'il faut restituer au sang pour lui rendre sa plasticité normale.

D'après les physiologistes modernes, la quantité de fer métallique contenue dans la masse du sang d'un homme de poids moyen ne dépasse jamais 4 grammes; la quantité dont l'absence détruit l'équilibre d'un sang de bonne qualité est donc bien minime.

Si, d'un autre côté, nous nous reportons à la très intéressante étude expérimentale sur les ferrugineux relatée dans la *Gazette des Hôpitaux*, en juin 1877, et plus tard dans le *Progrès médical*, nous y voyons que le fer administré à l'intérieur est toujours retrouvé en grande partie dans les excréments.

« Que les sels solubles à acides organiques, tels que *citrate*, *tartrate* et surtout *albuminate de fer*, qui sont de beaucoup les plus assimilables, colorent encore fortement les garde-robes. »

La question semble alors se résumer ainsi : La quantité de fer nécessaire pour rétablir l'équilibre des éléments vitaux du sang est insignifiante. Lorsque nous donnons du fer (prises ou pilules de 0 gr. 20) à la dose de 4 à 6 par jour, la plus grande partie est rejetée.

Est-il donc indifférent d'ingérer dans l'estomac et de faire traverser le tube digestif tout entier par une quantité inutile de métal, ou bien cet agent exerce-t-il une sorte d'action métallothérapique interne? Nous ne le croyons pas. Nous savons tous dans quel état se trouve l'estomac de ceux auxquels s'adresse le fer, nous connaissons les troubles qu'il cause ordinairement.

Notre hésitation ne sera pas longue ; nous croyons qu'on donne le fer à doses beaucoup trop élevées, et qu'il sera toujours bon de mettre à profit les enseignements contenus dans un remarquable mémoire sur l'anémie grave publié par le Dr Quinquaud, médecin des hôpitaux, qui recommande « l'administration du fer à *faible dose,... jamais de préparations concentrées.* »

Donner le fer sous une forme soluble à combinaison organique et dilué dans un véhicule approprié, *citrate*, *tartrate*, et surtout *albuminate de fer* associé au sirop d'écorces d'oranges (*liqueur de Laprade*) à une dose qui n'excède pas 0 gr. 05 de métal par cuillerée de véhicule, répétée aux deux principaux repas; telle est la forme la plus assimilable, la mieux tolérée par l'estomac et le mode d'administration qui nous fournissent les meilleurs résultats. C'est là du reste l'opinion que nous avons souvent entendu manifester par plusieurs de nos maîtres les plus autorisés, et c'est pourquoi nous avons cru intéressant et utile de ramener l'attention sur cette question.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Spéculum à valves protectrices ; par VELASCO.

M. le Dr BÉCLARD, au nom de M. le Dr VELASCO (de Nice), présente à l'Académie de médecine un spéculum à valves protectrices (*fig.* 82.) fabriqué sur ses indications par MM. Mathieu fils, fabricants d'instruments de chirurgie.

1° Sa forme courbe lui permet d'arriver sur le col utérin en suivant la courbure normale du vagin; son application est donc plus facile que celle des spéculums droits employés jusqu'à ce jour, avec lesquels il fallait redresser la courbure vaginale et connaître la direction du col par le toucher préalable. 2° Le bout utérin, taillé en bec de flûte, permet de ramasser le col déplacé, et l'ouverture de ses valves permet d'envelopper le col, quel que soit son volume. 3° Deux petites valves de corne, articulées de chaque côté de la valve supérieure et glissant sur la valve inférieure, font de cet instrument un spéculum plein, malgré l'écartement que l'on peut donner aux valves principales. 4° L'écrou à ailettes qui sert à ouvrir le spéculum maintient les valves à l'écartement donné ; la courbure même de l'instrument lui permet de se maintenir seul en place et sans être soutenu. 5° L'ouverture de ce spéculum est faite en forme d'entonnoir pour recueillir les rayons lumineux et laisser le passage libre aux instruments, mêmes volumineux. 6° Un petit manche tubulé, placé sous la valve inférieure, sert à deux fins : pour soutenir le spéculum d'abord, et ensuite pour servir à l'écoulement des liquides injectés dans le spéculum. A ce manche s'adapte un tube en caoutchouc conduisant les liquides dans un vase placé à terre. Un rebord saillant, se trouvant à l'entrée de la valve inférieure, sert à empêcher le trop plein du liquide de déborder du spéculum. 7° La partie externe des valves est en caoutchouc durci et par conséquent mauvais conducteur de la chaleur (isolant). La partie interne du spéculum est en maillechort brillant et blanc; ses rayons lumineux sont donc réfléchis jusqu'au fond du spéculum.

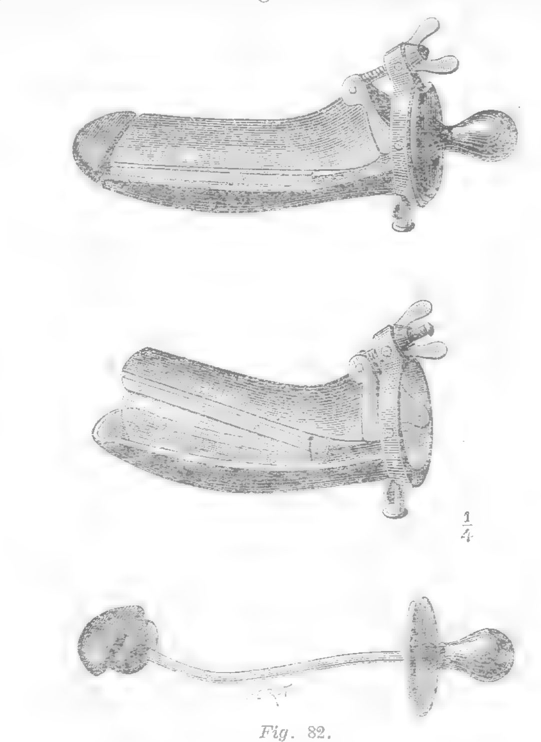


Fig. 82.

Manière de s'en servir. — Son introduction se fait la vis tournée en haut, vers le pubis, le petit manche tubulé vers la fourchette, et

sans faire aucun mouvement de rotation. On ouvre les valves en tournant la vis vers la droite, et, au second tour environ, l'embout se dégage seul; on n'a donc plus qu'à le retirer. On continue à ouvrir les valves jusqu'au moment où le col entier est entouré. Pour le retirer, il faut dégager légèrement le col; tourner la vis vers la gauche, de deux tours environ, et le tirer à soi.

VARIA

Des progrès récents de la neuropathologie et de leurs conséquences au point de vue de l'enseignement médical;

Leçon inaugurale de M. le professeur W. ERB, de Leipzig (1).

C'est, sans contredit, la physiologie qui a eu sur la neuropathologie la plus précoce et la plus importante influence. Du commencement de 1840 date ce grand essor de la physiologie, qui l'a portée au premier rang des sciences biologiques. Le premier et capital objet de cette série infinie de recherches exactes qui sont les matériaux du superbe édifice de la physiologie moderne, ce fut le système nerveux. Grâce aux progrès de la science de l'électricité, on pratiqua sur les nerfs moteurs et sur les muscles d'importantes expériences, qui révélèrent les lois électro-physiologiques et profitèrent largement à la neuropathologie. La physiologie de la moelle fit un grand pas : on reconnut que cet organe, qu'on regardait auparavant comme constitué par la simple réunion des nerfs périphériques, joue un rôle très considérable et possède une indépendance relativement grande. Puis, la physiologie des organes des sens parvint à un haut degré de perfection et l'on se mit à étudier, à l'aide des méthodes physiologiques, les relations de ces organes avec les fonctions psychiques plus élevées — Peu à peu, l'on apprit à mieux démêler, au moyen de ces méthodes, les fonctions du cerveau et à en faire l'objet de recherches expérimentales. Vous savez tous quel mouvement ont, de nos jours, imprimé à la physiologie l'élaboration active et la discussion de problèmes qu'on n'agitait presque plus depuis Flourens.

Il est évident que tout cela devait avoir la plus grande influence sur la neuropathologie. Les questions soulevées par la physiologie augmentaient l'intérêt des troubles des fonctions nerveuses que nous observons dans les maladies, et l'intérêt que beaucoup de physiologistes éminents prirent et devaient prendre à la neuropathologie eut pour conséquence naturelle : d'exciter aux études pathologiques, de pousser à observer et à examiner les malades plus exactement et plus méthodiquement. Souvent, les conquêtes de la physiologie servirent de point de départ à d'importantes découvertes dans la pathologie du système nerveux. Celle-ci, d'ailleurs, ne demeura pas en reste avec la physiologie, qui doit plusieurs découvertes à l'observation pathologique. Et comme il est indubitable que bon nombre de problèmes physiologiques des plus importants, relatifs soit au système nerveux périphérique, soit à la moelle et surtout au cerveau, ne peuvent être résolus que par l'observation pathologique et nullement par l'expérimentation sur les animaux, il est à coup sûr déplorable que trop de physiologistes non seulement n'accordent aucune attention aux faits neuropathologiques, mais encore professent contre eux une défiance qui certainement n'est pas toujours justifiée.

Il faut ajouter que la neuropathologie ne s'est pas contentée de mettre ses matériaux à la disposition de la physiologie, qu'au contraire de nombreuses et très importantes découvertes physiologiques ont été tantôt faites directement par des neuropathologistes, tantôt provoquées par eux. Je rappellerai seulement, pour exemples, le fait important de l'excitabilité électrique des centres moteurs du cerveau, auquel se rattache maintenant la grosse discussion de la localisation des fonctions cérébrales ; la découverte des phénomènes réflexes partant des tendons et des aponévroses; la constatation des lois de l'excitabilité galvanique du nerf auditif ; les faits empruntés à la pathologie qui établissent les fonctions trophiques de certains appareils nerveux, etc. Enfin, ces phénomènes de métalloscopie, de transfert, d'hypnotisme qui ont récemment éveillé une si grande attention et sont si vivement discutés dans les cercles physiologiques, ont été tout d'abord constatés et scientifiquement étudiés, exclusivement par des neuropathologistes.

Il s'opère donc entre la physiologie et la neuropathologie un échange de services plus satisfaisant et plus fructueux qu'on ne peut se l'imaginer.

La physiologie est particulièrement en intime corrélation avec la pathologie expérimentale, dont le perfectionnement n'a pas médiocrement profité à la neuropathologie, où comme dans toutes les autres parties de la pathologie, l'expérimentation doit jouer un rôle de premier ordre ; cela n'a pas échappé aux neuropathologistes clairvoyants, ainsi qu'en témoigne assez la longue série de recherches expérimentales dont est remplie la littérature neuropathologique depuis les célèbres travaux de Kussmaul et de Tenner sur la nature des convulsions épileptiques. Un grand nombre même d'expériences neuropathologiques, telles que les sections et les dilacérations de la moelle, les extirpations et les abrasions du cerveau, etc., ne sont guère au fond que de la pathologie expérimentale, et il ne faut certainement pas une médiocre pratique neuropathologique pour obtenir ainsi de la nature une réponse exacte et se garantir de toute erreur. Sans doute, beaucoup de questions intéressant au plus haut point les neuropathologistes ne sont malheureusement pas ou peut-être pas encore, du ressort de l'expérimentation pathologique ; aussi sommes-nous toujours obligés de suivre la voie bien plus pénible, plus longue et plus incertaine de l'observation clinique et de l'examen anatomo-pathologique subséquent.

Dans le cours des cinquante ou soixante dernières années, la neuropathologie a réalisé un progrès considérable d'une origine toute différente, c'est-à-dire provenant d'une spécialité thérapeutique, de l'électrothérapie. Incités par les découvertes et les progrès que fit la science de l'électricité dans les dix premières années de ce siècle, les médecins s'inquiétèrent davantage de l'emploi thérapeutique de ce puissant agent physique, d'autant plus que les importantes découvertes de l'électro-physiologie semblaient donner à leurs efforts un point d'appui large et scientifique. Le succès dépassa toute attente, et l'on sait quelle grande et rapide extension l'électrothérapie a prise de nos jours. Ce sont Duchenne, en France, et en Allemagne Remak, à la fois anatomistes et physiologistes, qui appliquèrent avec le plus de succès à la thérapeutique, l'un, le courant galvanique, l'autre, le courant faradique. Les tentatives thérapeutiques devaient nécessairement s'appuyer sur de profondes études physiologiques et neuropathologiques ; aussi, devons-nous aux travaux des électro-thérapeutistes une foule de faits très intéressants et très importants, et un extraordinaire accroissement des connaissances neuropathologiques. Les mérites particuliers de Duchenne sont essentiellement du domaine neuropathologique : C'était un observateur d'une pénétration et d'une circonspection rares, un clinicien dans le plus beau sens du mot, et les grandes espèces morbides qu'il a, le premier, reconnues et décrites, éternisent son nom dans les annales de la science. D'innombrables travailleurs plus jeunes suivirent la route ouverte par Duchenne et Remak ; les matériaux neuropathologiques affluèrent naturellement, de préférence vers les électro-thérapeutistes ; ils eurent donc, les premiers, l'occasion d'observer et d'étudier ce sujet spécial. La littérature des vingt dernières années montre qu'ils ont largement et avec succès exploité ce domaine. Je ne dirai rien de trop en affirmant que le plus grand nombre des neuropathologistes, en Allemagne au moins, ont été d'abord électro-thérapeutistes. C'est là, certainement, un grand avantage, car sans la parfaite intelligence des méthodes électro-diagnostiques et électro-thérapeutiques, il est impossible de posséder complètement la neuropathologie.

Des rapports analogues, pleins de promesses, commencent aujourd'hui à s'établir avec une autre branche de thérapeutique spéciale, avec la balnéo-thérapie et surtout avec l'hydrothérapie. L'importance croissante prise par l'eau froide et par de nombreux thermes dans la thé-

(1) Voir le n° 45.

rapeutique des maladies nerveuses fait affluer les malades aux stations qui leur conviennent et amènera sûrement aussi, dans l'avenir, de réels bénéfices pour la neuropathologie. En tout cas, l'influence de cette médication sur la guérison des affections nerveuses est dès à présent très-significative.

Un peu plus tard que celle de la physiologie et de l'électrothérapie se fit sentir l'influence de l'anatomie pathologique. Cultivée avec un nouveau zèle, l'anatomie pathologique fournissait assurément, dans les circonstances ordinaires, de riches matériaux à la neuropathologie; là, comme partout en pathologie, elle est le fondement le plus sûr des recherches scientifiques. Mais, trop souvent, l'anatomo-pathologiste devait se contenter d'un résultat tout à fait négatif ou au moins absolument insuffisant, dans les cas où le clinicien devait en toute assurance placer dans le système nerveux le siège de maladies graves et mortelles. Grâce à l'intervention des nouveaux et plus délicats procédés d'examen, il en est tout autrement pour le système nerveux central; notre vue aiguisée discerne maintenant, dans les préparations faites avec un soin particulier et d'après des méthodes spéciales, une foule de choses dont on ne soupçonnait autrefois ni l'importance ni l'existence, et nous avons maintenant appris à découvrir des faits positifs dans beaucoup de cas où les anciennes méthodes sont insuffisantes et ne donnent que des résultats négatifs. Sous ce rapport, l'Ecole de la Salpêtrière, à qui nous devons une série de belles découvertes, a une importance particulière; mais en Angleterre et en Allemagne on a aussi exploité ce domaine et mis au jour une série de travaux intéressants. En ce qui touche spécialement la pathologie de la moelle, on a trouvé une quantité extraordinaire de résultats nouveaux et importants dont le grand zèle, qui de tous côtés se manifeste aujourd'hui pour ce sujet précisément, ne tardera pas à accroître encore considérablement le nombre. Il faut noter ici que, spécialement sur ce terrain, ce ne sont justement pas les anatomo-pathologistes purs, mais bien plutôt les neuropathologistes qui ont le plus contribué par leurs travaux aux progrès de l'anatomie pathologique du système nerveux central. Le neuropathologiste n'a précisément pas de base plus sûre que la connaissance approfondie de cette science pour appuyer des conclusions ultérieures et faire faire des progrès au diagnostic. Et maintes fois, on n'a découvert le siège anatomique de la maladie qu'après que le pathologiste eut dit : C'est ici, et nulle part ailleurs, qu'il faut le chercher.

(*A suivre.*) E. TEINTURIER.

Missions scientifiques. Voyage du Dr Crevaux.

Des nouvelles sont parvenues à Paris du Dr Crevaux, le courageux voyageur chargé d'une mission scientifique par le gouvernement français. Après avoir exploré le Maroni, l'Oyapock, le Yari, le Parou, l'Yca et le Yapura, M. Crevaux continue sans encombre ses explorations dans l'Amérique équinoxiale. Il se prépare à tenter la descente du Maupès, qui paraît être la continuation du Rio-Negro, le plus grand affluent de l'Amazone. Il remontera la Magdalena jusqu'à ses sources pour traverser la Cordillière orientale des Andes; une fois les sources du Maupès trouvées, il redescendra cette rivière sur un parcours de 700 lieues jusqu'à Manaos. « Cette entreprise, dit le Dr Crevaux, n'est pas sans dangers; le voyageur peut avoir à lutter contre les indigènes, qui ont la réputation d'être cannibales comme leurs voisins du Yapura; il y a aussi de nombreuses chutes à franchir et la fièvre à affronter. » Jusqu'au 9 septembre, M. Crevaux et ses compagnons avaient traversé des pays infestés par la fièvre jaune et la fièvre intermittente sans contracter la moindre indisposition. Cela est de bon augure pour la suite des explorations de la vaillante petite troupe, et il faut espérer qu'elle achèvera heureusement une entreprise si bien commencée.

Les cours de vulgarisation scientifique.

De temps en temps, nous voyons annoncés dans les journaux politiques de la province, des cours faits par des médecins sur des sujets scientifiques. C'est ainsi que dans le *Libéral de Seine-et-Oise* du 3 novembre, il est dit que M. le Dr VEDRINE fait tous les lundis soirs, à l'Hôtel de ville de Versailles, un cours public et gratuit d'histoire naturelle. On ne pourrait qu'applaudir à ces efforts de vulgarisation scientifique. Toutefois, nous croyons qu'il serait bon, pour habituer le public à s'occuper de choses sérieuses, de faire surtout des cours d'une application pratique immédiate. Il est certain, par exemple, que les cours faits pour apprendre aux mères de famille à élever leurs enfants d'après une saine hygiène et à donner les premiers soins aux malades, auraient toutes les chances d'attirer un public nombreux. — Les médecins auraient là un moyen de combattre l'exercice illégal de la médecine beaucoup plus puissant que toutes les poursuites exercées par et devant les tribunaux.

Boissons glacées à New-York.

Dans les pays chauds, les boissons rafraichissantes, surtout les boissons à la glace, sont une nécessité. Pendant tous les mois de cet été, on a vu circuler dans les rues de New-York une voiture, qui ne se mettait en mouvement que pendant les heures les plus chaudes de la journée et qui ne parcourait que les quartiers pauvres de la ville en distribuant gratis, à tous les passants, de l'eau glacée. C'était une société de tempérance de l'endroit, société formée par des négociants, qui a fait les frais de cette libéralité.

La voiture consistait en un grand récipient triangulaire rempli de blocs de glace, et qui, à mesure que le liquide s'épuisait, se fournissait d'eau puisée aux fontaines publiques. Au bas du réservoir étaient adaptés douze robinets avec douze gobelets d'étain polis. C'est le 18 août que le véhicule a commencé à circuler dans les rues des quartiers pauvres de New-York; deux agents de police accompagnaient le convoi qui s'est promené ainsi tous les jours, de une heure à cinq heures. Dès que la voiture s'arrêtait, on voyait les enfants se précipiter d'abord et prendre des lampées d'eau fraiche. Puis, venaient les adultes, et le véhicule devait souvent s'arrêter longtemps en un même endroit, jusqu'à ce que les gosiers fussent satisfaits. Les uns se contentaient du gobelet attaché au robinet, mais les autres apportaient des cruches, des canettes, des bouteilles qu'ils faisaient remplir. Les deux agents placés sur le véhicule, rendaient volontiers ce service à la foule, dont ils recevaient les remerciements.

La société de tempérance dont nous parlons, avait imaginé ce moyen pour empêcher les gens de se livrer à l'absorption des liqueurs fortes, principalement de l'eau-de-vie. Le réservoir de la voiture contenait 700 gallons (mesure américaine) ou 18,000 verres. L'établissement de la voiture-réservoir a coûté, paraît-il, 250 dollars (1,250 fr.); les frais journaliers étaient de 25 dollars (125 fr.), une petite somme en comparaison du bien-être qui en est résulté pour la population pauvre.

Médecins militaires.

Par décret en date du 16 octobre 1880, ont été promus dans le cadre des officiers de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de 2e classe* : M. Guillemin, médecin-major de 1re classe à l'école spéciale militaire, en remplacement de M. Azais, décédé. — 2° *Au grade de médecin major de 1re classe* : (choix) M. Mounier, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Rioublant, retraité; — (ancienneté) M. Palogue, médecin-major de 2e classe au 100e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Delune, retraité; — (choix) M. Augarde, médecin-major de 2e classe au 85e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Massie, retraité; — (ancienneté) M. Laurens médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Couquet, retraité; — (choix) M. Brachet, médecin-major de 2e classe au 14e régiment de chasseurs, en remplacement de M. Guillemin, promu.

Médecins et Pharmaciens de la marine.

Par décret en date du 4 novembre 1880, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine, savoir :

Au grade de médecin de 1e classe : MM. les médecins de 2e classe : Rochard, Coquiard, Bodet, Vergniauld, Palmade, Clavel, Griès, Danguillecourt, Arnauld, de Béchon, Chéreux, Jenevin, Gueit.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. les aides médecins : Hervé, Petit, Chevalier, Fortoul, Trabaud, Le Quément, Duval, Randon, Gimelfi, Joanne, Sauvaget, Lantier, le Franc, Pangier, Martin, Malaret, Peyronnet de la Fonvielle, Touchet, Giraud, Machenaud, Couillebault, Castellan, Parès, Orgeas, Génébrias de Boissé, Pallardy, Bourdon, Bertrand, Giraud, Zimmer, Guilmoto, Narbonne, Mignon, Bosch, Aubert, Lombard; — MM. les médecins auxiliaires de 2e classe : La Blanchetière, Bernard, Rion-Kérangal.

Au grade d'aide médecin : MM. les étudiants : Fras, Bédart, Barran, Sillard, Bellot, Augier, Bosse, Névot, Chassaigne, de Bonadona, Flandrin, Guierriec, Daliot, Ménier, Borius, Pons, Bourrée Huas, Vian, Branellec, Amiaud, Dumas, Macé, Bourit, Castellan, Gauran, Bellamy, Rançon, Jarri, Lassabatie, Salaün, Guérin, le Gac, Thomas, Laugier.

Au grade de pharmacien de 1re classe. M. Rouhaud.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les aides pharmaciens : Potier, Reboul, Lannois, Rigal.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. les étudiants : Poiron, Hughes Guéguen, Kérébel.

Faculté de Médecine.

Exercices pratiques, démonstrations de physiologie. M. le professeur Béclard. Chef des travaux, M. Laborde. — M. le Dr Laborde, chef des travaux physiologiques, fera, pendant le semestre d'hiver, pour les Elèves qui ne sont pas astreints aux Travaux pratiques d'anatomie, des Conférences de physiologie et de technique expérimentales. Ces Conférences auront lieu à partir du 16 novembre, deux fois par semaine, le mardi et le jeudi, à 2 heures, au laboratoire de Physiologie de la Faculté, où MM. les Elèves sont priés de s'incrire tous les jours, de 2 à 4 heures.

Exercices pratiques et Conférences de Physique. Professeur : M. Gavarret. Chef des travaux : M. Gay, Agrégé. — Les exercices pratiques et les Conférences de physique commenceront le mardi 16 novembre. Ils auront lieu les mardis et jeudis, de 8 heures à 10 heures du matin. Ces exercices sont obligatoires pour tous les élèves de 1e année. Nul ne peut prendre l'inscription trimestrielle, s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le Chef des travaux. Les élèves qui ont à préparer le 3e examen de doctorat (ancien régime) peuvent être autorisés par le Doyen de la Faculté à prendre part à ces exercices. Les élèves devront se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire de Physique) tous les jours, de 1 heure à 3 heures. Ils doivent produire : 1° Leur carte d'admission délivrée par le Secrétariat de la Faculté. 2° La quittance détachée du Registre à souche et constatant le payement des droits.

Hôpital de la Charité. Clinique Médicale. — M. le Professeur Hardy reprendra son Cours de Clinique médicale le samedi 13 novembre 1880, à 8 heures et demie, et le continuera les jours suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Professeur A. Fournier commencera ce Cours le vendredi 19 novembre 1880, à 9 heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Vendredi, leçon à l'amphithéâtre. Mardin, leçon au lit des malades.

Hospice des Enfants-Assistés. Clinique des maladies des enfants. M. le Professeur Parrot commencera son Cours de Clinique des maladies des enfants le samedi 20 novembre 1880. Les leçons auront lieu les mardis et samedis, à 9 heures et demie. Visite des malades tous les jours, à 9 heures.

Hôpital de la Pitié. Clinique Chirurgicale. — M. le Professeur Verneuil commencera son Cours de clinique chirurgicale le lundi 15 novembre 1880, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique des maladies mentales. — M. le Professeur Ball commencera son cours de Clinique des maladies mentales le dimanche 14 novembre 1880, à 10 heures (à l'asile Saint-Anne), et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure. Visite des malades à 9 heures.

Hôpital de la Pitié. Clinique Médicale. — M. le Professeur Ch. Lasègue, a repris ses leçons de Clinique médicale, le jeudi 11 novembre 1880, et les continuera les samedi, mardi et jeudi de chaque semaine. Le lundi, consultation externe. Le mercredi, conférence et exercices pratiques d'Anatomie pathologique, d'Ophthalmoscopie et de Laryngoscopie. Le vendredi, conférence et exercices pratiques de chimie pathologique. La visite à 8 heures et demie.

Pathologie et Thérapeutique générales. — M. le professeur Bouchard a commencé son Cours de Pathologie et Thérapeutique générales le mardi 9 novembre 1880, à 5 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie. — M. le professeur Laboulbène a commencé son Cours d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie le jeudi 11 novembre 1880, à 4 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Le Professeur exposera dans la première leçon l'*Histoire du journalisme médical.*

Cours de pathologie médicale. — M. le Professeur Jaccoud a commencé son cours de Pathologie médicale le jeudi 11 novembre 1880, à 3 heures, grand Amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Berger, Agrégé, chargé du cours, a commencé son cours de Pathologie chirurgicale le mercredi 10 novembre 1880, à 3 heures, grand Amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Cours de Physique Médicale. — M. Gariel, Agrégé, chargé du Cours : a commencé son cours de Physique médicale le lundi 8 novembre 1880, à midi (petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Pathologie externe. — M. S. Pozzi, Agrégé, commencera le Cours auxiliaire de Pathologie externe le mardi 16 novembre 1880, à 5 heures (salle Laënnec), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Pathologie interne. — M. Dieulafoy, Agrégé, a commencé le Cours auxiliaire de Pathologie interne le vendredi 12 novembre 1880, à 5 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Chimie Biologique. — M. Hanriot, Agrégé, commencera le Cours auxiliaire de Chimie biologique le mercredi 17 novembre 1880, à 3 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Pathologie interne. — M. Ollivier, Agrégé, commencera le Cours auxiliaire de Pathologie interne le lundi 22 novembre 1880, à 8 heures du soir (petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Chaire de pathologie chirurgicale. — Les professeurs de la Faculté, réunis le 11 novembre, ont procédé à l'élection des candidats à présenter pour la place de professeur de pathologie chirurgicale, laissée vacante par M. Trélat, nommé professeur de clinique chirurgicale. Les suffrages se sont ainsi répartis : 1er *tour* : M. Duplay, 23 voix, M. Tillaux, 6 ; — 2e *tour* : M. Tillaux, 23 voix, M. Lannelongue, 8 ; — 3e *tour* : M. Lannelongue, 22 voix, M. Terrier, 8, M. Ledentu. 1. — En conséquence, les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : MM. Duplay, Tillaux, Lannelongue.

Clinique des maladies mentales. Concours pour un emploi de Chef de Clinique titulaire. — Un Concours aura lieu, à la Faculté, pour une place de Chef de clinique, titulaire le mardi 2 décembre prochain. Les candidats doivent se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 1 heure à 4 heures, à partir du 5 novembre 1880. Le registre d'inscription sera clos le 25 novembre 1880.

L'annonce de ce Concours fait enfin cesser cette situation anormale contre laquelle le *Progrès Médical* réclame depuis plus de deux mois (1). Il est à regretter cependant que, contrairement à ce qui doit avoir lieu lorsqu'un concours est établi pour la première fois, l'affiche ne fasse mention ni de la composition du jury, ni de la nature des épreuves. C'est là un fait regrettable et qui porte un préjudice considérable aux concurrents, car, parmi les épreuves, il s'en trouvera certainement qui seront spéciales au clinicat des maladies mentales, et, à l'heure actuelle, les intéressés ignorent totalement en quoi elles pourront consister. Si nous sommes bien informés, il aurait été difficile que l'affiche portât ces renseignements, car rien n'est encore décidé à cet égard; la question devait être jugée dans la réunion des professeurs qui s'est tenue le 11 novembre, mais cela n'a pas été possible, le rapport de la Commission n'étant pas prêt. Espérons qu'il n'en sera pas toujours ainsi et que le 18 novembre (*treize* jours seulement avant l'ouverture du concours), à la prochaine réunion de la Faculté, ces épreuves seront enfin fixées et portées à la connaissance des candidats. Nous pouvons, dès à présent, donner la composition du jury d'examen, un arrêté ministériel ayant été pris à ce sujet. Le jury sera composé : 1° Du professeur titulaire de la chaire des maladies mentales ; — 2° Du professeur de pathologie générale ; — 3° Du professeur de médecine légale ; — 4° D'un professeur de clinique médicale et d'un professeur de pathologie interne désignés par le sort.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 15. — 1er *de fin d'année* : MM. Henninger, Gay, de Lanessan. — 1er *de Doctorat* (Nouveau mode) : MM. Baillon, Gariel, Bourgoin. — 5e *de Doctorat.* 1re *Série* (Charité) : MM. Depaul, Verneuil, Rendu ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Potain, Trélat, Chantreuil.

Mardi 16. — 2e *de fin d'année* : MM. Ball, Ch. Richet, Bouilly. — 3e *de fin d'année* : MM. Laboulbène, Landouzy, Peyrot. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Berger, Richelot. — 2e *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Lasègue, Lefort, Joffroy ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Bouchard, Humbert. — 3e *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Robin, Gay. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Brouardel, Grancher. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Gosselin, Peter, Pinard.

Mercredi 17. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Guyon, Cadiat ; — (Nouveau mode) 1re *Série* : MM. Regnauld, Henninger, de Lanessan ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Gariel, Hanriot. — 5e *de Doctorat.* 1er *Série* (Charité) : MM. Depaul, Verneuil, Ollivier ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Trélat, Fournier, Chantreuil.

Jeudi 18. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Lefort, Rémy. — 4e *de Doctorat.* 1er *Série* : MM. G. Sée, Brouardel, Debove ; — 2e *Série* : MM. Lasègue, Ball, Joffroy.

Vendredi 19. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Guyon, Terrillon ; — (Nouveau mode) : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Henninger, Gay. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Depaul, Charcot, Marchand.

Samedi 20. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Panas, Peyrot. — 5e *de Doctorat.* (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Ball, Chantreuil.

Thèses. — *Jeudi* 18 : 452. M. Lechaudel. — 453. M. Vignes. — *Vendredi* 19 : 454. M. Didier. — 455. M. Gaillard. — *Samedi* 20 : 456. M. Chassaguette. — 457. M. Galissot. — 458. M. Franguet. — 459. M. Decroix. — 460. M. Pecquet. — 461. M. Delcroix.

(1) Voir les nos 39 et 45.

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot recommencera ses conférences cliniques le dimanche 21 novembre à 9 h. 1/2, dans l'amphithéâtre. — Des cartes spéciales seront délivrées aux bureaux de la direction de l'hospice, sur la présentation des feuilles d'inscription, et des cartes d'étudiants ou de docteur en médecine.

Hôpital des Enfants malades. — Thérapeutique infantile. — M. Jules Simon a repris ses leçons sur les maladies des enfants et la thérapeutique infantile, le mercredi 10 novembre, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Tous les samedis, consultation clinique.

Hôpital des Enfants malades. — Clinique chirurgicale. — M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, reprendra ses conférences cliniques le jeudi 25 novembre, à 9 heures. Il s'occupera exclusivement cette année du *traitement des malformations* (déviation du rachis, pied bot, etc.).

FORMULES

67. Traitement de la constipation chez les enfants. Smith.

La constipation chez les enfants est l'objet d'un mémoire très complet du Dr Smith ; après avoir très longuement examiné les causes de la constipation chez l'adulte et chez l'enfant, Smith examine son traitement. Parmi les précautions hygiéniques, il recommande le thé de mouton et de poulet, les fruits, l'amidon, qui, suivant lui, est, même chez les enfants, converti en glucose. On peut employer le maltose ou sucre de lait. La farine d'avoine est plus laxative que les autres éléments amylacés ; on peut en faire un gruau et le donner, passé ou non, suivant les cas. L'eau aussi est un bon laxatif, et sans doute l'effet déconstipant des fruits, des bouillons, des gruaux et des eaux minérales, tient en grande partie à la quantité d'eau qu'ils contiennent.

Smith indique, d'après Trousseau, l'application sur le ventre de linges trempés dans l'eau froide, mais il craint que les enfants ne le supportent pas ; aussi la réserve-t-il pour les adultes. Les lavements tièdes n'étant pas toniques, il recommande de les donner froids, et à grande eau, dans les cas d'accumulation fécale abondante ; ils agissent ainsi mécaniquement en balayant l'intestin. Puis, l'auteur parle de suppositoires de cacao, de savon, de gélatine ; cette dernière substance parait agir par son hygrométricité. Il indique également l'électricité.

Parmi les purgatifs, il donne la préférence à l'huile de ricin, aux petites doses de calomel jointes au sirop de rhubarbe, le sirop de séné, ou la poudre composée de réglisse de la pharmacopée allemande :

Follicules de séné	20	grammes.
Racine de réglisse.	20	—
Fruits de fenouille.	10	—
Souffre lavé	10	—
Sucre	60	—

La belladone, recommandée par Trousseau, n'a pas donné de bons résultats, à l'auteur, qui semble croire qu'elle n'a pas le même effet en Amérique que chez nous. Il se loue de la noix vomique. Il prescrit souvent le mélange suivant :

Huile de foie de morue.	20	grammes.
Eau de chaux	10	—
Sirop de lactophosphate de chaux . .	10	—

A la dose de un quart à une demi-cuillerée à café, après chaque tétée (*Annales de Gynécologie*).

68. Lotion contre la couperose scrofuleuse. Bazin.

M. Bazin recommande de laver deux ou trois fois par jour, la peau de la face, dans la couperose scrofuleuse, à forme pustuleuse, avec la lotion suivante :

Borate de soude, de 0 gr. 50 à	1	gramme.
Sous-carbonate, de soude de 0 gr. 50 à	2	—
Glycérine pure, de 10 à	15	—
Eau distillée	300	—

Faites dissoudre. — Tous les deux ou trois jours, on applique de l'huile de cade ou du coaltar saponiné. Si les pustules sont petites, elles disparaissent généralement assez promptement. C'est dans la forme scrofuleuse de la couperose que l'auteur préconise les préparations ferrugineuses, les eaux chlorurées sodiques et bromo-iodurées, comme l'eau de Sierck, de Salins et de Saltes-de-Béarn ou des eaux chlorurées, sodiques et sulfureuses, comme Uriage, ou enfin les eaux sulfureuses faibles. — L'huile de foie de morue, les vins de quinquina et de gentiane sont également efficaces dans cette forme de couperose (*Union Médicale*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 29 octobre au jeudi 4 novembre 1880, les naissances ont été au nombre de 996, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 357 ; illégitimes, 143. Total, 500. — *Sexe féminin :* légitimes, 368 ; illégitimes, 128. Total, 496.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 29 octobre au jeudi 4 novembre 1880, les décès ont été au nombre de 954, savoir : 506 hommes et 448 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 24. F. 19. T. 43. — Variole : M. 4. F. 11. T. 15. — Rougeole : M. 1. F. 3. T. 4. — Scarlartine : M. 3. F. 4. T. 7. — Coqueluche : M. 6. F. 7. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 21. F. 11. T. 32. — Dysentérie : M. 2. F. . T. 2. — Erysipèle : M. 2. F. 2. T. 4. — Méningite (tubercul. et aiguë) : M. 23. F. 13. — T. 36. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. . . F. . . T. . . — Phthisie pulmonaire : M. 111. F. 67. T. 178. — Autres tuberculoses : M. 4. F. 7. T. 11. — Autres affections générales : M. 31. F. 30. T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24. F. 35. T. 69. — Bronchite aiguë : M. 13. F. 13. T. 26. — Pneumonie : M. 30. F. 33. T. 63. — Athrepsie : M. 25. F. 30. T. 55. — Autres maladies des divers appareils : M. 142. F. 144. T. 286. — Après traumatisme : M. 5. F. 1. T. 6. — Morts violentes : M. 28. F. 7. T. 35. — Causes non classées : M. 7. F. 2. T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 89 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36 ; illégitimes, 16. Total, 52. — *Sexe féminin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 13. Total, 37.

Médecins des Bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le Ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a l'honneur : 1° d'informer MM. les médecins du XVIIIe arrondissement que le dimanche 21 novembre 1880, il sera procédé, dans l'une des salles de la mairie, à l'élection de quatre médecins. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures ; 2° d'informer MM. les médecins du IIIe arrondissement que le lundi 22 novembre 1880, il sera procédé dans l'une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Nécrologie. On annonce la mort du Dr Pujo père, ancien conseiller général, mort il y a quelques jours, à l'âge de 72 ans, à Saint-Liers-de-Canesse, arrondissement de Blaye. On lui doit divers travaux sur le *traitement des tumeurs par les caustiques.* — Le Dr Hering, un des plus fervents disciples de Hahnhemann, est mort à l'âge de 72 ans à Philadelphie. Il a publié de nombreux travaux sur la matière médicale expérimentale. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. G. Oudin, étudiant en médecine, à qui le goût de la science et une intelligence des plus distinguées promettaient un brillant avenir. Conformément a sa volonté expresse, les obsèques de M. Oudin ont été purement civiles et ont eu lieu à Reims où un grand nombre d'étudiants étaient venus rendre à leur camarade un suprême hommage.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A. Delahaye et E. Lecrosnier, Libraires Éditeurs, place de l'École de Médecine.

Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris fondée en 1808. Vol. in-8° de 205 pages. Paris 1880.

Librairie J. B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Houzé de l'Aulnoit (A.). — Thérapeutique chirurgicale ; nouvelle méthode de la cure radicale de l'hydrocèle. Vol. in-8° de 47 pages. Prix, 3 fr. Paris, 1880.

Imprimerie Berger Levrault, 5 rue des Beaux-Arts.

De l'application des lois de l'acoustique à l'étude des maladies du cœur ou des maladies du cœur chez les jeunes gens bien portants, ou qui paraissent l'être. — Vol. in-4° de 112 pages. Prix, 3 fr. Paris, 1880.

Le François, 9, rue Casimir-Delavigne.

Cotard (J.). — Étude sur l'atrophie partielle du cerveau. Vol. in-8° de 102 pages avec 2 figures. Paris, 1880.

Garnier-Frères, Libraires-Editeurs, 6, rue des Saints-Pères.

Garnier (P.) — La génération universelle : lois, secrets et mystères chez l'homme et chez la femme. Vol. in-8° de 502 pages. Prix, 3 fr. 50. Paris, 1880.

SALETTES, Libraire à Coutances.

JUHEL. (A.). — La médecine du passé et la médecine de l'avenir ou l'allopathie et l'homéopathie, en face de la dosimétrie. Vol. in-8 de 73 pages. Prix, 1 fr. 50. Coutances, 1880.

Imprimerie F. HALEGOUET, à Brest.

BEAUMANOIR. — Mensuration des aires du crâne et de la face par un procédé nouveau. Brochure in-8° de 12 pages avec 3 planches. Brest, 1880.

BEAUMANOIR. — Essai sur les forces dans l'organisme. Brochure in-8° de 50 pages. Brest, 1880.

Imprimerie et Librairie J. RENAUT, 18, rue Saint-Martin, à Cambrai (Nord).

MILLOT CARPENTIER (G.) — Notes chirurgicales d'un médecin de campagne pour aider à la statistique. Grand in-4° de 107 pages. Prix, 5 fr. Cambrai, 1880.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Anc.-Comédie.

CARADEC (Th.) fils. — Contribution à l'étude des tumeurs des bourses. Brochure in-8° de 8 pages. Paris, 1880.

DUBOUÉ (de Pau). — De l'impaludisme. 2e édition, suivie d'un résumé. Vol. in-8° de 492 pages. Prix : 7 fr. Paris, 1880.

Ve FR. HENRY, 13, rue de l'École de Médecine.

BOUDET DE PARIS (M.). — Des applications du téléphone et du microphone à la physiologie et à la clinique. Vol. in-8° de 170 pages avec figures dans le texte. Prix : 4 fr. Paris, 1880.

Imprimerie H. VAILLANT CARMANNE 8, rue Saint-Adalbert à Liége. Belgique.

FIRKET (Ch). — Contribution à l'Etude de la méningite latente chez les pneumoniques. Brochure in-8° de 44 pages. Liège, 1880.

J. et A. CHURCHILL new Burlington Street London.

Saint-George's Hospital Reports; fort vol. in-8° cartonné de 658 pages. London, 1880.

G. MASSON, Editeur, boulevard St-Germain.

BLAISE. (H.). — Contribution à l'étude des températures périphériques et particulièrement des températures dites cérébrales. Vol. avec 9 planches. Prix, 6 fr. Paris, 1880.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE des sciences médicales publié sous la direction du Dr DECHAMBRE. La seconde partie du TOME VIII de la *troisième série* SCU-SEP renferme, entre autres, les articles suivants : Sébacées (Glandes et matières), par Ch. Robin. — Secre

médical, par Tourdes. — Sel marin, par Lutz et Demange. — Sélection, par Sanson. — Sels, par Lutz. — Séméiotique, par Hecht. — Sémites, par Liétard. — Sénégambie, par Borius. — Sens, par Carlet. — Septicémie, par J. Chauvel.

Chronique des Hôpitaux.

Dans notre prochain numéro, nous recommencerons à publier la chronique des hôpitaux.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 47. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 NOVEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. CHARCOT.

Des conditions pathogéniques de l'albuminurie.

Leçons recueillies par le Dr E. BRISSAUD.

Dans son cours d'anatomie pathologique de cette année M. Charcot a consacré plusieurs leçons à l'exposé de quelques faits de physiologie normale et pathologique propres à éclairer la pathogénie de l'albuminurie ; nous sommes heureux de pouvoir publier ces leçons.

Messieurs,

Je me propose de vous exposer les principales notions qui se rattachent aux troubles fonctionnels des diverses maladies rénales et en particulier à l'albuminurie dont le mécanisme, vous le savez, a fait jusqu'à ce jour l'objet de nombreuses discussions.

Mais, avant d'en venir là, il me paraît indispensable de vous rappeler en quelques mots certains faits de l'ordre physiologique sans lesquels il nous serait pour ainsi dire impossible d'interpréter les symptômes que nous devons analyser ensemble. Je supposerai donc parfaitement connues de vous les notions relatives à la circulation artérielle dans le rein, et je me bornerai à vous représenter dans un tableau tracé à grands traits la disposition générale des voies de la circulation veineuse.

I. Dans la substance corticale, les veinules qui proviennent du réseau capillaire reproduisent la disposition des artères afférentes du glomérule; elles vont s'aboucher dans des veines qui, à leur tour, reproduisent la disposition des artères intralobulaires. Ces dernières veinules se jettent en définitive dans la voûte veineuse qui, dans la région intermédiaire à la substance médullaire et à la substance corticale (*zone limitante*), correspond à la voûte artérielle.

Les veines qui, de cette voûte, se rendent dans la substance médullaire méritent, vous allez le voir, une mention spéciale. Elles forment des pinceaux vasculaires qui reproduisent encore la disposition des artères droites et occupent dans le lobule la même région que celles-ci : elles sont donc, elles aussi, *interlobulaires*.

Mais voici le point sur lequel je veux spécialement appeler votre attention. Les rapports qu'affectent les veinules droites avec les canaux urinifères du lobule vous étant bien connus, il vous est facile de concevoir, *à priori*, que, par suite d'une gêne apportée, dans la veine émulgente par exemple, à la circulation du sang veineux, ces veinules, comme d'ailleurs les autres parties du système veineux dans le rein, deviendront le siége d'une stase sanguine. Dans les *veines droites* de la zone limitante, cette stase aura des conséquences particulières. En effet, les veinules distendues pourront acquérir un volume relativement considérable, au point de déterminer la compression des canalicules urinifères de la région (anses de Henle et canaux collecteurs). Le résultat de cette distension veineuse serait tout naturellement une rétention intrarénale du produit de la sécrétion urinaire, constituant une forme particulière d'ischurie ou d'anurie méritant vraiment le nom de *rénale* puisque ce serait dans le rein lui-même et non en dehors de lui, dans le bassinet ou l'uretère que résiderait la cause de la rétention.

Est-ce là une simple vue de l'esprit ? Non, Messieurs, vous allez le reconnaître. Cette présomption, fondée sur la connaissance des dispositions anatomiques trouve sa réalisation dans les faits suivants :

1° Ludwig a fait voir que si, pendant la vie, chez un animal, un chien par exemple, on pratique la ligature de la veine rénale, et si, la mort ayant été provoquée quelque temps après, on vient à examiner le rein en question, on reconnaît que les veinules droites sont énormément distendues, distendues au point de produire l'effacement partiel ou total de la lumière des conduits urinifères.

2° Voici un fait de l'ordre expérimental plus direct encore dans l'espèce. Il s'agit d'une expérience hydraulique de Ludwig fort ingénieuse et d'ailleurs célèbre. Sur un animal vivant, on extrait l'un des reins. Par l'artère émulgente on injecte sous une certaine pression un liquide quelconque. Ce liquide s'écoule à la fois, tant que dure l'irrigation artérielle, par la veine et par l'uretère. Par l'uretère, conformément à ce qui a lieu dans la sécrétion rénale physiologique, il s'écoule continuellement et goutte à goutte. Or, si l'injection par l'artère continuant, on vient à comprimer la veine ou à l'oblitérer complètement, il s'ensuivra que l'écoulement du liquide par l'uretère diminuera ou cessera tout à coup. Cette expérience vous montre, sans qu'il soit besoin d'y insister, quel est le mécanisme de certaines ischuries ou anuries déterminées chez l'homme en conséquence d'un obstacle apporté au cours du sang dans la veine rénale. Nous verrons que l'urine rare qui s'écoule en pareil cas, subit d'ailleurs des modifications particulières.

3° On conçoit que si la distension des veines retentit sur les conduits urinifères, inversement la distension de ceux-ci pourra retentir sur les veines; et, en pareille circonstance, la compression exercée par les conduits urinifères sur les vaisseaux adjacents apportera une gêne notable à la circulation en retour dans la veine émulgente. Les choses sont réellement ainsi, comme le démontre une expérience imaginée par M. Max Herrmann. Chez un chien narcotisé une canule est placée dans la veine rénale, la circulation artérielle restant libre. Par la canule, le sang s'écoule avec une certaine vitesse. L'urine elle, — et c'est cette fois vraiment de l'urine — s'écoule goutte à goutte et continuellement comme dans les conditions normales. Si en ce moment, dans l'uretère, une pression équivalant à 35 millimètres de mercure vient à être opposée au cours de l'urine, on voit la circulation se ralentir très manifestement dans la veine émulgente. Ainsi, vous le voyez, la stase urinaire, en raison des dispositions anatomiques relevées ci-dessus amène la stase veineuse, et inversement, par un mécanisme analogue, la stase veineuse à son tour, amène la stase urinaire.

Ces faits d'ordre expérimental trouveront, vous le pressentez, plus d'une application dans le domaine pathologique.

II. Ici, Messieurs, se terminerait notre digression dans le domaine anatomique et nous pourrions entrer de plain-pied dans le domaine physiologique, si je ne devais vous signaler au préalable une disposition du système vasculaire du rein qui s'observe chez quelques animaux inférieurs, les reptiles et les amphibies. Si j'arrête un instant votre attention sur cette disposition, c'est que tout récemment elle a été utilisée par les expérimentateurs pour la solution de certaines questions relatives à la fonction rénale, et j'aurai plus d'une fois l'occasion de vous parler de ces expériences dans le cours de nos études.

Donc chez les vertébrés inférieurs, ainsi que Bowmann l'a le premier reconnu chez le boa, le rein, constitué d'ailleurs pour ce qui est des conduits urinifères sur le même plan général que chez les animaux supérieurs, reçoit une veine, véritable veine porte rénale, qui lui apporte le sang

provenant des parties inférieures du corps, et plus explicitement des membres inférieurs si c'est de la grenouille qu'il s'agit. Parvenue dans la profondeur de l'organe, cette veine fournit un réseau capillaire qui enveloppe la partie de la glande rénale correspondant aux tubes contournés des mammifères. La veine dont il s'agit porte le nom de *vena renalis advehens*. Les capillaires qu'elle fournit déversent le sang dans un autre tronc veineux qui porte à juste titre le nom de *vena renalis revehens*. Celle-ci, par des chemins plus ou moins détournés, conduit le sang qui a baigné les canalicules du rein dans la veine cave inférieure, d'où il passe dans le cœur, puis, par l'intermédiaire de celui-ci, dans la circulation générale.

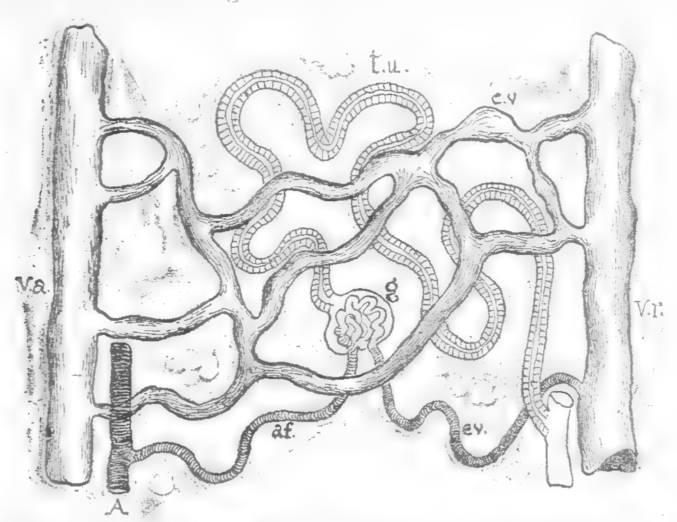


Fig. 82.— Disposition schématique de l'appareil sécréteur de l'urine chez la couleuvre (d'après Bowman). — A, artère lobulaire ; — a. f., artériole *afférente*; — e. v., artériole évéhente; — V. a., veine *advehens*; — v. r., veine revehens; — c. v., capillaires veineux ;— g., glomérule; — t. u., tubes contournés.

Voilà pour le système veineux du rein des animaux inférieurs. Vous voyez que pour une part, contrairement à ce qui a lieu chez les animaux supérieurs, il constitue un système afférent. Pour ce qui est maintenant du système artériel, il est représenté là par des artérioles provenant de l'artère rénale, véritable artère afférente portant un glomérule d'où part, comme chez les mammifères une artère afférente. Celle-ci va se jeter soit dans le système capillaire provenant de la veine porte rénale, soit dans le tronc même de cette veine.

Vous comprenez aisément quelles sont pour la circulation du rein les conséquences d'une telle disposition, conséquences vérifiées d'ailleurs par l'observation directe chez les batraciens par M. Nüssbaum.

La circulation dans le glomérule et celle des capillaires des canaux contournés sont en quelque sorte indépendantes l'une de l'autre. Si, en effet, chez la grenouille, on lie ou comprime l'artère rénale, le sang ne pénètre plus dans le glomérule; et le glomérule ne sera pas le siège d'une circulation en retour par la voie de l'artère afférente, le sang trouvant un écoulement plus facile par la voie des capillaires intertubulaires et de la veine révéhente. La ligature artérielle supprimera donc, vous le voyez, la circulation dans le glomérule, et du même coup sa fonction, tandis qu'elle laissera subsister telle quelle la circulation du réseau capillaire du labyrinthe en même temps que la fonction des tubes contournés.

La disposition anatomique sur laquelle je viens d'insister permettra donc d'aborder, à la vérité chez un animal inférieur, la solution expérimentale d'une question fondamentale de la physiologie du rein. — Quelle est dans la sécrétion urinaire la fonction du glomérule? Quelle est au contraire la fonction des canalicules contournés? Question restée pendante jusque dans ces derniers temps, et résolue très diversement, suivant la théorie de Bowmann par les uns, suivant la théorie de Ludwig par les autres. Nous allons vous dire dans un instant quel parti vous devrez prendre dans ce débat.

III. Nous entrons maintenant dans le domaine de la physiologie. Notre but dans l'excursion que nous allons entreprendre est, vous le savez, de recueillir et de mettre en relief, chemin faisant, un certain nombre de données qui, par la suite, nous serviront de point d'appui pour l'interprétation des phénomènes pathologiques.

Considérons en premier lieu le produit de la sécrétion rénale ou, autrement dit, l'urine. Sans entrer dans un exposé de détails que vous avez tous présents à l'esprit, je me contenterai de vous rappeler que ce qui distingue particulièrement ce produit, comparé aux produits de sécrétion provenant d'autres glandes, c'est d'abord : 1° la très forte proportion d'eau qui s'y trouve, 2° puis la nature même des éléments spécifiques qu'elle renferme, tenus en dissolution dans l'eau, à savoir l'*urée* et l'*acide urique*. Cette eau provient incontestablement du plasma du sang dont elle se sépare, assure-t-on, par un simple phénomène de filtration ou de diffusion. On admet généralement qu'il en est de même des principes dits spécifiques, l'urée et l'acide urique. C'est en effet aujourd'hui, en physiologie, un dogme en quelque sorte, que l'urée et l'acide urique existent préformés dans le sang et qu'ils sont simplement amenés à concentration dans le rein qui les élimine. Ce dogme, un instant ébranlé par Hoppe Seyler et Zaleski, a été rétabli sur de nouvelles bases par M. Gréhant en ce qui concerne l'urée, par MM. Stahl, Lieberkühn et Paulmoff en ce qui concerne l'acide urique.

Mais s'il en est ainsi, Messieurs, pour deux des éléments spécifiques de l'urine, urée et acide urique, il n'en est pas de même, c'est là un point que je veux relever, pour un troisième élément spécifique, à savoir l'acide hippurique. L'acide hippurique appartient, vous le savez, plus spécialement à l'urine des herbivores. Il n'existe qu'en faible proportion dans l'urine de l'homme où son taux chez l'adulte ne s'élève guère au delà de 30 centigrammes en 24 heures (Gautier). Ce chiffre toutefois peut augmenter notablement par l'injection de certaines substances, l'acide benzoïque, par exemple. Quoi qu'il en soit, cet élément de l'urine n'offre pas pour nous, quant à présent, d'intérêt pratique parce qu'il ne figure pas dans la pathologie de l'homme. L'intérêt qui s'y attache est donc purement théorique; mais il est incontestable, vous allez le reconnaître.

En effet, contrairement à ce qui a lieu pour l'urée et l'acide urique, l'acide hippurique ne préexiste pas dans le sang, même chez les herbivores où il se rencontre dans l'urine en si grande abondance. Il ne s'y trouve pas même après l'extirpation du rein. Il faut donc admettre que le rein le forme de toutes pièces, aux dépens de substances préexistant dans le sang mais dont la nature est restée jusqu'ici inconnue. Voici d'ailleurs l'indication sommaire de quelques expériences récentes qui tendent à établir le rôle vraiment sécréteur du parenchyme rénal par rapport à l'acide hippurique.

Je vous rappellerai tout d'abord que l'acide hippurique peut être considéré comme une combinaison d'acide benzoïque et de glycocolle (sucre de gélatine).

a) Or, d'après les expériences de Schmiedberg et Koch, si l'on injecte dans le sang d'un chien du glycocolle et de l'acide benzoïque et si l'on vient à lier l'uretère, une certaine quantité d'acide hippurique s'accumule dans le sang. D'autre part, on peut se convaincre que cet acide hippurique a dû se former dans le rein par synthèse; en effet, si au lieu de lier l'uretère on lie les vaisseaux du rein, on ne trouve plus d'acide hippurique dans le sang.

b) Voici une expérience peut-être plus frappante encore. Si, sur un chien vivant, on enlève un des reins. et si, à travers l'artère principale de ce rein, on fait passer du sang contenant de l'acide benzoïque et du glycocolle, il se forme dans le sang de l'acide hippurique. Cette synthèse peut se faire par une température fraîche dans un rein extirpé déjà depuis 48 heures.

c) Enfin des fragments du parenchyme rénal conservent la propriété de faire la synthèse de l'acide hippurique, tant qu'il n'ont pas subi la putréfaction ou la congélation.

Ainsi — et c'est là le point de théorie sur lequel je vou-

lais surtout fixer votre attention — *les cellules du rein, en présence du glycocole et de l'acide benzoïque, produisent par synthèse de l'acide hippurique*; et, à cet égard, contrairement, je le répète, à ce qui a lieu pour les autres principes spécifiques de l'urine, urée et acide urique, le rein doit être considéré tout autrement que comme un simple filtre opérant la concentration des principes à éliminer.

Donc, pour ce qui regarde l'acide hippurique, le rein est, dans l'acception rigoureuse du mot, un organe de sécrétion. C'est là une notion importante dont nous trouverons l'application pour l'interprétation de certains phénomènes.

IV. Mais j'en reviens maintenant aux éléments fondamentaux des produits de la sécrétion rénale chez l'homme, l'eau d'un côté et les principes spécifiques de l'autre, à savoir l'urée et l'acide urique. Or voici la question que nous devons considérer. Dans quelles régions du rein, dans quelle partie de l'appareil des canaux urinifères se localise la fonction de sécrétion urinaire ? La filtration de l'eau et l'élimination des produits spécifiques se font-elles dans les mêmes régions, ou au contraire dans des régions différentes ?

A priori, ainsi que Bowmann l'a fait remarquer déjà très explicitement dès 1842 dans son travail initiateur, la différence très remarquable que présentent dans leur structure les diverses pièces de l'appareil urinifère semblent désigner pour chacune d'elles des fonctions différentes. Ainsi, en premier lieu, les canaux collecteurs avec leur revêtement d'épithélium cylindrique rappellent de tous points les canaux excréteurs de la plupart des glandes, et d'un commun accord tous les physiologistes reconnaissent que ce sont là en réalité purement et simplement des canaux d'excrétion.

D'un autre côté, le glomérule, peloton vasculaire pénétrant dans le cul-de-sac terminal dilaté de chacun des tubes urinifères paraît adapté, par sa structure qui ne se rencontre dans aucune autre glande, à un fonctionnement tout particulier. C'est là, d'après la disposition du glomérule que le courant artériel doit acquérir sa tension maxima. Les capillaires du glomérule, à parois minces, sont en quelque sorte à nu dans la cavité capsulaire dont ils ne sont séparés que par une mince lamelle épithéliale — excellente condition, ainsi que Bowmann y a insisté, pour l'accomplissement d'un phénomène de filtration, — et aucun physiologiste aujourd'hui ne met en doute que c'est dans l'appareil glomérulaire, que, pour la majeure partie au moins, s'opère aux dépens du plasma sanguin la filtration de l'eau, cet élément qui joue un si grand rôle dans la constitution de l'urine.

Enfin, pour ce qui est des canalicules contournés et des anses de Henle, particulièrement des branches montantes de ces anses, il n'en est plus de même. En effet, morphologiquement parlant, ces pièces représentent la partie vraiment glandulaire du rein. Ces conduits, en effet, sont tapissés par un épithélium épais, grenu, sombre, à proprement parler glandulaire. Ils sont enveloppés de toutes parts par un réseau capillaire riche et baignant comme eux dans un liquide lymphatique. Ces parties semblent donc en quelque sorte désignées pour opérer la sélection et la concentration des principes spécifiques de l'urine, urée et acide urique; c'est là sans doute que se forme de toutes pièces l'acide hippurique qui ne préexiste pas dans le sang. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme;

Par BOURNEVILLE et D'OLIER.

Ayant eu l'occasion d'observer, cette année, à Bicêtre, dans le service des épileptiques, un certain nombre de malades, enfants et adultes, présentant des attaques d'hystérie nettement caractérisée, nous avons le dessein d'utiliser prochainement ces nouvelles observations dans une étude d'ensemble sur l'*hystérie chez l'homme*.

On sait que l'existence de l'hystérie chez le sexe masculin a été longtemps mise en doute; l'utérus étant encore considéré au commencement de ce siècle comme le point de départ incontestable des convulsions hystériques, l'homme devait nécessairement en rester indemne. Landouzy fut un des derniers représentants de cette théorie, qui, déjà sérieusement combattue par Briquet, a été définitivement renversée par la série considérable des observations publiées, autant que par la doctrine médicale contemporaine, qui ne permet plus de rapporter les phénomènes encore *sine materia* des névroses à d'autres organes que ceux de l'appareil encéphalo-rachidien.

Quoiqu'il en soit, s'il n'y a plus guère aujourd'hui qu'à réunir les nombreux documents épars dans les recueils pour constituer l'histoire de l'hystérie chez l'homme, il faut bien dire aussi que la plupart des descriptions données par les auteurs sont très incomplètes, et l'on conçoit facilement qu'elles aient paru jusqu'ici insuffisantes pour assimiler absolument l'hystérie de l'homme à celle de la femme. — Ainsi que nous le montrerons, il n'en est pas de même pour nos malades, chez lesquels on peut suivre, période par période, l'évolution des *grandes attaques*, depuis longtemps décrites à la Salpêtrière, chez lesquels aussi on retrouve les troubles de la sensibilité avec leurs modifications par les agents esthésiogènes, etc. Il n'est pas jusqu'à l'hyperesthésie ovarienne qui n'ait son analogue au point de vue anatomique dans une hyperesthésie testiculaire et au point de vue topographique dans une *zone hystérogène iliaque*, dont la compression a plus d'une fois suffi pour arrêter des attaques. On sait que la compression du testicule a été aussi quelquefois essayée avec succès. Au total, l'hystérie, sauf peut-être pour les troubles particuliers de la sensibilité morale, plus spéciaux à la femme, est la même dans les deux sexes.

L'observation suivante, détachée de notre travail, montre nettement l'identité des attaques et des troubles de la sensibilité.

OBSERVATION. — *Antécédents névropathiques du côté du père. — Scrofule; séjour à Berck et à la Roche-Guyon. — Frayeurs puis crises convulsives. — Entrée à Bicêtre (Novembre 1879). — Hémianesthésie droite portant sur la sensibilité générale et spéciale; dyschromatopsie. Zones hystérogènes multiples. — Description générale des attaques : Prodromes et aura; Convulsions présentant les trois périodes : épileptoïde, clonique et délirante de l'hystéro-épilepsie; attaques spontanées et provoquées : arrêt possible des attaques par la compression des zones hystérogènes. Absence d'élévation de la température et intégrité de l'intelligence. Coïncidence d'accès épileptiques? Transfert de l'hémianesthésie par les bracelets métalliques et les aimants. — Influence de la maladie sur le développement. — Guérison par l'hydrothérapie.*

Lam., Alfred, âgé de 13 ans, est entré à la section des enfants épileptiques de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 26 novembre 1879, pour des accès d'épilepsie.

Antécédents. (Renseignements fournis par le père et la mère. Décembre 1879.)

Père, 46 ans, musicien ambulant; devenu aveugle à l'âge de 8 ans à la suite d'une ophthalmie purulente; est entré aux Quinze-Vingts en 1874. Pas d'excès de boisson ni de maladies de peau; blennorrhagie à 18 ans. Il est entré à Bicêtre comme aveugle en 1854 et en est sorti parce qu'il s'ennuyait beaucoup. — Très nerveux, violent et méchant; (chez lui, on l'appelait « mitaine » par abréviation de croquemitaine;

et ses enfants en avaient peur) ; pas d'attaques de nerfs ni de migraines, mais douleurs de têtes fréquentes. Il aurait eu une fièvre typhoïde, un érysipèle et la teigne ; intelligence moyenne. [*Père* mort d'une hernie étranglée ; pas d'excès. — *Mère* morte d'une attaque d'apoplexie en 7 ou 8 heures. Pas de frères.—Trois *sœurs* dont une morte de péritonite puerpérale : une autre (Lam. Eugénie) est morte à la Salpêtrière en 1879 (1) ; la troisième est presque aveugle par suite d'ophthalmies ; elle n'a pas d'attaques de nerfs, mais elle est violente. Un oncle (Guillaume Lam.) est depuis son enfance à l'asile de Dijon : il n'a jamais su se guider seul. — Pas d'autres épileptiques, ni de difformes, ni de suicides dans la famille.]

Mère, 43 ans, fait des ménages depuis qu'elle n'a plus son mari à conduire ; peu intelligente ; il faut la guider comme un enfant ; n'a pu rien apprendre à l'école. C'est son mari qui lui a appris à lire à peu près en lui faisant épeler les enseignes. Quand il l'a connue, un maçon avait déjà abusé d'elle et lui avait « donné la maladie » (?) Elle avait des boutons aux parties génitales et des pertes blanches, mais lui serait toujours resté indemne ; elle aurait eu quelques douleurs névralgiques dans les mâchoires, mais pas de maladies de peau, d'adénites inguinales, de plaques muqueuses ni d'alopécie ; mariée à 18 ans. [*Père* devenu aveugle à 61 ans par suite d'ophthalmie purulente — sobre et doux, on l'appelait « le mouton » : il habite les Quinze-Vingts]. Pas d'aliénés ni de difformes de ce côté.

Onze enfants : 1° Garçon, 23 ans, marié, intelligent, n'a jamais eu de convulsions ; — 2° Garçon, 17 ans, intelligent ; pas de convulsions. Coxalgie double à la suite d'une chute. — 3° Garçon, 15 ans, fièvre typhoïde à 3 ans, à la suite de laquelle il aurait gardé un strabisme, opéré avec succès par M. Fieuzal. Néanmoins, on n'a jamais pu rien faire de cet enfant qui a été mis dans 18 apprentissages : son esprit était porté au mal : kleptomanie, violences, rixes avec ses camarades. On l'a envoyé pendant 3 mois en correction aux Douaires, près de Gaillon, et il s'y est beaucoup amélioré : aujourd'hui, il travaille dans une imprimerie où l'on est content de lui ; — 4° Notre malade.

5° et 6°. Filles jumelles, toutes deux atteintes à 2 ans d'une méningite à laquelle l'une a succombé ; l'autre, qui a aujourd'hui 5 ans est intelligente mais s'est développée lentement. Tous les autres enfants (filles), sont morts au-dessous de deux ans et n'auraient pas eu de convulsions.

Notre malade. Grossesse bonne, accouchement facile à terme ; élevé au sein par sa mère jusqu'à 2 ans ; a marché à 19 mois et parlé d'assez bonne heure ; a été propre à 2 ans, mais jusqu'à 10 il a eu fréquemment de l'incontinence nocturne d'urine. Impétigo du cuir chevelu ; adénites sous-maxillaires et cervicales abcédées pour lesquelles il a fait un séjour de 15 mois à Berck. Notons en passant qu'il eut plusieurs fois, à cette époque, de grandes frayeurs la nuit : Les religieuses de l'établissement pour empêcher les enfants de bavarder dans les dortoirs y faisaient quelquefois passer un homme affublé d'un drap blanc simulant un fantôme. Ce renseignement fourni par l'enfant explique, comme nous le verrons plus tard, diverses paroles qu'il prononce pendant la phase de délire à la fin de ses attaques. Ophthalmies chroniques : il aurait été aveugle pendant 8 mois ; pas d'otites. Eczéma aux jambes depuis un an. Rougeole à 4 ans, mais pas d'autres fièvres éruptives ; pas de convulsions.

Cet enfant a toujours été très peureux ; il fallait toujours qu'on l'éclairât pour le faire coucher dans un cabinet contigu au logement de ses parents ; il rêvait fréquemment, parlait tout haut de ses camarades, de son patron (il est apprenti cartonnier), etc. Depuis environ 2 ans, il se plaignait de temps en temps de douleurs dans le côté gauche du ventre : en même temps, il devenait pâle ; toutefois, il n'avait ni vertiges, ni pertes de connaissance. — Il a été envoyé de Sainte-Eugénie à la Roche-Guyon pour le traitement de son eczéma des jambes, c'est de là qu'il écrivit pour la première fois à sa mère qu'il avait des *crises* nerveuses.

Pendant les mois de novembre et décembre 1879, il a eu quotidiennement 3 attaques survenant ordinairement de 11 heures à 5 heures. Le passage à la préfecture a été très-pénible : l'enfant à eu grand'peur, ne comprenant pas pourquoi on le mettait en prison ; c'est là qu'il aurait eu sa plus longue crise : deux heures. Au dire du garçon qui l'a vu à ce moment, il ne prévient pas, se débat beaucoup mais sans se blesser, et semble avoir des visions ; il parle de choses et d'autres notamment d'une religieuse qu'il n'aime pas parce qu'elle veut le mettre à la *couche* (punition qui consiste à laisser l'enfant 8 jours au lit). Les crises se terminent généralement par des pleurs. Pas de folie, les nuits sont calmes ; l'intelligence ne parait pas s'être modifiée. Pas de kleptomanie. Sentiments affectueux assez développés.

Examen physique (11 février). Tête régulière, sans prédominance des parties postérieures ; front assez haut et large ; oreilles bien conformées et symétriques. Rien de particulier du côté de la voûte palatine ni des arcades dentaires. Il n'existe pas d'asymétrie faciale appréciable. Lèvres un peu volumineuses, surtout la supérieure qui est légèrement proéminente. Physionomie exprimant la douceur, le contraire en quelque sorte du facies des épileptiques.

Rien de spécial à noter du côté des appareils digestif, respiratoire, circulatoire et génito-urinaire. Tous les organes paraissent normaux et les diverses fonctions s'accomplissent régulièrement.

Sensibilité. L'état actuel de sensibilité s'est modifié à plusieurs reprises sous l'influence des attaques et des divers agents thérapeutiques employés.

A l'époque de la première exploration (27 janvier), on observa une *hémianesthésie droite*. Le surlendemain 29, après de nombreuses attaques, on constata que la fosse iliaque gauche présentait une sensibilité particulière à la pression en même temps qu'il existait une hémianalgésie gauche complète avec des plaques d'anesthésie disséminées du même côté. Ainsi, l'hémianesthésie s'était déplacée. A cette époque, la perception des couleurs était à peu près normale.

11 *février*. — A un nouvel examen, on constate une hémianesthésie droite : insensibilité au pincement, au chatouillement et au froid. Lorsqu'on explore la sensibilité avec une épingle sur l'abdomen, on voit que l'anesthésie dépasse un peu la ligne médiane du côté gauche en avant : en arrière, elle y reste exactement limitée. On constate, en outre, des *zones d'hyperesthésie* dans les points suivants : 1° au niveau de la 5e apophyse épineuse dorsale ; la douleur à la pression est surtout marquée dans la gouttière vertébrale à gauche de l'apophyse plutôt que sur l'os même ; 2° au niveau des 3e et 4e apophyses épineuses lombaires ; la douleur est là encore plus marquée dans la gouttière du côté gauche ; 3° dans la fosse iliaque gauche vers le milieu d'une ligne qui joindrait l'ombilic au milieu de l'arcade crurale.

Du côté des organes des sens, on observe que l'*ouïe* est conservée des deux côtés, mais notablement diminuée à droite ; la *vue* est également modifiée à droite où il existe de la dyschromatopsie pour certaines couleurs ; ainsi pour le *vert* qui est vu *noir* et pour le *rose clair* que le malade prend pour du *violet foncé*. Les autres couleurs sont perçues normalement. La conjonctive droite est sensible. Le *goût* est aboli du côté droit ; l'anesthésie porte sur la moitié droite de la langue et de la muqueuse buccale. L'*odorat* est également aboli à droite.

21 *Février*. On découvre une nouvelle zone d'hyperesthésie située sur le crâne au niveau du bregma ; la moindre pression et même le simple frôlement des cheveux à ce niveau, détermine les phénomènes de l'aura, puis une

(1) Cette fille serait devenue épileptique à la suite d'une émotion vive dans les circonstance suivantes : vers l'âge de 16 ans, comme elle s'était un jour avisée de voler un sou à sa maîtresse, le fils de celle-ci tenta d'abuser d'elle, la menaçant de la dénoncer si elle refusait de céder à ses désirs. Rentrée chez elle, le soir, elle était très préoccupée de cet incident, lorsqu'une voisine entra tout à coup dans la chambre ; elle crut que c'était sa maîtresse et fut prise d'une violente frayeur ; néanmoins, elle n'eut pas encore d'accès ce jour-là ; mais 15 jours après en se levant, elle eut un *vertige*.

attaque présentant tous les caractères de l'attaque spontanée telle qu'elle sera décrite ci-dessous. Nous avons pu ainsi en produire à plusieurs reprises et les arrêter à volonté en exerçant avec le doigt une forte compression sur la zône hystérogène (*clou hystérique*).

Cet état de la sensibilité, persista sans se modifier notablement jusqu'au mois d'août. Les derniers renseignements recueillis en juin sont les suivants : persistance de l'hémianesthésie droite comprenant les muqueuses ; rien de nouveau du côté des organes des sens.

Zones hystérogènes.—*Zones iliaques* de la grandeur d'une pièce de 5 fr. ; l'enfant dit que la pression en ces points lui produit une sensation d'oppression et de constriction au cou ; la zone du *flanc gauche* (côté sensible) présente la dimension d'une pièce de 5 francs et est insensible ; au contraire, la żone du *flanc droit*, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, est sensible ; la *rachialgie* persiste au niveau des 4e et 5e dorsales ; mais son point maximum, qui était dans la gouttière vertébrale gauche, est passé à droite de sorte qu'en ce point et d'ailleurs dans presque toute la hauteur de la colonne vertébrale l'hémianesthésie droite n'arrive plus tout à fait jusqu'à la ligne médiane. Enfin, on constate deux nouvelles zones d'environ un centimètre de diamètre et placées symétriquement de chaque côté, dans le troisième espace intercostal, au niveau d'une ligne verticale passant par le mamelon. Celle du côté droit (côté de l'hémianesthésie) est insensible ; au niveau des autres, la peau a conservé sa sensibilité. La pression sur un de ces points détermine une douleur lancinante, s'irradiant transversalement vers le point symétrique.

Nous reviendrons plus loin sur l'état de la sensibilité en rendant compte des expériences que nous avons faites sur ce malade avec divers agents esthésiogènes, bracelets métalliques, aimants, hydrothérapie, etc.

Nous trouvons dans les antécédents personnels de ce jeune garçon une série de conditions analogues à celles qu'on observe chez les jeunes filles devenues hystériques : impressionnabilité très vive, troubles du sommeil (1), etc. La douceur de sa physionomie forme un contraste frappant avec la dureté d'expression de la plupart des épileptiques.

Avant de poursuivre l'exposé de l'observation, nous devons signaler à l'attention du lecteur les *symptômes permanents de l'hystérie*, à savoir : l'*hémianesthésie*, intéressant à la fois la sensibilité générale et la sensibilité spéciale ; — les *points* ou *zones hystérogènes*, se présentant absolument avec les caractères que l'on rencontre chez les femmes hystériques (2). (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Arrêt du cours des matières fécales sans obstacle mécanique. — Mort causée par l'épuisement et par érésypèle consécutif à une intervention chirurgicale ;

Par Georges **THIBIERGE**, interne des hôpitaux.

La nommée Demange (Joséphine), 64 ans, couturière, entre le 2 mars 1880, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, lit n° 20, service de M. le professeur GOSSELIN.

Cette femme, habituellement bien portante, est cependant sujette depuis longtemps à la constipation et à des douleurs abdominales se répétant fréquemment.

(1) Les troubles du sommeil chez les hystériques ont été décrits minutieusement dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III.

(2) M. Charcot a parlé maintes fois dans ses leçons des zones hystérogènes. L'un de nous, utilisant l'enseignement de M. Charcot et y ajoutant un certain nombre de faits nouveaux, a publié une sorte de monographie sur ce sujet (*Iconogr. phot. de la Salpêtrière*, t. III, p. 36-88 ; nov. 1879 — avril 1880).

Depuis le 24 février, elle n'a pu aller à la selle ; dans les premiers jours, elle n'éprouvait que peu de douleur dans l'abdomen.

Dans la nuit du 28 au 29 février, elle fut prise de douleurs assez vives, occupant le côté droit de l'abdomen, douleurs continues avec exacerbations extrêmement intenses. Le 1er mars, elle vit un médecin qui, constatant une tuméfaction dans la région crurale droite, fit sans succès quelques tentatives de taxis, et ordonna de l'huile de ricin : ce médicament fut aussitôt vomi. Le 2 mars, la malade se présente à la consultation de l'hôpital.

État actuel. Cette femme, d'un embonpoint notable, n'a pas le facies abdominal ; elle est fort affaiblie. La langue est légèrement chargée, un peu sèche. Inappétence absolue, pas de soif. Etat nauséeux ; depuis le début des accidents, la malade n'a pas eu de vomissements, en dehors de ceux provoqués par l'ingestion d'huile de ricin, et depuis huit jours elle n'a rendu par l'anus ni matières fécales, ni gaz.

L'abdomen est fortement distendu, régulièrement développé, partout sonore à la percussion. Il est le siège de douleurs spontanées, avec des crises douloureuses qui arrachent des gémissements à la malade.

Dans la région crurale droite, on constate une tuméfaction légère, très molle, qui est le siège, sous l'influence de la pression, d'une crépitation assez grosse et facile à reproduire.

Le toucher rectal et le toucher vaginal ne dénotent rien d'anormal. La miction est assez difficile ; la vessie est distendue, le cathétérisme évacue environ 350 grammes d'urine, d'apparence normale.

La malade accuse une céphalalgie assez vive. Elle n'a pas eu de crampes dans les membres inférieurs. Température vaginale, 38°, 4.

M. Gosselin, tout en ne trouvant pas à la tumeur de la région crurale les caractères d'une hernie étranglée, mais pensant qu'il s'agit peut-être d'un pincement latéral de l'intestin, prescrit, pour explorer la perméabilité du tube digestif, 50 centigrammes de scammonée et de calomel. Ce purgatif n'ayant produit aucune évacuation, M. Gosselin fait dans la journée une incision dans la région crurale droite, et arrive sur une masse graisseuse, qui entoure une cavité à parois lisses, contenant quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent, mais ne présentant pas de communication avec la cavité péritonéale : il s'agissait donc d'une hernie graisseuse. Dans la soirée, la malade prend encore 25 centigrammes de scammonée et de calomel.

3 *mars.* Pas de garde-robe, pas de vomissements, les urines, rendues spontanément, sont notablement albumineuses. Le matin 38°,8, le soir 38°,9.

Dans la journée, on administre un lavement d'eau de Seltz ; la sonde œsophagienne pénètre sans difficulté jusqu'à une profondeur de 60 centimètres environ : elle amène l'expulsion de gaz fortement fétides, expulsion qui soulage la malade. — Lavement purgatif avec 60 grammes de sulfate de soude Le soir, hoquet ; le pouls est fort, bat 88 fois par minute, avec une intermittence sur environ 10 pulsations. — On donne une pilule avec une goutte d'huile de croton.

4 *mars.* Même état ; pas de garde-robe, ni de vomissements ; hoquet ; facies toujours normal. T. V. le matin 38°,4 ; le soir 38°, 8. Dans la journée, on administre deux douches ascendantes, qui n'amènent pas le rejet de matières fécales, mais seulement d'une petite quantité de mucosités membraniformes.

5 *mars.* La malade souffre beaucoup, le visage prend légèrement le facies abdominal, les extrémités supérieures se refroidissent ; langue sèche, soif vive ; hoquet ; état nauséeux ; pas de vomissements, pas de garde-robe. Depuis hier, la malade urine continuellement sous elle. T. V. 39°,2. P. 96, petit, sans intermittences.

Après avoir fait administrer une nouvelle douche ascendante qui n'amène aucun résultat, M. Gosselin fait une incision vers la partie moyenne de la fosse iliaque droite, et ne constatant aucun obstacle avec le doigt introduit par cette incision, attire une anse intestinale qu'il incise après

l'avoir suturée à la paroi abdominale. Il s'écoule par l'incision une grande quantité de matières fécales liquides, d'une odeur très fétide, et la malade est sensiblement soulagée. Le soir, la malade se plaint toujours beaucoup de l'abdomen, elle est très faible; l'abdomen est resté très distendu, les matières s'écoulent en grande quantité par l'anus artificiel. T. V. 40°,2. P. 96, petit, régulier, les extrémités supérieures se sont réchauffées.

6 *mars*. Facies bien meilleur, la langue est presque normale, la malade mange volontiers; il s'écoule peu de matières fécales par la plaie, et le cours normal des matières ne s'est pas rétabli. La plaie de la région crurale est entourée d'une zone érysipélateuse. T. V. le matin 38°,5; le soir 39°,1; pouls régulier, plus fort qu'hier; le matin 102 P., le soir 105 P.

7 *mars*. Même état, seulement la malade est plus faible et mange moins volontiers; l'érysipèle s'étend. T. V. le matin 38°,8; le soir 39°,2. P. le matin 105, le soir 108.

Un lavement administré dans la journée produit l'expulsion d'une grande quantité de gaz, mais non de matières fécales.

8 *mars*. L'affaiblissement augmente, l'abdomen est assez douloureux et plus ballonné qu'hier; il s'écoule peu de matières par la plaie. L'érysipèle s'étend sur la cuisse et il y a quelques phlyctènes. Pas d'appétit; la langue est sèche; hoquet assez violent. T. V., le matin 38°,8; le soir 39°,4. P. petit, régulier, le matin 108, le soir 112. Les extrémités supérieures se refroidissent.

9 *mars*. La malade est très faible, elle peut à peine se faire entendre; de temps à autre un peu de délire. Hoquet. Le facies n'a pas le caractère abdominal. L'abdomen fortement distendu, est toujours très douloureux. Pas de vomissements. Le cours normal des matières n'est pas rétabli. Sur la cuisse, petite plaque noirâtre de gangrène; la rougeur érysipélateuse est très étendue. Commencement d'eschare au sacrum. T. V., le matin 38°,6; le soir 39°,2. P. filiforme, le matin 112; le soir 93. La malade meurt à 11 heures du soir.

Autopsie. Le 11 mars, 32 heures après la mort. — Rigidité cadavérique conservée. *Cavité abdominale*. — Le péritoine ne contient ni pus, ni matières fécales; nulle part on ne trouve de fausses membranes, ni de perte du poli de la séreuse, bien qu'en certains points elle soit le siège d'une vascularisation très marquée.

Les dernières parties du gros intestin présentent un développement énorme: elles forment un large cylindre de forme régulière, situé à la partie médiane de l'abdomen, cylindre qui, dans sa partie supérieure, s'incline vers la gauche pour se continuer avec le côlon descendant resté dans sa situation normale. Inférieurement, ce cylindre se rétrécit rapidement et la partie inférieure du rectum a son calibre ordinaire. Le gros intestin, examiné en place avec les plus grands ménagements, n'est en aucun point comprimé par une tumeur quelconque ou serré par une bride, de quelque nature qu'elle soit. Il ne présente nulle part de coudure susceptible d'entraver le cours des matières, et sa surface extérieure est absolument normale.

La dilatation occupe la partie supérieure du rectum et l'S iliaque; les parties situées au-dessus ont leur volume à peu de chose près normal. En ouvrant les parties dilatées, on constate dans leur intérieur la présence d'une grande quantité de matières intestinales demi-liquides. La tunique muqueuse est le siège d'une inflammation très intense, elle présente une coloration rouge noirâtre qui ne disparaît pas par le lavage. Cette coloration s'arrête au point où cesse la dilatation. Il n'y a pas de traces d'ulcérations intestinales.

Les parties dilatées ont une circonférence de 33 centimètres. Dans aucun point, les parois du gros intestin ne sont épaissies et ne présentent de dégénérescence cancéreuse.

L'*intestin grêle* est sain, ainsi que l'*estomac*. L'*utérus* et les *ovaires* sont atrophiés. La *vessie* est dilatée, sa muqueuse est très congestionnée. Les *reins* sont de volume normal, la capsule est adhérente, le tissu rénal pâle et assez résistant à la coupe. Le *foie*, la *rate* sont sains; le *cœur* et les *poumons* ne présentent aucune lésion.

Réflexions. — Les symptômes observés dans ce cas devaient faire croire à une obstruction intestinale causée par un obstacle mécanique, probablement par un cancer du côlon ascendant; l'absence de garde-robes pendant plus de dix jours, les douleurs occupant le côté droit de l'abdomen paraissaient en faveur de ce diagnostic. Cependant, l'autopsie a démontré l'absence de tout obstacle mécanique: la seule lésion était une dilatation énorme du gros intestin. Ce cas nous paraît devoir être rapproché de l'observation XXI de la thèse de M. Henrot (Thèse de Paris, 1865) que cet auteur considère comme une paralysie de l'intestin grêle ayant simulé un étranglement intestinal; et nous ne pouvons penser pour le cas actuel qu'à une paralysie du gros intestin consécutive à une constipation prolongée.

Nous signalerons l'absence de vomissements pendant toute la durée des accidents et l'apparition tardive du facies abdominal, phénomènes si fréquents lorsque le péritoine est intéressé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes. (3e *trimestre*.)

Comme pour les trimestres précédents, M. Besnier vient de communiquer à la Société médicale des hôpitaux (1) son rapport sur la constitution médicale des mois de juillet, août et septembre 1880.

Dès le début de ce travail, M. Besnier insiste sur la réalité de certaines *constitutions médicales*, *bénignes* ou *malignes*: « non pas que l'on doive comprendre ces mots et ces choses à la manière des anciens et selon la lettre et la tradition, mais bien parce qu'il devient manifeste que, dans certaines années, les conditions de l'atmosphère, l'état du sol et quelques circonstances encore indéterminées (mais sur la voie desquelles l'expérience scientifique est engagée), se réunissent pour aggraver dans leur ensemble les maladies de tout ordre. » L'année 1880 a présenté jusqu'à présent une constitution médicale peu bénigne, et cet excédant de mortalité paraît dû à l'aggravation des maladies qui frappent ordinairement la classe populaire, et, mais pour une faible part, à l'épidémie de variole que nous venons de traverser.

Les considérations climatériques particulières de Paris pendant l'hiver de 1879-1880 ont amené une augmentation de la mortalité dans les hôpitaux. Le chiffre des décès, dans le premier trimestre de 1880, a dépassé de 1613 le chiffre moyen des cas de mort survenus dans le premier trimestre des années précédentes.

« Cet excédant a persisté dans le second trimestre; mais il n'est plus que de 899; pour le troisième trimestre il n'est plus que de 582. » C'est-à-dire que, tout en étant anormal, ce nombre a suivi la *loi saisonnière*, qui abaisse le chiffre des décès en été. A ce propos, M. Besnier fait remarquer que l'ensemble des observations des années précédentes permet de reconnaître que l'on peut diviser les périodes, au point de vue de la mortalité, de la façon suivante: Une année moyenne ou normale et des années excessives, bénignes ou malignes; dans un même milieu, la constitution médicale annuelle ou multiannuelle ne modifie pas le plan général de la révolution saisonnière, et enfin les épidémies intercurrentes

(1) Séance du vendredi 12 novembre 1880.

restent indépendantes de la constitution médicale annuelle.

Les affections respiratoires ont subi durant cet été l'atténuation saisonnière, non seulement dans le nombre, mais encore dans la léthalité : la pneumonie a donné 27 0/0 de décès, la bronchite 5 0/0, la pleurésie 7 0/0.

La diphthérie a causé moins de décès que précédemment : en 1877, il y avait eu, dans les neuf premiers mois de l'année, 1,799 décès; en 1879, on a noté, dans la même période, 1,630 morts ; en 1880, en n'en compte plus que 1,571 : ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette diminution annuelle, annoncée dès 1878, n'a pas été empêchée malgré l'hiver rigoureux que nous venons de subir et malgré l'augmentation de la mortalité générale. Il y a eu, dans le dernier trimestre, 497 morts dues à la diphthérie en ville et 290 à l'hôpital, sur 296 malades, soit 70 0/0.

Les fièvres éruptives ont aussi montré nettement l'influence des saisons. « Tandis que la variole, dit M. Besnier, est une affection à paroxysme hivernal normal et à décours estival régulier, la rougeole est une maladie à hypogée hivernal et à paroxysme verno-estival. De même pour la scarlatine. » Dans ce dernier trimestre, il y a eu 1,118 cas de variole ayant causé 192 décès, soit 17 0/0; 174 cas de rougeole, ayant causé 21 décès, soit 12 0/0; 201 cas de scarlatine et 12 décès, soit 5 0/0; 294 cas d'érysipèle et 26 décès, soit 8 0/0.

M. Besnier insiste particulièrement sur l'origine de l'épidémie de variole que nous venons de subir. Pendant les trois premiers mois de 1878, il n'y avait eu, malgré l'affluence d'étrangers à Paris, que 37 décès de variole. « Dans les trois derniers mois, avec l'arrivée de la saison mauvaise, *les germes varioliques anciens ont trouvé tout à coup des conditions de culture plus favorables dans les milieux ou dans les individus*, ou bien encore *des germes nouveaux*, récemment importés ou mis à nu, ont donné lieu à des *foyers* disséminés, et, dans ces trois mois seuls, 52 décès varioliques sont relevés. » L'épidémie s'est développée lentement pendant l'année 1879 et, après avoir subi la variation saisonnière, a repris en novembre 1879 sa marche ascensionnelle ; puis elle a subi, dans l'hiver de 1879-1880, une exacerbation considérable, pour subir à nouveau, cet été, la décroissance saisonnière. En 1880, il y eut 748 décès pendant le premier trimestre, 642 pendant le deuxième et 449 pendant le troisième.

M. Besnier donne à l'appui de son appréciation une série de tableaux comparatifs entre l'épidémie de 1870 et celle de 1879-1880.

La fièvre typhoïde a subi une exacerbation tout accidentelle au commencement de l'année 1880 (744 décès au lieu de 240). Ce fait coïncidait avec la reprise des pluies du dernier trimestre de 1879 et des trois premiers mois de 1880. La hauteur de la pluie tombée et le niveau de la nappe souterraine étaient restés au-dessous du chiffre normal. Ce fait concorde avec l'apparition des odeurs que l'on a constatées à Paris cet été (1) ; avant cette démonstration péremptoire, M. Besnier avait établi la raison de cette épidémie à laquelle Paris s'est trouvé exposé par suite des conditions exceptionnelles d'un hiver rigoureux.

(1) *Progrès médical*. n° 44, 1880.

Pendant le troisième trimestre de 1880, la hauteur de pluie est restée, chaque mois, suffisante pour réaliser le même résultat, et la fièvre typhoïde est redescendue à 365 décès, la moyenne pour les huit années précédentes étant de 314. Dans les hôpitaux, il y a eu 648 entrées, 147 décès, soit 22 0/0.

Le rapport se termine par un appendice comprenant les statistiques de la province. HENRY DE BOYER.

Ouverture du cours de M. le professeur Depaul.

M. le professeur DEPAUL a onvert son cours, le mardi 9 novembre, au milieu d'une nombreuse assistance. Il avait un instant espéré pouvoir faire coïncider la reprise de ses leçons avec l'inauguration de la nouvelle clinique d'accouchements: mais l'installation du nouveau local n'est pas encore terminée, et pendant quelque temps encore le professeur devra continuer son enseignement dans l'ancien hôpital des Cliniques.

Après avoir rappelé les conditions à remplir pour être admis à suivre la clinique d'accouchements, et le mode d'enseignement pratique qui y est en usage, M. Depaul est immédiatement entré en matière, en prenant pour sujet de sa première leçon l'étude des moyens d'exploration usités en obstétrique. Il se propose de les passer rapidement en revue à un point de vue exclusivement pratique, avant d'arriver à la clinique proprement dite, dont on ne peut profiter qu'à la condition d'être bien au courant de tous les procédés d'investigation. susceptibles de conduire à un diagnostic précis.

Ouverture du cours auxiliaire d'accouchements de M. Pinard, professeur agrégé.

M. le Dr PINARD a commencé mardi dernier, à 3 heures, son cours auxiliaire d'accouchements, dans le petit amphithéâtre de la Faculté où se pressait un auditoire considérable. Il a indiqué tout d'abord, en quelques phrases, le but purement pratique de ses leçons et les moyens par lesquels il espère l'atteindre. Il doit s'occuper. dans son cours, des opérations obstétricales ; mais il ne compte pas se borner à en exposer *ex cathedra* les indications et le manuel opératoire, il se propose de les faire répéter, après chaque leçon, à ceux de ses auditeurs qui se seront fait inscrire et mettre en série dans cette intention. Grâce au matériel dont il dispose, grâce au concours d'aides que lui a accordés la Faculté pour le seconder dans la direction des exercices pratiques, il sera en mesure d'exercer chaque fois un nombre assez considérable d'élèves. En terminant ces préliminaires, M. Pinard dit que des doutes ont été émis sur l'accueil qui serait fait à la tentative dont il vient d'exposer le programme, et sur le succès qu'elle aurait auprès des élèves; mais il a la certitude que ceux-ci ne se méprendront pas sur l'utilité de ces exercices pratiques, et il compte sur eux pour convaincre ceux qui doutent encore « et pour faire de l'utopie d'hier la réalité de demain. » Ces paroles ont été accueillies par une salve d'applaudissements, dans laquelle le sympathique agrégé aura pu voir, en même temps qu'une marque de vive approbation pour ses idées, une promesse de succès pour les répétitions opératoires qu'il va entreprendre.

M. Pinard a ensuite commencé son enseignement par l'étude du forceps. Mais avant de décrire l'instrument et d'en exposer les applications, il a tenu à retracer à grands traits l'historique du forceps, et à mettre en relief les trans-

formations capitales qu'a subies cet instrument depuis son invention par M. Chamberlen jusqu'à nos jours. La leçon s'est terminée par la description du forceps ordinaire et par l'examen de quelques-unes des circonstances dans lesquelles le praticien se trouve obligé de l'appliquer.

Ecole d'anthropologie : Cours de M. Mathias Duval.

Mardi dernier, à cinq heures, M. Duval a commencé son cours d'anthropologie anatomique : le sujet du cours, qui sera continué le mardi à cinq heures, est cette année l'*embryogénie du cerveau*.

En prenant possession de la chaire du regretté professeur Broca, M. Duval rappelle en quelques phrases la perte que la science et l'école d'anthropologie ont faite en la personne de ce maître. M. Duval place son enseignement sous la protection de ce grand nom, et rappelle que ses premières recherches d'embryologie datent de 1873 et lui ont été inspirées par la fréquentation de Broca et par les discussions de la Société d'anthropologie.

On doit, tout d'abord, considérer l'embryogénie comme ayant des rapports étroits avec l'anthropologie, et l'étude de l'embryogénie cérébrale ne sera que le complément des recherches d'anatomie comparée et philosophique auxquelles Broca avait consacré ses dernières leçons.

Il faudra donc, dès le début de ce cours, se demander ce que c'est que l'embryologie, quels sont ses rapports avec l'anthropologie proprement dite, et enfin étudier une grande question, celle du transformisme à propos de l'embryologie qui lui sert de point d'appui si solide.

A cette première question, qu'est-ce que l'embryologie? M. Duval répond non pas par une définition, mais bien, ce qui est préférable, par un exposé succinct et clair de l'histoire de l'embryologie. L'embryologie ne date à proprement parler que du commencement du siècle, la doctrine de la préexistence des germes, de l'évolution (dans le sens théologique du terme), empêchait de concevoir le développement de l'embryon autrement que comme l'accroissement des parties préexistantes d'un germe complet dans toutes ses parties, quelque invisible que fût d'ailleurs ce germe. Si l'on ne voyait pas ce germe au début, cela tenait, croyait-on, à sa ténuité et non pas à son absence, comme nous l'admettons aujourd'hui. Les fausses idées d'Aromatori, de Swammerdam, relatives aux germes des végétaux et aux formes transitoires des insectes à métamorphoses, tendaient à accréditer près du public scientifique une idée qui s'accordait si bien avec des conceptions théologiques desquelles les savants n'étaient que trop imbus.

La doctrine des deux semences, admise dans la physiologie de la génération, n'était pas non plus propre à faire croire à un développement graduel de parties nouvelles aux dépens d'un organisme cellulaire indifférent et non différencié. Et cependant Harvey avait bien admis l'axiôme : « *omne vivum ab ovo* », Régnier de Graaf avait décrit la vésicule qui porte son nom, mais la science était encore retardée par l'hypothèse de la préexistence des germes que l'on supposait emboités dans l'œuf et Malpighi, lui-même, par suite de circonstances, difficiles à déterminer à son époque, avait cru voir, avait même dessiné, le germe préexistant dans l'œuf de poule. La découverte du spermatozoïde en 1667 n'avait fait que diviser le monde savant en ovistes et spermistes, sans pour cela élucider le problème du développement. On attribuait à l'animalcule spermatique les propriétés dont on dépouillait l'ovule.

Ce n'est, ajoute M. Duval, que depuis les recherches de Wolff qu'on eut les éléments certains de l'embryologie, encore fallut-il que les ouvrages de Wolff, discrédités de son vivant, fussent repris en 1812 par Deulinger, Pauder et Dalton pour que ces idées fussent admises comme scientifiques. L'élève de Deulinger et Pauder, von Baer devait bientôt faire sortir de l'obscurité une science nouvelle qui prit rapidement une extension considérable et fut l'objet des travaux de tant d'hommes considérables de tous pays : Ratke, Bischoff, Reichert, Kölliker, Carl Vogt en Allemagne; Allen Thompson, Wharton Jones, Huxley en Angleterre; Prévost et Dumas, Coste, Breschet, Velpeau, Balbiani, Dareste, en France, pour ne citer que les principaux.

Dans sa prochaine leçon, M. Duval étudiera les rapports du transformisme et de l'embryologie. Nous ne doutons pas de lui entendre faire à ce propos une profession de foi philosophique en faveur de la doctrine de l'évolution, et soutenir ainsi la tradition que lui a léguée Broca. M. Duval a montré une fois de plus à un auditoire nombreux qu'il savait à la fois intéresser, enseigner et se faire comprendre tout en restant sur le terrain scientifique le plus élevé.

Hôpital La Pitié : M. Verneuil.

Le savant professeur a repris ses intéressantes leçons depuis plusieurs jours. Bien qu'il aime à parcourir fréquemment les régions supérieures de la Pathologie chirurgicale, ses auditeurs sont toujours nombreux et sympathiques. Ils savent, en effet, qu'ils viennent là compléter, pour ainsi dire, leurs études, et acquérir quelques-unes de ces idées générales qui leur rendront tant de services dans la pratique de leur art. C'est ainsi qu'ils n'apparaitront plus seulement à leurs clients les plus intelligents comme des hommes de métier, mais comme des gens consciencieux, réfléchis et instruits. L'inaltérable douceur du maître près des malades à son service sera aussi pour eux d'un salutaire exemple.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 novembre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. SINÉTY.

De l'état de la glotte de l'homme après la section du récurrent. M. KRISHABER a eu l'occasion d'examiner au laryngoscope la glotte de deux malades chez qui l'on avait sectionné l'un et les deux nerfs récurrents. Avant d'entrer dans les détails de ces observations, il rappelle l'expérience bien connue de Longet qui sectionnait un nerf récurrent sur de jeunes animaux : cette opération entrainait constamment la mort par asphyxie. Longet attribuait l'asphyxie dans ce cas à une paralysie de la glotte. M. Krishaber a adopté une interprétation différente : d'après lui, l'asphyxie consécutive à la section du récurrent chez les jeunes animaux, résulte non d'une paralysie mais d'un spasme de la glotte.

Les deux faits de section du récurrent chez l'homme, observés par M. Krishaber, viennent à l'appui de cette dernière thèse.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 60 ans, opérée par M. Tillaux d'une tumeur du corps thyroïde. En enlevant la tumeur le chirurgien réséqua 2 ou 3 centimètres du nerf récurrent gauche. Aussitôt après l'extirpation la malade voulut parler ; elle chuchota à voix basse, mais il lui fut impossible de crier. La respiration était libre, comme dans certains cas d'anévrysme de l'aorte compliqués d'aphonie sans gêne de la respiration. Il n'y avait donc pas de paralysie du nerf récurrent. La seconde observation se rapporte à une femme d'une trentaine d'années, atteinte d'un goitre volumineux. M. Richelot pratiqua chez elle l'extirpation de la tumeur, et sectionna les deux nerfs récurrents. La malade perdit entièrement la voix à la suite. Deux mois après, M. Krishaber examina l'opérée au laryngoscope et trouva les cordes vocales absolument immobiles.

De ces deux faits pathologiques, M. Krishaber se croit en droit de conclure que, chez l'homme comme chez les animaux, la résection des nerfs récurrents produit simplement l'aphonie sans troubles respiratoires. Si l'on voit parfois des accès d'asphyxie survenir chez des malades atteints de tumeurs qui comprennent le nerf récurrent, cela dépend d'une excitation et non d'une paralysie du nerf. Cette particularité est importante à connaître, car on peut, en pratiquant la trachéotomie chez les individus qui asphyxient de cette façon, leur permettre de vivre quelque temps encore.

M. Luys demande à ce propos s'il y a lieu d'opérer les ataxiques dans les cas où ils sont pris de spasme de la glotte.

M. Krishaber répond qu'il a opéré récemment un ataxique dans ces conditions. Le malade dont il s'agit avait par intervalles des accès de spasme de la glotte depuis plus de huit ans. Les symptômes de l'ataxie ne sont survenus que plus tard. Un jour l'asphyxie menaçait d'emporter le malade : M. Krishaber se décida à faire la trachéotomie qui amena un soulagement instantané. Le malade respira mieux, mais la trachéotomie n'a pas fait disparaître le spasme de la glotte, qui se montre toujours de temps en temps. Le malade vit encore, et conserve sa canule.

Présentation. M. Lépine dépose sur le bureau un travail sur un cas d'*hémoglobinurie paroxystique* et dit à cette occasion qu'il paraît exister deux espèces d'hémoglobinurie paroxystique, l'une où la dissolution des globules a lieu dans le sang, l'autre où elle se fait seulement dans les voies urinaires. Pour expliquer celle-ci, M. Lépine fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire de faire intervenir la présence d'une substance particulière; il résulte, en effet, de ses expériences que l'urine, étendue de deux fois son volume d'eau, dissout les globules très rapidement. Or, l'urine dans la capsule de Bowmann et à l'origine des canalicules est au moins aussi diluée (tous les physiologistes admettant que l'urine ne devient concentrée que dans son trajet dans le canalicule contourné) ; par conséquent, il suffit que quelques globules traversent la membrane des anses glomérales et tombent dans la cavité de la capsule de Bowmann pour que l'hémoglobinurie se produise fatalement.

Contribution à l'étude de l'excrétion de l'azote et du soufre par l'urine. M. Lépine s'est proposé de déterminer la quantité d'azote se trouvant dans les matériaux incomplètement oxydés que renferme l'urine et qui sont communément nommés *matières extractives* en pratiquant dans la même urine deux dosages successifs de l'azote: 1° au moyen de l'hypobromite de soude ; 2° après transformation de cet azote en ammoniaque à l'aide d'une solution titrée d'acide sulfurique (méthode de Péligot). Le premier dosage donne, comme on sait, l'azote de l'urée et d'une partie de l'acide urique, le second donne à peu près l'azote total : la différence des deux chiffres, l'azote d'une partie de l'acide urique et des matières extractives, si l'on représente par 100 le chiffre de l'azote total il résulte des recherches de M. Lépine que celui des matières extractives varie dans des limites assez étendues (entre 5 et 45 0/0). Les analyses ont été faites par MM. Flavard, chef des travaux chimiques, Foucherand et Lavocat. Chez le chien à l'inanition, l'azote des matières extractives, par rapport à l'azote total diminue progressivement jusqu'aux dernières heures de la vie où il éprouve une petite hausse. Si on fait à un chien une *forte* saignée, non seulement l'azote total augmente (Bauer), mais l'azote des matières extractives augmente *relativement* si on lui injecte de l'eau oxygénée sous la peau, il diminue relativement, bien que dans ce cas la quantité absolue d'azote total excrété par l'urine devienne plus considérable. De ces expériences, M. Lépine conclut que la quantité des matières extractives de l'urine dépend de deux facteurs : 1° elle est en raison *directe* de la quantité des déchets azotés de l'organisme ; 2° elle est en raison *inverse* de l'énergie comburante de l'économie.

M. Lépine a étudié à ce point de vue l'urine d'un bon nombre de malades. Chez les fébricitants, bien que les déchets azotés soient plus considérables, le chiffre de l'azote des matières extractives est diminué *relativement*, sans doute parce que l'énergie comburante est accrue. Chez les cardiaques asystoliques et asphyxiques, il y a peu d'azote total et relativement beaucoup de matières extractives. L'administration de la digitale, en produisant de la polyurie et en augmentant ainsi l'excrétion des matériaux azotés retenus dans l'économie a pour effet immédiat de faire baisser *relativement* l'azote des matières extractives, ce qui, d'après M. Lépine, peut tenir ou bien à ce que la circulation pulmonaire se faisant mieux le sang est hématosé plus complètement, ou bien à ce que la circulation générale devenant plus active les tissus sont mieux *lavés* en quelque sorte et les matériaux les plus solubles (l'urée) entraînés de préférence. Dans les néphrites, notamment dans la néphrite interstitielle, on peut observer le même résultat à certaines périodes, tandis qu'à d'autres, le chiffre de l'azote des matières extractives est relativement considérable, celui de l'azote total étant d'ailleurs fort bas. Dans les cirrhoses du foie, trois cas peuvent se présenter : 1° diminution de l'azote total et diminution relativement plus grande des matières extractives, 2° chiffre normal ou à peu près de l'azote total, mais diminution relative des matières extractives : 3° quantités sub-normales de l'azote total et de l'azote des matières extractives, avec conservation de leur rapport physiologique. — Dans les ictères, M. Lépine a trouvé ou bien une quantité considérable d'azote total et un chiffre faible de matières extractives, — ou bien un chiffre normal du rapport des matières extractives à l'azote total, celui-ci étant peu considérable. Chez des épileptiques, on peut voir ou bien un chiffre faible d'azote total et un chiffre également faible des matières extractives, — ou bien une quantité à peu près normale d'azote total avec un chiffre relativement très élevé des matières extractives.

Relativement à l'excrétion du soufre par l'urine, M. Lépine insiste sur le fait que dans certains états du foie, et notamment dans des ictères très prononcés, on peut trouver dans l'urine une quantité *relativement très considérable* de soufre qui n'est pas à l'état d'acide sulfurique. Dans certains cas, M. Lépine a vu le soufre à l'état incomplet d'oxydation atteindre 40 0/0 du chiffre total. Toutes ces analyses ont été faites par M. Flavard. M. Lépine croit aussi que, parfois, il y a dans l'urine du phosphore qui n'est pas à l'état d'acide phosphorique, mais en quantité relativement très faible. Il communiquera ultérieurement ses recherches sur ce sujet.

Albuminurie dans la fièvre typhoïde. M. Bouchard faisait connaître, il y a quelques mois, un caractère particulier de certaines albuminuries. Lorsqu'on a coagulé, par les réactifs ordinaires, l'albumine de l'urine, cette albumine traitée de nouveau par la chaleur se rétracte ou ne se rétracte pas. D'après les observations de M. Bouchard, l'urine albumineuse à coagulum rétractile est constamment fournie par des reins malades. Quant aux urines albumineuses à coagulum non rétractile, M. Bouchard les a rencontrées dans des pyrexies (pneumonie, rhumatisme, etc.), et aussi dans des maladies apyrétiques (chlorose, diabète, etc.) : il n'y a pas de néphrite véritable dans ces différents cas.

Les dernières recherches de M. Bouchard ont porté sur les

urines des malades atteints de fièvre typhoïde. Quelques-uns de ces malades ont d'abord dans les urines de l'albumine non rétractile; cette albumine devient rétractile au bout de 4 à 5 jours, puis elle cesse de l'être ou bien elle disparaît complètement de l'urine. Chez un jeune malade qui avait eu, dès le début, de l'albumine rétractile et qui présentait en même temps sur tout le corps une éruption d'ecthyma typhique, M. Bouchard constata la présence de bactéries et de bâtonnets dans l'urine et dans le liquide des pustules. Dans un second cas analogue sans ecthyma il retrouva des bactéries dans les urines. Depuis lors, M. Bouchard a vu des bactéries dans les urines de tous les typhiques qui avaient de l'albumine rétractile. Ces bactéries sont constituées par des bâtonnets courts, animés de mouvements oscillatoires assez lents.

Il va sans dire que dans toutes ses recherches, M. Bouchard s'est soigneusement mis à l'abri de toutes les causes d'erreur. Non seulement, il s'est servi d'urines fraîches; mais encore il a eu soin, chez les malades femmes, de prendre directement l'urine dans la vessie à l'aide d'une sonde préalablement flambée. Voici les conclusions du travail de M. Bouchard :

Certaines albuminuries survenant dans le cours de la fièvre typhoïde présentent les caractères des albuminuries des néphrites. De plus, dans toutes ces albuminuries, l'urine contient constamment des bactéries. Les mêmes bactéries ou bâtonnets se trouvent aussi dans les abcès typhiques. L'existence de cette néphrite n'augmente pas sensiblement la gravité ni la durée de la maladie; l'albumine peut même persister dans l'urine après la guérison de la maladie principale. M. Bouchard s'abstient de toute hypothèse sur l'origine de ces bactéries; il déclare ignorer si elles jouent un rôle quelconque dans la genèse de la fièvre typhoïde.

M. Dumontpallier rappelle qu'en traitant par son procédé de réfrigération les malades atteints de fièvre typhoïde, il voit la proportion d'albumine diminuer de jour en jour dans les urines. De cette manière, il n'a pas perdu un seul malade sur 75.

M. Bouchard répond que les faits signalés par M. Dumontpallier ne se rapportent peut-être pas à des urines à coagulum rétractile.

M. Cornil se demande si l'état des tubuli rénaux n'est pas pour quelque chose dans l'existence des bactéries dans les urines. — M. Bouchard répond en disant qu'il a trouvé une fois seulement des globules rouges dans les tubuli.

Sur une question de M. P. Bert, M. Bouchard ajoute qu'il ne sait pas s'il existe une différence chimique entre l'albumine rétractile et l'albumine non rétractile. De plus, il ne croit pas que la présence de bactéries dans l'urine puisse rendre l'albumine rétractile.

M. Regnard présente un nouveau système de canule à fistule gastrique, imaginé par M. Edouard Maurice, garçon du laboratoire de la Sorbonne.

Lésion des vaisseaux dans la tuberculose des muqueuses. M. Cornil a examiné les lésions des vaisseaux dans un cas de tuberculisation de la luette, de l'amygdale et du pharynx. Il y avait un épaississement énorme du tissu conjonctif, et aussi une grande dilatation des vaisseaux qui étaient oblitérés par un thrombus. A côté des vaisseaux apparaissaient des cellules géantes.

M. Malassez fait observer que les cellules géantes peuvent siéger dans les vaisseaux, et même dans les tubes séminifères des testicules tuberculeux. Ch. Avezou.

Séance du 13 novembre. — Présidence de M. de Sinéty.

Phénomènes inhibitoires. — M. Brown-Séquard fait une importante communication relative aux phénomènes inhibitoires aux phénomènes d'arrêt. Il conclut en disant que les nerfs peuvent être inhibés, et que les muscles, par l'intermédiaire des nerfs, sont aussi capables d'inhibition.— Abordant ensuite un autre ordre de faits M. Brown-Séquard parle d'une action dynamogénique que subissent dans certaines conditions les nerfs, les muscles et même la moelle épinière. En voici un exemple: on sait que les nerfs moteurs restent excitables pendant 15 à 20 minutes après la mort; or, si l'on applique du chloroforme en un point quelconque du corps d'un animal sacrifié, l'excitabilité des nerfs moteurs dure 1 heure au moins; les nerfs acquièrent donc, par ce fait, une plus grande puissance.

Hyperesthésie cutanée liée à la dyspepsie.—M. Leven a étudié l'influence de la dyspepsie sur le système nerveux sensitif et sur le système nerveux moteur. Tous les traités classiques répètent, sur la foi de M. Briquet, que l'hyperesthésie d'une moitié du corps est une complication fréquente de l'hystérie, et que chez les hystériques l'hyperesthésie occupe de préférence le côté gauche. M. Leven croit que ce phénomène dépend plutôt de troubles stomacaux. En effet l'hyperesthésie se rencontre 8 fois sur 9 chez les dyspeptiques, aussi bien chez les hommes que les femmes. Le degré d'hyperesthésie est d'ailleurs en rapport avec l'intensité de la maladie stomacale. L'hystérie développe non de l'hyperesthésie mais de l'anesthésie. Cela est si vrai, déclare M. Leven, que la coïncidence d'hyperesthésie d'un côté et d'anesthésie de l'autre chez la même malade indique à la fois dyspepsie et hystérie.

Albumine rétractile et non rétractile. M. Lépine adresse, comme complément au procès-verbal de la précédente séance, une note dans laquelle il formule des réserves sur la signification attachée par M. Bouchard à la présence dans les urines d'albumine rétractile ou non rétractile. « Il suffit, dit M. Lépine, de faire varier le degré d'acidité de l'urine que l'on examine, pour obtenir à volonté de l'albumine rétractile ou non rétractile. »

M. Kiener fait connaître les résultats de ses recherches sur le mode de formation des moules cylindriques des tubes urinifères.

Technique des préparations microscopiques de la moelle, par M. Damaschino. — « Depuis que l'acide osmique a été appliqué aux recherches histologiques, on a surtout fait usage de ses solutions pour les troncs nerveux et les divers organes; mais on ne s'en est guère servi (sauf dans les recherches embryogéniques) pour les centres nerveux eux-mêmes, et notamment pour la moelle. L'objet de la présente note est précisément de montrer les avantages que l'on peut trouver dans l'emploi de l'acide osmique pour l'étude des diverses altérations de l'axe spinal, et pour la connaissance de la texture de cet organe à l'état normal.

Le procédé technique est des plus simples et permet de faire agir le réactif dans toute l'épaisseur des cordons médullaires, et de pratiquer ensuite des coupes assez minces pour pouvoir être examinées à un grossissement suffisant. Il consiste à placer dans une solution d'acide osmique au centième des segments de moelle d'un centimètre de hauteur : il importe que la surface de section ait été obtenue à l'aide d'un rasoir bien tranchant, car l'acide osmique ne pénètre pas très profondément, et si l'on était obligé de perdre une partie de la hauteur de la moelle pour rectifier la coupe, on risquerait de ne plus avoir à sa disposition une préparation bien complète de cet organe. Il va sans dire que cette précaution n'est pas nécessaire pour les moelles des petits animaux tels que le rat, le cobaye et même le lapin, le faible volume du cordon médullaire permet alors de faire agir l'acide osmique sur toute la hauteur et dans toute l'épaisseur de ce cordon. On maintient pendant deux ou trois jours les fragments dans la solution, en ayant soin de s'assurer de temps à autre que tout l'acide n'a pas été utilisé (ce qu'il est facile de reconnaître à la persistance de l'odeur pénétrante qui se dégage lorsque l'on débouche le flacon dans lequel on a placé les morceaux de moelle), on ajouterait une nouvelle quantité de la solution s'il était nécessaire. Lorsque l'on juge suffisant le séjour dans l'acide osmique, on lave la moelle à l'eau distillée, puis on la place pendant 24 heures dans l'alcool absolu. On peut alors faire des coupes assez minces pour être montées soit dans la glycérine, soit dans le baume du Canada (après les lavages habituels avec l'alcool faible, puis absolu, et après avoir éclairci à l'aide de la créosote).

Dans le cas où la moelle ne serait pas assez bien durcie pour être coupée en tranches fines, on pourrait, suivant le procédé indiqué par M. Debove, la faire séjourner pendant deux ou trois jours dans une solution de gomme, puis pendant une journée entière dans l'alcool. La consistance de la moelle est alors suffisante pour permettre de faire des préparations fort minces; de plus, comme il n'est pas possible de les colorer avec le picro-carmin en raison du séjour prolongé dans l'acide osmique, on peut, quand on veut les monter dans le baume, les déshydrater avec l'alcool sans les dégommer au préalable, ce qui évite les plicatures que l'on ne peut empêcher qu'avec certaines précautions, lorsqu'il faut placer les coupes dans de l'eau pour dis-

soudre la gomme. Par contre, on se trouve bien de dégommer, puis de colorer à l'hématoxyline, car on rend ainsi très manifestes les éléments nucléaires qui se teignent alors très bien en violet malgré le séjour prolongé dans l'acide osmique : on monte finalement dans le baume du Canada.

Du reste, l'emploi de l'hématoxyline ou de la purpurine, peut rendre de grands services dans l'étude des centres nerveux durcis par les procédés ordinaires, et il est à regretter que l'on n'y ait pas plus souvent recours.

Ces matières colorantes ont le grand avantage de se fixer tout spécialement sur les noyaux en respectant les éléments nerveux, (il faut toutefois, avec l'hématoxyline, agir rapidement afin que cette action élective soit parfaite); les noyaux des cellules épithéliales qui tapissent le canal épendymaire sont semblablement colorés. On peut de même avec l'hématoxyline, teindre fortement en violet les noyaux des corps granuleux, soit libres, soit contenus dans les gaines lymphatiques circumvasculaires. Un bon procédé consiste à faire passer par la solution hématoxylique, les préparations déjà soumises au picro-carminate d'ammoniaque. On obtient alors une double coloration qui donne des résultats vraiment très remarquables.

L'emploi de l'acide osmique, suivant le procédé sus-indiqué, peut rendre de réels services dans l'examen des moelles saines ou pathologiques. Il permet d'étudier plus commodément et plus complètement le trajet des divers tubes nerveux puisque la gaine miélénique de ceux-ci, colorée en noir brun par l'osmium, devient très facile à suivre dans toute son étendue. Le réactif, par exemple, fait voir avec la dernière évidence, les nombreux tubes très fins qui traversent la substance grise des cornes antérieures, et dont l'abondance est beaucoup plus grande qu'on ne l'imaginerait au premier abord. Il rend manifeste les entrecroisements des tubes nerveux et supprime toute hésitation quant à la nature réelle des tubes entrecroisés.

En ce qui concerne tout particulièrement les moelles à l'état pathologique, l'acide osmique présente le très grand avantage de laisser voir immédiatement quelles sont les régions de l'organe où les tubes nerveux sont atteints et de montrer à un examen même rapide, à quel degré est parvenue cette altération. Voici, par exemple, une coupe de moelle d'ataxique. On voit dès le premier coup d'œil, même à l'œil nu ou bien avec un faible grossissement, que la lésion porte sur un grand nombre des tubes au niveau des cordons postérieurs ; car la coupe en ce point présente une teinte peu foncée qui contraste singulièrement avec la coloration noirâtre des parties restées saines. Avec un objectif plus fort, on constate aisément tous les détails de la lésion qui a fait disparaître la plus grande partie des tubes nerveux; l'épaississement des parois vasculaires est de même fort appréciable. Enfin, on distingue nettement la forte dilatation que présentait, dans ce cas, à la région dorsale inférieure, le canal épendymaire (il mesurait 2 millimètres de largeur) et l'on reconnaît que, malgré la forte dilatation de ce canal, les cellules épithéliales continuent à former un revêtement complet.

Sur une coupe longitudinale, la lésion est semblablement très intéressante à étudier : car on aperçoit immédiatement les tubes nerveux séparés les uns des autres par le tissu atteint de sclérose; la disposition de ces tubes est très facile à constater et leur isolement pathologique permet d'en étudier les diverses particularités de structure.

L'action toute spéciale de l'acide osmique sur les matières grasses en général et sur la myéline en particulier peut d'ailleurs être mise à profit sur des moelles déjà durcies au préalable (notamment avec le liquide de Muller ou les solutions d'acide chromique.) Ce dernier mode de procéder offre le grand avantage de donner des préparations très fines et moins noires sur lesquelles il devient très facile de suivre le trajet des tubes nerveux et d'en apprécier également fort bien les divers degrés d'atrophie. Voici, par exemple, des coupes d'une moelle qui, après avoir été durcie avec l'acide chromique, a été conservée pendant près de huit années dans l'alcool dilué. Cette moelle provient d'un garçon atteint de paralysie spinale de l'enfance : on y voit nettement que les tubes nerveux, partout où ils sont normaux, se sont fortement colorés en brun noir en réduisant l'osmium; par contre, c'est à peine si l'on retrouve quelques tubes noirâtres au niveau des foyers de myélite, là où l'examen des coupes colorées au carmin faisait reconnaître l'atrophie, non seulement des cellules motrices, mais encore des tubes nerveux de la substance grise (ainsi que nous l'avons expressément indiqué, M. Roger et moi, dans notre travail de 1871). Sur cette même préparation les corps granuleux, subissant l'action de l'acide osmique sont, devenus semblablement très faciles à distinguer même à un examen superficiel. (*A suivre.*) Ch. Avezou.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le *concours pour le clinical* vient de se terminer par la nomination de M. P. Bitot, pour les accouchements; — de MM. Monod et Piéchaud, pour la chirurgie. — C'est avec une vive satisfaction que nous voyons, parmi les élus, deux de nos bons amis et collaborateurs dévoués, M. P. Bitot et Monod.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 *novembre.* — Présidence de M. H. Roger

M. Gosselin présente, au nom de M. le Dr Carteron (de Trodes), une observation d'*anévrysme développant de l'artère iliaque externe et de la fémorale.* La tumeur pulsatile se voyait au pli de l'aine, et s'étalait largement dans toute l'étendue de la fosse iliaque interne. M. Carteron se décida à traiter cet anévrysme par la compression directe, et il fit cette compression pendant plusieurs mois, avec un appareil qu'il fit fabriquer exprès, et dont la pièce principale est une large plaque adaptée par sa forme à la région malade, c'est-à-dire susceptible de comprimer à la fois la portion iliaque et la portion fémorale de la tumeur. Cette plaque descendait ou remontait suivant les nécessités, au moyen de deux visses analogues à celle que présentent les anciens compresseurs. Au bout d'un mois, les battements de la tumeur avaient disparus, et la guérison ne s'est pas démentie pendant deux années au bout desquelles le malade est mort subitement d'une autre maladie. L'autopsie n'a pas été faite.

M. J. Guérin présente un malade auquel il a ponctionné un *abcès du foie* en 1873. Cette ponction fut pratiquée avec un appareil aspirateur. Après avoir ponctionné la paroi abdominale, M. J. Guérin introduisit à travers le trajet un tube en caoutchouc, ce qui lui permit de faire matin et soir des *injections phéniquées.* Quelques mois après, ce malade, à la suite d'une quinte de toux, expulsa par son trajet fistuleux un calcul biliaire. Aujourd'hui, la guérison est complète et durable.

M. Bonnal (de Nice) fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la chaleur de l'homme pendant le mouvement.* Ce travail est renvoyé à une commission académique et sera ultérieurement l'objet d'une analyse.

Suite de la discussion sur le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. — M. Maurice Raynaud, rappelle qu'il a le premier formulé, il y a six ans, la thérapeutique des bains froids contre le rhumatisme cérébral. Sans méconnaître les revers qu'on peut éprouver, il convient d'attacher une réelle valeur à cette pratique. Loin de se borner à considérer en bloc les résultats heureux qu'il a obtenus, M. Raynaud a voulu les analyser, afin d'arriver à une pleine connaissance de ces solutions. Il examine d'abord l'indication fondamentale de l'emploi des bains froids dans le rhumatisme cérébral, et réserve les cas qui ne lui paraissent pas compatibles avec l'influence du froid. La variété sur laquelle il tient à appeler l'attention se trouve caractérisée psr deux symptômes essentiels et un symptôme accessoire ; les deux pressions visent le délire et l'hyperthermie; le dernier la suppression des douleurs articulaires. L'expérience démontre, en effet, qu'en s'adressant à l'hypothermie, on arrive à supprimer les accidents cérébraux. La longue durée de la maladie et l'absence de fièvre suffisent à caractériser les cas exceptionnels. Pour qu'on soit autorisé à soustraire du calorique à un malade, il est indispensable que ce même malade dénote une augmentation de son calorique.

La pratique, que M. Woillez a formulée dans une précédente séance, consiste à administrer un bain à la dose de de 20° centigrades et à le prolonger jusqu'à la manifestation du frisson, puis à le renouveler toutes les trois heures. M. M. Raynaud ne saurait accepter l'absolutisme de de M. Woillez, ce terme de trois heures lui paraissant susceptible d'être augmenté ou diminué suivant le cas ; et, en effet, le frisson peut apparaître dix minutes après l'immersion, quelquefois même une heure après. La température du bain a donné lieu à quelques contestations. M. M. Reynaud, avec M. Woillez, estime que 20° suffisent pour produire une action efficace; et, bien qu'il y ait recours à la température de 22°, 23°, il n'est pas porté à accepter définitivement la pratique anglaise, en vertu de laquelle les malades sont plongés dans des bains tièdes qu'on refroidit progressivement. Néanmoins, lorsque le danger n'est pas

imminent, on peut employer ce moyen terme, le bain tiède. — Envisageant la pratique du bain froid et interprétant les effets qui sont immédiatement observables, M. Reynaud établit en premier lieu que les malades présentent des *symptômes psychiques*, c'est-à-dire toutes les variétés de délire. Dans la pluralité des cas, il ne s'agit ni d'arachnitis, ni de lésions de la pie-mère : le délire du rhumatisme cérébral est polymorphe et n'est nullement comparable au délire de la méningite.

C'est ainsi qu'on observera les formes maniaques et hypochondriaques, etc., précédant la suppression complète de l'intelligence, le coma. Ces formes diverses peuvent, non seulement se rencontrer chez divers malades, mais peuvent être observées sur le même individu. Les troubles de la sensibilité sont le plus souvent nuls ; mais, les troubles de la motilité consistent en convulsions, qu'on a eu le tort d'appeler épileptiformes et en accidents tétaniformes. Le pharyngisme, la carphologie et la trépidation de tous les muscles doivent être également signalés. Devant ce cortège symptomatique, étant donnés les résultats qui sont bien et dûment acquis, M. M. Raynaud affirme que la pratique des bains froids, *appliquée avec méthode*, fait justice de tous ces accidents. Les malades reviennent littéralement de l'agonie. — Bien entendu, les bains froids ne déterminent ces heureux effets que dans un certain nombre de cas. Lorsqu'ils se manifestent, les phénomènes somatiques cèdent d'abord, les phénomènes asphyxiques disparaissent ensuite, les tremblements cessent enfin.

Sous l'influence de la réfrigération, le retour des convulsions ne tarde pas à se produire, et il arrive un moment où le délire constitue la seule manifestation du rhumatisme cérébral. En pareil cas, la persistance du délire est un accident fâcheux ; rien de plus. Ce délire finit tôt ou tard par disparaître. On est autorisé à admettre que l'action favorable du bain froid se manifeste d'abord sur le bulbe, puis sur l'origine des nerfs qui siègent à la base de l'encéphale et président à l'entretien de la vie. Cette action des bains froids est incontestable et se traduit successivement par un abaissement de la température (1, 2, 3°) une diminution du pouls (30, 35 pulsations), et le retour de la raison. D'une façon générale, MM. Raynaud déclare que : dans les cas franchement heureux, on observe une réapparition des douleurs articulaires ; malgré cette constatation bien établie, il est avéré que les malades peuvent guérir, guérissent même le plus souvent, sans subir ce nouvel accident. Lorsque la guérison doit être rapide, elle s'annonce par une diminution constante et manifeste de la température et du délire. Lorsque la guérison ne doit pas être obtenue, la maladie tend à se prolonger. A ce propos, M. M. Raynaud cite deux observations malheureuses, desquelles il résulte que ses malades avaient guéri de leur rhumatisme cérébral, mais ont succombé à des complications imprévues, le premier aux suites d'une congestion pulmonaire, le deuxième du fait d'une diarrhée cholériforme. En présence de ces deux revers, M. M. Raynaud se demande s'il n'a pas eu affaire à de véritables fluxions rhumatismales, se localisant sur le poumon et sur l'intestin. Dans le premier cas notamment, il n'oserait affirmer qu'il ait constaté une pneumonie franchement fibrineuse, car les signes de l'hépatisation franche faisaient absolument défaut. Dans le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, on se trouve notablement amené à conclure que la cessation du délire répond au moment le plus critique. Faut-il alors passer outre et poursuivre la réfrigération à outrance? C'est ce que M. M. Raynaud se propose d'étudier dans la prochaine séance. A. Josias.

Faculté de médecine de Lille. — M. Hallez, docteur ès sciences est maintenu dans les fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle pendant l'année scolaire 1880-1881. — M. Morelle pharmacien de 1re classe, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de physique pendant l'année scolaire 1880-1881. — M. le Dr Wertheimer est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de chirurgie et d'accouchement pendant l'année scolaire 1880-1881.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 avril 1880. — Présidence de M. Monod.

8. Hypertrophie cardiaque. — Insuffisance aortique. — Crétification de l'aorte. — Asystolie. — Apoplexie pulmonaire. — Caillot dans une division de l'artère pulmonaire droite, sans infarctus; par Albert Josias, interne des hôpitaux.

Le nommé Rossat, âgé de 59 ans, est entré le 6 avril 1880, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. H. Rendu, salle Gérando, lit n° 8. Ni antécédents de famille, ni commémoratifs personnels. Dans sa jeunesse, cependant, il a fait des excès alcooliques.

Depuis dix mois, il est souffrant : il raconte, en effet, qu'à cette époque il subit plusieurs refroidissements qui furent suivis d'une gêne notable de la respiration, caractérisée par de l'oppression et de la dyspnée. La dyspnée est devenue très fréquente depuis cinq mois, et s'est accompagnée de palpitations intolérables. — Dès le premier mois de sa maladie, il a rejeté des crachats sanguinolents, épais, grisâtres ; cette expectoration aurait complètement cessé durant deux mois et demi, puis serait de nouveau apparue peu abondante, et, enfin, depuis un mois, elle est presque continuelle et caractérisée par des crachats sanguins, noirs, épais. — Il y a six mois environ, le malade a remarqué que ses pieds enflaient ; cet œdème aurait disparu momentanément, grâce au repos et à un traitement approprié. — Actuellement, cet œdème occupe les membres inférieurs et est très notable. — Pas d'ascite. — Le foie est augmenté de volume et mesure en hauteur 20 centimètres.

Le cœur présente, à l'auscultation, les caractères suivants : à la base et à droite du sternum existe un bruit de souffle rude, diastolique, en même temps qu'un léger bruit de souffle systolique. — A la percussion, le cœur est considérablement hypertrophié et donne comme dimensions : diamètre transversal de la base : 12 centimètres ; longueur du bord droit : 19 centimètres. La pointe du cœur est très abaissée. Les battements des artères du cou sont exagérés et très visibles. Le pouls est régulier et légèrement bondissant. — L'examen des poumons révèle, en arrière de la base du poumon droit, une submatité avec diminution du bruit vésiculaire. En somme, il s'agit d'une apoplexie pulmonaire avec phénomènes d'asystolie. — Traitement : Tisane de queues de cerises. Julep avec 30 gouttes de teinture de scille. Une pilule cynoglosse. Lait.

7 avril. Dyspnée : persistance des crachats sanglants, plus rouges. — Anasarque. Extrémités froides, peu cyanosées — Même état de pouls.

8 avril. Décès à 2 heures du matin.

Autopsie. - *Cœur* hypertrophié. Le poids du cœur, entièrement débarrassé de ses caillots, est de 1015 grammes (ces caillots sont épais, nombreux, noirs). Longueur de la pointe au bord droit = 16 cent. ; hauteur du ventricule gauche = 16 cent. ; largeur transversale = 17 centimètres. — A la surface du cœur, plaques laiteuses multiples. — Epaisseur du ventricule gauche = 2 cent. 1/2.

Aorte insuffisante, athéromateuse (lésions d'orifice et des valvules), véritable crétification de l'aorte. — Pourtour de l'orifice = 9 cent. ; hauteur des valvules = 2 cent. Les valvules sigmoïdes, au lieu d'avoir un bord libre, souple, mince, présentent un bord mamelonné et incrusté de sels calcaires ; cette lésion est moins intense que celles situées plus haut et caractérisées par une véritable crétification. *Orifice pulmonaire*, suffisant. *Valvules mitrales*, élargies en même temps que l'orifice ; pourtour de l'orifice = 11 cent. 1/2 ; hauteur de la valvule = 3 centimètres.

Poumons. Noyau considérable d'apoplexie à la base du poumon gauche qui présente en outre une congestion pulmonaire excessive. Dans les premières bifurcations de l'artère pulmonaire droite se trouvent des caillots fibrineux, et, dans une division de l'artère pulmonaire droite existe manifestement *un caillot sans infarctus pulmonaire.*

Foie. Poids : 1875 grammes (muscade). Lobules hépatiques jaunâtres et tranchant avec la coloration rouge violacée péri-lobulaire ; on ne voit pas partir de la capsule de Glisson des traînées fibreuses, indiquant un commence-

ment de sclérose. — *Rate* petite, sclérosée. — *Reins* congestionnés. Substance corticale très ferme.

Réflexions. — Sans insister sur la marche rapide des accidents, cette observation nous paraît présenter plusieurs particularités intéressantes au point de vue anatomo-pathologique. Il n'est pas commun, en effet, de trouver un cœur atteignant des dimensions aussi exagérées et un volume aussi notable. Mais ce que nous tenons à mettre en relief, c'est l'existence d'un caillot fibrineux dans une des divisions de l'artère pulmonaire sans infarctus, contrairement à ce qu'on a coutume d'observer dans l'apoplexie pulmonaire.

9. Description histologique de la peau d'un enfant scarlatineux; par Ch. Remy, chef du laboratoire de clinique de la Charité.

Un enfant, âgé d'un an environ, succomba pendant la période de l'éruption de la scarlatine. Après sa mort, la peau avait perdu la coloration spéciale à cette maladie; mais toute altération n'avait pas disparu, comme l'examen histologique nous en rendit compte.

Il y a simultanément lésion du derme et de l'épiderme, mais la lésion majeure existe dans le derme. Les vaisseaux capillaires sont le siège de cette lésion et principalement ceux de cette substance molle qui constitue la partie superficielle du derme et des papilles et qu'on désigne sous le nom de corps papillaire. — Ces capillaires présentent une dilatation générale et uniforme, différente en cela de la dilatation qui s'observe dans les vaisseaux capillaires des rougeoles, et qui est localisée au réseau des capillaires qui termine quelques artérioles. Ces capillaires mesurent 2 à 3 centièmes de millimètre dans les papilles proprement dites; 6 à 8 centièmes dans la couche plus profonde qui réunit ensemble le pied des papilles.

Quelques capillaires traversant le derme, quelques autres appartenant aux lobules adipeux du pannicule adipeux sous-cutané sont également dilatés. Mais cette dilatation s'accompagne de modifications appréciables histologiquement dans le contenu sanguin des capillaires. Sans cela, elle pourrait être confondue avec la dilatation qui s'observe dans la cyanose des fièvres intermittentes. J'eus l'occasion, en 1877, alors que j'étais interne à l'hôpital Temporaire, d'observer la peau d'un terrassier qui fut atteint d'un accès de fièvre pernicieuse pendant qu'il travaillait à l'avenue de l'Opéra, et qui mourut dans le stade de froid, tout cyanosé. Le sang était alors resté dans les capillaires du corps papillaire et avait dilaté, bourré ces vaisseaux. Mais ce sang n'offrait pas de modifications spéciales, tandis que le sang de notre scarlatineux en présente.

Tous les petits capillaires et vaisseaux sont remplis de caillots. Dans plusieurs, un réticulum de fines fibrilles fait présumer l'existence de fibrine en quantité anormale dans le plasma sanguin. Ailleurs, là fibrine est précipitée sous forme granuleuse ou sphéroïdale. De plus, le nombre des globules blancs du sang semble être augmenté considérablement, eu égard aux globules rouges, quoique je ne puisse pas fixer de chiffre exact. Pour en donner une idée, dans un capillaire de 6 cent. de mil. de diamètre, je trouve 12 globules blancs, dans des capillaires de 2 centièmes seulement j'en trouve 7 ou 8. Ces leucocytes sont de divers volumes, plus petits ou plus gros que les globules rouges, mais ils sont de moindre volume que ceux qui s'observent dans la leucocythémie. Presque partout, ces globules sont mêlés aux globules rouges, ce qui me fait affirmer la qualité des capillaires sanguins, mais quelquefois ces globules blancs sont seuls dans le vaisseau; aussi tout en faisant des réserves, en jugeant d'après le contenu, je puis croire que les lymphatiques ont participé aussi à l'engorgement des leucocytes, car c'est par deux mots que je puis résumer ce qui précède, *congestion sanguine* et *accumulation de leucocytes*.

J'ai pu comparer à cette lésion scarlatineuse, quelques coupes de peau de varioleux, l'un mort pendant l'éruption, l'autre mort avec cette éruption générale désignée sous le nom de rash par les Anglais inoculateurs de la variole. Dans ces deux cas aussi, existe l'accumulation des globules blancs dans les vaisseaux de la couche papillaire de la peau, ces globules blancs semblaient être seuls contenus dans les capillaires, d'où j'avais conclu à la nature lymphatique du conduit.

Dans un cas de rougeole, j'ai pu constater sur les parties congestionnées une semblable augmentation de globules blancs, dans les vaisseaux sanguins uniquement.

On voit donc que le fait offre une certaine généralité et je ne crois pas qu'il soit sans importance pour expliquer l'évolution consécutive de ces fièvres éruptives et leur tendance à la suppuration. Je le rapprocherai des faits relatés dans les ouvrages spéciaux de maladies de la peau, de O. Simon et de Neumann, où il est dit qu'on a trouvé à l'autopsie de rougeole, variole et scarlatine, des accumulations de globules blancs dans les viscères, foie et rate. J'ai moi-même observé un fait semblable dans la rate d'un sujet mort de rougeole.

On peut objecter que cette accumulation de leucocytes dans le derme est le résultat d'une stase dans les capillaires, causée par leur dilatation. Mais pourquoi dans le cas de fièvre pernicieuse, le sang ne contenait-il pas de globules blancs? Et ensuite s'il y a stase, pourquoi le sang reste-t-il rouge et ne devient-il pas noir en se chargeant de l'acide carbonique des tissus, comme dans la cyanose par stase veineuse? Quoi qu'il en soit, que les globules blancs soient produits en abondance par le fait de la maladie, ou qu'ils soient accumulés mécaniquement, le résultat est le même et le trouble nutritif de la peau existe. Enfin, ce qui porte à penser qu'il s'agit réellement d'une modification vitale du sang et non pas d'une modification mécanique, c'est la présence inaccoutumée de fibrine.

Les parois vasculaires ne sont pas modifiées dans la scarlatine. L'épithélium et la paroi amorphe des capillaires sont intacts. Il en est de même du tissu ambiant. Il n'y a pas de prolifération nucléaire pas de globules blancs sortis des vaisseaux, le tissu n'a pas subi de modifications élémentaires, il en est de même du corium et du tissu adipeux.

Le revêtement épithélial est épaissi, ce qui se voit facilement par comparaison avec la peau naturelle d'un autre enfant, et même d'un rougeoleux. L'augmentation est due à la multiplication des cellules allongées de la couche profonde, qui sont disposées sur plusieurs couches. Mais cette augmentation ne s'accompagne pas d'une scission plus nombreuse dans les noyaux, c'est plutôt une augmentation par le corps cellulaire. Cependant, le corps cellulaire ne présente pas de vacuoles ni de granulations anormales, le noyau est pourvu de un ou deux nucléoles. La couche cornée n'est pas modifiée, compacte, elle est remarquable par l'assolement de ses cellules, tandis qu'au contraire, la couche cornée de plusieurs rubéoliques est furfuracée et décomposable en écailles.

Le tissu phanérophore et le système pileux ne sont pas modifiés, non plus que les glandes sébacées, mais les glandes sudoripares paraissent vides et flétries. Leur enveloppe amorphe est plissée et ratatinée, les cellules épithéliales sont rapetissées et irrégulières.

En résumé, les lésions cutanées les plus évidentes de la scarlatine sont la congestion sanguine et l'agglomération des globules blancs dans les capillaires, sans modification du derme. Les troubles épithéliaux sont moins certains que dans le cas que j'ai observé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre 1880. — Présidence de M. Tillaux.

M. Verneuil offre à la Société au nom de M. Paul Reclus, l'éloge de Broca.

Etranglement interne. M. U. Trélat a récemment donné ses soins à un homme de 35 ans qui, il y a déjà 4 ans, avait eu des crises douloureuses, accompagnées de vomissements noirâtres, probablement fécaloïdes; mais tout s'était rapidement calmé, sans intervention aucune. Il y a quelque temps des accidents de même nature éclatent: La douleur

abdominale est très vive, la constipation opiniâtre et, de nouveau, les symptômes douloureux s'apaisent; malheureusement ce répit ne devait être que passager, et les mêmes accidents se montrent avec une intensité nouvelle. Lorsque M. Trélat voit le malade, celui-ci est dans un état très grave: point de fièvre, la langue est blanchâtre; la douleur est atroce et procède par accès, le facies est grippé, la douleur est particulièrement vive au niveau de la fosse iliaque droite, mais rien de particulier ne paraît exister à ce niveau; le ventre est météorisé. M. Trélat percute l'abdomen: nulle part il ne trouve de matité; en revanche, il constate que le gros intestin est notablement dilaté, mais cette dilatation du gros intestin est partielle; elle s'arrête un peu au-dessous de l'union du côlon transverse avec le côlon descendant; et comme d'autre part, le toucher rectal ne permet pas d'arriver sur un obstacle, M. Trélat conclut très légitimement que l'obstacle (car obstacle il y a), siège entre l'extrémité du doigt, pratiquant le toucher, et le coude formé par le côlon transverse et le côlon descendant. Quel est cet cet obstacle? L'opinion de M. Trélat est qu'il s'agit d'un néoplasme; mais M. Potain appelé en consultation fait observer que le malade n'a que 35 ans; que ce néoplasme de l'intestin remonterait déjà à quatre ans, ce qui ne se concilie pas facilement avec la santé générale du sujet: que d'autre part, les accidents ont été intermittents, et que les premiers accidents ont été suivis d'un répit de quatre années. Pour toutes ces raisons, M. Potain conclut à une invagination intestinale qu'il place au niveau de la fosse iliaque droite, siège maximum de la douleur. On essaie de l'électrité, des siphons d'eau de seltz, etc..., rien n'y fait, la laparotomie est alors décidée Et que constate-ton pendant l'opération? On constate qu'il n'y a pas plus de néoplasme que d'invagination intestinale; mais qu'en revanche le côlon descendant s'est engagé dans une boutonnière mésentérique; qu'une fois engagé dans cette boutonnière, il en ressort au bout d'un certain temps de manière à constituer une véritable anse intestinale étranglée au niveau de l'orifice de la boutonnière. Le diagnostic fait, l'anse herniée est dégagée, et la peau abdominale suturée. — Pendant 24 heures, l'état général du malade paraît bon, le calme est complet; mais voilà que la fièvre s'allume, le pouls s'accélère, le péritoine s'enflamme, et le malade succombe cinquante heures après l'opération. M. Trélat pense, comme M. Terrier qui l'a assisté pendant l'opération, que la boutonnière mésentérique doit être rattachée à une disposition congénitale du mésentère; que cette disposition explique comment des accidents d'étranglement ont pu éclater quatre ans auparavant pour se calmer d'eux-mêmes. Ce malade a été opéré trop tard, on perd trop de temps à se décider à une opération radicale; on perd trop de temps à user de moyens de douceur qui ne méritent qu'une confiance relative, et la temporisation est une méthode beaucoup trop en faveur; qu'on temporise à la rigueur, dans les étranglements à marche lente; mais s'il est des étranglements lents, il est des étranglements rapides, caractérisés par des vomissements précoces et un météorisme peu considérable, et la temporisation en pareil cas, c'est la mort; l'unique chance de guérison du malade est dans la laparotomie d'urgence; aussi M. Trélat ne serait-il pas éloigné de formuler l'axiôme chirurgical suivant: Tout individu qui n'ayant pas de trace de hernie extérieure, présente les symptômes de l'étranglement aigu, doit subir la laparotomie sur-le-champ. Sur le malade dont il vient d'être question, M. Trélat n'a pas diagnostiqué, il est vrai, la nature de l'obstacle; il eût été bien difficile de le faire; mais il en a diagnostiqué le siège exact; et c'est en tenant compte de la dilatation partielle du gros intestin, c'est en pratiquant une percussion minutieuse et méthodique qu'il a pu arriver à cet heureux résultat.

Le diagnostic du siège de l'obstacle est, on le conçoit sans peine, de première importance: souvent les signes objectifs permettent de faire ce diagnostic; mais chose capitale, le diagnostic du siège de l'obstacle, permet de présumer la nature de l'obstacle; et l'on voit toutes les conséquences qui découlent de ce fait au point de vue de la forme de l'intervention chirurgicale. Sur 600 cas, en effet, d'invagination intestinale, M. Trélat constate que 77 fois sur 100 l'obstacle a siégé au niveau de la valvule iléo-cœcale, qu'au contraire sur 100 cas de cancer de l'intestin, l'obstacle a siégé 80 fois au niveau du rectum et 8 fois seulement au niveau du cœcum ou de l'intestin grêle. N'y a-t-il pas, dans ces chiffres, de quoi fournir les éléments les plus sérieux du diagnostic et d'élucider le diagnostic différentiel si difficile du cancer et de l'invagination? De tous les faits qu'il a observés ou de tous ceux qu'il a compulsés, M. Trélat tire cette conclusion, qu'il faut se défier des moyens de douceur; qu'il importe de lever l'obstacle par une opération faite le plus promptement et le plus rapidement possible, qu'il est capital d'opérer avant tout début de péritonite et que la laparotomie est le moyen qui s'impose dans la grande majorité des cas. En terminant, M. Trélat fait observer que le chirurgien devra soigneusement interroger le thermomètre et que c'est à la température, bien plus qu'à l'empâtement et à la matité de la partie inférieure de l'abdomen signalée par M. S. Duplay, qu'il devra le diagnostic de l'inflammation du péritoine.

M. P. Berger, fait une communication des plus importantes sur 3 cas de laparotomie. M. Berger ayant été contraint par l'heure d'ajourner la suite de sa communication à une prochaine séance, nous donnerons en même temps la première et la seconde partie de son intéressant mémoire. — M. Pilate (d'Orléans) lit une obervation de kyste dermoide fibreux et ossifère du testicule. P. Méricamp.

REVUE DE SYPHILIS

I. **Étude sur la syphilis héréditaire tardive;** par V. Augagneur, thèse de doctorat, Lyon, 1879; J. B. Baillière, éditeur.

II. **Du Phagédénisme tertiaire;** par A. Pichard, Paris 1880, Asselin, éditeur.

III. **La syphilis, son histoire et son traitement** (méthode anglaise); par le Dr James Tartenson; Paris 1880 J. B. Baillière, éditeur;

I. M. Augagneur s'est proposé, d'après un grand nombre d'observations recueillies à l'hospice de l'Antiquaille, d'étudier, sous toutes ses formes, la syphilis héréditaire tardive. A ses faits personnels l'auteur a joint, par ordre chronologique, en un tableau, tous ceux qui avaient été publiés sur le même sujet.

L'auteur a donc pris soin d'appuyer sur des observations *numerandæ et perpendæ*, les conclusions suivantes qui résument son important travail:

La syphilis héréditaire peut se manifester à tous les âges de la vie: l'époque de la puberté est le moment le plus favorable à son apparition. Ces manifestations tardives de la syphilis héréditaire ont toujours la forme spécifique d'accidents tertiaires; elles ne peuvent jamais être rapportées à la période secondaire.

Dans quelques cas on trouve la trace d'accidents syphilitiques antérieurs; mais, dans la plupart des observations, cette succession des symptômes ne peut être établie; on n'est pas autorisé à soutenir que la lésion tertiaire n'est pas la première révélation de la maladie.

Toutes les fois que la période syphilitique dans laquelle se trouvaient les parents, à l'époque de la procréation, a pu être reconnue, il a été constaté qu'ils étaient encore à une époque contagieuse.

Aux altérations des yeux, des dents et des oreilles, données par Hutchinson comme signes de la vérole héréditaire, il faut ajouter l'arrêt du développement général et l'atrophie des organes génitaux.

Le succès du traitement est un moyen de diagnostic puissant pour différencier certaines lésions syphilitiques, d'affections scrofuleuses très analogues par leur aspect extérieur.

II. M. Pichard nous donne sous l'inspiration de M. Fournier, une étude très complète sur le phagédénisme tertiaire. Ce travail, fait avec des observations de Saint-Louis, est destiné à vulgariser les idées du Maître: on y trouvera dé-

crits, dans leur caractère et dans leur marche, chacune des trois formes que M. Fournier reconnaît au phagédénisme tertiaire :

1° Ou le processus ulcératif se manifeste en surface, alors l'ulcération prend des dimensions considérables, couvre, envahit l'enveloppe tégumentaire sur une étendue monstrueuse. Ce premier mode constitue le phagédénisme *extensif*.

2° Ou la lésion ronge en profondeur, alors l'ulcération tend à devenir profonde : elle entame les tissus, les anéantit, imitant, selon l'ingénieuse comparaison de M. Fournier, le travail corrosif de certains insectes, qui s'enfoncent dans le bois à mesure qu'ils le détruisent. C'est là le phagédénisme *térébrant*. — 3° Ou enfin, la lésion exerce des ravages en surface et en profondeur.

Sous l'une ou l'autre de ces formes, le phagédénisme tertiaire est susceptible de tous les degrés : ce sont ces degrés que M. Pichard étudie, appuyant sa description sur des observations très complètes qui permettent d'envisager chacune des allures, bénigne ou grave, suivant le terrain sur lequel évolue la syphilis, suivant aussi l'intervention rapide des modificateurs locaux et généraux.

III. Le livre que le Dr James Tartenson consacre au traitement de la syphilis par les seuls reconstituants est un plaidoyer plutôt qu'une *démonstration* et nous avouons, pour notre part, que nous n'aurions pas été fâché de trouver plus de faits, d'observations et de preuves que d'affirmations. Que les syphilitiques se trouvent bien des médications reconstituantes, personne n'y contredit, la preuve en est que, parmi les médecins *mercurialistes*, il ne s'en trouve peut-être pas un seul qui ne se préoccupe d'associer d'emblée au traitement hydrargirique la médication tonique et reconstituante sous toutes ses formes.

Mais, il y a terriblement loin de cette pratique qu'on pourrait qualifier de méthode mixte, à la *méthode anglaise* et ce que nous avons vu pour notre part, dans cet ordre d'idées, n'irait à rien moins qu'à nous empêcher de partager les convictions des anti-mercurialistes. Nous avons vu et suivi des malades, en petit nombre heureusement, uniquement traités par les reconstituants, eh bien, il s'en faut que ce traitement « ait eu l'incontestable avantage de les guérir sûrement. » Ce que nous avons vu, en pareille occurrence, n'est ni rassurant ni tentant, car deux des malades auxquels nous faisons allusion, en dépit de leur âge, de leur constitution robuste, en dépit enfin de la médication reconstituante ont bel et bien payé d'accidents tertiaires leur foi en une religion qui a déjà compté plus d'un martyr !

Certes, personne n'administre plus aujourd'hui le mercure comme on le faisait il y a longues années et l'on chercherait en vain des malades qui répondissent au tableau effrayant qu'on nous retrace, comme à plaisir, de l'empoisonnement mercuriel ! La médication reconstituante a pris droit de cité un peu partout : tous les médecins sont ses partisans, mais parmi les médecins qui la mettent en œuvre, nous croyons, que, heureusement, on en trouverait bien peu qui se sentiraient assez forts de leur expérience et assez sûrs d'eux-mêmes pour oser écrire : « Le traitement reconstituant est le *seul* rationnel et le *seul efficace*.

Les guérisons *qu'il procure* sont *définitives*.

Une pareille affirmation n'est pas seulement téméraire ; formulée surtout en termes aussi absolus, elle nous paraît grosse d'erreurs, pleine d'aventures et de dangers.

L. LANDOUZY.

VARIA

Institut pour les enfants rachitiques.

Les soussignés, considérant qu'il n'existe à Paris aucun établissement destiné à recevoir les enfants du premier âge atteints de rachitisme ou de difformités ; — Considérant que, faute de places, un grand nombre d'enfants rachitiques au-dessus de deux ans ne peuvent être admis qu'exceptionnellement dans les hôpitaux d'enfants ; — Considérant, d'autre part, que les enfants rachitiques ou atteints de difformités sont difficilement admis dans les écoles où, d'ailleurs, ils sont trop souvent l'objet des plaisanteries de leurs camarades ; qu'ils exigent des conditions scolaires différentes de celles des autres enfants ; qu'ils ne peuvent, par exemple, être astreints à la même assiduité ;

Emettent le vœu : Qu'il soit créé deux écoles dispensaires dans deux des arrondissements les plus populeux de Paris ; que ces établissements soient placés sous la direction d'un chirurgien ou d'un médecin des hôpitaux ; que l'enseignement soit confié à des institutrices laïques, — ainsi que cela se pratique avec le plus grand succès dans les écoles rachitiques fondées à Turin par M. le Dr Gamba et à l'Institut créé par M. le Dr Pini à Milan.

Signé : Bourneville, Thulié, Hovelacque, Sigismond-Lacroix, Delabrousse, Lafont, François Combes. — Renvoyé à la 4e commission.

Le service médical de nuit en Amérique

Le conseil de santé de New-York vient d'adopter sur la proposition de l'Académie de médecine de cette ville, les conclusions d'une note de M. le Dr H. NACHTEL, relative à l'installation d'un *service médical de nuit*, analogue à ceux qui fonctionnent actuellement à Berlin, St-Pétersbourg, Paris et dans les autres grandes villes d'Europe. A Paris, pendant les 6 mois écoulés du 1er avril au 1er oct. 1878 et pour une population d'environ 2 millions d'habitants, il n'a pas été fait moins de 2000 visites de nuit, et la moitié de ces visites ont été payées par les malades eux-mêmes. A New-York, pour une population de 1,100,000 et dans le même temps, il a été fait environ 1,110 visites : la proportion semble donc égale ; mais il faut remarquer que la proportion de médecins, qui est à Paris, d'un pour 1000 est à New-York de 1 pour 500 ou 600 de sorte que la nécessité de recourir à la police pour avoir un médecin est beaucoup moindre. Quoiqu'il en soit, le service de nuit, aujourd'hui organisé, fonctionne régulièrement en dépit de quelques petites difficultés pratiques, et la *Gazette médicale de New-York*, ainsi que le *New-York Herald* (10 oct.) rendent grâce au Dr Nachtel dont le zèle philantropique et à l'activité désintéressée ont fait adopter la nouvelle loi. (*The medical Gazette*.)

La démission des médecins légistes de Paris.

Le 6 novembre, M. Brouardel, médecin légiste, adressait à ses collègues la lettre suivante :

« Monsieur et cher collègue,

« Dans la séance solennelle de rentrée de la cour de Paris, le 3 novembre 1880, M. le procureur général a prononcé la phrase suivante :

« Les expertises se font sans lui (l'accusé), par des hommes pour « qui leurs opinions scientifiques personnelles, des négligences iné- « vitables dans des opérations sans contrôle, et la trop longue fré- « quentation des chambres d'instruction sont autant de causes d'er- « reur. » (*Le Droit*, jeudi 4 novembre.)

« Après avoir pris l'avis de mes maîtres, de MM. Vulpian, Lasègue, j'ai l'honneur de vous convoquer, en leur nom et au mien, chez moi, rue Bonaparte, 6, mardi 9 novembre, à huit heures et demie du soir, pour délibérer sur la réponse à faire à la phrase précédente :

« Veuillez recevoir, etc. « P. BROUARDEL. »

A la suite de cette réunion, à laquelle ont pris part tous les médecins légistes, au nombre de 19, les docteurs Beaudoin, Bergeron, Brouardel, d'Heurle, Gallard, Gratiot, Ladreit de Lacharrière, Laugier, Le Paulmier, Piogey, Simonet, Blanche, Bouchereau, Lasègue, Legrand du Saulle, Lunier, Motet et Voisin, ont déclaré qu'ils considéraient le passage précité comme attentatoire à la dignité professionnelle, et ont renvoyé les dossiers des affaires criminelles dont l'expertise médicale leur était confiée.

La *Gazette des tribunaux* a publié à ce sujet la note suivante :

« Nous recevons une communication qui doit dissiper tout malentendu, et nous espérons que MM. les médecins et chimistes experts, dès qu'ils en auront connaissance, s'empresseront de reprendre les fonctions qu'ils ont, jusqu'à présent, remplies avec un zèle et un dévouement dignes des plus grands éloges.

« Voici cette communication : Le procureur général près la cour de Paris a appris que MM. les médecins et chimistes chargés, à Paris, des expertises dans les affaires criminelles et correctionnelles, ont considéré une phrase du discours prononcé par lui à l'audience de rentrée de la cour, comme impliquant une critique de la manière dont ils accomplissent leur mission. Il tient à repousser cette interprétation tout à fait contraire à sa pensée et à l'opinion qu'il professe sur le savoir, l'impartialité et le dévouement consciencieux de MM. les experts. Il a voulu seulement, dans une étude théorique, reprocher à la législation criminelle de ne pas placer, à côté des expertises, un contrôle, qui les garantisse contre toutes causes d'erreurs. »

L'incident de la démission des médecins légistes est clos, dit la *France*, MM. Vulpian, Lasègue et Brouardel, délégués par leurs confrères, ont eu hier une entrevue avec le procureur général, M. Dauphin. Il a suffi de quelques explications pour amener une entente entre les docteurs et le procureur général.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 22. — *2e de fin d'année* : MM. Béclard, Cadiat, Remy. — *3e de fin d'année* : MM. Guyon, Dieulafoy, Straus. — *1er de Doctorat* (Nouveau mode) *1re Série* : MM. Baillon, Henninger, Gay. — *2e Série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan.

Mardi 23. — *1re de fin d'année* : MM. Henninger, Bourgoin, Gay. *1er de Doctocrat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Peyrot. — *1er de Doctorat* (Nouveau mode) : MM. Bouchardat, Robin, Hanriot. — *4e de Doctorat, 1re Série* : MM. Lasègue, Brouardel, Debove. — *2e Série* : MM. Peter, Ball, Grancher. — *5e de Doctorat* (Charité) : MM. M. Richet, Pajot, Troisier.

Mercredi 24. — *2e de fin d'année* : MM. Béclard, Terrillon, Rémy. *1er de Doctorat* : *1re Série* (Nouveau mode) : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — *2e Série* : MM. Baillon, Henninger, Gay. — *5e de Doctorat* : MM. Trélat, Potain, Chantreuil.

Jeudi 25. — *2e de fin d'année* : MM. Ball, Humbert, Richelot — *1er de Doctorat* : MM. Sappey, Panas, Bouilly. — *2e de Doctoral* : MM. Richet, G. Sée, Joffroy. — *4e de Doctorat* : MM. Brouardel, Bouchard, Legroux.

Vendredi 26. — *3e de fin d'année* : MM. Charcot, Ollivier, Reclus. — *1er de Doctoral* : *1re Série* : MM. Trélat, Guyon, Cadiat. — *1er de Doctorat* (Nouveau mode) *2e Série* : MM. Baillon, Gariel, Bourgoin. — *1er de Doctorat* (Nouveau mode) *3e Série* : MM. Regnauld, Henninger, Gay.

Samedi 27. — *1re de Doctorat* (*1re Série*) : MM. Gosselin, Sappey, Ch. Richet. — *1er de Doctorat* (*2e Série*) : MM. Richet, Panas, Richelot. — *4e de Doctorat* : MM. Brouardel, Hayem, Hallopeau.

Enseignement médical libre.

Pathologie externe. — M. Duret, prosecteur, fait un cours de pathologie externe sur les maladies des articulations, les lundis, mercredis et vendredis à huit heures du soir, à l'École pratique ; le premier cours a eu lieu le lundi, 15 novembre.

Pathologie interne. — M. le Dr H. C. de Boyer a commencé son cours le jeudi 18 novembre 1880, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre. Ce cours sera absolument élémentaire et comportera les considérations de thérapeutique usuelle qui seront nécessaires.

Hygiène et maladies des nourrissons. — M. le Dr Brochard a commencé ce cours le mercredi 17 novembre, à 8 heures du soir, à l'Ecole pratique, amphithéâtre, n° 2, et le contiuera tous les mercredis à la même heure.

Cours d'accouchements. Manœuvres obstétricales. — M. le Dr Champetier de Ribes a commencé son cours le lundi 15 novembre à 4 heures, dans l'amphithéâtre. n° 3, de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Cours d'accouchements. — M. le Dr Thévenot a recommencé son cours public d'accouchement, le lundi 15 novembre, à 5 heures et le continuera les mercredis et vendredis suivants. Ce cours a lieu, 172, boulevard Saint-Germain.

Hôpital de Lourcine. — Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie. — M. Le Dr L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera ce cours le samedi 20 novembre, à 9 heures, et le continuera les mercredis et samedis à la même heure pendant l'année scolaire 1880-1881. Le mardi, à 9 heures, consultation et traitement externe; le mercredi, leçon sur la gynécologie; le samedi leçon sur la syphilis. — *Nota* : MM. les étudiants en médecine recevront, pour assister à la visite des malades et au cours, une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

Maladies des voies urinaires. M. le Dr Mallez a commencé son cours de pathologie et de chirurgie de l'*appareil urinaire*, le jeudi 18 novembre, à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, pour le continuer les jeudis suivants, à la même heure. — Projections photo-micrographiques d'anatomie pathologique de l'urèthre, de la vessie et du rein.

Cours complet des maladies des yeux. Le Dr Galezowski commencera ce cours à l'Ecole pratique de la Faculté, à l'amphithéâtre, n° 2, le lundi 22 novembre, à 8 heures du soir, et il le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Ce cours comprendra le *diagnostic* des maladies externes et *internes* des yeux. Démonstrations ophthalmoscopiques à la fin de chaque séance.

Clinique médicale. M. le Dr T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons, dans cet hôpital, le samedi 27 novembre, à 9 heures du matin, amphithéâtre, n° 3.

Maladies des voies urinaires. M. le Dr Dubuc commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, mardi 23 novembre, à 5 heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Ophthalmologie. M. le Dr Landolt fera des conférences dans sa clinique, 27, rue Saint-André-des Arts, le mercredi et le samedi de 2 à 3 heures. La leçon du mercredi, plus particulièrement consacrée aux étudiants, portera sur les *maladies externes de l'œil*; celle du samedi aura trait à la *physiologie de l'œil*. Les deux leçons s'appuieront sur des démonstrations cliniques, des opérations et des expériences.

Maladies des yeux et des oreilles. — M. le Dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera le lundi, 22 novembre, à 2 heures, un cours élémentaire sur les affections des yeux considérées dans leurs rapports avec les diathèses — Le cours aura lieu le lundi et le jeudi à 2 heures, à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts.

FORMULES

69. Traitement du pyrosis. E. Ory.

M. Ory donne, dans la *France Médicale*, les formules suivantes, qui peuvent être utilement prescrites pour compléter le traitement rationnel par le régime convenable, la diète lactée et végétale, les boissons alcalines. — Jeannel conseille de prendre une cuillerée à soupe, deux à quatre fois par jour, de la mixture suivante:

Rhubarbe pulvérisée	10	grammes.
Bicarbonate de soude	2	—
Sirop de sucre	50	—
Hydrolat de menthe	250	—

Chaque cuillerée à soupe représente environ 0, 50 centig de rhubarbe. — On trouve dans le formulaire pharmaceutique de Londres une mixture de craie :

Craie pulvérisée	10	grammes.
Sucre blanc	10	—
Gomme arabique	5	—

Ou bien la poudre de craie composée :

Craie préparée	200	grammes.
Cannelle	120	—
Racine de tormentille	100	—
Gomme arabique	100	—
Poivre long	15	—

Pulvérisez séparément, mêlez le tout ensemble. Donnez à la dose de 1 à 2 grammes. Cette poudre, d'après Bouchut, serait salutaire dans les cas de pyrosis et de diarrhées chroniques. — On a encore prescrit avec succès la poudre suivante :

Magnésie calcinée pulvérisée	30	grammes.
Sucre en poudre	30	—
Sous-nitrate de bismuth	4	—
Bicarbonate de soude	6	—

Pour 40 paquets. Prendre un de ces paquets immédiatement au début des deux principaux repas. — Franck a conseillé :

Carbonate de magnésie	2	grammes.
Poudre de rhubarbe	0, 50	centig.
Poudre de cannelle	0. 50	—

A prendre en deux fois.—M. Ory rappelle encore la composition de la liqueur cordiale de Warner :

Rhubarbe	30	grammes.
Séné	20	—
Safran	5	—
Réglisse	20	—
Raisins secs	500	—
Alcool à 21°	1500	—

Faites digirer quinze jours et filtrez. Administrer une cuillerée à café matin et soir un peu avant les deux principaux repas. — Enfin M. Bouchardat indique la composition suivante comme une poudre utile contre le pyrosis :

Rhubarbe en poudre	5	grammes.
Magnésie calcinée	5	—
Opium brut en poudre	0, 10	centig.

Diviser en quinze paquets dont on prescrit un paquet chaque jour avant le principal repas.

70. Traitement de la blennhorrhagie. Kersch.

Le Dr Kersch, (de Prague) admet deux variétés d'uréthrite : l'une produite par l'ingestion de boissons acides et, en particulier, de bières faîches, riches en ferment et appelées en Allemagne *Biertripper* ; la seconde variété aurait pour cause le contact direct avec la muqueuse uréthrale de microbes renfermés par le mucus vaginal. Il y aurait donc une uréthrite simple, plus ou moins aiguë et une uréthrite spécifique ou virulente, caractérisée par une intensité plus grande des phénomènes locaux et généraux, par une ténacité plus marquée. L'auteur préconise le traitement suivant :

1er Stade : Soutenir les bourses à l'aide d'un suspensoir antiphlogistique, nourriture légère, abstinence de boissons alcooliques, surtout de la bière ; quinine lorsqu'il y a de la fièvre ; applications locales de la glace lorsque l'inflammation est très aiguë et que la portion

membreneuse de l'urèthe est prise ; morphine à petites doses contre es douleurs ; dans les cas graves :

Chlorhydrate de morphine.	0,02 centig.
Potion gommeuse	200 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les heures ; boissons mucilagineuses. Le meilleur moyen contre les érections et les pollutions pendant le sommeil consiste à faire prendre un verre d'eau glacée avec un peu d'élixir acide de Haller, avant de se mettre au lit. Pas d'injections, sauf à l'eau pure, tant qu'il y a de la douleur. Les balsamiques doivent être également prescrits pendant le 1er Stade.

2e *Stade*. S'abstenir rigoureusement de la bière comme dans le premier stade. Régime fortifiant. Injections astringentes. « Il ne faut cependant pas prescrire des solutions trop concentrées qui agissent comme les caustiques ». On doit rejeter le nitrate d'argent, et cela d'autant mieux qu'on possède beaucoup de médicaments qui n'ont point d'inconvénients consécutifs,et dont l'action astringente est encore très marquée ; tels sont le tannin et le sulfate de zinc. (1 gr. pour 200 d'eau). M. Kersch recommande à l'intérieur la mixture suivante :

Extrait de racine de ratanhia	5 grammes.
Jaune d'œuf ou mucilage de gomme arabique	15 —
Eau distillée.	80 —
Teinture de canelle	20 —
Sirop simple.	20 —

A prendre par tiers, matin, midi et soir. On y joindra l'usage du copahu. Généralement tout disparait après 5 ou 6 doses. (*Paris Médical* d'après *Memorabilien.*)

NOUVELLES

Natalité a Paris.— Du vendredi 5 novembre au jeudi 11 novembre 1880, les naissances ont été au nombre de 1077, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 401; illégitimes, 143, Total, 544. — *Sexe féminin :* légitimes, 392; illégitimes, 141, Total, 533.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 5 novembre au jeudi 11 novembre 1880,les décès ont été au nombre de 1047, savoir : 571 hommes et 476 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 28. F. 18. T. 46. — Variole : M. 4. F. 11. T. 15. — Rougeole : M. 9. F. 6. T. 15. — Scarlatine : M. .. F. 1. T. 1. — Coqueluche : M. 4. F. 6. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 26. F. 21. T. 47.— Dysentérie : M. 1. F. .. T. 1. — Erysipèle : M. 4. F. 4. T. 8. — Méningite (tubercul. et aiguë) : M. 19. F. 10. T. 29. — Infections puerpérales : 7. —Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Phthisie pulmonaire : M. 121. F. 71. T. 192. — Autres tuberculoses : M. 6. F. 3. T. 9. — Autres affections générales : M. 32. F. 29. T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25. F. 26. T. 51. — Bronchite aiguë : M. 15. F. 20. T. 35. — Pneumonie : M. 34. F. 31. T. 65. — Athrepsie : M. 38. F. 28. T. 66. — Autres maladies des divers appareils : M. 176. F. 168. T. 344. — Après traumatisme : M. 3. F. .. T. 3. — Morts violentes : M. 16. F. 9. T. 25. — Causes non classées : M. 3. F. 1. T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 65 qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin :* légitimes, 19; illégitimes, 12. Total, 31. — *Sexe féminin :* légitimes, 27; illégitimes, 7. Total, 34.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Hyvernot Jules est nommé chef des travaux biologiques (laboratoire de M. Lépine), en remplacement de M. Weil, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont nommés, pour une période de deux ans, aides des travaux pratiques : *Anatomie* : M. Chapon; — *Physiologie* : M. Forgue; — *Histoire naturelle* : M. Paumès. — Sont nommés pour un an, aides des travaux pratiques : *Histologie* : M. Doze; *Médecine opératoire* : M. Baylac.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Gérard, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de botanique micrographique pendant l'année scolaire 1880-1881. — M. Moissan, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences des travaux pratiques pendant l'année scolaire 1880-1881.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Jacquin est nommé préparateur de zoologie et de botanique en remplacement de M. Brunier, démissionnaire.

Nécrologie. — La *Andalucia medica* annonce la mort du Dr Rafael Ceballos, chirurgien du plus grand mérite, mort le 20 octobre dernier à Cordoue. — M. Marcel Mossé, externe des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Perpignan à l'âge de 23 ans. Nous adressons à son frère, M. le Dr Mossé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, l'expression de notre vive sympathie.— Un des contemporains et amis de Laënnec et de Dupuytren, le Dr de Montméja est mort, il y a quelques jours à l'âge de 89 ans. Ses obsèques purement civiles ont eu lieu à Carlux (Dordogne) au milieu d'un cortège immense formé par toute la population du pays. — Le *Praticien* annonce la mort du Dr Lecler, médecin distingué de Contrexeville, qui vient d'être emporté en trois jours par une pneumonie compliquée d'accès pernicieux. — M. Azaïs (E.), médecin principal de l'armée, vient de mourir à Bordeaux; il était âgé de 53 ans.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot, recommencera ses conférences cliniques le dimanche 21 novembre à 9 h. 1/2, dans l'amphithéâtre. — Des cartes spéciales seront délivrés aux bureaux de la direction de l'hospice, sur la présentation des feuilles d'inscription, et des cartes d'étudiants ou de docteur en médecine.

Hôpital St-Louis. Clinique des maladies cutanées syphilitiques : M. A. Fournier. Vendredi et mardi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. Cliniques des maladies des enfants : M. Parrot, samedi 20 novembre; puis mardi et samedi de chaque semaine à 9 heures 1/2.

Hôpital Lourcine. M. Martineau. — Clinique gynécologique. Mercredi à 9 heures. — Salle St-Alexis : 2, Syphilis contractée au 5e mois de la grossesse avec le père de l'enfant; Chancre infectant de la petite lèvre droite; 14, Syphilides vulvaires et interdigitales ; 40, Vulvite folliculaire ; Abcès multiples de la grande lèvre droite ; 43, Déformation vulvaire; Décollement de l'urèthre; 44 Chancre, infectant double des lèvres buccales avec syphilides cutanées; 45, Chancre infectan anal; pédérastie; vice de conformation vulvaire interdisant les rapports normaux.

Clinique syphiligraphique. Samedi à 9 heures. — Salle Saint-Louis : 2, Métrite; adéno-phegmon péri-utérin ; 4, Syphilides papulo-squameuses avec exfoliation de l'épiderme; pédérastie; 5, Vaginite; dermite exfoliatrice des jambes et de l'abdomen ; 25, Adéno-pelvi-péritonite; métrite chronique scrofuleuse; 28, Chancres mous de la fourchette et chancre mixte infectant ; syphilides cutanées et pharyngées ; pédérastie ; 34, Soudure des lèvres du capuchon ; végétations.

Hôpital Tenon. — *Médecine* : Service de M. H. Rendu. Visite à 8 h. 30. — Consultation le samedi. — Spéculum le mardi. — Salle Sainte-Marguerite (F.) : 1, affection cardiaque; 2, mal de Bright : 11, hémorrhagie corticale. — Salle Gérando (H.) : 12, leucocythémie; 13, phlegmon périnéphrétique ; 15, sclérose en plaques; 22, myélite transverse. Pavillon Tenon (H.) : varioles.

Service de M. Straus. Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Salle Saint-Augustin : 4, azoturie ; 12, ataxie locomotrice. Salle Colin : 1, hématocèle rétro-utérine ; 10, pachyméningite cervicale hypertrophique. Pavillon Tenon (F.) : varioles.

Service de M. Hallopeau. Visite à 9 h. Consultation le vendredi. Salle Converchel (F.) : 1, néphrite parenchymateuse ; 18, kyste de

l'ovaire. Salle Bichat (H.) : 3, dilatation aortique; 19, affection mitrale.

Service de M. DIEULAFOY, suppléé par M. R. MOUTARD MARTIN. Visite à 9 h. Consultation le lundi. Spéculum le jeudi. Salle Magendie : 3, myélite : paraplégie ; 22, corps fibreux de l'utérus. — Salle Laennec : 3, pleurésie aiguë. — Salle Saint-Vincent : 6, syphilis cérébrale ; 7, carcinôme hépatique ; 13, néphrite interstitielle.

Chirurgie : Service de M. TH. ANGER. Visite à 9 h. 1/2. Consultation : lundi, mercredi, vendredi. Opérations le mardi. — Salle Dupuytren : 4, fracture et luxation du coude. Salle Montyon : 2, tubercule du testicule ; 3, hypertrophie de la prostate. — Salle Seymour : 1, phlegmon de l'œil. — Salle Delessert : 1, bartholinite balistique ; 18, abcès retro-vésical.

Service de M. DELENS. Visite à 9 h. Consultation : mardi, jeudi, samedi. — Salle Richard-Wallace : 11, carcinôme du sein ; 17 et 19, épithélioma du col utérin. — Salle Saint-Ferdinand : 9, fracture de la rotule. — Salle Saint-Michel : 22, épithélioma du rectum.

Hôpital des Enfants malades. — Service de M. de SAINT-GERMAIN visite à 9 heures. Salle Sainte-Pauline : 1, hématurie ; 2, prolapsus rectal ; 3, 28 et 30, genu valgum ; 8, phlegmon périarticulaire ; 11, arthrite tibio-tarsienne gauche ; 12, gomme ulcérée 1/3 supérieur, jambe gauche ; 16, plaie de la main droite ; 18, corps étranger, main droite ; 20, périostite alvéolo-dentaire ; 24, périostite phlegmoneuse diffuse, jambe gauche ; 32, mal de Pott. Salle Saint-Côme : 1 et 21, brulûre 2e degré ; 3, coxalgie ; 5 et 6, fracture, cuisse gauche ; 8, plaie périarticulaire du genou, hydarthrose ; 9, phlegmon diffus, suite de scarlatine ; 10, bec de lièvre compliqué ; 12, contusion avec épanchement sanguin, partie inférieure et interne de la cuisse gauche ; 13, adénite ingunale droite, écorchure du tégument du genou ; 15, périostite cubitus gauche ; 24, périostite phlegmoneuse diffuse (amputation) ; 27, contusion du périnée ; 28, ostéopériostite strumeuse, tibia droit ; 29, spina ventosa, doigt.

M. BOUCHUT, visite à 8 heures et demie. Salle Sainte-Catherine : 7, 8. 26, fièvre typhoïde ; 8, fièvre typhoïde ; 9, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique ; 10, 36, scarlatine ; 11, rougeole ; 14, albuminurie ; 17, névralgie trifaciale ; tumeur cérébrale (?) ; 19, tumeur cérébrale ; 23, scarlatine, bubons, érysipèle : 24, scarlatine ; 30, cyanose congénitale, rétrécissement pulmonaire ; 34 et 39, coqueluche ; 35, cyanose congénitale, rétrécissement pulmonaire ; 46, stomatite ulcéro-membraneuse ; 52, 57, chorée ; 54, angine syphilitique ; 56, hystérie (enfant de 14 ans) ; 60, albuminurie.

Service de M. ARCHAMBAULT, visite à 9 heures, salle Sainte-Geneviève : 2, pneumonie, sommet droit ; 4, angine diphtéritique ; 5, 7, 26, fièvre typhoïde ; 9, tuberculose pulmonaire ; 11, otite moyenne ; 13, tuberculose pulmonaire ; 15, chorée ; 20, rétrécissement mitral ; 22, chorée ; 23, insuffisance mitrale. — Salle Saint-Louis : 4, angine diphtéritique, albuminurie : 6, angine diphtéritique ; 8, coqueluche ; 14, 15, fièvre typhoïde ; 16, syphilis ; 17, albuminurie, après scarlatine ; 18, fièvre typhoïde, diphtérie contractée dans la salle ; 19, 25, fièvre typhoïde ; 21, intoxication saturnine.

Service de M. le Dr DESCROIZILLES, consultations : maladies chroniques, le lundi ; maladies aiguës, le jeudi. Salle Saint-Ferdinand : coxalgies suppurées, 6, 13, 14, 20 ; coxalgies non suppurées, 15, 16 ; mal de Pott avec paraplégie, 21 ; carreau, 9 ; goître, crétinisme, 11 ; tumeur blanche du genou, 17, 30 ; genu valgum, 26. — Salles Saint-Michel et Saint-Joseph : teignes tondantes, favus, pelades, impétigo. Examen des malades le vendredi, traitement des teignes par l'huile de croton.

Service de M. LABRIC, visite à 8 heures et demie. Salle Saint-Jean, garçons : 1, 16, 44, chorée ; 6, 24, coqueluche ; 7, 39, angine diphtéritique ; 9, 10, 25, 34, 37, fièvre typhoïde ; 13, 36, 38, affections cardiaques ; 30, pneumonie ; 32, 33, pleurésie ; 43, paralysie infantile ; 48, scarlatine ; 53, paralysie faciale ; 34, méningite tuberculeuse.

Service de M. J. SIMON, consultation des aigus, samedi 9 heures ; chroniques, jeudi 9 heures. Salle Sainte-Marie : 1, 18, 28, 37, 39, scrofule ; 2, adénite cervicale ; 3, mal de Pott dorso-lombaire ; 4, 13, 23, 26, 32, mal de Pott ; 6, 7, 11, 31, mal de Pott avec paraplégie ; 5, 34, rachitisme ; 16, 17, 20, 21, 22, 25, 36, 38, 40, coxalgie non suppurée ; 9, 24, 29, 30, coxalgie suppurée ; 27, hydrocéphalie ; 15, hystérie ; 8, 10, tumeur blanche du genou ; 12, coxalgie, mal de Pott, dégénérescence amyloïde du foie ; 19, paralysie infantile ; 33, carie du rocher, paralysie faciale, accidents cérébraux ; 35, mal de Pott, abcès par congestion, albuminurie. Salle Saint-Vincent et Sainte-Lucie : varioleux. — Salle Sainte-Marthe et Sainte-Thérèse : teignes.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

8e ANNÉE. — N° 48. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 27 NOVEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

—

Moyen facile, rapide et inoffensif d'arrêter la toux quinteuse de certains phthisiques;

Par L. LANDOUZY, agrégé, médecin des hôpitaux.

C'est chose plus difficile qu'on ne saurait l'imaginer, que de calmer la toux de certains phthisiques quand elle vient les assaillir par quintes se répétant plusieurs fois dans une même journée, et cela, en dépit des médications les plus variées et les mieux combinées.

Il n'est pas de praticien ayant soigné bon nombre de phthisiques qui nous démentirait si nous disions, que, parmi les mille difficultés, petites et grandes, qu'on rencontre auprès des tuberculeux, une des plus insurmontables est parfois l'enrayement de certaines toux, qui, par la fréquence et la durée des accès, mettent véritablement les malades au supplice. Chez ces malheureux, toutes les potions du monde, opiacées ou autres, semblent échouer et cela, que la toux éclate sans cause appréciable ou paraisse sollicitée, soit par l'exercice, même très modéré de la voix, soit par le travail de la digestion, soit encore par quelques mouvements tels que ceux de la marche, même lente et tranquille, dans un appartement. Souvent, chez certains malades plus susceptibles, plus nerveux peut-être que d'autres, c'est à très grand'peine que nous parvenons à modérer la toux, même alors que nous varions et combinons à l'infini les ressources offertes par la matière médicale. Encore, dans ces cas, faut-il reconnaître que nous diminuons mais *n'arrêtons pas la toux*; et puis, cette diminution difficilement obtenue ne l'est que lentement, plusieurs heures après l'administration du médicament, celui-ci n'agissant qu'à la longue, ses effets paraissant devoir s'accumuler comme les doses. Enfin, pour tout dire, ce n'est pas sans quelques dommages pour l'état général du patient que nous recourons à une médication qui, pour viser spécialement le symptôme toux, n'emporte pas moins avec elle certains inconvénients. Est-ce que, chez ces phthisiques déjà envahis par la torpeur de la fièvre et de l'anthématose, déjà anorexiques pour les mêmes raisons, déjà minés par des sueurs nocturnes, il n'est pas dommageable de prescrire, d'une façon suivie, des préparations opiacées pour ne parler que de celles-là ? Du reste, les médications les plus efficaces, pour diminuer la toux, pour la faire moins pénible, moins fréquente et moins quinteuse, ne la font, d'ordinaire, taire *ni au moment voulu, ni au gré du patient ou du médecin*, et pourtant, ce point a une excessive importance.

Ce n'est pas seulement une impression pénible qu'éprouve le médecin en s'approchant d'un malheureux phthisique en proie à une toux incessante, déchirante, qui s'entretient elle-même par sa répétition, congestionnant le larynx et l'arrière-gorge, fatiguant le diaphragme, empêchant le sommeil, augmentant l'anorexie, provoquant enfin le vomissement; ce n'est pas seulement une impression pénible et désagréable qu'éprouve alors le médecin, c'est une gêne véritable, car il manque du calme et du silence nécessaires pour examiner son malade. Combien de fois ne nous arrive-t-il pas d'être obligé, par la toux qui ne finit pas, d'interrompre l'auscultation ou de suspendre l'interrogatoire : ce qui n'est qu'une gêne ou un retard dans la pratique urbaine, devient, parfois, bien autre chose dans la pratique hospitalière ! A qui n'est-il pas arrivé de voir le silence et le recueillement nécessaires pour examiner à fond un malade, pour l'ausculter finement, pour pratiquer une percussion délicate et superficielle, à qui n'est-il pas arrivé d'être gêné dans l'examen de malades, voisins d'un malheureux tousseur qui ne tarit pas? Que de fois, étant chef de clinique, à la visite du soir (alors que les accès de toux semblent rappelés par le travail de la digestion) n'avons-nous pas été empêché de pousser à fond une diagnostic de lésion pulmonaire ou d'affection cardiaque, et cela, d'autant que l'on a remarqué, que, dans une salle d'hôpital, rien n'est contagieux comme ces toux bruyantes, quinteuses, par lesquelles certains phthisiques impressionnables se répondent comme autant d'échos? Il y a quelques jours encore, à la Charité, dans la salle Ferdinand où nous remplaçons M. Raynaud, nous faisions remarquer aux élèves l'importance de ce fait. Aux numéros 3, 5, 7, 10, 13 et 14 étaient couchés des tuberculeux, pulmonaires ou laryngés, qui, sous l'influence du travail digestif du premier repas ou de l'interrogatoire, même rapide, nécessité pour leur examen, étaient pris, pendant la visite, de toux si persistante et si communicative, que non seulement l'examen desdits malades était rendu très difficile, mais encore la tranquillité et le silence de la salle étaient rendus impossibles. C'est dans ces conditions que nous mîmes, avec succès complet et immédiat, en œuvre, contre la toux, une médication à laquelle l'expérience nous a, depuis longtemps déjà, appris à avoir confiance : médication sans inconvénients locaux ou généraux, d'ordinaire aussi complète et rapide dans ses effets qu'elle est simple dans ses moyens. Nous faisons alors, simplement une injection hypodermique d'une pleine seringue remplie d'eau distillée et de quelques gouttes d'hydrolat de laurier-cerise : nous la faisons dans les régions sous-claviculaire ou cervicale, piquant la peau dans la région la plus rapprochée de la zone qui paraît être le point de départ de l'incitation, perçue ou non sentie, portée au nevraxe pour produire la toux. L'injection est d'autant plus sûrement et longuement suivie de calme qu'elle est poussée plus près des points dans lesquels les malades accusent ces sensations de déchirement, de cuisson, de picotement ou de fourmillements qui semblent être le premier anneau de la chaîne réflexe qui aboutit à la toux. C'est ainsi, que, dans la phthisie laryngée, le calme obtenu par l'injection est plus certain et plus durable quand on la fait sur les côtés du larynx, plus immédiate aussi et à plus longue portée, dans les pleurésies circonscrites ou dans les bronchites des sommets, quand on pique dans les espaces intercostaux douloureux, spontanément ou à la pression.

Il est rare, que, faite dans ces conditions, l'injection ne coupe court à la toux, si répétée, si intense ou si tenace qu'elle soit : il est rare que ce calme ne laisse de longs répits au malade, il est rare enfin que ce calme ne

soit longtemps obtenu, de même manière, surtout si l'on se garde d'arriver trop vite à l'accoutumance : ne parviendrait-on, chez les phtisiques auxquels nous faisons illusion, qu'à leur éviter par ce moyen deux des principales et des plus pénibles quintes de toux, celles du matin et celles du soir, qu'on aurait déjà obtenu un double résultat, le soulagement des malades et celui de leur entourage ?

Pour simple que soit le procédé, à cause même de sa simplicité, nous croyons qu'il y a intérêt à ce qu'il ne soit pas dévoilé aux malades : il faut qu'ils ignorent la nature du médicament employé chez eux ; c'est pour cette raison, qu'il est bon (les malades pouvant avoir la curiosité de goûter et de sentir la solution) d'ajouter à l'eau distillée quelques gouttes d'eau de laurier-cerise, c'est encore pour cette raison, et non par pur amour des nouvelles nomenclatures chimiques, que, quand nous faisons ces injections, nous les prescrivons sous le nom d'injections de bi-oxyde d'hydrogène.

On doit toujours compter avec la pusillanimité des malades, il faut savoir qu'elle serait capable de les faire reculer devant la douleur, même légère et fugace de l'injection d'*aquæ distillatæ*, si, avec leur tendance naturelle à juger de la portée des effets par l'intensité des causes, ils se prenaient à douter de l'efficacité du procédé employé chez eux.

Avec cette précaution, l'injection est acceptée par le malade, qui, à l'user, prend confiance dans son nouveau médicament puisqu'il lui apporte calme et soulagement ; de plus, sans compter les raisons physiologiques que nous dirons tout à l'heure, le malade, pour des motifs psychologiques visés plus haut, croira d'autant plus à la médication *qu'il lui en cuira davantage*. C'est précisément, parce que la douleur produite par l'injection, très légère et fugace avec l'eau distillée, devient plus vive et plus persistante quand elle est faite avec un mélange d'eau et de quelques gouttes d'hydrolat de laurier-cerise, c'est pour cela encore, que nous donnons la préférence à une solution diluée d'eau de laurier-cerise sur les injections de bioxyde d'hydrogène pur.

En somme, quel est l'effet de l'injection employée contre la toux, comment peut-elle exercer une action suspensive ? Elle agit contre la toux comme elle agit contre les douleurs, névralgiques ou autres, dans les expériences que tout le monde a faites après MM. Potain et Dieulafoy (1) ; elle agit pour suspendre la toux comme a montré M. Vulpian (2), qu'agissaient, sur les douleurs fixes de certains ataxiques, maints excitants : eau chaude, chloroforme, sinapisme, pression digitale forte, injection d'eau ou de morphine, etc, etc.

L'injection poussée dans le derme d'un phtisique-tousseur semble produire sur les expansions nerveuses de la peau une excitation qui portée aux centre nerveux, les excitant d'une manière nouvelle, change l'état qui tout à l'heure *conditionnait* la toux. Dans cette hypothèse vraisemblable, la douleur due à l'injection *dérive* l'état potentiel des centres nerveux et *l'occupe*, si on peut ainsi dire, pour son propre compte. On comprend dès lors le double intérêt qu'il y a, d'une part, à produire la *nouvelle* incitation un peu vive et durable, d'autre part, à la produire le plus près possible de l'excitation primitive (partie de la muqueuse laryngée ou de la plèvre) afin que la *nouvelle* incitation allant *plus directement* se superposer à l'ancienne, parvienne à l'annihiler. Quoi qu'il en soit, du reste, de l'explication, les faits sont là. pour prouver, que l'injection, facile en tous temps (possible aussitôt le repas, contrairement à ce qui a lieu pour la morphine), facile en tous lieux, produit, sans inconvénients locaux ou généraux, les résultats cherchés, à savoir la suspension de la toux. De pareils résultats, obtenus à si peu de frais, ne sont point à dédaigner, surtout quand il s'agit de malheureux malades, que, trop souvent, nous ne pouvons empêcher de mourir pour ne pas nous ingénier à les soulager toujours.

(1) Article : *douleur* du *Diction. de médecine et de chirurgie pratiques*, 1869 T. XI.

(2) *Maladies du système nerveux, maladies de la moelle*, 1879, p. 479 et 482.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme (1) ;

Par BOURNEVILLE et D'OLIER.

En terminant l'exposé de la première partie de cette observation, nous avons indiqué l'analogie qui existe entre les symptômes permanents présentés par notre jeune garçon et ceux que l'on rencontre chez les femmes hystériques. Comme on va le voir, par la description des attaques, l'analogie ne se borne pas à ces symptômes.

Description des attaques. — Nous avons pu observer nous-mêmes un assez grand nombre d'attaques spontanées, et quelques attaques provoquées ; une note plus ou moins complète a été, chaque fois, ajoutée à l'observation. Il serait évidemment fastidieux de relater à la suite les unes des autres les descriptions d'attaques qui, toutes, peuvent être rapportées pour la marche, à un type invariable et ne diffèrent les unes des autres que par l'absence ou la présence de phénomènes d'importance secondaire et par la durée des diverses périodes parfois très fugaces et presque insaisissables. Il nous a donc paru préférable, pour fixer les idées et éviter les redites, de présenter d'abord en un tableau général, sorte de synthèse de toutes les descriptions partielles, la description de ce que pourrait être une *attaque complète*. Nous pourrons ensuite rétablir l'ordre naturel des faits en donnant la relation de quelques attaques spontanées ou provoquées.

Prodromes et aura. — Les prodromes sont exceptionnels et l'enfant ne peut jamais dire plusieurs heures d'avance s'il va avoir une attaque, mais il lui est arrivé plusieurs fois d'être obsédé de cauchemars pendant la nuit et d'être réveillé à 5 heures du matin par une attaque. — Le plus souvent, il est prévenu quelques secondes à l'avance par une *aura* qui consiste en une douleur assez violente, siégeant vers la tempe droite et s'accompagnant de sifflements dans les oreilles surtout à droite ; dans les premiers mois de sa maladie, l'enfant n'accusait pas d'autres phénomènes prémonitoires, ni troubles de la vue, ni laryngisme, ni constriction épigastrique ; c'est en janvier qu'il a mentionné pour la première fois la sensation d'une *boule* qui, se formant derrière le rebord des fausses côtes gauches, remonte jusqu'à la hauteur de la fourchette sternale où elle cause une grande oppression ; en même temps, la vue se brouille et l'enfant voit comme des *flammes rouges*, surtout de l'œil gauche ; de plus, il éprouverait une sensation de brûlure au niveau de la zone bregmatique. A ce moment, ses oreilles sifflent, les idées se troublent, il ne voit plus, et, s'il est debout, il tombe tantôt en avant, tantôt en arrière ; il ne s'est jamais blessé dans ses chutes ; enfin, pendant la durée très courte de l'aura, il ne peut parler et n'a jamais le temps de prévenir.

Attaque. — 1° Elle débute invariablement par un état de rigidité générale, par du trismus et par de petits mouvements convulsifs limités à la face ; les paupières clignent

(1) Voir le n° 47, p. 951.

rapidement et il existe du nystagmus ; dans d'autres cas, la face se dévie à droite et les yeux se trouvent dès le début convulsés en haut du même côté ; quelquefois les pupilles sont un peu dilatées.

Quelques instants plus tard, la rigidité augmente, la tête se porte dans l'extension, les membres inférieurs sont étendus et rigides, les membres supérieurs en extension et pronation forcée se rapprochent de la ligne médiane. Les mains déjà fermées, les pouces en dedans durant la phase précédente sont violemment contractées.

Bientôt les mouvements des paupières augmentent d'étendue, la face devient grimaçante, les commissures labiales sont à plusieurs reprises violemment attirées en arrière, puis les convulsions se propagent aux membres où elles sont ordinairement constituées par quelques petites secousses tétaniformes d'un côté. Dès cette période de rigidité, nous avons quelquefois vu le malade présenter un opisthotonos assez marqué pour qu'on pût facilement passer la main entre la colonne lombaire et le plan du lit. Cette première période ne s'accompagne pas d'écume ni de stertor. La durée totale est d'une minute environ, puis elle est suivie d'un *repos* très court pendant lequel la rigidité persiste à un degré suffisant pour qu'on ne puisse que difficilement relever les bras qui restent appliqués le long du corps. (*Période épileptoïde*).

2° *P. clonique* (*clownisme*). Ensuite les grands mouvements commencent : ce sont d'abord des mouvements de moulinet exécutés par les bras à plusieurs reprises : les poings brusquement portés au-dessus de la tête vont frapper l'oreiller puis sont reportés le long du corps. D'autres fois, le malade exécute rapidement une série de mouvements d'extension et de flexion du tronc et des jambes ; le tronc et la tête se redressent et s'inclinent en avant ; simultanément, les membres inférieurs sont fléchis et les genoux ramenés sous le menton ; puis la tête, violemment rejetée en arrière, va s'enfoncer dans l'oreiller en même temps que les membres inférieurs s'étendent et que les pieds vont frapper l'autre extrémité du lit secoué par cette agitation désordonnée. C'est à ce moment que l'on observe dans toutes les attaques un certain nombre d'*arcs de cercle* plus ou moins complets. La tête et les pieds reposant sur le lit, le corps se soulève en arc à une hauteur variable que nous avons une fois trouvée supérieure à 0,40 cent. (1). Quelquefois, il arrive que le malade ne garde pas l'équilibre dans cette situation et tombe de côté sur le lit, mais sa position en arc n'en persiste pas moins ; elle peut durer jusqu'à 10 ou 15 secondes et se reproduire plusieurs fois avec des intervalles de grands mouvements.

. 3° *P. de délire*. — Enfin, le malade retombe définitivement sur le lit ; la rigidité a diminué mais existe encore aux membres supérieurs. Tout à coup, L... pousse des cris violents : « non, non !.... » en même temps que sa physionomie exprime tour à tour la douleur, la joie ou la terreur ; les globes oculaires roulent dans les orbites, les lèvres sont agitées d'une sorte de frémissement, la respiration est fréquente et bruyante ; l'enfant gémit, pousse des cris de rage, se redresse, frappe le lit, puis retombe.—Dans une autre attaque, il s'écrie : « Maman, je veux me tuer, » puis il cherche à se mordre, et un instant après : « Je le vois ! je le vois » et il fait le geste du doigt. Ailleurs, gémissement sourd et mâchonnement continuel entrecoupés de grands cris d'effroi. Une autre fois, il parle de son frère « qui veut le tuer avec une chaise », puis d'une religieuse qui a un grand voile blanc jeté sur la tête et veut lui faire peur (souvenir du fait de Berck). Pas de visions d'animaux. A cette période, l'enfant paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais il ne peut répondre ; à la fin, toute rigidité a disparu, la face est vultueuse.

Terminaison. Lorsqu'il s'agit de la dernière attaque d'une série, le délire est suivi de quelques instants de calme, puis le malade ouvre les yeux, demande à boire et se plaint du mal de tête. La résolution musculaire est complète : il peut avaler quelques gorgées d'eau et comprend ce qu'on lui dit. Les pupilles sont légèrement dilatées. — T. R. 37°,2. Généralement, après ce premier réveil, le malade s'endort d'un sommeil très calme pendant environ un quart d'heure. Il se lève ensuite et peut aussitôt marcher sans ressentir autre chose que de la fatigue et quelquefois des sifflements dans les oreilles. Reprise deux ou trois heures après l'attaque, la température ne dépasse pas 37°,5. Lorsqu'il est tout à fait revenu à lui, l'enfant se souvient nettement de ses rêves et les raconte.

Tel est le tableau général des attaques présentées par notre malade. Il n'est pas besoin d'insister pour faire reconnaître dans les trois périodes que nous venons de décrire, les trois périodes épileptoïde, clonique et délirante de la grande attaque hystérique chez la femme (1). Il nous faut maintenant montrer en quoi les diverses attaques observées se rapprochent ou diffèrent de la description précédente.

A. Attaques spontanées. — 26 *janvier*. Série d'attaques se succédant à environ une demi-minute d'intervalle : 1° Elles débutent par des convulsions de la face qui s'étendent bientôt au corps entier. Les bras sont ramenés près du tronc, les avant-bras fléchis, et sont presque aussitôt portés au-dessus de la tête pour exécuter un mouvement de moulinet. 2° Ce mouvement précède immédiatement la position en arc de cercle. Dans certaines attaques le tronc est fléchi latéralement. La *compression* successive des deux *testicules*, essayée à plusieurs reprises, n'a pas eu d'action immédiate sur les attaques ; néanmoins, elles ont cessé quelques instants après. Les yeux n'ont présenté aucune direction fixe ; la durée totale de la série a été de 35 minutes. 3° Pas de délire.

27 *janv.* Début des attaques à une heure de l'après-midi.

1re *période*. Chute, puis rigidité générale, surtout marquée aux membres supérieurs ; nystagmus et clignement des paupières ; pupilles un peu dilatées ; pouls fréquent et dur. C'est ainsi qu'a débuté la première attaque de la série et le même état se représente dans les intervalles des attaques ; l'enfant paraît alors comprendre ce qu'on lui dit mais il ne répond pas. Au moment où une nouvelle attaque commence, on voit les mouvements des globes oculaires et des paupières devenir plus étendus et plus rapides ; si on veut écarter les paupières, on éprouve une assez grande résistance de la part de l'orbiculaire. Quelques instants après, le corps tout entier est en état de rigidité complète ; les membres supérieurs sont allongés en extension et pronation forcée, les mains fermées, pouces en dedans. Cet état de tétanisme généralisé dure environ une minute.

2e *période*. (*Clownisme*). Après un moment de calme très court, commence une période de grands mouvements pendant laquelle l'enfant agite ses membres d'une manière désordonnée et fait des bonds sur son lit ; la langue pend au dehors de la bouche, mais elle n'est pas mordue.

3e *période* (*Délire*). Après ces contorsions, l'enfant exécute une série de grimaces exprimant la joie ou la terreur.

Bientôt, commence une nouvelle attaque : de nouveau, les yeux sont agités, les lèvres et les ailes du nez animés de mouvements continuels ; enfin les mâchoires sont serrées au point qu'il est impossible d'ouvrir la bouche. Ainsi nous sommes ramenés à la première période (rigidité, clignements des paupières, etc.), et une nouvelle période clonique ne tarde pas à se produire.

L'intervalle entre chaque attaque est ordinairement de 3 à 4 minutes. Cette série s'est terminée de la manière suivante : à la fin de la dernière attaque, l'enfant a ouvert les yeux, s'est plaint du mal de tête et a pu boire un peu d'eau qu'on lui offrait. Toute rigidité avait alors disparu, mais le pouls restait encore fréquent et dur. Pupilles un peu dilatées. T. R. à ce moment 37°,2. Après un quart d'heure de sommeil calme, il s'est éveillé définitivement et s'est levé ne se plaignant plus que de quelques sifflements d'oreilles.— *Soir :* T. R. 37,°2.

29 *janvier*. Attaques au moment de la visite. Rigidité

(1) La taille de l'enfant n'étant que de 1^m^27, cette hauteur est proportionnellement considérable.

(1) Consulter sur ce point les leçons de M. Charcot, (t. I, 4e édition) et l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. I, II et III (1876-1879) ; Richer, thèse inaugurale, 1879.

générale. Membres inférieurs et supérieurs dans l'extension et un peu dans l'abduction. La tête dans l'extension forcée. Paupières closes; si on les écarte, on voit les globes oculaires dirigés en haut et un peu à droite. A un moment donné, la rigidité augmente, la face se porte vers la droite, les lèvres sont comme pincées, les mâchoires plus serrées, les bras, tout en restant dans l'extension, se rapprochent de l'axe du corps, les mains continuent à rester fermées, les pouces en dedans. Au bout de quelques secondes surviennent des grimaces de la face, des mouvements rapides des paupières, puis quelques petites secousses dans les membres. Il n'y a pas d'écume ni de stertor.

Ainsi se trouve constituée la *période épileptoïde*, qui est suivie d'un repos très court.

2° *Période clonique*, caractérisée par de grands mouvements dans lesquels le malade bat le lit : mouvements violents et rapides de flexion et d'extension du tronc et des membres inférieurs. Repos. La figure de l'enfant devient souriante.

— Dans une autre attaque avec période épileptoïde également suivie d'une période clonique à grands mouvements, l'enfant exécute une série d'arcs de cercle dans lesquels le tronc est soulevé directement en avant à une hauteur d'au moins 0,40 cent. au-dessus du plan du lit et reste quelques secondes dans cette position.

— Dans d'autres attaques, la période de délire est très nettement indiquée : la physionomie exprime la douleur ; cris de rage, d'effroi ; mâchonnement; respiration accélérée. Attitudes passionnelles variées : gestes, hallucinations, interpellations et paroles entrecoupées.

Ces quelques citations, tirées textuellement des notes recueillies au moment même des attaques, suffiraient à en montrer le caractère; toutefois nous rapporterons encore, pour compléter cette description, la relation de deux *attaques provoquées*.

21 *février*. Une attaque est produite involontairement en portant la main sur la tête de l'enfant pour explorer la zone d'hyperesthésie située au niveau du bregma ; à peine les doigts ont-ils frôlé les cheveux en ce point, qu'un état de rigidité générale se produit instantanément. La chute est prévenue et l'enfant porté sur un lit. On observe alors des battements des paupières et un état singulier de la langue qui exécute une série de mouvements de va-et-vient d'avant en arrière et finit par se contracturer dans la rétraction, la pointe touchant le palais et dirigée en arrière. Quelques mouvements cloniques et des arcs de cercle se produisent ensuite, puis le calme se produit et tout se borne à une seule attaque. Il n'y a pas eu de période de délire.

— Une autre attaque produite dans les mêmes conditions a pu être arrêtée par la compression énergique de la zone bregmatique (*clou hystérique*).

Après ces attaques lorsque l'enfant est revenu à lui, il rend parfaitement compte de ce qu'il a ressenti au moment où la zone hystérogène a été excitée; il décrit alors les irradiations douloureuses, la sensation de boule et les autres phénomènes prodromiques sur lesquels nous avons insisté dans notre description générale.

Comme on le voit, les attaques provoquées ne diffèrent en rien d'essentiel des attaques spontanées.

Il nous reste à parler de la marche qu'ont suivie ces attaques et de l'épilepsie dont le malade était, croyait-on, atteint concurremment (1). La durée des séries est très variable et oscille entre une demi-heure et trois heures selon le nombre des attaques qui peut aller jusqu'à 20 et plus. Elles ont été surtout fréquentes dans les mois de janvier et de février ; à cette époque, l'enfant ne passait guère deux ou trois jours sans attaque. Peu à peu, elles ont diminué de fréquence, vraisemblablement sous l'influence des divers moyens thérapeutiques employés contre l'hémianesthésie. Depuis que celle-ci a disparu définitivement (2 septembre) aucune attaque ne s'est produite.

Quant aux attaques, voici la marche qu'elles auraient suivie depuis l'entrée à Bicêtre, d'après le contrôle journalier exercé par les infirmiers de service selon la coutume de l'établissement :

Novembre	1879.	20	attaques
Décembre	—	19	—
Janvier	1880	128	—
Février	—	114	—
Mars	—	71	—
Avril	—	66	—
Mai	—	28	—
Juin	—	50	—
Juillet	—	36	—
Août	—	0	—
Septembre et octobre.	. . . .	0	—

Traitement. L'enfant a été envoyé dès son arrivée à la gymnastique dont il a régulièrement suivi les exercices. Aucun traitement interne n'a été prescrit au début. On s'est contenté, en fait de médicaments, d'employer à diverses reprises le *nitrite d'amyle* pour faire cesser les attaques et ce moyen a quelquefois réussi. C'est seulement au mois de juin qu'a été commencé l'usage des *agents esthésiogènes*.

10 *Juin*. Hémianesthésie droite. On applique à 10 heures du matin un bracelet formé de *plaques de cuivre* sur la jambe droite au niveau du mollet et un second bracelet formé de *plaques de zinc* sur l'avant-bras droit. Au bout d'un quart d'heure d'application, la sensibilité revient dans toute l'étendue du côté droit mais inégalement ; elle est très marquée au-dessous et autour des plaques métalliques; au pied, au tronc et à la tête les piqûres sont nettement senties mais à un degré moindre. La sensibilité au froid est très marquée dans tout ce côté. Du côté gauche, la sensibilité persiste bien qu'un peu diminuée ; les réflexes produits par le chatouillement de la plante du pied sont aussi beaucoup moins intenses qu'à droite ; en somme, le transfert est resté incomplet. Les bracelets métalliques ayant été enlevés après ces constatations (10 h. 15), on note à 10 h. 22 que la sensibilité est retournée à son état primitif ; le côté droit est de nouveau absolument insensible, même à une transfixion de la peau au niveau de la cuisse. A 10 h. 37, c'est-à-dire un quart d'heure après, aucun phénomène nouveau n'est survenu ; la sensibilité reste intacte à gauche, abolie à droite. Les zones hystérogènes n'ont paru subir aucune modification pendant l'expérience. Aucune oscillation ne s'est produite dans le transfert. — Cette expérience a été répétée mais l'hémianesthésie est encore revenue à droite dès qu'on a retiré les plaques *zinc* ou *cuivre*.

12 *Juin*. Hémianesthésie droite complète. Les pôles d'un *aimant* en fer à cheval de grande dimension sont appliqués sur la partie externe de la cuisse droite à 10 h. 13 du matin ; à 10 h. 18, les piqûres d'épingle commencent à être perçues aux environs de l'aimant tandis que la sensibilité devient obtuse du côté gauche : à 10 h. 30 le transfert est produit : hémianesthésie gauche complète. La transfixion de la peau par une épingle, pratiquée en plusieurs points, ne détermine non seulement aucune douleur mais même

(1) On sait en effet que chez un certain nombre de sujets, les deux affections marchent pour ainsi dire de pair, les crises caractéristiques de chacune d'elles se produisant alors isolément. Nous nous proposons d'attirer prochainement l'attention sur ce point particulier en ce qui concerne l'homme. Cette coïncidence a déjà été signalée chez la femme par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'hystéro-épilepsie. (V. en particulier : Bourneville et Regnard, *Iconographie phot. de la Salpêtrière, passim*). Toutefois, nous devons nous demander si dans le cas qui nous occupe il s'agissait réellement des véritables accès épileptiques. Ainsi que l'un de nous l'a fait remarquer, il n'est pas très rare d'observer chez les femmes hystériques des accès convulsifs ayant toutes les apparences de l'épilepsie : Vient-on à comprimer l'ovaire, les convulsions s'arrêtent, preuve manifeste qu'elles sont bien sous la dépendance de l'hystérie ; ce sont de grandes attaques limitées à la période épileptoïde. Le défaut absolu de toute élévation de température et l'intégrité complète de l'intelligence, même après des séries d'accès de ce genre, viennent encore confirmer cette manière de voir. En ce qui concerne notre malade nos renseignements sont malheureusement incomplets de ce côté, aussi faisons-nous toutes nos réserves au sujet des accidents relevés par les infirmiers sous le nom d'accès d'épilepsie, et que nous n'avons pu observer nous-mêmes.

aucune sensation, les yeux du malade étant tenus fermés. A la langue, la sensibilité à également passé de gauche à droite. Mêmes remarques pour la sensibilité à la température. L'aimant étant alors retiré (10 h. 32), on constate dès 10 h. 35 que la sensibilité commence à devenir obtuse du côté droit : quelques minutes plus tard l'hémianesthésie y est revenue et l'enfant se plaint des piqûres qu'on lui a faites à la cuisse gauche pendant qu'elle était insensible.

Les troubles dans la vision des couleurs n'ont pas été recherchés parce qu'il n'existait pas de dyschromatopsie bien nette avant l'expérience.

Diverses tentatives ont été faites pour produire le *sommeil hypnotique* par la fixation du regard ; mais malgré une grande persistance dans la durée des expériences toutes sont restées infructueuses.

De nouvelles applications d'aimants ayant été faites sans amener de modification durable dans l'état de la sensibilité, l'enfant fut envoyé tous les matins à la douche à partir du 1er août; c'est vraisemblablement à l'influence de l'*hydrothérapie* qu'il faut attribuer la disparition définitive de l'hémianesthésie qui fut constatée le 2 septembre. Ainsi qu'on peut le voir dans le tableau que nous avons rapporté plus haut, il n'y a pas eu trace d'attaque depuis le début de ce traitement. Toutes les zones hystérogènes ont disparu et on peut maintenant comprimer de toute sa force la zone bregmatique sans déterminer aucune sensation anormale. Les couleurs sont exactement perçues des deux côtés.

L'enfant n'ayant eu aucune attaque en août, septembre, ni octobre quitte Bicêtre le 20 de ce mois en état de parfaite santé. Pendant son séjour (Nov. 1879 à Oct. 1880) il a grandi de 0,03 cent. (1m27-1m30) et son poids a augmenté de 300 gr. D'après les tables de Quetelet (*Anthropométrie*, p. 177 et 418), l'accroissement de taille physiologique à cet âge serait d'environ 46 millimètres et l'accroissement de poids de 4 kilog. par an. (*Ann. d'hygiène publique*. Paris 1833. Tom. X. p. 12); la maladie paraît donc avoir exercé une influence assez fâcheuse sur la nutrition générale et le développement.

Telle est la série des phénomènes cliniques observés chez cet enfant. On voit que ses attaques, exactement analysées, reproduisent tout à fait les diverses périodes de l'attaque hystérique connue. Chez lui comme chez la femme, l'attaque peut revêtir des modalités diverses : tantôt complète, c'est-à-dire constituée par les trois périodes également accentuées ; — tantôt réduite aux deux premières ou même à la seule période épileptoïde maintes fois enregistrée pour un accès d'épilepsie ordinaire. Il est vraisemblable que certains malades doivent aussi présenter isolément des phases de délire plus ou moins prolongées, ainsi que cela a été observé chez la femme (1).

Comme on l'a vu également, les *troubles de la sensibilité* générale et spéciale avec leurs modifications par les *agents esthésiogènes* se retrouvent chez notre malade ; son *hémianesthésie* a disparu peu à peu et il a recouvré complètement la sensibilité sous l'influence de l'hydrothérapie. Nous ne croyons pas devoir nous arrêter à l'objection de *simulation* tant de fois faite à l'anesthésie des hystériques. Comme M. Charcot l'a souvent répété, lorsqu'on voit des malades subir la transfixion de la peau sans qu'aucune modification appréciable se produise dans leur physionomie, et cela, bien que l'on répète l'expérience à de nombreuses reprises, pendant des mois entiers et en prenant les précautions les plus minutieuses, il doit être permis de croire tout naïvement à la réalité de l'anesthésie. Au reste, notre malade n'avait jamais vu d'hystériques en attaque et n'avait aucun camarade atteint de cette maladie, ce qui doit supprimer toute idée d'imitation.

De même que chez les femmes hystériques, nous avons constaté dans ce cas la présence de *zones hystérogènes* se comportant de la même façon. La plus active siégeait un peu en avant du bregma (*clou hystérique*). Une pression légère provoquait une attaque que l'on arrêtait, comme chez la femme, par une pression plus énergique. — La compression des testicules a été de nul effet ; — celle des autres zones déterminait seulement quelques-uns des phénomènes de l'aura.

Le *sommeil hypnotique* qui n'a pu être provoqué ne constitue pas davantage une objection à l'identité de la maladie dans les deux sexes, car on sait qu'il est un certain nombre de femmes hystériques chez lesquelles on ne peut le produire.

Nous nous croyons donc autorisés à conclure que *les manifestations de l'hystérie sont identiques dans les deux sexes*. Tout au plus y aurait-il lieu, comme nous le disions au début de cette note, de faire une légère restriction pour les troubles de la sensibilité morale qui empruntent sans doute un caractère distinctif à la constitution particulière de la femme.

(1) Voir *Iconographie phot. de la Salpêtrière*, t. I et II.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hospice de la Salpêtrière : Réouverture des conférences cliniques de M. Charcot.

M. Charcot a repris dimanche dernier les conférences cliniques qu'il a inaugurées à la Salpêtrière en 1866. De même que les années précédentes, les auditeurs, médecins des hôpitaux, anciens internes, étudiants, se pressaient en foule pour entendre la parole de notre éminent maître.

Au début de sa première leçon, M. Charcot a donné sur l'organisation scientifique qui existe maintenant à la Salpêtrière, des renseignements très intéressants que nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs.

« L'an passé, a-t-il dit, à pareille époque, lorsque j'inaugurais la *salle des cours*, où j'ai l'honneur de vous recevoir de nouveau aujourd'hui, je me félicitais tout d'abord de pouvoir vous offrir enfin, un lieu de réunion digne de vous, digne aussi de cet établissement vénérable, rempli de tant de souvenirs chers à la médecine française.

« Après quoi, avec un sentiment de satisfaction bien vive, je vous laissais entrevoir la réalisation prochaine de projets, tendant à faire de l'hospice de la Salpêtrière, dans de certaines limites, un foyer d'enseignement clinique et de recherches régulièrement organisé, en même temps qu'un asile où les malades d'un certain genre viendraient chercher des moyens de soulagement, voire même de guérison, qu'ils ne sauraient habituellement pas rencontrer, du moins au même degré dans les hôpitaux ordinaires.

« Je suis heureux de pouvoir vous annoncer, Messieurs, que ces projets, dont l'accomplissement avait été pendant si longtemps entravé par mille obstacles, se sont, dans le courant des deux dernières années, réalisés rapidement, comme par enchantement.

« Ce progrès — et à mon avis c'en est un grand et réel — ce progrès, dis-je, on le doit à l'intervention éclairée et libérale de l'Administration de l'assistance publique ; on

le doit aussi, il n'est que juste de le reconnaitre et de le proclamer au concours empressé et sympathique du Conseil municipal, dont les membres, animés d'une saine philanthropie, paraissent profondément pénétrés de cette grande vérité que l'amélioration du sort des malades, des infirmes, des pauvres et le développement des connaissances scientifiques sont choses qui marchent du même pas.

« Je saisirai donc avec empressement l'occasion d'offrir à ce propos un témoignage public de reconnaissance, d'une part, au Conseil municipal de la ville de Paris, et d'autre part à l'Administration de l'assistance publique personnifiée, dans la circonstance, par l'ancien directeur, le regretté M. Möring, et par notre directeur actuel, M. Quentin.

« Pour bien faire ressortir, Messieurs, l'importance des changements accomplis, il faudrait comparer de tous points l'organisation de la Salpêtrière, telle qu'elle était encore il y a deux ans, à l'organisation d'aujourd'hui. Ce parallèle ne manquerait certainement pas d'intérêt, mais il nous entraînerait fort loin. Je veux pour le moment, me borner, considérant d'ailleurs exclusivement le domaine qui m'est attribué, à vous présenter une esquisse faite en deux mots.

« Ce grand établissement qu'on appelle l'hospice de la Salpêtrière, personne de vous ne l'ignore sans doute, donne asile à une population de près de 5,000 femmes, parmi lesquelles figurent en grand nombre, sous le titre d'incurables, admises à vie, des sujets de tout âge, affectés de maladies chroniques de tout genre, en particulier de celles qui ont pour siège le système nerveux.

« Tel est le matériel considérable, mais nécessairement d'un caractère particulier, qui forme ce que l'on pourrait appeler l'ancien fonds, le seul que, jusque dans ces derniers temps nous ayons eu à notre disposition pour nos recherches pathologiques et pour notre enseignement clinique.

« Les services que peuvent rendre les études et l'enseignement faits dans ces conditions ne sont certes pas à dédaigner : Dans ce grand asile, les types cliniques s'offrent constamment à l'observation représentés par de nombreux exemplaires qui permettent de considérer l'affection du même coup dans ses formes multiples et à divers degrés de son évolution ; et ces types sont placés là sous nos yeux d'une façon pour ainsi dire permanente, car les vides qui se font, avec le temps, dans telle ou telle catégorie sont bientôt comblés ; nous sommes, en d'autres termes, en possession d'une sorte de musée pathologique vivant dont les ressources sont presque inépuisables. Sans doute les premiers débuts du mal nous échappent souvent ; mais, à partir d'un moment donné le drame se déroule sous nos yeux jusqu'à la terminaison fatale. Alors, il nous est permis de rechercher par l'ouverture du corps, les lésions correspondant aux symptômes longuement et minutieusement étudiés pendant la vie. Or, qui conteste aujourd'hui l'influence décisive qu'ont eue sur les progrès de la neuropathologie, par exemple, les investigations nécroscopiques dirigées suivant la méthode qu'on pourrait appeler *anatomo-clinique* ?

« Mais, d'autre part, les côtés faibles de la situation que j'ai essayé de dépeindre, sont trop frappants pour ne pas sauter aux yeux : Dans l'hospice, en général, les cas très accentués, réputés incurables, sont seuls admis ; les formes légères, atténuées, y font le plus souvent défaut. On n'y apprend guère à apprécier ces nuances symptomatiques délicates qui seules marquent parfois les débuts de certaines affections chroniques. Quel espoir peut-on conserver de guérir ou de soulager lorsque le mal a depuis longues années pris pied dans l'organisme et qu'il a résisté déjà aux traitements les mieux dirigés ?

« Ce sont là des imperfections notoires. Il était possible d'y remédier de la façon la plus efficace en instituant aux portes de l'hospice une *consultation* (1) impliquant la délivrance de médicaments et plus particulièrement affectée au traitement des maladies chroniques. On pouvait espérer que, là, viendraient se présenter en grand nombre ces malades qui ne trouvent pas toujours un accès facile dans les hôpitaux de la ville et qui, en tout cas, n'y rencontrent pas constamment les moyens de traitement appropriés à leur état.

« Ces prévisions se sont de tous points réalisées. La consultation n'existe encore qu'a titre officieux et cependant, depuis près d'un an, elle fonctionne d'une façon très active. Elle fonctionnera plus activement encore, cela n'est pas douteux, lorsque les nouveaux bâtiments ou elle doit être définitivement et officiellement installée, seront terminés. Cela ne saurait tarder maintenant grâce au concours zélé de M. Billon, l'architecte éminent de l'hôpital Tenon et de M. Le Bas notre cher directeur.

« En attendant nous pouvons, dès à présent, tirer parti pour notre instruction de l'institution nouvelle. Je vous présenterai, en effet, dans nos conférences de cette année quelques-uns des malades qui fréquentent l'hospice à titre d'externes. Ces malades, que j'appellerai volontiers nos clients, — car la consultation se rapproche beaucoup de la pratique de la ville — ces malades, dis-je, ne se refusent pas, tant s'en faut, aux démonstrations cliniques; ils comprennent que plus ils sont minutieusement et curieusement observés, plus sont grandes pour eux les chances de guérison ou de soulagement.

Le complément, pour ainsi dire logique de cette institution, devait être l'installation, dans l'enceinte de l'hospice, d'un service où pourraient être admis temporairement, le cas l'exigeant, quelques-uns des malades qui viennent nous consulter du dehors. Cette création nous l'avions bien des fois et depuis longtemps demandée. Mais nous venions nous heurter là contre des difficultés, paraît-il, fondamentales. « Un hospice, nous disait-on, ne saurait être un hôpital et vous plaidez contre des principes inviolables. » A quoi nous répondions : Pourquoi ne pas demander à l'hospice tous les services qu'il peut rendre ? Pourquoi ne pas créer l'hybride, *hospice-hôpital*, particulièrement consacré au traitement des maladies à évolution lente, à côté de l'hôpital proprement dit affecté plus spécialement au traitement des maladies à évolution rapide ? Mais nous parlions en vain.

« Heureusement pour notre cause, elle a rencontré l'esprit élevé de M. le directeur général actuel de l'assistance

(1) C'est à la suite du vœu que nous avons émis au Conseil municipal (1877, 1880) et qui a été adopté par lui, que l'Administration a introduit les projets, rapportés par nous, relatifs à la consultation, à l'amphithéâtre, etc.

publique. Aussitôt, tous les obstacles ont été aplanis et, aujourd'hui, le service d'admission temporaire est institué. Sa création date d'hier; il fonctionnera demain. Je ne saurais trop remercier M. Quentin du bienveillant empressement qu'il a mis, dans cette circonstance, à seconder nos efforts.

« C'est ainsi qu'à l'hospice est venue s'ajouter la consultation, à celle-ci le service d'admissions temporaires. Tout cela forme un ensemble dont toutes les parties s'enchaînent parfaitement et que viennent compléter d'autres services connexes préalablement établis. Nous possédions en effet déjà, ainsi que je l'annonçais l'an passé, un *musée anatomo-pathologique* très bien organisé auquel sont annexés un *atelier de moulage* et un *atelier de photographie;* un *laboratoire* de recherches d'où sont sortis déjà quelques travaux importants ; nous possédons enfin un cabinet où se trouvent rassemblés tous les appareils nécessaires à la pratique aujourd'hui si compliqué et si savante de l'*électrothérapie*.

« Ce qui a été fait pour nous et pour les malades — les deux causes sont inséparables — est donc considérable. Sans doute, il reste encore quelque chose à faire : ainsi nous manquons encore absolument, à l'heure présente, d'une installation propre à la mise en œuvre de l'*hydrothérapie* méthodique, cet agent qui tient actuellement, et à juste titre, une si grande place dans le traitement des maladies chroniques en général et des maladies du système nerveux en particulier.

« Mais, désormais, nous pouvons patiemment attendre le moment opportun, bien convaincus que l'Administration ne nous oubliera pas. Elle nous oubliera d'autant moins que nous nous appliquerons mieux à lui montrer tout le parti qu'on peut tirer, pour le plus grand bien des malades de la classe pauvre, des moyens d'action qui ont été si libéralement placés entre nos mains. En ce qui me concerne, j'espère bien ne pas faiblir à cette tâche. »

Toute réflexion nous parait superflue. Les résultats obtenus à la Salpêtrière montrent les réformes que peuvent réaliser l'esprit de suite et la volonté.

Clinique de la Charité : M. le professeur Hardy

Samedi, 13 novembre, M. le professeur Hardy a ouvert la clinique de la Charité, en présence d'un auditoire nombreux. Le professeur recommençait ses cliniques dans l'ancien amphithéâtre de la Charité, remis à neuf cette année. Avant de donner à ses auditeurs, un aperçu général de ce que l'on entend par clinique, M. Hardy leur rappela en quelques mots, les professeurs qui l'avaient précédé dans cette enceinte. Cet amphithéâtre fut construit pour la première chaire de clinique instituée à Paris, en l'an 7 de la République française. Corvisart en fut le premier professeur, Laennec lui succéda et le célèbre auteur de l'auscultation médiate y professa plusieurs années, puis Leroux, Fouquier le type du médecin praticien et du bon clinicien, soigneux, instruit et thérapeutiste excellent, Piorry, dont le nom, on peut le dire, est aujourd'hui plus grand que de son vivant, Bouillaud, dont les éminents travaux sur le rhumatisme et les maladies du cœur, sont présents dans la mémoire de tous. M. Hardy, reprenant ensuite la définition de la clinique, a montré ce qui sépare la clinique de la pathologie proprement dite, énuméré les qualités nécessaires au médecin, en s'élevant fortement contre la définition, si souvent donnée, de la médecine, à savoir que c'est l'art de guérir, montrant qu'il n'y avait dans la médecine rien d'artistique proprement dit. Passant à un autre ordre de faits, M. Hardy a montré combien la pratique de la ville diffère de la pratique des hôpitaux, et combien il fallait de patience pour arriver à un diagnostic et par conséquent à un pronostic, chose importante entre toutes. Après quelques considérations générales sur le traitement des maladies, M. Hardy a indiqué le programme d'enseignement de la clinique de cette année. Les mardis et les samedis, clinique au lit du malade, et leçon clinique à l'amphithéâtre, avec démonstration de pièces d'anatomie pathologique, le jeudi examen des malades nouveaux par les élèves, le mercredi et le vendredi, visite des malades de la salle.

Cours complémentaire d'Anatomie pathologique : M. Ollivier.

M. Ollivier a commencé Lundi dernier, à 8 heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, son cours complémentaire d'Anatomie pathologique. Cette leçon d'ouverture a été surtout consacrée à des considérations historiques sur les affections qui doivent faire l'objet du cours, et, notamment, à l'évocation des doctrines qui se sont partagé la science au sujet des dyspepsies. L'auditoire sympathique qui entourait M. Ollivier a pu apprécier, une fois de plus, l'étendue de de son érudition jointe à une grande clarté d'exposition. — M. Ollivier se propose de faire l'étude complète des *lésions* de tout le *tube digestif*, sans comprendre toutefois dans son programme l'anatomie pathologique des annexes du tube digestif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 *novembre* 1880.— Présidence de M. Sinéty.

De l'excitation du vago-sympathique chez le chien. — Dans la séance du 16 octobre dernier, M. Laffont a communiqué à la Société de Biologie le résultat de ses recherches sur l'excitation du sympathique cervical, ou vago-sympathique, chez le chien.

Dans cette communication, il a annoncé que l'extirpation du ganglion cervical supérieur et la résection du vago-sympathique n'ont pas empêché, 20 jours après cette première opération, qu'on n'ait pu provoquer une vaso-dilatation *primitive* de la région bucco-labiale correspondante, en excitant le bout périphérique du nerf maxillaire supérieur correspondant.

Ces recherches avaient été nécessitées par la lecture des récents travaux de MM. Dastre et Morat (*Académie des sciences*, 16 août 1880. *Bulletin scientifique du département du Nord*, août 1880), où il est dit que : « *les dilatateurs que renferment notamment le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur ne viennent pas du bulbe, mais de la région thoracique de la moelle.* » (grand sympathique, p. 10). L'expérience de M. Laffont prouve qu'il n'en est pas ainsi.

M. Laffont a aussi avancé, dans la même séance, que la vaso-dilatation obtenue par MM. Dastre et Morat en exci

tant le sympathique cervical étaient dus à une action réflexe sur le noyau d'origine intrabulbaire commun aux trois nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique et spinal. Cette dernière assertion, M. Laffont vient la retirer aujourd'hui et expliquer les causes d'erreur. — Si on pratique l'excitation du vago-sympathique chez le chien intact, auquel il n'a été administré aucun anesthésique, on voit, si le courant est de courte durée, c'est-à-dire n'excède pas 10 secondes, pour les courants forts, 30 secondes, pour les courants faibles, que la pâleur s'exagère pendant le passage du courant, puis fait place à une *rubéfaction paralytique*, alors même que l'on a sectionné ou arraché par le procédé intra-crânien qu'il a indiqué, le bouquet nerveux du trou déchiré postérieur, et empêché l'arrêt du cœur par atropinisation de l'animal.

Dans ses premières expériences, M. Laffont laissait passer le courant jusqu'à apparition de la rubéfaction, tandis qu'après arrachement, ne laissant passer le courant que quelques secondes, et n'observant que l'effet primitif de l'excitation, il attribuait à la suppression d'un réflexe, ce qui, en réalité, était un effet direct de l'excitation du nerf constricteur.

Les expériences que M. Laffont répète aujourd'hui devant la Société, sur l'animal qu'il présente, montrent la réalité de ce qu'il avance.

L'animal a eu le vago-sympathique réséqué et le ganglion cervical arraché à droite depuis huit jours, aussi l'excitation du bout céphalique du vago-sympathique ne produit plus de rubéfaction non plus que les effets oculo-pupillaires habituels.

1° Néamoins, la faradisation même avec courant faible, de la muqueuse de la caisse du tympan (Expérience de M. Vulpian) à droite, produit une coloration écarlate intense de toute la région bucco-labiale.

2° L'excitation avec courant faible du vago-sympathique gauche (nerf sain) produit la décoloration des tissus à gauche, puis, assez longtemps après la cessation de l'excitation, apparaît une rubéfaction paralytique anormale.

3° M. Laffont explique que si, après section du nerf maxillaire supérieur, l'excitation du vago-sympathique du même côté, ne produit plus de dilatation paralytique, cela tient uniquement à ce qu'on a sectionné les nerfs dilatateurs qui l'unissent côte à côte. — L'excitation en deçà ne peut donc plus amener de dilatation paralytique.

Le sympathique, nerf vaso-dilatateur, par MM. Dastre et Morat. — Parmi les faits nouveaux que MM. Dastre et Morat ont communiqués à l'Académie des sciences du mois d'août dernier, il en a été contesté un que ces auteurs considèrent précisément comme fondamental, à savoir : *Le cordon cervical du grand sympathique, chez le chien, contient des filets vaso-dilatateurs pour la région buccale.* MM. Dastre et Morat viennent, dans une récente discussion devant la Société de biologie, de réduire à néant les arguments opposés à leur assertion.

« Il faut, pour pouvoir dire que le sympathique cervical contient des filets vaso-dilatateurs, établir expérimentalement les trois points suivants : 1° *l'excitation du sympathique cervical produit une dilatation des vaisseaux de la région*; 2° *cette dilatation est directe*, c'est-à-dire que l'excitation va directement du point excité au vaisseau dilaté sans passer par la moelle, auquel cas la dilatation serait réflexe ; 3° enfin, *la dilatation est d'emblée, primitive*, et n'est point précédée d'une constriction préalable, cas où elle pourrait être considérée comme un phénomène de fatigue ou de réaction d'un filet constricteur. «

MM. Dastre et Morat se proposent d'entreprendre de nouveau la démonstration de ces trois points qui leur ont été successivement contestés.

I. L'objection à la première assertion faite par M. Laffont, qui se réclamait d'une expérience contradictoire, est tombée d'elle-même par amende honorable de son auteur.

II. La seconde objection : « la dilatation est réflexe » est encore faite par M. Laffont qui l'appuie sur ce fait que l'excitation des rameaux de l'anneau de Vieussens et du sympathique cervical ne produit plus la rubéfaction de la région bucco-labiale après qu'on a arraché les nerfs pneumogastrique spécial, glosso-pharyngiens et hypo-glosse, d'où cette conclusion que l'excitation du cordon vago-sympathique, conduite au bulbe par un de ces quatre nerfs, serait réfléchie de là sur la région buccale par le trijumeau.

Disons tout de suite, que M. Laffont a déjà abandonné cette seconde objection pour une troisième, dans laquelle il déclare aujourd'hui, que la dilatation est un phénomène de retour ou de fatigue. MM. Dastre et Morat, tout en prenant acte de la nouvelle amende honorable de leur contradicteur, font remarquer combien sa seconde objection est incompatible avec celle qu'il apporte aujourd'hui : il est clair que s'il suffit de couper les nerfs mixtes crâniens pour faire disparaître la dilatation, c'est que celle-ci n'est pas un phénomène de fatigue du sympathique. Quoi qu'il en soit, voici sur quels faits MM. Dastre et Morat s'appuient pour démontrer que la dilatation n'est pas réflexe : « 1° la dilatation est unilatérale : il s'agissait donc là d'un réflexe vago-moteur d'un genre exceptionnel, car il n'existe dans la science, que deux exemples de réflexe vaso-moteurs unilatéraux (Loven et Snellen) ; 2° l'excitation du cordon vaso-sympathique produit encore la dilatation après section du pneumogastrique et du spinal, c'est-à-dire, après qu'on a intercepté *toutes* les communications avec la moelle (ce qui paraît prouvé par l'absence de manifestations douloureuses au moment des excitations ; 3° les mêmes résultats sont obtenus après section de la moelle et destruction du bulbe ; 4° si l'on coupe le rameau communiquant au sympathique de la 2e partie dorsale et qu'on excite le bout de ce rameau, attenant au sympathique, on obtient encore la dilatation ; ici, il ne peut évidemment être question d'un réflexe, car il faudrait, pour cela, que les fibres de ce rameau, émanées de la moelle, y rentrassent plus haut, ce qui est inadmissible. »

III. En réponse à la dernière objection de M. Laffont : « la dilatation est secondaire et précédée d'une constriction », MM. Dastre et Morat rapportent d'abord les expériences par lesquelles ils ont prouvé que la dilatation est primitive et sans constriction préalable.

« 1° Lorsque les deux vago-sympathiques étant coupés de manière à isoler du cœur les bouts céphaliques sur lesquels on va agir, on excite le cordon vago-sympathique, on obtient deux phénomènes contemporains remarquables par leur contraste : les parois buccales deviennent d'un rouge intense du côté excité ; la langue du même côté pâlit fortement. Ainsi, il y a, sous l'influence d'une même excitation, constriction vasculaire d'une région, dilatation de l'autre ; il est vraisemblable que ces deux phénomènes sont des phénomènes d'action, car on ne concevrait guère qu'il y eût dilatation paralytique du côté de la bouche en même temps que constriction active du côté de la langue. Cette conclusion est encore affirmée si l'on considère les phénomènes de retour. Au bout de quelques instants en effet, on observe une rougeur de réaction du côté de la langue et de la pâleur de la paroi buccale.

« 2° MM. Dastre et Morat ont montré dans un mémoire consacré à l'étude de ces phénomènes de réaction (1878), que la dilatation en retour est dans ces conditions en proportion de la constriction initiale. Il n'existe rien de pareil dans la dilatation bucco-labiale sympathique. La dilatation serait énorme en proportion de la constriction préalable qui n'a jamais pu être observée. De plus, cette dilatation est de courte durée et fait bientôt place à une constriction qui, elle, a tous les traits caractéristiques de la vraie réaction.

« 3° Enfin, sur l'animal indemne de tout poison aussi bien que sur l'animal soumis à l'action du chloral, du curare, de l'atropine, de la morphine, du chloroforme et quelle qu'ait été la force de l'excitation employée, aucune constriction préalable n'a jamais été éprouvée. »

MM. Dastre et Morat se croient donc autorisés à conclure que la dilatation est primitive.

Quant à l'expérience contradictoire de M. Laffont, elle ne saurait avoir de valeur, car l'auteur ne coupant pas le vago-sympathique, l'excitation de ce cordon provoque l'arrêt ou tout au moins le ralentissement du cœur ; il ne faut donc point s'étonner que les lèvres pâlissent, c'est la pâleur de la syncope.

Séance du 20 novembre 1880. — Présidence de M. Sinéty.

Phénomènes d'hérédité. M. Brown-Séquard a recherché si certaines lésions produites chez les animaux se transmettent à leurs descendants. Il a expérimenté sur les cobayes

particulièrement, et voici ce qu'il a observé : on enlève l'œil à un cochon d'Inde ; les descendants de cet animal mutilé ont constamment sur l'œil correspondant des troubles qui en amènent la perte complète. Sur un autre cobaye, on provoque la gangrène de l'oreille par la destruction partielle des corps restiformes : les descendants, à la naissance, sont également privés d'oreilles. Les phénomènes d'hérédité sont donc incontestables.

M. LUYS raconte qu'il a observé des phénomènes analogues chez l'homme. Il a vu des familles entières dont les membres naissaient avec les mêmes organes incomplets ou rudimentaires.

M. PONCET fait remarquer que, dans les expériences de M. Brown-Séquard, il aurait été utile d'examiner le fond de l'œil des nouveau-nés.

Tuberculisation provoquée. M. MALASSEZ présente une intéressante note de M. HIPPOLYTE MARTIN relative aux lésions déterminées par les injections intra-péritonéales de poudres très ténues. L'auteur injecte dans le péritoine des lapins, de la poudre de lycopode, par exemple, ou une autre poudre très fine : et bientôt il voit se produire des lésions absolument identiques aux lésions tuberculeuses. Les résultats ne varient pas, quelle que soit la poudre employée.

Ferment de la pepsine. M. HALLOPEAU a fait, dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian, des expériences qui semblent prouver que la pepsine, considérée jusqu'ici comme un ferment soluble, serait en réalité un ferment figuré. On verse sur un filtre grossier, composé de papier et de coton, soit du suc gastrique de poisson, soit de la pepsine de chien délayée. Le liquide qui passe n'a aucune action sur les aliments, tandis que ce qui reste au-dessus du filtre conserve la propriété de digérer des aliments.

Lésions inflammatoires des muqueuses à cils vibratiles. M. CORNIL a étudié, sur la muqueuse de la trachée et des bronches, les lésions anatomiques des cils vibratiles enflammés. Dans un premier stade, on voit apparaître des cellules caliciformes qui étranglent les cellules cylindriques à cils vibratiles ; il y a en même temps sécrétion de mucus abondant Puis, vient la formation de cellules lymphatiques et de cellules rondes avec cils vibratiles.

Curarisation. MM. COUTY ET DE LACERDA adressent de Rio de Janeiro une note sur les phénomènes d'excitation musculaire qui précèdent la curarisation. Tous les physiologistes connaissent ces phénomènes qui consistent en du tremblement, de la salivation, etc. Il n'y a donc rien d'absolument nouveau dans cette note ; mais les auteurs ont parfaitement décrit la succession des symptômes. L'explication de ces phénomènes reste encore inconnue.

Dose toxique de l'oxyde de carbone. M. GRÉHANT s'est proposé d'établir, exactement, à quelle dose l'oxyde de carbone devient toxique chez les différents animaux. Il a fait respirer à des chiens, à des lapins et à des moineaux des mélanges d'air et d'oxyde de carbone, en commençant par une faible dose d'oxyde de carbone. Il résulte de ces expériences que le chien, le lapin et le moineau peuvent séjourner impunément dans une atmosphère contenant $\frac{1}{4000}$ d'oxyde de carbone. Pour déterminer la mort chez un chien, il faut porter la dose d'oxyde de carbone à $\frac{1}{300}$. Un chien, qui respire 200 mètres cubes d'air chargé de $\frac{4}{500}$ d'oxyde de carbone meurt à peu près sûrement. Il y a du reste, au point de vue de la résistance, de grandes variations individuelles ; ainsi, sur deux chiens de la même portée, soumis à l'expérience, l'un est mort, en respirant de l'air avec $\frac{1}{300}$ d'oxyde de carbone, l'autre a résisté. Il a fallu pour asphyxier ce dernier, porter la dose du gaz toxique à $\frac{1}{250}$.

Le lapin résiste bien mieux que le chien : un lapin a pu respirer pendant une heure sans mourir, un mélange à $\frac{1}{70}$ d'oxyde de carbone et d'air : il a succombé le lendemain dans un milieu chargé de $\frac{1}{60}$ d'oxyde de carbone.

Pour tuer le moineau, il suffit d une dose bien plus faible : un premier moineau est mort au bout de 1 heure 40 minutes dans un mélange à $\frac{1}{500}$: un second moineau est resté pendant 2 heures dans le même mélange, sans mourir.

M. Gréhant conclut de ses expériences qu'il serait facile d'employer les animaux pour reconnaître la dose d'oxyde de carbone dans un endroit confiné : on n'aurait qu'à placer successivement dans le milieu suspect un moineau, un chien et un lapin qui serviraient de baromètres pour le dosage de l'oxyde de carbone.

M. D'ARSONVAL demande quelle est, après la mort, la quantité de sang oxycarboné trouvée chez chaque animal.

M. GRÉHANT répond que la dose est la même pour tous les animaux qui ont succombé ; chez le chien et chez le lapin, l'analyse révèle la présence de 6 centimètres cubes d'oxyde de carbone pour 100 centimètres cubes de sang. On ne peut supposer pour cela que le lapin respire plus lentement que le chien, car tous les animaux soumis à l'expérience ont respiré régulièrement à l'aide de la soupape de Muller.

La séance se termine par la lecture d'une note de M. VIGNAL sur le *système ganglionnaire du cœur du lapin*, et par une communication de M. VIALA sur le *système nerveux d'une larve d'insecte.* Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 novembre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. ROGER.

M. E. BESNIER fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *De la recherche des lois qui régissent les épidémies en général. Détermination de la loi saisonnière de la fièvre typhoïde en particulier.* — Ce travail se trouve résumé dans les considérations suivantes : Les maladies populaires évoluent à travers les saisons et les années selon des règles et selon des lois, dont la détermination présente une importance considérable au point de vue de l'hygiène et de la médecine publiques. La doctrine hippocratique, dégagée des obscurités et des erreurs que l'on rencontre à la naissance de toutes les sciences, reste aujourd'hui la seule expression incontestable de la saine observation. Cette doctrine, mal comprise et mali nterprétée, aveuglément appliquée selon sa lettre et non selon son esprit à des temps et à des lieux différents de ceux pour lesquels elle avait été formulée, a été remplacée après la Renaissance et jusqu'à l'époque contemporaine par une série de doctrines déviées et désirées, dont aucune n'a supporté l'épreuve du temps. Les progrès réalisés dans toutes les branches de la médecine depuis le commencement de la seconde moitié de ce siècle, l'organisation administrative nouvelle qui a permis de réunir sur les maladies principales, considérées dans leur morbidité et dans leur mortalité, des documents numériques précis, rendent aujourd'hui réalisable la recherche des lois pathologiques, à l'aide de procédés scientifiques. C'est pour contribuer à cette renaissance de l'épidémiologie inaugurée par les travaux de cette académie, que la Société médicale des hôpitaux de Paris a institué depuis vingt ans, dans son sein, sur la proposition de M. Lailler, une commission permanente des maladies régnantes. Les travaux déjà exécutés ont permis d'élucider un certain nombre de points obscurs de l'épidémiologie générale ou de l'épidémiologie parisienne.

Notamment, de démontrer la réalité des constitutions médicales bénignes ou malignes ; — la variabilité de différentes affections à des époques diverses ; — la variabilité du pouvoir contagieux d'une même affection à différentes périodes ; — ils ont permis enfin de jeter les bases positives de la constitution des lois qui régissent dans leurs oscillations saisonnières, la plupart des maladies régnantes.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, nous croyons avoir démontré qne sa loi saisonnière peut être formulée de la manière suivante : Dans l'agglomération parisienne et dans toutes les régions soumises à un régime climatérique analogue, la fièvre typhoïde est une maladie de l'été et de l'automne. La loi est absolue, hors certaines exceptions dont nous avons précisé la fréquence, la nature et la signification. Dans les régions où elle règne en permanence, comme à Paris, son accroissement saisonnier commence réguliè-

rement au mois de juin ou au mois de juillet ; son progrès occupe les mois d'août, de septembre et d'octobre. En novembre ou en décembre, la déclinaison est commencée, et elle continue régulièrement jusqu'à la fin du printemps. La mortalité typhoïde varie régulièrement avec la saison, et elle atteint son apogée normale devant les chaleurs de l'été. Alors même que les épidémies sont locales et accidentelles, celles qui appartiennent à la saison d'été et d'automne sont toujours plus meurtrières que les autres, qu'il s'agisse de la population civile ou de la population militaire. Enfin, de nombreux intérêts relatifs à l'hygiène publique et à la médecine pratique sont attachés à la connaissance exacte et précise des lois que nous nous sommes efforcé de dégager et de formuler.

Suite de la discussion sur le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. M. Maurice Raynaud, après avoir résumé, en quelques mots, la communication qu'il a faite dans la précédente séance, rappelle les résultats qu'il a obtenus et consignés, c'est-à-dire l'absence des douleurs articulaires et une tendance à des fluxions viscérales. La possibilité de grands mouvements fluxionnaires du côté des organes splanchniques ne lui paraît pas une contre-indication à l'emploi des bains froids. M. M. Raynaud examine ensuite les circonstances de température qui nécessitent la pratique des bains froids dans le rhumatisme cérébral et qu'on ne doit tolérer sans aucune hésitation. La température seule est assurément insuffisante pour établir une règle générale de thérapeutique ; et il serait imprudent de ne pas attendre la manifestation des accidents graves. Le mot hyperthermie ne doit pas être interprété dans le sens le plus absolu ; car, la tolérance pour la fièvre varie suivant les individus. Et, en effet, on constate tous les jours que certains malades délirent avec une fièvre légère, tandis que certains autres persistent calmes avec une fièvre intense.

Bien plus, les maladies exercent une influence manifeste sur cette tolérance elle-même ; tout le monde sait, en effet, que la température, impunément supportée par le corps humain, n'est pas égale dans toutes les maladies. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, il y a des températures élevées, 40°, 41°, qu'on peut supporter quelques jours, à la condition toutefois qu'il y ait une rémission matinale.

Il n'en est pas ainsi dans le rhumatisme cérébral. M. M. Raynaud a même observé une température de 44° chez un enfant, atteint d'une scarlatine anormale ; malgré cette haute température, qui a duré une nuit, l'enfant a guéri. D'une façon générale, on peut dire que les rhumatisants ont une température qui oscille entre 38° et 39°, et présente de temps en temps des exacerbations. — Dans le rhumatisme cérébral, une température de 40°,5 révèle un danger imminent. — A l'hôpital Lariboisière, M. M. Raynaud a observé, chez une fille atteinte de rhumatisme cérébral, une température de 39°,5 non accompagnée de phénomènes stomatiques, mais coïncidant avec un délire grave. Dans ce cas, la malade a guéri, sans qu'on ait été obligé de recourir aux bains froids. Chez un autre enfant, âgé de 13 ans, M. Raynaud constata un soir une température de 39°, 5 : puis, le troisième jour de la maladie, de la rachialgie, et, le quatrième jour, un délire loquace, une tuméfaction de plusieurs jointures, le coma et la mort. A propos de ce fait, où le délire a précédé les douleurs articulaires, M. Raynaud se demande aujourd'hui si le malade n'eut pu guérir avec l'usage des bains froids. — M. Sevestre a récemment signalé un cas de rhumatisme cérébral où la température la plus élevée a été 38°,5. — Donc, la température ne saurait être exclusivement invoquée en faveur de la pratique des bains froids. — Sous l'influence de la réfrigération, la maladie se prolonge et revêt un aspect qui ne ressemble nullement à l'affection rhumatismale, puisque les fluxions articulaires ont disparu. — Les altérations, que subit le sang dans le rhumatisme (globules dissous, état poisseux du sang), méritent de nombreuses recherches.

Quant à la fièvre rhumatismale, que Bouillaud a si bien définie, on peut se demander si elle est entretenue au même titre que la fièvre traumatique. — Or, il est commun de rencontrer le rhumatisme, compliqué d'une affection cardiaque, avec une température peu élevée : réciproquement, il est fréquent de relever chez les rhumatisants exempts de toute complication, une élévation notable de la température. Bien plus, à l'apparition de la péricardite dans le cours du rhumatisme, correspond le plus souvent un petit abaissement de la température. — Dans quelques cas exceptionnels, la fièvre est la seule manifestation, le seul élément appréciable du rhumatisme. Bien que M. M. Raynaud ne soit pas porté à admettre une altération initiale du sang, il suppose cependant quelques modifications du côté du système vasculaire, notamment du rhumatisme sur la membrane interne des artères et des reins. — M. M. Raynaud cite l'observation d'une femme, âgée de 21 ans, qu'il eut l'occasion de soigner à l'hôpital Lariboisière, en 1873 : cinq ans auparavant, elle avait eu un rhumatisme aigu, dont l'évolution n'avait rien présenté d'anormal. Lorsqu'elle quitta l'hôpital, son cœur était sain. Cinq semaines plus tard, c'est-à-dire à une époque postérieure à la chute de la température, elle présenta une insuffisance aortique.

En 1873, elle était atteinte d'une maladie fébrile qu'on aurait pu prendre pour une fièvre typhoïde, et qui se révéla un mois après, par l'apparition d'une poussée articulaire rhumatismale. La courbe thermométrique avait varié entre 38° le matin et 39°,5 le soir. — De temps en temps, cette malade avait accusé des névralgies, qui passaient d'un nerf à un autre ; le cœur restait ce qu'il était depuis cinq ans : mais, du côté des malléoles, une suffusion œdémateuse se produisit. M. M. Raynaud crut à une fièvre rhumatismale, et cette croyance devint légitime quelque temps après ; il nota, en effet, un épanchement articulaire du genou, dont la durée n'excéda pas 48 heures. La fièvre se montra de nouveau, persista un mois et s'accompagna de lourdeur du membre thoracique gauche, puis d'hémiplégie. La malade ne tarda pas alors à succomber. — Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, M. M. Raynaud est tout porté à croire que la mort est le résultat d'un vaste ramollissement du cerveau dû à des thromboses dans les artères cérébrales. — Revenant à la question thérapeutique, M. Raynaud conclut que les bains froids ont pour but de ramener le rhumatisme cérébral à la forme articulaire et se demande en terminant si, d'une part, le rhumatisme cérébral ne doit pas être considéré comme une fièvre rhumatismale ataxique, et si, d'autre part, l'hyperthermie qu'on observe communément dans le rhumatisme cérébral ne constitue pas l'indication formelle de l'emploi des bains froids. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 avril 1880. — Présidence de M. Monod.

10. Leucocythémie ; par Liandier, interne des hôpitaux.

La nommée Marie Fourn., âgée de 30 ans, entrée le 6 janvier 1880, salle Henri IV, n° 43, à Saint-Louis (service de M. Guibout). Père en très bonne santé ; mère âgée de 59 ans, très maigre, toussant beaucoup depuis l'âge de 12 ans. Deux frères bien portants.

La malade elle-même a été dans son enfance très sujette à l'impétigo. A l'âge de 4 ans, on a dû lui ouvrir un abcès dans la région mastoïdienne. Les règles, établies à l'âge de 18 ans, étaient très abondantes, et fatiguaient beaucoup la malade. Du reste, bonne santé jusqu'à l'âge de 27 ans. A cette époque, apparurent dans la région splénique, des douleurs qu'un vésicatoire fit disparaître. En même temps, la malade commença à s'affaiblir, et cessa alors de frotter, occupation qui la fatiguait beaucoup. Elle n'en continua pas moins à dépérir.

Il y a un an, elle sentit une douleur dans l'aine gauche et s'aperçut de l'existence, à ce niveau, de deux petites tumeurs qui grossirent rapidement. En même temps, les règles cessèrent de se montrer, pour reparaître une seule fois au bout de deux mois, et disparaître de nouveau.

Au mois d'août 1879, une tumeur se montra dans l'aisselle et, en 15 jours, atteignit le volume du poing. Elle était très

douloureuse. La malade entra dans le service de M. Ledentu, suppléé par M. Peyrot, qui prescrivit des toniques et de l'iodure de potassium. Au bout de 20 jours, la tumeur axillaire n'avait plus que le volume d'une noix ; la tumeur inguinale n'était pas modifiée. La malade quitta l'hôpital. Quinze jours plus tard, apparaît dans l'aine droite une autre tumeur qui grossit aussi avec rapidité. Il y a un mois, la malade éprouvant des démangeaisons dans la tumeur inguinale gauche, la gratta et donna lieu à une excoriation qui causa une hémorrhagie très abondante. Depuis, elle est restée ulcérée, mais l'ulcération n'a pas grandi ; elle est devenue très douloureuse, ce qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. La malade est amaigrie ; moins toutefois qu'il n'y a 4 mois ; les muqueuses sont un peu décolorées. Les règles n'ont pas reparu depuis 10 mois. L'aine gauche est occupée par une tumeur volumineuse adhérente à la peau, qui, à ce niveau, forme deux saillies superposées, à grand axe dirigé en dedans et en bas. A ce niveau, la peau est d'un rouge sombre ; sur la saillie supérieure, elle présente une ulcération de la largeur d'une pièce de un franc, à fond blanchâtre. Dans l'aine droite, tumeur du volume d'un œuf, ovale, irrégulière, mamelonnée à sa surface, dure, mobile sous la peau.

Dans l'aisselle droite existe une tumeur semblable, dont la malade ne soupçonnait pas l'existence. Dans la gauche, tumeur mobile, arrondie, régulière, du volume d'une noix. Les ganglions du cou sont durs et se sentent très bien sous le doigt, surtout ceux qui sont situés au-dessus de la clavicule droite et qui ont le volume d'une grosse amande. Les autres ganglions paraissent sains. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur et des poumons. Il existe une fièvre légère. Pouls, 88. Quelques frissons dans la journée. Pas d'appétit, mais bonnes digestions ; garde-robes faciles. La rate dure, gonflée, déborde les côtes de quatre bons travers de doigt. A ce niveau, la pression est douloureuse.

Traitement. Repos, toniques, potion strychninée. Hydrothérapie dès que la température le permettra.

9 *janvier.* La malade se plaint de souffrir beaucoup de la tumeur qui occupe l'aine gauche ; l'ulcération suppure plus que de coutume. Le 10, hémorrhagie par l'ulcération ; la malade dit avoir perdu à peu près un verre de sang.

12 *janvier.* Abcès dans la tumeur inguinale gauche, du volume d'une grosse fève, très fluctuante. Potion antiscrofuleuse.

14 *janvier.* Nouvel abcès dans la saillie cutanée inférieure.

15 *janvier.* Application de pâte de Vienne sur les deux plis qui couvrent la tumeur inguinale gauche. Une partie des tissus rouges est détruite, laissant après l'élimination une ulcération à fond grisâtre et peu purulent. Le 20, nouvelle application caustique.

23 *janvier.* Douleur dans le genou gauche ; il existe un léger épanchement dans les deux genoux ; choc rotulien peu marqué mais très net.

24 *janvier.* Raies de feu sur les deux genoux.

27 *janvier.* Les surfaces laissées à découvert par la chute des eschares sont cautérisées par le thermo-cautère. Cette opération paraît produire une vive douleur. Depuis quelques jours, la malade se plaint de souffrir beaucoup de la région splénique. Les douleurs reviennent dans la soirée à la même heure. On donne 0,40 centigrammes de sulfate de quinine.

5 *février.* Raies de feu sur la rate et nouvelle cautérisation de la plaie. L'articulation péronéo-tibiale est gonflée et très douloureuse.

27 *février.* Examen du sang au microscope. Les globules blancs sont très nombreux ; on en observe une dizaine au lieu de deux ou trois dans le champ du microscope. (Verick, oculaire n° 2, objectif n° 7.)

24 *mars.* Nouvelle cautérisation ; la peau qui recouvre la tumeur inguinale du côté droit est devenue adhérente et un peu bleuâtre. La malade a pris quelques douches froides, mais une légère bronchite oblige à les suspendre. Les ganglions inguinaux, du côté gauche, semblent un peu moins gros.

30 *mars.* Vives douleurs en ceinture dans la région lombaire ; température élevée ; pouls plein et rapide. Visage très rouge ainsi que le cou et l'abdomen qui semblent congestionnés.

1er *avril.* Diarrhée très fétide et très abondante. Nous ne pouvons nous procurer de l'urine pour l'examiner.

Dans la nuit du 2 au 3 *avril*, hémoptysie légère aussitôt suivie d'une épistaxis abondante. La malade dit avoir en même temps vomi du sang, mais peut-être provenait-il des fosses nasales. Le sang a largement sali deux alèzes, la malade se trouve très soulagée. Prescription : potion avec 50 gouttes de perchlorure de fer ; mais la malade rejette tout. L'hémorrhagie paraît arrêtée le matin ; mais dans la journée elle reparaît à différents intervalles. De temps à autre, la malade rejette par la bouche des caillots noirs et les selles sont colorées en brun. Le soir, vers 5 heures, le sang reparaît. Tamponnement de l'orifice antérieur des fosses nasales ; injection d'ergotine ; on se tient prêt à faire le tamponnement complet. L'hémorrhagie ne reparaît pas, mais la malade succombe à trois heures et demie en pleine connaissance.

Autopsie. — Cœur petit ; rien de particulier d'ailleurs : poumons très rétractés. Dans le bord antérieur du lobe supérieur du poumon droit, plusieurs noyaux de pneumonie caséeuse. Dans le sommet du même poumon, on trouve une concrétion calcaire grosse comme un noyau de prune. Les ganglions bronchiques ont subi en grande partie la transformation crétacée. Le foie est gras, un peu gros, ainsi que les reins. Rate très volumineuse, dure, rouge, parsemée de plaques blanches de périsplénite. L'intérieur est rouge, pointillé de blanc.

11. **Môle hydatique** ; par L. Jagot, externe des hôpitaux.

Madame H..., agée de 32 ans, mariée depuis 7 à 8 ans, ayant habituellement une bonne santé, quoique assez mal réglée, a déjà eu deux enfants ; l'un est agé de 6 ans et l'autre de 2. Elle n'a jamais eu de fausse couche. Il y a environ 4 mois, cette dame eut, à l'époque de ses règles, une hémorrhagie utérine assez abondante, qui s'arrêta à la suite d'une administration d'ergotine. A la suite de cet accident, elle fut deux mois sans voir ses règles, lorsqu'une nuit, en urinant dans un vase de nuit, elle rendit sans la moindre douleur un corps assez volumineux accompagné d'un demi-litre de sang environ. Le médecin, qui y alla dès le matin, trouva la malade couchée et perdant encore, le col était ouvert et permettait l'introduction du bout du doigt. Au milieu des caillots sanguins se trouvait le corps rendu, et pour voir les corps hydatiformes il dut inciser une poche membraneuse contenant fort peu de liquide séreux. Il administra encore une potion à l'ergotine et deux jours après la malade rendait encore un petit morceau de membrane. — La malade se rétablit rapidement.

La tumeur rendue est arrondie et mesure environ 8 centimètres ; elle a une épaisseur de 7 à 10 millimètres. Les bords se continuent avec les débris d'une membrane fine et transparente. — Une de ses faces est rugueuse, ressemblant assez à la face utérine d'un placenta. La face opposée est lisse, mais hérissée de saillies nombreuses, d'un volume variant entre celui d'une lentille et celui d'une petite cerise. Ces petites tumeurs contiennent un liquide clair et une production charnue de volume variable. Il y en a environ 20 à 25. Les petites saillies sont constituées par une substance gélatineuse qui présente les caractères histologiques du myxome.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *novembre* 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Hernie inguino-interstitielle étranglée. — Laparotomie. — Guérison. — M. Gillette lit un rapport sur une intéressante observation de M. Blum. Un enfant de 15 ans, en soulevant un sac de plâtre, accuse une vive douleur dans la région inguinale. Un médecin appelé constate une tumeur du volume d'un œuf de poule et tente le taxis, mais inutilement : c'est alors que le malade qui a déjà les symptômes

les moins contestables d'un étranglement herniaire, est transporté à l'hôpital; là, l'interne de garde pratique à son tour le taxis, il réduit bien la tumeur; mais les symptômes d'étranglement persistant néanmoins, M. Blum est mandé vers neuf heures du soir; il constate bien que le testicule est appliqué contre l'orifice externe du canal inguinal, mais de hernie point; il en conclut qu'il y a eu réduction en masse, et, d'emblée, il pratique la laparotomie, 59 heures après le début des accidents. La paroi abdominale incisée, il se dirige sans hésitation vers l'orifice interne du canal inguinal; il constate que, dans cet orifice, s'est engagée une anse intestinale aplatie, que cette anse est étranglée contre le rebord interne de l'orifice, et qu'elle a déjà contracté quelques adhérences. Rien n'est plus facile que de libérer l'anse herniaire: les sutures sont faites; deux jours après seulement pour la première fois, le malade rend des gaz: six jours après des selles, et quoiqu'il n'y ait pas eu pansement de Lister, le malade a parfaitement guéri.

N'eût-il pas été possible d'inciser au niveau de la hernie même? Sans doute cela eût été possible; mais encore fallait-il pour cela que l'on pût percevoir la hernie; or, M. Blum n'a pas constaté de tumeur: donc il a bien fait en pratiquant la laparotomie. L'observation de M. Blum est une observation très rare; il n'en existe qu'une semblable, avec ectopie inguinale, dans la thèse d'agrégation de M. Peyrot.

M. A. Desprès reproche à presque toutes les observations d'étranglement le tort d'être incomplètes et de laisser des doutes aux lecteurs sur le mode d'étranglement. Il est convaincu, pour sa part, que parfois ces simples adhérences en imposent pour un étranglement vrai et que les contractures de l'intestin peuvent suffire à dégager l'anse. Il cite, à l'appui de son opinion, un fait observé dans le service de son maître Nélaton.

Traitement de l'épithélioma de la langue. M. Verneuil fait une communication des plus intéressantes, tendant à détruire ce préjugé trop répandu, qui fait qu'on use de topiques anodins, ou d'un traitement général, à l'exclusion de tout traitement chirurgical, dans le cas d'épithélioma de la langue. Cette communication s'adresse non pas aux membres de la Société de chirurgie, qui sont évidemment de son opinion (ce serait leur faire injure que de supposer un instant le contraire), mais à la foule des praticiens. Les uns cautérisent l'épithélioma avec du nitrate d'argent, de l'acide chromique, de l'acide azotique, etc... Ils se gardent bien surtout d'aller profondément. Les autres se contentent du chlorate de potasse: et quel est le résultat de cette désastreuse thérapeutique? D'agacer le néoplasme, de l'irriter, de lui communiquer une impulsion des plus rapides, de transformer une tumeur facilement opérable en une tumeur inopérable; d'annihiler en un mot l'action chirurgicale, de rendre impossible toute intervention efficace. Beaucoup de praticiens ont recours à l'iodure de potassium: quelles sont leurs raisons? Les uns donnent ce médicament, parce qu'il est peut-être bon contre les néoplasmes; les autres parce qu'ils sont incertains sur le diagnostic, et qu'ils craignent de confondre un épithélioma avec une manifestation syphilitique; les autres, parce qu'il faut prescrire quelque chose; d'autres enfin, parce qu'ils sont timides qu'ils n'osent pas proposer une opération, ou qu'ils n'osent pas la faire.

Eh bien! non, l'iodure de potassium ne vaut rien contre l'épithélioma: les cancéreux sont des arthritiques, et l'iodure de potassium ne valut jamais rien chez un arthritique; souvent il ajoute une stomatite à une tumeur de la langue; souvent il active la marche du néoplasme, et engendre des adénopathies rapides. — Il n'est pas plus vrai que le diagnostic de l'épithélioma de la langue soit difficile, à tous ceux qui se tiennent au courant, et qui ont lu par exemple les leçons de M. Fournier sur les glossites tertiaires, il sera impossible de confondre une manifestation syphilitique avec un épithélioma. — Est-il vrai que l'opération du cancer de la langue soit une opération grave et difficile? C'est peut-être vrai à la fin: ce n'est jamais vrai au début. — Serait-il vrai que l'opération fût inefficace? Pas toujours, car, pour sa part, M. Verneuil a 4 opérés de la langue, qui, depuis plusieurs années n'ont pas eu de récidives.

Mais le chlorate de potasse! N'a-t-on pas enregistré des succès à son actif? — M. Verneuil nie ces succès. — Le chlorate de potasse a pu guérir des adénomes sudoripares, des épithéliomas, jamais.

P. Méricamp.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1880.— Présidence de M. N. Guéneau de Mussy.

M. Léon Collin cite, à propos de la communication de M. Zuber *sur le coup de chaleur*, une lettre de M. Costans relative à cette question; il rappelle que M. Guez, médecin principal de la marine, a fait à plusieurs reprises et à diverses époques, la traversée de France en Cochinchine et a pu s'assurer que c'était pendant l'été que le coup de chaleur s'observait le plus souvent dans le canal de Suez.

M. Laboulbène cite un cas de *muguet du pharynx* survenu à la suite d'une angine légère, chez un interne distingué des hôpitaux. En consultant la littérature médicale, M. Laboulbène n'a trouvé qu'un cas absolument comparable à celui qu'il signale, c'est celui que Gubler a publié dans son mémoire classique *sur la mucédinée du Muguet*; on connaît cependant trois faits analogues, ajoute M. Laboulbène, un second cas de Gubler, un de M. Damaschino et une observation recueillie par M. Charcot dans le service de Rayer.

M. Zuber dépose sur le bureau son rapport sur l'épidémie de peste, observée récemment à Vietlanka et dans la province d'Astrakan (1). Malgré leur diligence, les délégués n'ont pu parvenir suffisamment tôt dans les régions infectées, pour pouvoir observer l'épidémie. M. Zuber n'a trouvé que quelques malades non encore guéris; cependant, s'il n'a pu observer l'épidémie dans toute sa force, les renseignements, qu'il a recueillis sur place, n'en ont pas moins motivé le rapport qu'il présente. M. Zuber croit que la peste a été importée de Perse, il se sépare en cela de l'opinion du Dr Hirsch. M. Zuber répond à une question de M. Laboulbène, à propos des germes de la peste et du programme de l'Académie de Médecine, qu'il n'a connu les discours Académiques qu'après coup, car il était parti avant celui de M. Fauvel; du reste, les difficultés du voyage étaient telles, qu'il eût été difficile d'emporter jusqu'au siège de l'épidémie les instruments nécessaires à des recherches aussi précises.

M. Besnier lit son *Rapport sur les maladies régnantes* pendant le 3e trimestre de l'année courante (2).

M. Tennesson lit une observation relative à un *cas de mort subite survenue après la thoracentèse.* Homme de 53 ans, emphysémateux. Pleurésie aiguë avec épanchement du côté droit. On dut, au bout de quelques jours, pratiquer la thoracentèse d'urgence. On retire de la plèvre, en deux temps, un litre 1/2 de liquide citrin. La journée se passa calme. 9 heures après l'opération, le malade mourut subitement. A l'autopsie, on a trouvé un épanchement à droite, d'environ un litre et demi, à gauche, il y avait de la congestion pulmonaire, le sommet du poumon était sclérosé, emphysémateux, pas de tubercules. Le cœur était dilaté: le malade est-il mort par asphyxie ou par syncope? Il est probable que ce malade est mort de syncope. En 1875, M. Tennesson a indiqué les dangers de la thoracentèse chez les malades qui ont une affection du cœur. Il s'agit ici d'un cas malheureusement grave, puisqu'il fallait pratiquer la thoracentèse d'urgence.

M. Granger présente ses travaux relatifs à la *tuberculisation* et à la *scrofule* (3).

Comme premier point, M. Grancher admet qu'il y a une dégénérescence vitreuse, dès le début, et qu'elle est primordiale. Il y a là une dystrophie constitutionnelle.

Le second point porte sur les formes anatomiques du tu-

(1) *Progrès Médical*, 1879.
(2) Voir *Progrès Médical*, n° 47, 20 novembre 1880.
(3) Extrait des *Archives de physiologie* et du *Dict. de Dechambre.*

bercule : la dualité de la phthisie est combattue à nouveau par M. Grancher.

La granulation tuberculeuse n'est pas seule à exister comme manifestation tuberculeuse. Le noyau de pneumonie tuberculeuse et la granulation tuberculeuse sont des éléments semblables, et il y a un fond commun dans les deux cas du tubercule. L'unité de la phthisie en est sortie. On a étudié la granulation dans ses éléments mêmes. C'est un tubercule microscopique, auquel on a tendance à faire jouer un rôle exclusif et considérable, même trop considérable.

L'évolution du tubercule a été le troisième point d'étude. On sait que le tubercule peut guérir, mais cela est assez rare : en tous cas, au point de vue histologique, on ne peut pas faire du tubercule une néoplasie qui ne puisse pas guérir : elle possède deux éléments : un élément de guérison, la transformation fibreuse ; et un élément destructif, la transformation caséeuse. Le tubercule doit donc être défini : *une néoplasie fibro-caséeuse, à forme nodulaire et formant la caractéristique d'une maladie qui est la tuberculose*. Il y a donc une *unité*, avec cependant une infinité de variétés.

A propos du tubercule élémentaire, M. Grancher croit qu'on insiste trop sur les tuberculoses locales aux dépens de la scrofule. Certains anatomo-pathologistes disent qu'on trouve toujours des tubercules élémentaires dans les lésions scrofuleuses anciennes. Le raisonnement de ces anatomistes tendrait à rayer la scrofule du nombre des diathèses et à ne considérer partout que des tuberculoses locales; M. Grancher croit qu'on a tort d'avoir une opinion aussi arrêtée. Dans le cas de scrofule, du reste, l'évolution de ce tubercule élémentaire n'est pas la même que celle du tubercule véritablement tuberculeux. M. Grancher cite à l'appui de sa thèse ces cas légers de scrofule du jeune âge qui se guérissent parfaitement, et il conclut que le *scrofulum* prépare le tubercule *adulte* comme la scrofulose prépare la tuberculose.

Si on ne considérait que certains éléments envisagés aux périodes embryonnaires, on devrait, pour être logique, admettre que la cellule géante est seule le tubercule, ce qui serait inadmissible puisque la cellule géante se rencontre dans bien des cas qui ne sont pas tuberculeux.

M. Grancher croit donc qu'il est sage de garder pour la scrofule une place dans le cadre nosologique, tout en considérant la scrofule comme une forme atténuée de tuberculose, et de voir dans la tuberculose et dans la scrofule deux branches d'un même tronc.

M. LABBÉ fait observer, à propos de la *diathèse scrofuleuse*, qu'il est porté à admettre que la tuberculose est une branche de la scrofule, il renverse donc la proposition de M. Grancher et croit que les rapports de la tuberculose et de la scrofule sont des rapports de dépendance pour la tuberculose. M. Labbé, comme clinicien, engloberait le tubercule dans la scrofule.

M. GRANCHER croit que l'opinion de M. Labbé est également exagérée. M. Grancher désirerait voir les cliniciens et les histologistes arriver à un accord, il voudrait faire admettre qu'il y a là une question d'âge, qu'il s'agit de la différence qui existe entre un objet qui naît et celui qui est développé.

M. LABBÉ ne veut pas faire le procès des histologistes, mais il voudrait renverser la proposition des anatomo-pathologistes. M. Labbé entend parler de la diathèse et non pas de la lésion scrofuleuse : pour lui, admettant les tuberculisations acquises, il se demande si Broussais n'avait pas raison quand il disait : l'inflammation est l'origine de la tuberculose. M. Labbé dirait pour son compte : de certaines tuberculoses.

M. BESNIER est absolument de l'avis de M. Grancher, il croit qu'on ne peut admettre rien de plus dans l'état actuel de la science. M. Besnier propose de mettre la question de la tuberculose et de la scrofule à l'ordre du jour des séances prochaines.

H. DE BOYER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude des peptones et spécialement de la peptone phosphatée ;

Par le Dr LAPRADE, ancien interne des hôpitaux.

L'introduction des peptones en thérapeutique nous remet en mémoire une série d'expériences, entreprises autrefois par Demarquay, dans le but d'établir la relation en puissance nutritive de la viande avec ses dérivés alibiles les plus usuels : bouillon concentré, extrait et jus de viande.

Une série de chiens nourris exclusivement, chacun de l'un de ces aliments, furent enfermés séparément dans des cases à plancher incliné et muni d'une rigole pour le recueillement intégral des urines. Ces urines dosées, quant à l'urée, et cette quantité ramenée à un kilogramme du poids de chaque animal, on essaya de provoquer chez tous la même élimination de ce principe immédiat qu'on a si justement qualifié de cendres de l'économie. On éleva donc successivement la proportion des produits alimentaires donnés à chaque animal pour amener, si possible, une excrétion d'urée égale à celle fournie par les chiens que l'on nourrissait de viande crue. On n'y parvint jamais, et, au bout de quelques semaines, la maigreur des sujets dénotait clairement l'insuffisance comme alimentation exclusive des principes extraits de la viande.

Ces résultats étaient faciles à prévoir, et nous ne songerions sans doute pas à les relater si, parallèlement à ces expériences et dans le même ordre d'idées, on n'en avait fait d'autres dont les enseignements nous paraissent beaucoup plus intéressants à rappeler.

Des chiens de même taille et de même âge furent nourris, les uns de viande crue, les autres de viande crue additionnée de phosphate de chaux. Or, la quantité d'urée excrétée par ces derniers fut toujours notablement supérieure à celle que rendirent les autres, bien que le poids de viande ingérée fût exactement le même. — A titre de contre-expérience, on intervertit l'ordre des aliments, la viande crue étant substituée à la viande phosphatée, et réciproquement; après deux ou trois jours, le dosage de l'urée confirmait les premiers résultats. Ajoutons que, parmi nos animaux nourris exclusivement de viande crue, l'un eut une poussée eczémateuse, deux ou trois de la diarrhée, et, d'une manière générale, tous présentèrent les caractères d'une santé peu brillante, alors que les autres, soumis à l'alimentation phosphatée, témoignaient par leurs yeux vifs et leur poil lustré, de l'excellence de leur régime.

Ainsi se trouva de nouveau pleinement confirmé le pouvoir du phosphate de chaux comme agent d'assimilation, comme excitant de la nutrition générale. Aux belles expériences de Chossat et de Bérard, qui avaient démontré que la fragilité des os *est en rapport avec la diminution du phosphate dans l'alimentation*, venait s'ajouter sa faculté de transformer les substances azotées en chair musculaire.

Un ancien interne distingué de la maison Dubois, M. Bayard, qui vient d'attacher son nom à une *peptone pepsique phosphatée*, s'est inspiré bien certainement des expériences que nous venons de rappeler pour l'élaboration d'un produit qui nous paraît destiné à prendre un rang des plus honorables dans la thérapeutique moderne. La *peptone phosphatée Bayard* constitue, en effet, par elle-même, un aliment *complet*, directement assimilable, et, en même temps, un eupeptique incomparable.

Le véhicule de cette peptone est un vin vieux de Malaga titrant de 12 à 15 p. 100 d'alcool, c'est-à-dire constituant déjà par lui-même un aliment d'épargne de premier ordre qui vient encore ajouter à la puissance reconstitutive du produit.

Convalescences, cachexies, rachitismes, phthisie, pyrexies de longue durée, certaines dyspepsies, etc., autant de cas pathologiques qui ne tarderont pas à être tributaires d'une préparation sur laquelle l'attention de nos confrères doit être fixée.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE.

Uréthrotome flexible a olive avec conducteur; par le Dr Jardin.

M. le Dr Jardin vient de présenter à l'Académie de médecine, dans la séance du 23 novembre, un nouvel uréthrotome (fig. 83).

Tous les uréthrotomes à olive, depuis le plus connu et le plus employé, celui de Civiale, jusqu'aux plus oubliés et aux plus délaissés, ceux de Delcroix, ont deux traits communs la rigidité de la tige et l'absence de conducteur. Leur introduction est de ce fait un peu délicate dans la portion droite de l'urèthre si l'on rencontre les brides que l'instrument doit diviser au retour, et parfois extrêmement difficile dans la région sous-pubienne où il faut exécuter un cathétérisme rectiligne dans un canal semé d'obstacles.

S'inspirant de la forme de la bougie à boule du Dr Mallez, bougie qui, à la différence des bougies à boule ordinaire, est munie d'un bout antécédent, M. Jardin a fait construire un uréthrotome dont le conducteur très fin guide parfaitement l'olive, et dont la tige flexible dans la moitié de sa longueur évite toute violence et fait franchir avec facilité la région bulbo-membraneuse.

Voici succinctement en quoi consiste cet uréthrotome. Une sonde en gomme longue d'environ 25 centimètres portant à l'une de ses extrémités une olive sur un des côtés de laquelle se voit une rainure qui sert à loger la lame. A l'extrémité de l'olive, un pas de vis permettant d'y adopter au gré de l'opérateur soit un simple bout antécédent soit une bougie conductrice. Dans la moitié supérieure de la sonde une tige rigide à laquelle fait suite une chaîne s'articulant en tous sens et occupant la seconde moitié de la sonde. Au sommet de la tige rigide, un bouton servant à faire sortir ou rentrer la lame; et enfin sur la garniture une vis servant à fixer la lame, qu'elle soit rentrée ou sortie. Construit de cette façon, cet instrument conserve dans sa moitié inférieure toute la souplesse d'une simple bougie en gomme.

Fig. 83.

D'après ce qui vient d'être dit, il est facile de comprendre le maniement de cet instrument qui, facilement introduit dans l'urèthre, donne au moment du retour avec une grande netteté, la sensation du moindre obstacle. Pour diviser l'obstacle il suffit de faire saillir la lame et d'opérer une légère traction. La lame est alors rentrée et l'instrument retiré de l'urèthre. Tous les obstacles de l'urèthre ne donnant pas la même résistance, il était nécessaire d'avoir des olives de différents calibres; c'est ce qui a été fait par M. Dubois et le chirurgien pourra trouver cet uréthrotome avec l'olive du numéro qu'il désire.

Depuis déjà longtemps, MM. Mallez et Jardin emploient cet uréthrotome et en ont obtenu les meilleurs résultats.

VARIA

Des progrès récents de la neuropathologie et de leurs conséquences au point de vue de l'enseignement médical;

Leçon inaugurale de M. le professeur W. Erb, de Leipzig (1).

Ce qui a rendu possible cette féconde influence de l'anatomie pathologique, c'est en partie le grand progrès réalisé de nos jours par l'anatomie normale et l'embryogénie du système nerveux. Il fallait que les recherches difficiles et d'un genre tout nouveau de Stilling eussent montré la véritable voie par laquelle la méthode purement anatomique peut découvrir la structure extrêmement compliquée des organes nerveux centraux; il fallait qu'à l'aide de cette méthode Stilling lui-même et ses éminents successeurs eussent déterminé la délicate structure de la moelle et du cerveau, au moins dans ses lignes principales, avant que l'anatomie pathologique pût, de son côté, à l'aide de la même méthode, chercher à reconnaître et à localiser exactement les fines lésions pathologiques. A la vérité, il reste encore beaucoup à faire à l'anatomie et peut-être la structure infiniment compliquée du cerveau ne sera-t-elle jamais complètement dévoilée par cette méthode, si l'on ne trouve des procédés d'examen nouveaux et atteignant plus loin. Et, en fait, ils sont déjà trouvés; ils constituent la méthode embryogénique qu'ici même, à Leipzig, un de nos collègues applique avec tant de succès. Elle vise, en suivant la formation des éléments nerveux de densité physiologique différente, en étudiant les différences anatomiques qui en résultent entre certains faisceaux à certaines époques de leur évolution, à pénétrer la structure du système nerveux central. Elle a déjà considérablement contribué à éclaircir des relations pathologiques, elle a trouvé dans les faits pathologiques d'importants points d'appui, elle promet pour l'avenir des révélations plus importantes encore; aussi nous attendons avec impatience qu'elle se perfectionne et se répande davantage.

Outre ces diverses sciences, il est encore une autre spécialité clinique, l'ophthalmologie, qui a eu sur la neuropathologie une influence marquée. On sait avec quelle extraordinaire rapidité, entre les mains de maîtres de génie et grâce aux travaux de nombreux et remarquables élèves inspirés par ces maîtres, cette branche toute nouvelle de la médecine est parvenue à un degré de perfection dont les autres genres de clinique pourraient presque être jaloux. C'est à sa direction et à sa méthode d'observation rigoureusement physiologique, à la perfection supérieure des méthodes physiques d'observation, qu'elle doit surtout d'avoir pu fleurir si vite et de devenir ainsi un brillant modèle pour beaucoup d'autres spécialités. Il est maintenant de plus en plus clairement démontré que les maladies les plus diverses du système nerveux central et même périphérique ont d'intimes rapports avec celles de l'œil, ce poste avancé des centres nerveux, rendu accessible à notre examen direct par la découverte de génie d'Helmholtz, aussi bien avec les maladies de son appareil moteur qu'avec celles de ses parties qui reçoivent ou conduisent l'impression lumineuse; et nous autres, neuropathologistes, nous en sommes déjà venus à ce point de ne plus regarder l'examen neuropathologique d'un malade comme terminé si l'on n'a examiné l'œil à l'ophthalmoscope et attentivement scruté l'état de ses fonctions. Réciproquement, l'ophthalmologie a fréquemment besoin de l'assistance de la neuropathologie quand il s'agit de déterminer, par un examen spécial, si une maladie de l'œil est sous la dépendance d'une affection des centres nerveux. Et c'est justement aujourd'hui une question agitée aussi bien dans le monde des ophthalmologistes que dans celui des neuropathologistes, de savoir dans quelle mesure les diverses maladies de l'œil peuvent servir à localiser les affections cérébrales. De ce côté aussi, on se trouve donc ramené à la grosse question du jour, à la localisation anatomique des fonctions du cerveau, et il est clair que tout neuropathologiste a toute raison de s'intéresser sérieusement à l'ophthalmologie et de la suivre dans ses progrès sur ce terrain.

Tels sont les principaux rapports réciproques entre la neuropathologie et les autres branches de la médecine, ceux qui ont eu, selon moi, une influence capitale sur le perfectionnement de la neuropathologie. Mais ils ne suffisent pas à expliquer une importance aussi grande que celle qu'elle possède en réalité; d'autres facteurs essentiels de ce résultat sont la fréquence extraordinaire et, à mon avis, incontestablement croissante des maladies nerveuses, y compris les psychoses, et leur extrême importance pour le bonheur et le malheur de l'individu, de la famille et de l'espèce entière. Ce n'est pas simplement que la plus grande exactitude de l'observation clinique a découvert dans les maladies nerveuses une multiplicité de formes tout à fait étonnante, si bien que, presque chaque jour, on en signale et on

(1) Voir les nos 45 et 46.

en décrit de nouvelles, dont certaines paraissent n'avoir pas existé autrefois; — non, c'est aussi que la fréquence absolue des maladies nerveuses a grandi de nos jours d'une façon vraiment effrayante; et nous sommes en mesure de montrer quelques-unes des causes qui ont donné lieu à ce phénomène affligeant.

Il faut d'abord accuser ici les conditions sociales: l'excessive agglomération de grandes masses d'hommes dans les centres politiques, commerciaux, industriels, dans les grandes villes, avec ses conséquences inévitables, la misère, le besoin, le chagrin, les soucis matériels et les mauvaises conditions hygiéniques, les occasions si abondantes d'ivrognerie, de débauche et d'excès de tout genre, et le danger croissant de la contagion de la plus redoutable des épidémies, contre laquelle l'Etat moderne, dans son incompréhensible aveuglement, néglige toujours de prendre les mesures préventives les plus nécessaires.

En outre, la lutte pour l'existence est aujourd'hui devenue d'une extraordinaire âpreté : la nécessité de tendre à l'extrême toutes ses forces pour subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille, l'ambition croissante, la soif des honneurs et des richesses qui se développent de plus en plus dans les grandes villes, et, conséquence nécessaire de tout cela, une activité intellectuelle excessive et prématurée, l'instruction intensive et trop précoce, le déplorable et vraiment dangereux excès de travail qu'on impose aux écoliers sans assez se préoccuper des soins du corps, les nombreux vices de l'éducation, les défauts de l'hygiène privée, tout cela concourt à augmenter la fréquence et la gravité des maladies nerveuses. Non moins actives sont la multiplication des jouissances, l'amour excessif du plaisir, l'agitation et la surexcitation de la vie moderne comparée à la vie d'autrefois, la participation de tous à la vie politique, aux luttes religieuses, et bien d'autres causes encore. De là vient que nombre de jeunes gens sont atteints de graves névroses au milieu de la préparation de leurs examens, que nombre de fonctionnaires et de savants on le système nerveux ruiné par le poids écrasant de leur travail, que nombre de commerçants, obligés par la concurrence croissante à une activité fébrile et exagérée, tombent dans le nervosisme et dans la folie.

Mais la cause de beaucoup la plus importante de l'augmentation des maladies nerveuses, c'est l'*hérédité*, cette mystérieuse et inexorable loi de la transmission des qualités d'une génération à l'autre, à laquelle l'humanité doit, il est vrai, les plus belles floraisons de l'intelligence, mais aussi infiniment de souffrances et de peines. Cette loi, qui est ici une source de bénédiction et là une cause de malédiction, ne se manifeste sur aucune partie du corps humain plus clairement que sur le système nerveux. Il est d'expérience quotidienne que des maladies acquises ou congénitales et même de simples faiblesses du système nerveux peuvent se transmettre aux enfants, souvent en s'aggravant et sous les formes les plus variées; que par la coïncidence de pareilles dispositions du côté des deux époux ou seulement par la consanguinité des parents, ces tendances morbides peuvent s'accentuer de plus en plus et aboutir finalement à une dégénérescence neuropathique complète et à l'extinction de la famille. Vous comprenez que ce n'est pas le moment de développer ces propositions.

Mais toutes ces circonstances expliquent pourquoi les maladies nerveuses se multiplient généralement aujourd'hui, pourquoi elles deviennent de plus en plus communes, notamment d'un côté parmi les prolétaires des grandes villes et des centres industriels, et, d'un autre côté, parmi les classes plus élevées qui, dans la lutte pour l'existence, sont soumises à un travail intellectuel excessif, pourquoi dans certaines familles les maladies nerveuses deviennent à chaque génération plus fréquentes et plus graves, pourquoi dans tous les pays où règne une épuisante et incessante activité — aux Etats-Unis, par exemple, — les névroses se multiplient d'une façon extraordinaire, pourquoi enfin chez certaines races, douées d'ailleurs d'une grande intelligence, mais animées surtout d'ardentes aspirations au succès et à la jouissance et portant en outre à la suprême puissance l'influence de l'hérédité par des mariages contractés exclusivement à l'intérieur de la race ou même d'une seule famille, la proportion des maladies nerveuses est extraordinairement plus élevée que chez d'autres races. Ce sont là des faits que l'on ne peut nier et l'œil expert du neuropathologiste voit suspendue sur la tête de familles, de classes et de races entières l'épée de Damoclès de la dégénérescence névropathique. Mais pour notre consolation, il voit aussi que souvent la nature, dans son inépuisable richesse, fournit à la force régénératrice des voies et moyens, à nous inconnus, de réparer ces lésions et compense, en accordant à un individu les dons du génie, la dégénérescence intellectuelle de sa famille et de sa race.

Toutes les causes que je viens d'indiquer ont contribué à faire de la neuropathologie ce qu'elle est aujourd'hui. Cela m'entraînerait trop loin de tenter d'esquisser, même très superficiellement, la manière dont se sont produits en particulier les grands progrès de notre science, progrès dont nous nous enorgueillissons maintenant, sans oublier pourtant qu'il reste beaucoup et plus encore à faire. Je ne puis vous montrer en détail avec quel succès, au commencement du siècle on a étudié principalement les maladies périphériques, les névralgies, les paralysies et les atrophies, et accru nos connaissances à leur sujet par les découvertes les plus variées; comment on apprit alors à rapporter à une origine centrale maintes maladies regardées comme périphériques; comment, en même temps, on s'occupa des maladies centrales avec plus d'intérêt et plus de succès; comment on apprit particulièrement à mieux distinguer les maladies de la moelle, à les décrire avec plus de précision et à les rapporter à des lésions locales déterminées; comment on a serré de plus près les maladies du cerveau et leurs innombrables rapports avec toutes les fonctions du corps, et comment enfin on a récemment fait de grands progrès dans le sens de la localisation de ces maladies. Je puis seulement rappeler très brièvement ces grandes et mystérieuses névroses, ayant de toute antiquité la fâcheuse réputation de relever de l'imposture, de la sorcellerie et de la possession, semblant échapper à tout examen scientifique, et devenues accessibles tout nouvellement aux méthodes d'exploration des sciences naturelles et cliniques. Il me faut aussi me borner à dire en passant que nous avons découvert un grand nombre de formes morbides nouvelles et surtout, ce qui est une grande conquête de la neuropathologie moderne, que l'on reconnaît aujourd'hui dans les aspects protéiques et multiformes de la faiblesse et de l'épuisement nerveux, de l'hystérie et du nervosisme, des maladies positives, réelles, très pénibles, méritant la plus profonde compassion par les malheureux qu'elles atteignent, regardés généralement autrefois comme des malades imaginaires, très injustement traités avec défiance et incrédulité.

Je suis obligé de m'abstenir de dérouler devant vos yeux le tableau complet et détaillé de la neuropathologie actuelle, mais vous comprendrez facilement sur ces rapides indications quelle extension immense a prise le domaine scientifique de la neuropathologie. Même si l'on en retranche la psychiatrie qui en fait pourtant essentiellement partie, elle constitue encore un des chapitres les plus étendus de la pathologie spéciale. On exige et l'on doit exiger aujourd'hui des neuropathologistes qu'ils connaissent et possèdent à fond, non seulement la neuropathologie, mais encore l'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique du système nerveux; on veut qu'ils soient complètement au courant du diagnostic neurologique et versés dans l'électrothérapie; ils doivent avoir une très grande expérience qui s'acquiert seulement par l'examen très fatiguant et très absorbant de nombreux malades; et comme de nombreuses formes morbides, pratiquement très importantes, se rencontrent rarement ou jamais dans la clinique ou dans la policlinique, il faut demander à une pratique privée très étendue les moyens de se rendre complètement maître de tout ce vaste domaine.

C'est trop pour les forces d'un seul homme, surtout en présence du flot toujours grossissant, en Allemagne et ail-

leurs, de la littérature neuropathologique. L'idéal que nous proposait Griesinger, voulant que le neuropathologiste embrasse le domaine tout entier des névroses, y compris les maladies mentales, et fasse de toutes ses parties le sujet de ses recherches, de ses travaux et de son enseignement, cet idéal est, à mon avis, dès aujourd'hui irréalisable, parce que cette tâche est trop étendue et se divise en besognes trop différentes. La séparation en deux branches, telle qu'elle existe en fait presque partout, en psychopathologie et en neuropathologie proprement dite, me paraît inévitable. Sans doute tout neuropathologiste doit, jusqu'à un certain point, être en même temps psychiâtre, et à plus forte raison tout aliéniste doit posséder une instruction neuropathologique complète; sans doute, ces deux sciences cliniques jumelles se rencontrent à chaque instant sur leurs communes limites, et doivent se compléter, se féconder et se pénétrer mutuellement, mais une certaine indépendance réciproque leur est irrésistiblement imposée, tant par le fond intime de leur objet scientifique que par de nombreuses circonstances extérieures.

(*A suivre.*) E. TEINTURIER.

Les Ecoles d'Infirmières de Chicago et de l'Illinois.

On lit dans le *Chicago médical Review* 20 octobre 1880 :

« Les examens qui viennent d'avoir lieu à l'Ecole d'infirmières de l'hôpital de la Charité de Chicago, nous engagent à revenir aujourd'hui sur l'excellent système d'éducation des infirmières qui est maintenant en usage dans les hôpitaux de cette ville. Chicago possède actuellement trois écoles de ce genre. La première société qui ait poursuivi cette entreprise s'est fondée il y a 8 ans et possède aujourd'hui un vaste établissement d'instruction, un personnel administratif et un corps enseignant capable, un capital largement suffisant et un nombre d'élèves incessamment croissant. Celles-ci doivent pour être admises, présenter un certificat de bonnes mœurs et de bonne santé et subir un examen d'entrée portant sur la lecture, l'écriture, l'orthographe et l'arithmétique; elles sont alors reçues à l'*essai* pour un mois, au bout duquel la directrice décide de l'aptitude du sujet. Si l'élève est définitivement admise, elle suit pendant deux ans les cours de l'établissement qui sont théoriques et pratiques. Les premiers ne prennent qu'une heure par jour et consistent en leçons, démonstrations anatomiques et chirurgicales, etc. Les leçons sont faites par des personnes appartenant à l'hôpital auquel l'école est annexée, et traitent de l'anatomie, de la physiologie, des secours à donner d'urgence, etc. Pour le côté pratique, les élèves infirmières passent leur journée entière, sauf deux heures, dans les salles de l'hôpital. On leur donne congé l'après-midi du dimanche et elles ont deux semaines de vacances par an. Elles apprennent à panser les plaies et les vésicatoires, à appliquer des cataplasmes, les ventouses et les sangsues, les pessaires, à se servir de la sonde; enfin, la manière de donner les bains, les frictions et massages, la façon de ventiler et de désinfecter, l'art de faire les bandages et de préparer les aliments délicats. Elles doivent en outre enregistrer les températures, le pouls, la respiration, l'état des sécrétions, celui des plaies et l'effet des médicaments. Au bout de six mois, on les met au service de nuit et chaque élève doit faire toutes les deux heures un rapport écrit sur l'état des malades graves. Pendant la seconde année, elles sont employées comme infirmières en chef des salles et peuvent être envoyées au dehors chez des malades de la ville. Cinquante élèves environ sont actuellement en cours d'études à l'hôpital Bellevue et sont attachées tantôt aux services médicaux, tantôt à celui des maladies utérines, tantôt à la Maternité ou aux salles de chirurgie, afin de les familiariser avec chaque classe de malades. Outre la nourriture, le logement et l'instruction qui leur sont donnés gratuitement, elles reçoivent la première année 11 francs et la seconde année 18 francs par mois. Elles coûtent à l'école environ 3 fr. 75 par jour. A leur sortie, elles passent un examen et reçoivent un diplôme, des prix sont décernés à celles qui passent les meilleures épreuves.

« Le résultat de la nouvelle institution est particulièrement remarquable à l'hôpital Bellune; la propreté des salles, l'attention à tous les besoins des malades, le soin apporté à l'exécution des prescriptions, l'intelligence avec laquelle les renseignements sont recueillis attestent l'excellence du système. Mais c'est surtout pour la clientèle de ville que les praticiens auront à se louer des nouvelles infirmières qui aideront efficacement le médecin, le suppléeront en son absence et rendront par leur compétence d'incontestables services. Le succès des écoles infirmières est aujourd'hui acquis dans les trois hôpitaux de Chicago. Aux derniers examens de l'hôpital de la Charité, 18 élèves ont obtenu leur diplôme et sont déjà remplacées à l'école. 70 élèves environ sont actuellement en cours d'étude à l'école de Bellune. En somme, il y a plus de demandes que de places, ce qu est le meilleur de tous les éloges. On ne peut douter que cette institution, en raison des services importants qu'elle est appelée à rendre aux malades et aux médecins, ne se répande rapidement dans les autres villes d'Amérique. »

Le même journal annonce la fondation de l'école d'infirmières de l'Illinois, à laquelle il souhaite la bienvenue, comme devant enfin substituer des femmes intelligentes et instruites aux vieilles et détestables matrones qui faisaient jusqu'ici fonctions d'infirmières. Les cours sont institués d'après un programme analogue à celui que nous avons donné ci-dessus. H. D'OLIER.

Société pour la Propagation de la Crémation.

Cette Société, qui vient de se fonder à Paris, à son Siége social : 11, Rue de Penthièvre.

Membres du bureau. — Président-Fondateur : M. KOECHLIN-SCHWARTZ, Maire du 8e Arrondissement de Paris, 60, avenue Hoche, Paris. — Vice-présidents ; MM. le Dr BOURNEVILLE, Membre du Conseil Municipal de Paris et du Conseil Général de la Seine, rue des Ecoles, 6, Paris; — Le Dr NAPIAS, Membre de la Commission des logements insalubres, Inspecteur du travail des enfants dans l'industrie, Secrétaire Général de la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle, 68, rue du Rocher. Paris. — Secrétaire Général Fondateur : M. G. SALOMON, Ingénieur civil des Mines, 30, boulevard Malesherbes, Paris.

Membres du comité. — MM. BÉRAL, Conseiller d'Etat, Ingénieur en chef des Mines, 15, rue Neuve-des-Mathurins, Paris; — CADET, Membre du Conseil Municipal de Paris et du Conseil Général de la Seine, boulevard Magenta, 8, Paris; — Le Dr CORNIL, Député, 6, rue de Seine, Paris; — DELCOMINÉTE, Professeur de Pharmacie à la Faculté de Médecine de Nancy, Nancy; — MM. DURAND-CLAYE, Ingénieur des Ponts-et-Chaussées, Professeur à l'Ecole des Beaux-Arts. Membre du Conseil d'administration de la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle, 85, rue de Richelieu, Paris; — Le Dr DU MESNIL, Médecin de l'Asile de Vincennes, Membre de la Commission des logements insalubres, 14, rue du Cardinal-Lemoine, Paris; — Le Dr FIEUZAL, Médecin en chef de l'Hospice des Quinze-Vingts, 93, rue du Faubourg St-Honoré, Paris; — Armand HAYEM, Avocat, Conseiller Général de Seine-et-Oise, 46, rue des Petites-Ecuries, Paris; — Le Dr LACASSAGNE, Agrégé libre du Val-de-Grâce, Médecin-Major. Agrégé de la Faculté de Médecine de Montpellier, Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Lyon, Lyon; — Le Dr LAYET, Médecin de la Marine, Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Bordeaux; — Emile MULLER, Ingénieur civil, Professeur à l'Ecole Contrale des Arts et Manufactures, ancien Président de la Société des Ingénieurs civils, Vice-Président de la Société Française d'Hygiène, 19, rue des Martyrs, Paris; — Maxime NAPIAS, Avocat, Membre de la Société de Médecine légale, 23, rue Jacob, Paris; — NORMAND, Architecte du Gouvernement, 51, rue des Martyrs, Paris; — Le Dr VALLIN, Professeur d'Hygiène au Val-de-Grâce, Secrétaire du Comité consultatif d'Hygiène, Rédacteur en chef de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 50, boulevard Saint-Michel, Paris.

Statuts. — TITRE I. *But et composition de la Société.* — Article 1er. La Société pour la propagation de la Crémation a pour but : 1° D'obtenir par tous les moyens en son pouvoir que la Crémation devienne facultative en France; 2° De faire toutes études à ce sujet et de rechercher quels sont les procédés et appareils les mieux appropriés au but. — Art. 2. Le siége de la Société est établi à Paris. — Art. 3. La Société se compose de : a. Membres titulaires; b. Membres donateurs; c. Membres honoraires.

TITRE II. *Conditions d'admission.* — Art. 4. Le nombre de ses membres est illimité. La Société est ouverte à tous ceux qui, hommes ou femmes, partisans de l'idée de la Crémation, s'engagent à faire une propagande active en faveur du but qu'elle poursuit. — Art. 5. Pour être nommé membre titulaire, il faut, soit être présenté par un membre de la Société, soit adresser une demande d'admission au Conseil qui statue. Les membres titulaires ont tous à payer une cotisation annuelle fixée à un Minimum de 10 francs pour la première année et 5 francs pour les années suivantes. — Art. 6. Les membres donateurs sont ceux qui à leur entrée dans la Société lui ont fait un don de 100 francs au moins. — Art. 7. Les membres honoraires sont nommés par l'Assemblée générale sur la proposition du Comité.

TITRE III. *Comité.* — Art. 8. La direction de la Société est confiée à un Comité composé de 10 membres au moins, 20 membres au plus, savoir : Un Président. Deux Vice-Présidents. Un Secrétaire général. Dix à vingt-cinq membres.

Art. 9. Le Comité peut nommer en dehors de ses membres un Secrétaire et un Trésorier, qui n'ont pas voix délibérative, et qui peuvent être salariés, s'il le juge nécessaire.

En dehors des fonctions du Secrétaire et du Trésorier, toutes les autres fonctions de la Société sont absolument gratuites.

Art. 10. Tous les membres du Comité sont nommés par voie d'élec-

tion par l'Assemblée générale; le premier Conseil toutefois, est nommé pour trois ans, après quoi il se renouvellera par tiers tous les ans, par voie de tirage au sort pour les trois premiers renouvellements; ses membres sont tous rééligibles.

En cas de vacances en cours d'exercice dans le Comité, celui-ci peut se compléter, à charge de faire ratifier les nominations par la plus prochaine assemblée générale; les membres ainsi nommés ne restent en fonctions que le temps que devaient y rester ceux qu'ils remplacent.

Le Comité nomme son Bureau.

TITRE IV. *Recettes et dépenses.* — Art. 11. Les ressources de la Société se composent : *a.* Des droits d'entrée de tous les titulaires; *b.* Des dons des membres donataires; *c.* Des dons et subventions de toutes natures; *d.* Des recettes diverses provenant de la vente du bulletin et autres.

Art. 12. Les charges de la Société se composent :

a. Des frais d'un local, frais de bureau, frais de propagande, appointements des employés, des frais et distribution des imprimés et brochures, etc.; *b.* De tous les frais généralement quelconques, voyages et autres, nécessaires aux études ayant pour but d'arriver au meilleur mode de Crémation; *c.* Achats de brevets, encouragements aux auteurs et inventeurs, construction d'appareils, expériences diverses, etc.

La Société ne fait aucun bénéfice : l'excédent des recettes sur les dépenses en fin d'exercice reste à la disposition du Bureau et du Comité pour être consacré aux études et recherches prévues par les statuts pendant l'année suivante. Tous les ans, le 31 décembre, les comptes de l'année qui prend fin devront être arrêtés.

TITRE V. *Transformation de la Société.* — La Société se réserve dès à présent, aussitôt que son premier but aura été atteint, c'est-à-dire lorsque la crémation sera devenue facultative en France, de se transformer sous le titre de Société française de Crémation, et cela sans autre délibération préalable. Il est bien entendu que ceux de nos adhérents de la première Société qui voudront se retirer à ce moment en auront la faculté. Lors de cette transformation, les premiers membres titulaires deviendront tous membres fondateurs. Les nouveaux adhérents seront tous membres titulaires. Les anciens membres donateurs et honoraires conserveront le même titre.

Art. 14. Le but de cette nouvelle Société sera : *a.* De construire dans l'un des cimetières de Paris et en province, si ses ressources le lui permettent, des crématoires et des cinéraires modèles; *b.* De crémer gratuitement le corps de tous ses membres au moment de leur mort, réserve faite des autorisations judiciaires et des transports des corps à Paris; *c.* Persévérer dans les études sur la crémation et continuer à en propager les principes.

Art. 15. Le nombre de ses membres est illimité. Il se compose de : *a.* Membres fondateurs; *b.* Membres titulaires; *c.* Membres donateurs; *d.* Membres honoraires.

Art. 16. Au moment de la transformation de la Société, les cotisations annuelles seront supprimées; les membres de la Société française de Crémation (fondateurs et titulaires) n'auront qu'à payer un droit d'entrée minimum de 25 francs une fois payé.

TITRE VI. *Assemblée générale.* — Art. 17. L'Assemblée générale de tous les membres de la Société se réunit une fois au moins tous les ans sur la convocation du Comité; elle est présidée par le Président ou le Vice-Président. Elle a à connaître le compte rendu des travaux et la situation de la caisse, à approuver, s'il y a lieu, tous les comptes; elle nomme les membres du Comité et ratifie les nominations provisoires faites pendant l'exercice.

Elle ne peut délibérer que sur les questions portées à l'ordre du jour par le Comité; toute proposition signée par dix membres au moins et communiquée au Comité un mois au moins à l'avance, devra être portée à l'ordre du jour. Le compte-rendu de l'Assemblée est adressé à tous les Sociétaires.

TITRE VII. *Bulletin.* — Art. 18. Un Bulletin sera imprimé par la Société et adressé contre paiement à tous ses membres qui en font la demande.

TITRE VIII. *Modifications aux Statuts.* — Art. 19. Les présents Statuts peuvent être modifiés en Assemblée générale sur la proposition du Comité; cette assemblée devra être convoquée un mois à l'avance. Le vote aura lieu à la majorité des trois quarts des membres ou votants par correspondance, quel qu'en soit le nombre.

TITRE IX. *Dissolution de la Société.* — Art. 20. La dissolution de la Société ne pourra être prononcée que par une Assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet un mois à l'avance par le Conseil et sur la proposition de ce dernier, ou à la suite d'une demande dans ce sens signée par 50 membres au moins. Le vote pourra se faire par correspondance, mais devra réunir les deux tiers au moins des voix de tous les membres de la Société.

Art. 21. En cas de dissolution, cette Assemblée générale extraordinaire décidera de l'emploi à faire du reliquat des fonds; toutefois cet emploi ne pourra être autre que pour un but d'utilité publique.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 29. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique): MM. Béclard, Verneuil, Cadiat; — (nouveau mode) : MM. Regnauld, Henninger, de Lanessan. — 2e *de Doctorat* : MM. Guyon, Potain, Straus. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Gariel, Bourgoin. — 4e *de Doctorat* : MM. Charcot, Parrot, Ollivier. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Depaul, Fournier, Marchand.

MARDI 30. — 3e *de fin d'année* : MM. Berger, Troisier, Raymond. — 2e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Peter, Peyrot. — (Nouveau mode, 1re partie) : MM. Robin, Sappey, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Ball, Hayem, Grancher. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Gosselin, Pajot, Debove.

MERCREDI 1er. — 3e *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan; — 2e *Série* : MM. Baillon, Gay, Henninger. — 5e *de Doctorat.* 1re *Série*, (Charité) : MM. Depaul, Trélat, Ollivier; — 2e *Série* (Charité) : MM. Verneuil, Potain, Chantreuil.

JEUDI 2. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Panas, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (Nouveau mode, 1re partie) : MM. Richet, Pajot, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Lasègue, Brouardel, Grancher.

VENDREDI 3. — 1er *de Doctorat* : MM. Trélat, Fournier, Reclus. — 2e *de Doctorat* (Nouveau mode, 2e partie) : MM. Vulpian, Béclard, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Baillon, Gariel, Bourgoin; — 2e *Série* : MM. Regnauld, Henninger, de Lanessan. — 5e *de Doctorat.* 1re *Série* (Charité) : MM. Potain, Guyon, Chantreuil — 2e *Série* (Charité) : MM. Verneuil, Parrot, Pinard.

SAMEDI 4. — 1er *de Doctorat* : MM. Gosselin, Sappey, Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. Lasègue, Laboulbène, Legroux. — 3e *Officier de santé* (Hôtel-Dieu) : MM. Peter, Panas, Straus.

THÈSES. — *Mardi* 30 : 470. M. Braye. — 471. — M. Michel. — *Mercredi* 1 : 472. M. Kamil Cafrawy. — 473. M. Lavenère. — *Jeudi* 2 : 474. M. Cassin. 475. M. Jouin.

FORMULES

71. Traitement de la fissure à l'anus. GLÉNEREAU.

Tous les soirs, en se couchant, 3 grammes de magnésie calcinée dans de l'eau sucrée. Le lendemain, placer le siège au-dessus d'une décoction chaude de feuilles de belladone; la décoction doit être entretenue chaude par l'addition d'une nouvelle quantité dès qu'elle se refroidit. Le corps est entouré d'une couverture de laine pour éviter toute perte de vapeur. Après quelques minutes, faire quelques efforts de défécation, attendre s'ils sont douloureux, et dès que l'effort semble à peine douloureux, se transporter aussitôt sur un montauban, puis revenir prendre sa position première jusqu'à cessation des souffrances L'on introduit alors dans l'anus, facilement dilatable, une mèche trempée dans l'onguent suivant :

Onguent de beurre.	10 grammes.
Extrait de belladone.	20 centigr.
Huile d'amandes douces	q. s.

pour consistance d'opiat. La mèche doit recouvrir la fissure écartée à cette intention. Si la mèche tombait, en remetire aussitôt une autre. (*Bull. thérap.* et *Lyon méd.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 12 novembre au jeudi 18 novembre 1880, les naissances ont été au nombre de 1049, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 369; illégitimes, 133. Total, 502. — *Sexe féminin* : légitimes, 398; illégitimes, 149. Total, 547.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 12 novembre au jeudi 18 novembre 1880, les décès ont été au nombre de 988, savoir : 519 hommes et 469 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 20. F. 16. T. 36. — Variole : M. 9. F. 6. T. 15. — Rougeole : M. 7. F. 6. T. 13. — Scarlatine : M. 2. F. 1. T. 3. — Coqueluche : M. 4. F. 6. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 16. F. 13. T. 29. — Dysentérie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. 4. F. 2. T. 6. — Méningite (tubercul. et aiguë) : M. 19. F. 12. T. 31. — Infections puerpérales : 8. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Phthisie pulmonaire : M. 107. F. 75. T. 182. — Autres tuberculoses : M. 10. F. 5. T. 15. — Autres affections générales : M. 20. F. 41. T. 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 18. F. 31. T. 49. — Bronchite aiguë : M. 10. F. 8. T. 18. — Pneumonie : M. 33. F. 50. T. 83. — Athrepsie : M. 36. F. 22. T. 58. — Autres maladies des divers appareils : M. 170. F. 158. T. 328. — Après traumatisme : M. .. F. .. T. .. — Morts violentes : M. 22. F. 6. T. 28. — Causes non classées : M. 3. F. 3. T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35; illégitimes, 11. Total, 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 25; illégitimes, 12. Total, 37.

PROTESTATION DES INTERNES DES HOPITAUX. — Le corps de l'internat s'est, paraît-il, ému du projet de création d'aides de cliniques dans les services de clinique chirurgicale et de place d'internes dans

les services de clinique médicale, et a rédigé une protestation, couverte d'un grand nombre de signatures, contre cette modification apportée dans la constitution du corps de l'internat et les rapports difficiles qui pourraient en résulter entre internes et chefs de clinique. (*Gazette hebdomadaire*).

Il y aurait lieu d'examiner, avant de se prononcer, si cette organisation projetée, organisation qui existe déjà dans certaines Facultés, présente de sérieux inconvénients. En chirurgie, où il y a trois internes dans les cliniques chirurgicales, nous ne voyons pas l'utilité de cette création. En médecine, au contraire, où le professeur ne peut sérieusement compter que sur son unique chef de clinique, nous croyons qu'un interne pourrait rendre des services.

Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. *Concours pour deux places de médecins adjoints.* — Les candidats aux deux places vacantes de médecin adjoint des hospices d'aliénés de la Salpêtrière et de Bicêtre, dont le concours s'ouvrira le 1er Décembre prochain, ne sont qu'au nombre de quatre : MM. Charpentier, Deny, Laugier et Pinel. — Nous croyons que l'une des causes qui ont empêché les candidats de s'inscrire, est l'ignorance dans laquelle on les laisse de la situation qui leur est faite. Nous pouvons dire que le rapporteur du budget de l'Assistance publique a proposé à la Commission du budget un traitement de 3.000 fr.

Concours de l'Externat. — Les dernières questions ont été les suivantes : Jeudi 11 : *Clavicule.* — Samedi 13 : *Articulation coxo-fémorale.* — Mardi 16 : *Muscles fléchisseurs des doigts.* — Jeudi 18 : *Muscle psoas iliaque.* — Les épreuves de pathologie ont commencé le Samedi 20. Les questions données jusqu'à présent ont été : Samedi 20 : *Signes de la pneumonie franche aiguë.* — Mardi 23 : *Vaccine et vaccination.* — Jeudi 25 : *Appareils plâtrés.*

Assistance Publique. — L'Administration a dû ouvrir de nouveau l'ancien Bureau des nourrices de la rue des Tournelles où elle a placé un service confié à M. Hahot ; elle a dû également placer des malades dans l'annexe de l'ancien Hôtel-Dieu dont une partie est eu voie de démolition.

Hôpital Trousseau. — L'hôpital Sainte-Eugénie qui portait le nom de « Hôpital d'Enfants » depuis 1870, portera désormais le nom de « *Hôpital Trousseau.* »

Ecole de médecine de Reims — Par arrêté en date du 9 novembre 1880, le ministre de l'instruction publique a décidé qu'un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements sera ouvert le 12 mai 1881, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté des Sciences. — M. Joannes Chatin commencera son cours le mercredi 1er Décembre, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à 10 heures dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, à la Sorbonne. — Les leçons du premier semestre seront consacrées à *l'étude du système nerveux.*

Association Française pour l'Avancement des Sciences. — La Ville d'Alger s'occupe dès à présent des préparatifs de la Session que doit y tenir l'Association française pour l'Avancement des sciences, le 14 Avril 1881. Le Conseil municipal et le Conseil général ont voté des sommes importantes pour subvenir aux frais du Congrès ; Le Comité local, présidé par M. Pomel, sénateur, directeur de l'Ecole supérieure des sciences, a commencé à préparer le programme et à décider les excursions nombreuses qu'il y aura lieu de faire.

La session sera présidée par M. Chauveau, correspondant de l'Institut, directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon, professeur de la Faculté de médecine. — Pour tous renseignements relatifs au Congrè d'Alger, on peut s'adresser au Secrétariat de l'Association française 76, rue de Rennes, Paris.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs, d'après les journaux américains, la mort de notre dévoué collaborateur le Dr E. Séguin. Nous consacrerons prochainement à ce savant distingué et philanthrope éminent, une notice biographique dans laquelle nous montrerons combien sont grands les services qu'il a rendus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et Cie, 108, boulevard Saint-Germain.

Riche (A). — Manuel de chimie médicale et pharmaceutique, fort volume in-18 de 846 pages avec 126 figures intercalées dans le texte. Prix : 8 fr. Paris, 1881.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique, tome Ier. Seconde édition revue et augmentée, fort volume in-8° de 756 pages, avec 281 figures intercalées dans le texte. Prix : 14 fr. Paris, 1881.

Librairie J. B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Guislain (J.). — Leçons orales sur les phrénopathies ou traité théorique et pratique des maladies mentales. Vol. in-8° de 546 pages avec 54 figures intercalées dans le texte. Prix : 22 fr. Paris, 1880.

Librairie O. DOIN, 8, rue de l'Odéon.

Tripier (A.). — Une nouvelle classe de topiques intra-utérins. — Traitement des tumeurs fibreuses interstitielles. Brochure in-8° de 24 pages. Paris, 1880.

Librairie E. SAVY, 77, boulevard St-Germain.

Brame (Ch.). — Traité pratique des affections cutanées ou maladies de la peau basé sur un nouveau traitement. Vol. in-4° de 124 pages avec 1 planche. Paris, 1880.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Fort volume in-8° de 702 pages. Paris, 1880.

Librarie de O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

Jennings (O.). — Sur le traitement du cancer par la térébenthine de Chio. Brochure in-8° de 8 pages. Paris, 1880.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. Maladies du système nerveux. — M. Charcot continue ses conférences le dimanche à 9 h. 1/2. — Des cartes spéciales sont délivrées aux bureaux de la direction de l'hospice, sur la présentation des feuilles d'inscription, et des cartes d'étudiants ou de docteur en médecine.

Hôpital St-Louis. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. A. Fournier. Vendredi et mardi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. Cliniques des maladies des enfants : M. Parrot, mardi et samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.

Hôpital Lourcine. M. Martineau. — Clynique gynécologique. Mercredi à 9 heures.— Clinique syphiligraphique. Samedi à 9 heures.

Hôpital de la Pitié. Clinique médicale. — M. Gallard, tous les samedis à 9 heures du matin, amphithéâtre n° 3.

Hôpital Laënnec. — *Chirurgie* : Service de M. Nicaise. Conférences cliniques, le mardi et le vendredi, à 9 heures 1/2. — Salle Malgaigne (H) : 2 et 26, séquestre du fémur, extraction du séquestre ; 5, séquestre du tibia ; 15, arthrite suppurée, arthrotomie ; 16, Hydarthrose chronique ; 17, Phlegmon diffus du tronc.—Salle Chassaignac (F.) 4, amputation de Chopart ; 8, épithélioma de la joue ; 10, adénome du sein, opération ; 15, arthrite fongueuse des vieillards ; 20, phlegmon iliaque. — *Médecine* : Service de M. Damaschino. — Salle Monneret (F.) : 3, pleurésie enkystée du sommet ; 4, 5, fièvre typhoïde. — Salle Legroux (F.) : 20. Insuffisance aortique, dilatation de l'aorte ; 30, néphrite parenchymateuse ; — Pavillon Guersant (*crèche*) : 11, broncho-pneumonie ; 14, tuberculose, caverne fistulo cutanée. Salle Trousseau (H.) : 5, colique de plomb ; 6, rhumatisme blennorrhagique ; 12, dysenterie. — Salle Rostau (H.) : 7, rétrécissement mitral ; 5, ataxie locomotrice ; 28, sclérose latérale anyotrophique.

Service de M. Ball. — Salle Broca (F.) : 1, 9, 12, 24, 32, tuberculose pulmonaire ; 14, 15, 22, cancer de l'utérus ; 16, 20, hémiplégie ; 17, paralysie agitante ; 3, 9, hystérie ; 19, 25, 31, myélite. — Salle Cl. Bernard (F.) : 2, 3, 5, 14, 16, hémiplégie ; 10, 21, 22, 26, 27, affection cardiaque ; 20, sclérose en plaques ; 28, pleurésie purulente. — Salle Béhier (H.) : 1, 5, 13, 16, 20, hémiplégie ; 2, 6, 12, 14, 17, 18, 20, 22, 24, tuberculose pulmonaire ; 7, 10, 27, myélite transverse ; 8, 10, 25, ataxie locomotrice. — Salle Beau (H.) : 12, 17, hémiplégie ; 3, 13, 26, affection cardiaque ; 19, 20, 22, ataxie locomotrice ; 9, paralysie traumatique ; 11, sclérose en plaques.

Service de M. Ferrand. — Salle La Rochefoucauld (H.) : 1, 2, 7, fièvre typhoïde ; 10, cancer latent de l'estomac ; 11, néphrite-interstitielle ; 14, diabète ; 20, 21, 26, 27, 28, phthisie pulmonaire. — Salle Cruveilhier (H.) : 5, phthisie laryngée ; 13, gastrite chronique, gastralgie rebelle ; 14, 15, 16, ramollissement central ; 21, ataxie locomotrice. — Salle Louis (F.) : 2, ataxie locomotrice, crises gastriques ; 5, 14, affection mitrale ; 15, chorée hystérique ; 21, tumeur fibreuse de l'utérus. — Salle Quesnay (F.) : 2, arthrite rhumatismale de l'épaule ; 4, phlegmon du ligament large ; 6, péritonite tuberculeuse ; 12, 14, 21, phthisie pulmonaire.

Service de M. Legroux. — Salle Bayle (H.) : 1, saturnisme ancien, anesthésie des quatre extrémités ; 3, ataxie locomotrice ; 13, 15, 19, 30, tuberculose pulmonaire. — Salle Grisolle (H.) : 2, néphrite interstitielle ; 3, rhumatisme articulaire, endopéricardite ; 4, fièvre typhoïde ; 9, ulcération de la paume des mains, simulant des durillons forcés, et d'origine probablement syphilitique ; 12, angine herpétique ; 12, 17, 25, 26, 30, ataxie locomotrice ; 19, pneumonie des vieillards ; 21, paralysie générale ; 10, 11, 20, rhumatisme subaigu ; 24, gangrène des extrémités bronchiques, tuberculose secondaire ; 28, névromes

multiples; 29, tumeur cérébrale. — Salle Piorry (F.) : 1, myélite transverse; 3, asthme: 5, pachyméningite cervicale; 8, Myélite transverse; 18, hémiplégie droite, rétrécissement mitral; 26, hémiplégie droite, rétrécissement mitral; 11, 14, 21, 24, rhumatisme chronique. — Salle Chomel (F.): 1, hydarthrose génitale; 2, 5, rhumatisme, affection cardiaque; 4, coqueluche, tuberculose pulmonaire; 6, endocardite spontanée; 9, 18, affection mitrale; 11, myélite diffuse; 14, irritation cérébro spinale; 15, mal de Pott guéri; 17, ulcus rotundum; 21, hystérie, catalepsie; 22, psoriasis syphilitique; 25, aphasie.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Millard. — Consultation, lundi, vendredi. — Salle Saint-Louis: 3, insuffisance tricuspide, pleurésie; 6, dilatation de l'estomac, cicatrice du pylore; 11, diarrhée de Cochinchine; 17, tuberculose aiguë, compression de la moelle; 22, syphilis ancienne, pneumonie chronique avec dilatation bronchique; 30, hémiplégie chez un saturnin. — Salle Sainte-Marthe (F.): 3, lithiase biliaire, ictère à répétition; 4, maladie de Basedow; 16, péritonite puerpérale, pleurésie purulente interlobaire avec vomique; 20, chloro-anémie, affection mitrale.

Service de M. Guyot: Consultations, jeudi, lundi. — Salle Saint-François (H.): 2, rougeole; 5, pyo-pneumo-thorax; 7, 13, 14, 15, 20, 23, 27, fièvre typhoïde; 12, 16, 26, albuminurie; 18, urémie; 11, rétrécissement organique de l'œsophage. — Salle Sainte-Claire (F.): 1, pleuro-pneumonie; 6, kyste hydatique du foie; 7, turberculose pulmunaire, avortement à 5 mois; 14, alcoolisme chronique; 18, aphasie, hémiplégie et hémanesthésie droites; 23, cirrhose hépatique; 25, hystérie, anesthésie généralisée; 26, chlorose, anesthésie droite; 37, scarlatine.

Service de M. Féréol: Consultations, mercredi. — Salle Saint-Jean (H.): 1, compression unilatérale de la moelle par tumeur syphilitique; 3, fièvre typhoïde, diphthérie; 6, broncho-pneumonie double; 10, néphrite interstitielle; 19, pleurésie purulente primitive; 23, granulie; 26, néphrite parenchymateuse. — Salle Sainte-Paule (F.): 2, angine diphthéritique; 4, chorée chez une femme enceinte; 6, pleurésie aiguë; 9, hématocèle rétro-utérine; 11, cirrhose du foie; 16, dilatation bronchique, pleurésie.

Service de M. Gombault, suppléé par M. Labadie-Lagrave. — Salle Sainte-Monique (F.): 1, fièvre typhoïde; 3, pelvi-péritonite; 4, insuffisance mitrale; 5, hématocèle rétro-utérine; 7, métrite; 8, pelvi-péritonite; 15, endo-péricardite; 18, sciatique. — Salle Beaujon (H.): insuffisance mitrale; 3, péri-encéphalite et ataxie; 6, hématomyélie et dégénérescence secondaire des cordons antérieur et postérieur; 9, syphilome cérébral, aphasie et monoplégie brachiale droite incomplète; 11, diabète; 14, rhumatisme; 16 bis, rétrécissement aor-

tique; 17, fièvre typhoïde; 18, ataxie syphilitique; 19 bis, saturnin; 21, cancer primitif du foie.

Chirurgie. — Service de M. L. Lefort. — Salle Ambroise Paré, fractures diverses, appareils. — Salle Sainte-Clotilde (F.) : 7, amputation de cuisse; 20, bec de lièvre; 32, ostéite juxta-épiphysaire de l'humérus; 36, carie de l'ischion; 41, imperforation de l'utérus. — Salle Saint-Félix (H.) : 21, abcès du fémur, trépanation; 31, fracture de la colonne vertébrale, paraplégie; 32, glossite, adéno-phlegmon du cou; 33, scapulalgie suppurée. — Salle Saint-Denis : 44, amputation du pied (procédé Lefort); 45, cancer du testicule; 56, épithélioma du rectum. — Consultations, lundi, mercredi et samedi.

Service de M. Tillaux : Salle Saint-Agathe (F.) : 6, diabète, phlegmon du pied; 9, arthrite blennorrhagique médio-carpienne, endocardite; 11, tumeur lacrymale. — Salle Saint-Jean (H.) ; 1, arthrite suppurée du genou; 6, plaie pénétrante de poitrine, hernie de l'épiploon; 8, fracture compliquée de jambe; 15, fractures de côtes, pneumonie double, traumatique. — Consultations, mardi, jeudi, samedi; Maladies des oreilles le jeudi.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

ABADIE. Sur la valeur séméiologique de l'hémiopie dans les affections cérébrales. In-18 de 12 pages. 0 fr. 40 c. — Pour les abonnés du *Progrès*, 30 cent.

AIGRE (D.). Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie. Un vol. de 86 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr. 75.

BOURNEVILLE et REGNARD. Iconographie photographique de la Salpêtrière. — Cet ouvrage paraît par livraisons de 8 à 16 pages de texte et 4 photo-lithographies. Douze livraisons forment un volume. Les *deux premiers volumes* sont en vente.
Prix de la livraison. . . . . 3 fr.
Prix du volume. . . . . 30 fr

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière, recueillies et publiées par Bourneville et E. Brissaud. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés, 8 fr

8e ANNÉE. — N° 49. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 4 DÉCEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. CHARCOT.**

Des albumines. — Sécrétion de l'eau urinaire. — Différentes variétés d'albumines ;

Leçon recueillie par le Dr E. BRISSAUD (1).

Messieurs,

Je me suis appliqué, dans la dernière séance, à vous montrer l'indépendance de l'appareil glomérulaire et de l'appareil des tubuli. Aujourd'hui, nous aurons à considérer la sécrétion de l'eau, dont je me bornerai à vous dire seulement quelques mots, ainsi que l'élimination des sels, du glycose et surtout celle de l'albumine.

La sécrétion de l'eau urinaire, d'après les travaux les plus récents, relève du glomérule, mais cette fonction n'est pas la seule qui lui appartienne. En effet, il est au moins fort vraisemblable que, dans l'acte de sécrétion urinaire, c'est au travers des parois capillaires du glomérule que s'éliminent, pour une part au moins, les sels du plasma. C'est aussi par cette même voie que, chez certains animaux, dans l'état physiologique, et chez l'homme physiologiquement, s'élimine le sucre accumulé en certaine quantité dans le sang. C'est encore par le glomérule que, dans des conditions qu'on peut dire physiologiques, transsudent des variétés d'albumines étrangères à la constitution du sang et qui y ont pénétré accidentellement, celle du blanc d'œuf par exemple. Enfin, c'est par là aussi que, dans des conditions toujours pathologiques, passe l'albumine du sérum, cette substance qui, lorsqu'elle se trouve dans l'urine, constitue le phénomène prédominant de la séméiologie du rein, l'*albuminurie*, dont nous devons surtout nous occuper ici.

I. Mais avant d'en venir à l'étude de l'albuminurie elle-même, reprenons la question physiologique où nous l'avons laissée à la fin de notre dernière réunion. Le fait fondamental que je tiens à mettre en lumière est que, en réalité, contrairement à la théorie classique, la sécrétion de l'eau urinaire n'est pas tout simplement un phénomène physique, comparable à la filtration qui, dans nos laboratoires, s'effectue au travers des membranes inertes. Or, il est deux expériences qui font bien ressortir ce fait de premier ordre. La première de ces expériences, due à Overbeck, consiste dans la ligature *temporaire* de l'artère rénale. Les choses sont disposées de telle sorte que la constriction peut être produite et supprimée en l'espace de quelques minutes. Bien entendu, l'opération n'entraîne de conséquences qu'autant qu'il n'existe que des collatérales insignifiantes. Le résultat immédiat de la constriction artérielle, c'est la suppression de l'eau urinaire. Dans la théorie de Ludwig que vous connaissez et qui fait résider la filtration de l'urine dans un simple phénomène physique de transsudation, rien n'est plus facile à expliquer que ce premier temps de l'expérience. La pression artérielle est supprimée en même temps que l'apport du matériel de sécrétion, et la sécrétion s'arrête. Mais, voici la difficulté. Après deux minutes, on enlève la ligature, et la circulation se rétablit aussitôt comme dans les conditions normales, car, ainsi que l'a montré M. Litten, après une sténose artérielle d'aussi courte durée, les altérations vasculaires décrites par Cohnheim, et qui, au moment de la rentrée du sang, en déterminent la stase (si l'arrêt de la circulation a duré deux ou trois heures), n'ont pas eu le temps de se produire.

Donc, le cours du sang se rétablit aussitôt et la conclusion qu'on peut tirer de ce fait est la suivante : s'il s'agissait d'une simple filtration, celle-ci devrait se reproduire immédiatement, puisque rien n'est changé dans le filtre. Le sang artériel, en rentrant dans les vaisseaux du glomérule, y apporte de nouveau le matériel de sécrétion en même temps que la pression normale s'y rétablit. — Cependant, la sécrétion ne se rétablit pas. Il faut attendre quelquefois une demi-heure ou trois quarts d'heure avant de la voir reparaître, et l'on doit se demander pourquoi il en est ainsi.

C'est à propos de cette difficulté et pour la résoudre, que M. Heidenhain a émis l'hypothèse que les cellules épithéliales du glomérule sont *actives* dans la sécrétion de l'eau urinaire, au même titre que le sont les cellules du labyrinthe dans la sécrétion de l'urée et de l'acide urique. Or, dans l'expérience dont il s'agit, les cellules du glomérule, par suite de la ligature artérielle, ont été soumises à l'anoxémie, pendant un temps fort court sans doute (une demi-minute ou une minute), mais suffisant pour les priver momentanément de leur activité vitale. Elles sont frappées en quelque sorte de mort apparente, et elles ne redeviennent capables de reprendre leurs fonctions que lorsque la circulation artérielle s'est réinstallée depuis une demi-heure ou trois quarts d'heure.

L'autre fait qu'on peut invoquer encore contre la théorie mécanique de Ludwig et qui plaide absolument dans le même sens que le précédent, est relatif aux effets de la ligature de la veine émulgente. Cette ligature pratiquée, la sécrétion urinaire s'arrête aussitôt. Avec la théorie de Ludwig, on ne comprend pas bien pourquoi il en est ainsi, car le matériel de sécrétion est là toujours présent, et la pression artérielle ne cesse de s'exercer sur les parois du glomérule avec une valeur *au moins normale*. Or, malgré ces conditions favorables à la filtration, celle-ci ne se fait pas.

Ici encore, M. Heidenhain oppose sa théorie à celle de Ludwig. La pression persiste dans le glomérule, mais un nouvel élément, à savoir la suppression ou la diminution du courant sanguin, est intervenu. Mais ce n'est pas directement, en tant qu'élément mécanique, que la diminution de vitesse intervient ici. Le sang artériel sous pression, arrêté au milieu des tissus, perd bientôt ses qualités vivifiantes, et nous retrouvons par conséquent les mêmes conditions d'anoxémie que dans la précédente expérience. En conséquence, cette fois encore, on est conduit à admettre l'existence de cette modification des éléments cellulaires de l'épithélium du glomérule, que nous comparions à la mort apparente et qui supprime, pour un temps, l'aptitude fonctionnelle de ces éléments.

Je ne me porte pas garant de cette théorie de M. Heidenhain, mais je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer qu'elle résout des difficultés contre lesquelles vient se briser la théorie mécanique. Quoi qu'il en soit, vous le voyez, les travaux récents tendent à accorder à l'épithélium glomérulaire un rôle prédominant dans la sécrétion urinaire. D'après ces mêmes travaux, ce rôle ne paraît pas moins important pour ce qui concerne la sécrétion des sels, du glycose, enfin de l'albumine. Ce sont là des points que nous allons maintenant nous efforcer d'établir.

II. A. Nous rechercherons tout d'abord si c'est bien, en effet, à travers la paroi glomérulaire que passent les sels du plasma, qui se trouvent dans l'urine ainsi que le glycose.

Pour ce qui est des sels, la question n'est pas encore résolue. Il est vraisemblable, suivant M. Heidenhain, qu'une partie au moins de ces sels est sécrétée par le labyrinthe. Vous savez en effet, que, dans les expériences d'injections

(1) Voir le n° 47.

du bleu, la fonction du glomérule étant supprimée par suite de la section de la moelle au cou, les sels apparaissent en même temps que le bleu, sous forme de concrétions, dans la lumière des canaux, tandis que de telles concrétions ne se voient pas dans la capsule. Mais, relativement au glycose, la question paraît jugée, au moins pour ce qui se passe chez la grenouille. Lorsqu'on injecte chez un mammifère une solution un peu concentrée de sucre dans les veines, l'urine devient sucrée. Les résultats de la même expérience, pratiquée sur la grenouille, donne des résultats analogues ; mais si, avant de faire l'injection, on lie l'artère conformément à l'expérience de Nüssbaum, par suite de l'interruption de la circulation et partant de la fonction glomérulaire le sucre ne passe plus, il s'accumule dans le sang.

B. Mais, j'ai hâte d'en venir à la sécrétion de l'albumine et de vous montrer que c'est encore cette fois par le glomérule qu'elle s'effectue, et en dehors de toute participation du labyrinthe.

a. La présence de l'albumine dans l'urine, en quelque proportion que ce soit (j'entends parler ici de l'albumine qui vient du rein et non pas de celle qui se mélange avec l'urine dans son trajet à travers les bassinets et la vessie), la présence de l'albumine dis-je, dans ces conditions qu'on appelle *albuminurie rénale*, est, dans l'immense majorité des cas, un fait pathologique.

Cependant, vous n'ignorez pas que quelques individus sains ou considérés comme tels, sont sujets à une sorte d'albuminurie normale temporaire. Ainsi, tout récemment, M. Leube (1) signalait cette sorte d'albuminurie chez 19 soldats sur 119. Elle se montrait chez eux, seulement pendant quelques heures, après les fatigues de l'exercice. M. Edletsen a signalé trois cas du même genre.

b. Il est encore une circonstance où, dans un état de santé normale, une proportion plus ou moins considérable d'albumine peut apparaître dans les urines. C'est lorsque, dans un but de recherche, on ingère une grande quantité de blanc d'œuf non cuit, ou bien encore lorsque, chez un animal en expérience, on injecte cette substance dans le sang. L'albuminurie ne se produit pas si l'albumine a été préalablement cuite avant d'être ingérée. Elle ne se produit pas non plus s'il s'agit d'une solution d'albumine du sang. Dans ces cas, l'albumine qu'on retrouve dans l'urine s'y présente avec les caractères de l'albumine de l'œuf, tandis que, dans le cas d'albuminurie normale temporaire, elle présente les caractères de l'albumine du sang.

C. Ce que je viens de vous dire de la différence qui existe entre ces deux espèces bien connues d'albuminurie, suffit pour vous montrer que nous ne saurions entrer plus avant dans l'étude que nous allons entreprendre sans étudier quelques détails relatifs aux caractères distinctifs des diverses variétés d'albumine du sang et des urines, tant au point de vue physique qu'au point de vue chimique.

Cette étude préalable sera en quelque sorte un parallèle où j'aurai l'occasion de faire ressortir que, d'une façon générale, toutes les albumines qu'on rencontre dans le sang et qu'on sait y distinguer, se retrouvent avec les mêmes caractères dans les urines ; de telle sorte qu'on peut établir comme un fait au moins très vraisemblable, que les diverses espèces d'albumine du sang peuvent passer dans l'urine sans y subir de modifications. C'est seulement après cette analyse que nous rechercherons dans quel point du rein (glomérule ou labyrinthe) se fait la sécrétion de l'albumine.

a. Pour simplifier, nous laisserons de côté la fibrinogène qui n'existe que dans le plasma et non dans le sérum, et l'hémoglobine, qui appartient aux corps figurés. Cette élimination étant faite, nous n'avons plus à considérer dans le sérum, d'après les travaux récents, que deux espèces d'albumine, à savoir : 1° la *sérine*, (c'est à proprement parler l'albumine du sang), 2° la *globuline*.

Je ne m'arrêterai pas à développer tous les caractères propres à la sérine. Je vous rappellerai seulement ceux qui sont utilisés dans la pratique, en les faisant contraster avec ceux qui la distinguent de l'albumine du blanc d'œuf, laquelle, comme vous le savez, n'appartient pas au sang.

En premier lieu, il convient de faire ressortir ce fait, que l'albumine de l'œuf filtre à travers les membranes bien plus facilement que la sérine. On a depuis longtemps émis l'hypothèse que les albumines, dans leurs prétendues solutions, ne sont pas réellement dissoutes, mais qu'elles sont dans un état comparable aux émulsions. Les particules des albumines sont sans doute d'une finesse extrême et l'on peut supposer que plus l'émulsion sera fine, plus la filtration à travers les pores des membranes organiques sera facile. D'après cela, l'albumine de l'œuf aurait des particules beaucoup plus petites que celles de la sérine, car elle filtre beaucoup plus facilement que celle-ci ; et, suivant une remarque très intéressante de M. Rüneberg, elle filtre d'autant plus facilement qu'elle a déjà été plusieurs fois filtrée. — De fait, dans l'état normal, nous l'avons dit, l'albumine de l'œuf filtre à travers les parois des capillaires du glomérule, tandis que cela n'a pas lieu pour l'albumine du sérum.

b. C'en est assez sur les différences physiques. Rappelons en deux mots les caractères chimiques différentiels. De tous, le plus connu, c'est que l'albumine du sérum du sang, coagulée par l'acide nitrique, se redissout totalement dans un excès d'acide, tandis que cela n'a pas lieu pour l'albumine de l'œuf. D'après un conseil de Stokvis, cette opération ne réussit bien que lorsqu'on a employé des solutions albumineuses moyennement concentrées, à 2 0/0 par exemple. Abandonnées à elles-mêmes, les deux solutions précipitées et traitées par excès d'acide nitrique redeviennent claires, mais, dans celle de l'œuf, surnage une couche d'albumine coagulée colorée en jaune. Un autre caractère distinctif consiste dans le fait que la sérine n'est pas coagulée par l'éther, tandis que le blanc d'œuf l'est particulièrement. Nous verrons que tous les caractères différentiels des deux espèces d'albumine se retrouvent, lorsqu'elles font partie d'une urine albuminurique.

c. Un mot maintenant sur la globuline qui, d'après les travaux récents, serait toujours présente en certaine proportion en même temps que la sérine dans les cas vulgaires d'albuminurie. Sous ce nom de globuline, ainsi le veut la chimie la plus moderne, il faut englober aujourd'hui une foule d'albumines autrefois considérées comme espèces distinctes. Ainsi, dans le sérum, la globuline c'est la paraglobuline, la fibrino plastique, l'hydropisine, la fibrine dissoute, la caséine du sérum, etc. Je rappellerai que cette substance n'existe pas seulement dans le sérum ; on la trouve encore dans les globules du sang, dans le cristallin, et c'est là même qu'elle a été découverte. Elle présente les caractères vulgaires de la sérine (coagulation par la chaleur et l'acide nitrique), mais elle possède aussi des caractères propres, véritablement distinctifs : 1° Elle est précipitée du sérum par un excès de sulfate de magnésie. Elle en est encore précipitée (lorsqu'on l'a étendue de 15 fois son volume d'eau) par un courant d'acide carbonique qu'on y fait passer pendant deux à quatre heures. 2° La globuline diffuse plus facilement que l'albumine du sérum, et, à ce propos, on peut s'étonner qu'elle ne passe pas convenablement à travers les parois du glomérule comme le fait l'albumine de l'œuf. 3° Enfin, la globuline jouit du pouvoir fibrino-plastique. Vous savez ce qu'on entend par là. Mêlée au contact de l'air avec des liquides contenant de la fibrinogène, mais peu ou point de fibrino-plastique, elle détermine en se combinant avec la fibrinogène, la formation de fibrine concrète. Cela n'aurait pas lieu si, au lieu de globuline, on employait de l'albumine ordinaire.

Telles sont les deux albumines fondamentales du sérum. Mais, des observation récentes de M. d'Arsonval tendent à établir que, dans certaines circonstances, le sang de la circulation générale contient dans son sérum certaines substances albuminoïdes, qu'on désigne sous le nom de *peptones*, et qui se trouvent en quelque sorte en permanence dans le sang de la veine porte. Suivant d'Arsonval, ce serait souvent après la saignée que l'existence des peptones dans la grande circulation serait facile à constater.

(1) *Virchow's archiv.* Bd. 72, p. 115.

Les peptones sont des substances d'une caractéristique encore assez incertaine. Voici, cependant, quelques attributs pour ainsi dire classiques, qui permettraient de les distinguer des autres albumines.

Les peptones ne se coagulent pas par les acides et par la chaleur, ces deux grands moyens pratiques de reconnaître l'albumine vulgaire; elles précipitent par l'alcool. Elles sont douées, d'ailleurs, de tous les autres grands caractères des substances albuminoïdes.

D. Considérons maintenant, après cette étude sommaire des albumines du sang, celles qu'on peut rencontrer dans les urines des albuminuriques, et vous allez reconnaître que ces dernières ne sont pas autres que celles qu'on trouve à l'état normal dans le sérum du sang.

a. En premier lieu, il faut relever particulièrement que ce qu'on appelle vulgairement l'albuminurie, c'est la présence dans l'urine de l'albumine du sérum, ou tout au moins d'une albumine qui ne se distingue de celle-ci par aucun caractère soit physique, soit chimique. Ce n'est qu'accidentellement, je vous le répète, dans des conditions expérimentales, qu'on y découvre l'albumine du blanc d'œuf; et ces deux albumines, en tous cas, peuvent être distinguées là l'une de l'autre, par les caractères fondamentaux que nous avons indiqués plus haut.

La sérine est, il faut le rappeler, la seule variété dans l'albumine qu'on recherche dans l'urine. Pour y reconnaître les autres variétés, il faut nécessairement conduire la recherche dans une direction spéciale.

b. Il résulte des travaux de Senator, Lépine et quelques autres auteurs, que, dans toute urine albumineuse, il existe constamment une certaine quantité de globuline qu'on isole surtout convenablement lorsqu'on la précipite par un excès de sulfate de magnésie. C'est à tort, paraît-il, que Senator a cru que la globuline existe principalement dans les urines albumineuses du rein amyloïde. La réalité est, d'après Heynsius, qu'on la rencontre à peu près au même taux dans toute espèce d'albuminurie.

c. On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, de la présence des peptones dans l'urine. Il est certain que des urines qui ne se troublent pas par l'acide nitrique et la chaleur peuvent quelquefois cependant, lorsqu'elles sont traitées par l'alcool, déposer un précipité qui présente tous les caractères des peptones. Dans toute urine sécrétée pendant la période de la digestion, on rencontre en général les peptones. Le tannin, le cyanoferrure de potassium, l'alcool absolu produisent un précipité appréciable. Senator dit avoir rencontré cette substance dans toute urine coagulable. Gehrardt qui, un des premiers, a appelé l'attention sur cet ordre de faits, l'a vue apparaître dans des urines non coagulables par la chaleur et l'acide nitrique. Il pense qu'il faut voir là une modification de l'albumine du sérum produite par l'hyperthermie, et il rappelle à ce propos que, sous l'influence d'une coction prolongée, l'albumine du sérum prend les caractères des peptones.

Comme cette sorte d'albuminurie ne se révèle pas par les caractères propres à l'albuminurie vulgaire (coagulation par la chaleur et l'acide nitrique), Gehrardt a proposé de la désigner sous le nom d'albuminurie latente.

Enfin, tout dernièrement, M. Maurel, dans une communication faite à la Société de biologie, a annoncé avoir rencontré dans les urines d'un grand nombre de sujets atteints de fièvre typhoïde, une albumine qui se rapproche beaucoup des peptones. Pour le moment, la présence de peptones dans l'urine n'a pas un grand intérêt pratique; elle pourra en acquérir par la suite. Mais, le seul intérêt qu'elle présente est théorique, il est incontestable toutefois, puisque la série est ainsi complétée et qu'il est avéré que toutes les variétés de l'albumine du sérum du sang peuvent être représentées dans les urines.

J'en ai fini, Messieurs, avec cette sorte de parallèle que je tenais à établir entre les albumines du sérum et celles de l'urine. Actuellement, nous sommes en mesure de procéder plus avant et de rechercher tout d'abord dans quelle région des canalicules du rein s'opère la sécrétion des albumines du sang, quand il y a albuminurie. Ainsi que je vous l'ai annoncé, c'est à travers les parois des capillaires des glomérules, et à l'exclusion des canaux du labyrinthe, que se fait l'albuminurie. J'ai indiqué aussi tout à l'heure, que contrairement à ce qui a lieu pour l'albumine du sérum, l'albumine du blanc d'œuf passe dans l'urine quand on l'injecte dans le sang d'un animal ou qu'on le lui fait ingérer en excès, pour ainsi dire dans des conditions normales. Voici une expérience faite sur la grenouille par Nussbaum, qui montre que c'est par le glomérule et non par une autre voie que s'opère le passage de l'albumine de l'œuf. Si on injecte dans la grande circulation de la grenouille une certaine quantité de blanc d'œuf, cette albumine passe immédiatement dans les urines. Mais, si avant l'injection on lie l'artère rénale, l'albumine ne passe pas et l'animal ne tarde pas à succomber, pour peu que la substance étrangère ait été injectée en grande quantité. Si, au contraire, la même expérience est répétée avec une solution albumineuse peu concentrée, l'animal survit, et alors vous pouvez vous assurer que, malgré l'occlusion de l'artère rénale qui empêche le passage de l'albumine, les canaux contournés sont aptes cependant à fonctionner. En effet, l'urée injectée dans le sang de cette grenouille passe par les canalicules en entraînant avec elle une certaine quantité d'eau et peut ainsi passer dans la vessie où on la recueille. Nous reviendrons d'ailleurs sur tous ces faits dans la prochaine leçon.

CLINIQUE MÉDICALE

Les affections du foie en Algérie et les variations de l'urée (1);

Par A. KELSCH, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Cette argumentation, qui tend à mettre le foie hors de cause dans les variations de l'urée, n'indique, de notre part, aucun parti pris d'avance. La lecture de l'observation témoigne, au contraire, que nous n'en sommes arrivé à cette conviction qu'après coup. Frappé des remarques de Parkes sur la suppuration du foie, dominé par l'enseignement des faits rassemblés dans le mémoire de M. Brouardel, nous avons eu sans cesse devant nous ces données dans nos appréciations cliniques. Notre conviction à ce sujet était telle, qu'au temps où la fièvre était très forte (39°-40°) et le chiffre de l'urée très bas (9-12), nous avons, de confiance, fouillé avec le trocart la glande hépatique, estimant que le désaccord entre l'élévation de la température et l'abaissement de l'urée indiquait une suppuration profonde du foie. Nos inductions étaient fausses, et le trocart n'avait que faire chez notre malade. A la vérité, si nous traçions la courbe de l'urée, cette courbe se déploierait précisément dans un sens contraire aux prévisions suggérées par la marche de l'affection hépatique: abaissée pendant la période d'hyperémie, elle se relève au moment où la turgescence phlegmasique cesse; par contre, il ne serait pas difficile de voir qu'elle est tout à fait parallèle aux différentes phases de l'alimentation et de la nutrition.

Prenons acte de cette conclusion: elle ne doit pas être perdue pour l'interprétation du fait suivant, bien autrement démonstratif, car il s'agit de la destruction des trois quarts du foie par la suppuration.

OBS. X. — *Dyssentérie chronique. Suppuration étendue du foie* (Service de M. Rouget, médecin-major).

Mohamed ben Aissa, 3e tirailleurs, 30 ans, admis à l'hôpital le 30 septembre 1877. Bien qu'ayant 14 ans de service, il n'a jamais été malade avant le 15 août dernier. A cette époque, se trouvant à El Miliah, il fut pris de dyssentérie aiguë qui s'améliora au bout de quelques jours, sans toutefois céder complètement. C'est pour cette affection qu'il est dirigé sur l'hôpital de Constantine.

(1) Voir les nos 45 et 46.

Au moment de l'admission, amaigrissement, état fébrile, peau sèche, pommettes plaquées de rouge, teint subictérique, langue saburrale, abdomen douloureux à la pression; par jour, une dizaine de selles formées de glaires sanguinolentes, très peu abondantes. Foie légèrement augmenté de volume, indolore à la percussion.

1er *octobre*. T. M. 39°; S. 39°,2. — 2 *octobre*. T. M. 36°,7; S. 39°. — 3 *octobre*. T. M. 38°,4, la dyssentérie s'amende; S. 39°,6, douleur vague, spontanée dans la région du foie.

4 *octobre*. T. M. 38°,7; 2 selles molles dans les 24 heures; la douleur hépatique s'exaspère, et la région hypochondriaque droite est légèrement voussurée. S. 39°,8.

5 *octobre*. T. M. 39°,2. La matité hépatique a augmenté : elle commence en haut, au mamelon, et s'étend jusqu'à 4 centimètres au-dessous du rebord costal; la percussion de la région est douloureuse, et le périmètre de l'hypochondre droit mesure 2 centimètres de plus que le gauche.

Pour abréger, nous avons condensé la suite de l'observation dans le tableau suivant :

Dates	Températures matin	Températures soir	Quantité de l'urine en 24 h.	Quant. d'urée	Réaction	OBSERVATIONS.
Octobre						
5	39.2	38.6	1.630	14.75	Alcaline	Le malade prend bouillon, œufs et lait.
6	37.8	38.2	840	10.85	Ut supra	
7	38.2	39	925	12.44		
8	39	38.8	1.260	12.71		Le malade prend 1/2 portion de pain, bouillon, œufs et lait. Hypochondre droit tuméfié et douloureux. Signes rationnels d'une hépatite suppurée profonde.
9	38	39	1.620	15.15	»	
10	37.6	38.8				
11	37.4	38.8				
12	39	39	745	9.44	»	Vers deux heures du matin, frisson suivi de tremblement. Le malade mange très peu, on lui prescrit 1/2 portion de bouillon, œufs, confitures; mais il avoue que cela est plus que suffisant.
13	37.8	38.6	550	6.98	»	Ce matin, ponction du foie avec l'aspirateur Potain : issue de 570 cent. c. de pus bien lié. 1/2 portion pain, vermicelle, côtelettes, confitures.
14	38.4		940	11.47	»	
16	38.4	39	900	14.22	»	Le foie augmente de nouveau de volume.
17	37	38.2	735	12.46	»	Mange très peu.
18	38	38.4	680	14.14	»	
19	37.8	38.6	710	10.72	»	
20	37.2	37.6	915	10.05	»	Le malade prend, matin et soir : 1/2 portion de pain, vermicelle, une ou deux bouchées de viande et confitures. 2 ponctions sans résultat sont pratiquées au même point que la première.
21	37.6	38	895	12.5	»	
22	37.6	38.2	765	13.31	»	
23	37.8	38.8	630	9.73	»	
24	38		645	11.67	»	Régime *ut suprà*.
25	38	38.2	515	9.91	»	
26	37.4	38.6	450	9.18	»	
27	37.8	38	440	8.58	»	
28	38.8	39.4	705	9.27	»	
29	37.8	38.2	850	10.03	»	
30	37	38.8	625	8	»	
31	37.6	38	805	10.30	»	Prend toujours à chaque repas un peu de potage, quelques bouchées de pain et de viande. Le foie augmente de de volume. Point pleuropneumonique à la base droite.
Novembre						
1er	38	39.4	687	8.72	»	
2	37.8	38.2	685	8.84	»	
3	37.8	38.9	690	9.31	»	Bouillon, viande rôtie, fruits.
4	37.4	38	628	8.68	»	
5	38.1	38.4	590	8.14	»	
6	38	38.2	525	7.35	»	Ouverture d'un abcès dans les bronches; le malade rend un demi verre de pus.
7	36.8	38.6	960	12	»	Prend à chaque repas un potage gras et quelques bouchées de viande.
8	38	39.2	680	8.5	»	
9	37.8	39.2	580	7.71	»	
10	38	38.4	635	10.54	»	
11	37.8	38.2	550	9.24	»	
12	38	38.2	570	8.55	»	
13	37	38.8	715	10.35	»	Le malade s'affaiblit de plus en plus, on prescrit toujours potage et viande grillée, mais il touche à peine à ses aliments.
14	38.4	37	570	9.29	»	
15	37.8	37.8	770	10.78	»	Est repris de dyssentérie. Bouillon et viande crue.
16	37.6	38				
17	37	38.4				Dyssentérie intense; 10 à 15 selles par jour. Le malade urine à peine 100 à 150 gr. de liquide qui sont rendus involontairement avec les selles
18	37.4	38				
19	38	39	770	10.78	»	
20	37.3	39.2	465	9.31	»	La dyssentérie cède; 4 selles peu copieuses dans les 24 h. Bouillon. Viande crue.
21	37.8	38.6				
22	37.4	38.8				
23	36.7	38.7	365	5.22	»	Les urines n'ont pu être recueillies exactement Le malade ne se nourrit qu'avec du bouillon.
24	37.8	38.6	405	6.56	»	
25	38	38	545	8.48	»	Ponction dans le 8e espace intercostal, issue de 25 gr. de pus séreux S'alimente avec du bouillon et quelques bouchées de viande rôtie La [illegible]enterie a cessé.
26	38.4	37.4				
27	37.7	36.8	660	8.11		Récidive de la dyssentérie. 3 selles.
28	38	37.2	300	5.19	»	
29	38.2	36.7	543	9.61	»	3 selles dysentériques dans les 24 h. Bouillon, viande rôtie, vin généreux.
					»	
30	38.2	37.6	735	10.51		Le malade décline de jour en jour. Il prend néanmoins à chaque repas : potage, quelques bouchées de pain et de la viande rôtie.
Décembre					»	
1er	39	37	860	9.56		
2	38	38	790	10.66	»	
3	38.1	38	800	10.88	»	
4	38.2	37.2	960	7.84	»	
5	37.8	37.6	880	10.21	»	Plusieurs selles glaireuses dans la journée.
6	38.4	37.4	960	9.42	»	
7	38.5	37.4	905	10.14	»	
8	38.4	37	665	6.19	»	Au moyen de l'aspirateur Potain, on retire de nouveau du foie 250 gr de pus. 3 selles dyssentériques dans la journée.
9	38.2	37.4	740	8.58	»	
10	38	37.4	550	6.40	»	
11	38.4	37.2	965	7.58	»	
12	38	38	1.095	8.97	»	
14	»	38	905	6.77	»	
15	»	»	1.325	8.21	»	
16	»	»	1.393	9.96	»	
20	»	»	430	6.58	»	
21	»	»	633	7.50	»	
22	»	»	1.670	6.93	»	

Le malade succombe le 25 *décembre*, épuisé par la suppuration et la fièvre hectique. Il a été impossible de recueillir exactement les urines pendant les derniers jours.

Autopsie. Nous omettrons tous les détails étrangers à notre étude.

Le *foie* est volumineux, il pèse avec le pus des abcès 2 kil. 750; le lobe gauche s'étend au delà de l'épigastre et remplit en partie l'hypochondre gauche; il présente, toutefois, les dimensions et les apparences normales. Le lobe droit est énorme, il forme au moins les 4/5 de l'organe; sa face supérieure dessine une voussure presque sphérique, intimement adhérente au diaphragme; en déchirant ces adhérences, on met à découvert un trajet, du diamètre d'une pièce de vingt centimes, qui, traversant toute l'épaisseur du diaphragme, communique du côté du thorax avec les bronches, sans s'ouvrir dans la plèvre complètement oblitérée à la base, et, du côté du foie, avec deux abcès du volume d'un œuf d'oie, logés, l'un dans l'angle postérieur et l'autre dans le bord postérieur du lobe droit. En avant de ces deux collections purulentes en existe une 3e, énorme, occupant au moins les 2/3 du lobe droit, et capable d'admettre la tête d'un fœtus à terme. C'est cet abcès qui forme cette voussure si considérable à la surface convexe. On peut estimer, qu'au minimum, la suppuration a détruit les 3/5 de la totalité de l'organe.

Comment interpréter le résultat de nos analyses? Assurément il y a diminution et diminution progressive de l'urée, de même qu'il y a destruction progressive du parenchyme hépatique?

Sommes-nous autorisé à conclure, d'après cela, qu'il y a entre ces deux facteurs une relation causale? Il nous répugne de le penser.

N'est-ce donc rien, au point de vue de l'activité générale des processus chimiques, qu'un tube digestif amoindri dans ses fonctions, qu'un foie qui ne prépare plus pour le sang les matières sucrées et albuminoïdes? En un mot, qu'un organisme frappé dans ses fonctions nutritives essentielles? Au reste, à ne considérer que le chiffre moyen de l'urée (il oscille entre 7 et 8), nous l'avons vu descendre et se maintenir, aussi bas, chez tous les cachectiques dont les processus nutritifs sont amoindris, chez les cancéreux, les phthisiques arrivés à la période ulcéreuse (moyenne de 9 à 11 sur un grand nombre d'analyses faites dans notre service), chez les sujets

atteints de diarrhée chronique (voyez l'observation de Barraquer).

Si la déchéance des fonctions nutritives est, par elle seule, capable de ramener le taux journalier de l'urée à une moyenne de 7 à 8, ne sommes-nous pas fondé d'imputer cette diminution de l'uropoïèse dans nos observations d'hépatite aiguë, non pas à la destruction progressive du foie, mais au ralentissement graduel de la nutrition générale ?

Les mêmes réflexions s'appliquent aux observations d'hépatite chronique : nous en avons étudié un certain nombre au point de vue de l'urée ; nous nous bornerons à citer les deux types suivants :

Obs. XI. — *Hépatite chronique.*— Pauchet, 42 ans, employé à la Justice militaire, est admis dans mon service le 18 septembre 1877. Ascite datant de trois mois, hépatite chronique de nature douteuse, le sujet ayant toujours été très sobre et n'ayant jamais eu de fièvre, bien qu'il habite l'Algérie depuis onze ans. Le malade est encore doué d'une certaine vigueur, il peut remplir une partie de ses fonctions, d'ailleurs sédentaires, il mange peu et digère mal ; c'est dans cet état de santé relative qu'il fut brusquement enlevé, le 16 octobre, par une bronchite aiguë capillaire, survenue quatre jours auparavant. Voici le résultat de l'analyse de ses urines dans cet intervalle. L'analyse a toujours porté sur les urines de 24 heures.

Dates	Températures matin	Températures soir	Quantité de l'urine	Quantité d'urée	OBSERVATIONS.
18	temps	norm.	790	18.17	
21	»	»	655	13.55	
22	»	»	645	16.12	
25	»	»	430	10.96	
27	»	»	375	9.27	
28	»	»	470	9.73	
29	»	»	405	9.315	
Octobre					
2	»	»	375	9.75	
3	»	»	310	8.308	Dépôt rouge brique très abondant.
4	»	»	410	9.43	Id.
5	»	»	485	9.35	Id.
6	»	»	506	9.18	Id.
7	»	»	565	10.65	Id.
8	»	»	440	8.25	Id.
9	»	»	315	9.23	Id.
10	»	»	315	8.52	Id.
11	»	»	312	9.46	
12	»	»	385	11.55	Fièvre; bronchite.
13	»	»	345	10.14	Dyspnée très intense.
14	»	»	300	7.60	L'asphyxie rend la ponction nécessaire ; issue de 12 litres de liquide citrin.
15	»	»	215	8.45	

Mort le 16. — Cirrhose très avancée du foie.

Obs. XII.— *Cirrhose alcoolique et tuberculose.*— Girardin, 39 ans, 21e section d'ouvriers d'Administration, admis à l'hôpital le 5 décembre 1877 pour une ascite qui aurait débuté seulement il y a quinze jours. Le sujet a eu autrefois des fièvres intermittentes rebelles, mais il est notoire qu'il fait abus de boissons alcooliques : hépatite interstitielle chronique certaine. Le 15, paracentèse abdominale avec issue de 7 litres de liquide. Les analyses de l'urine sont pratiquées régulièrement à partir de ce jour. Le malade mange peu : laitage et œufs ; un peu de volaille de temps à autre.

Mort le 11. — Tuberculose pulmonaire chronique. Éruption tuberculeuse récente sur le péritoine. Le foie est atrophié (880 gr.), cirrhotique et infiltré de granulations miliaires récentes.

Comme nous l'avons fait pour les observations que nous avons publié jusqu'à présent, nous donnons dans le tableau qui va suivre le résultat des analyses de l'urine. Ces analyses ont toujours porté sur la totalité des urines excrétées en 24 heures.

Dates	Volume de l'urine en 24 heures	Quantité d'urée	OBSERVATIONS.
Décembre			
15	223	3.20	
16	337	7.45	
17	300	8.49	
18	400	16.2	
19	265	11.07	
20	185	5.53	
21	207	8.24	
22	220	8.14	Beaucoup de dépôt rouge.
23	175	6.12	
24	335	11.25	
25	400	13.06	
26	»	»	
27	495	9.41	
29	500	10.95	
31 / 1 janvier	485	13.96	N'a pas uriné le 31 Décembre.
2	465	15.03	
3	430	12.47	
4	205	5.84	
5	185	5.66	
6	410	11.53	
7	310	8.66	
8	190	5.66	
9 / 10	205	5.70	

Dans un prochain numéro, nous publierons la fin de ce travail. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. POLAILLON.

Cancer latent de l'estomac avec perforation. Cancer des ovaires. Ascite. Ponction. Péritonite ;

Par **OZENNE**, interne des hôpitaux.

Le 3 avril 1880, entre salle Saint-Jean, service de M. Polaillon, hôpital de la Pitié, la nommée Wiel Reine, âgée de 51 ans.

Aucun antécédent héréditaire. — Pas de maladies graves. — Six grossesses menées à bonne fin. Dans le mois de juillet 1879, la malade consulte pour des douleurs siégeant dans l'abdomen ; le médecin reconnaît la présence de plusieurs tumeurs, de la grosseur d'un œuf, et conseille le repos. A partir de cette époque, ces tumeurs augmentent de volume et s'accompagnent, de temps en temps, de quelques douleurs ; mais une sensation de pesanteur très gênante force souvent la malade à cesser tout travail ; son appétit diminue, de la diarrhée survient, ainsi qu'un peu d'amaigrissement ; puis, dans le courant de février, l'affaiblissement augmentant, elle entre dans le service de M. le Dr Peter. Après un séjour d'un mois, qui procure quelque amélioration, M. le Dr Barth, interne de ce service, dans la possibilité d'une intervention chirurgicale pour la tumeur abdominale, fait repasser la malade dans le service de M. Polaillon.

Etat actuel. 4 avril. La peau est pâle, transparente, un peu jaunâtre. Le facies est amaigri, décharné. L'examen des poumons et du cœur ne révèle aucune lésion. L'abdomen présente un volume plus grand que celui d'une grossesse à terme : la peau de cette région est amincie et sillonnée de quelques veines. On constate une tumeur occupant une grande partie de la cavité, et remontant plus à droite qu'à gauche ; dure, bosselée, elle semble constituée par l'agglomération de plusieurs tumeurs, d'inégale grosseur, et, au niveau de la moitié gauche de l'abdomen, on en circonscrit, en partie, une plus résistante et plus volumineuse que les autres. Dans les autres points, la sensation est variable : là, c'est une sensation de corps solide ; ici, la palpation éprouve moins de résistance ; pourtant, nulle part, on ne trouve la fluctuation d'une poche kystique. Dans toute

l'étendue de la masse existe de la matité, dont la ligne courbe supérieure, à concavité dirigée en bas, est surmontée de sonorité due à la distension des intestins ; à droite, la matité se confond avec celle du foie.

La palpation ne réveille aucune douleur, et fait reconnaître la présence d'une notable quantité de liquide péritonéal. Si l'on cherche à imprimer quelque mobilité à la tumeur, on parvient à la déplacer un peu dans le sens transversal ; et, en plongeant ses doigts au-dessus de la symphyse pubienne, on la soulève, en même temps que l'extrémité des doigts repose sur une surface plane, qui n'est autre chose que la face antérieure de l'utérus. L'auscultation est négative.

Par le toucher vaginal, on constate que le col est situé sur la ligne médiane, et un peu remonté. Les culs-de-sac sont libres ; mais l'index, en refoulant le cul-de-sac antérieur, perçoit une masse volumineuse ; en arrière du col, il circonscrit facilement la face postérieure du corps utérin ; en outre, l'on sent une petite masse indurée, de la grosseur d'une fève, indépendante de l'utérus, et développée dans le tissu cellulaire, qui sépare la paroi rectale de la paroi vaginale.

L'utérus n'est pas entièrement immobile ; il est repoussé en arrière ; et les mouvements qu'on lui communique ne sont pas transmis à la main, qui repose sur la face abdominale de la tumeur. Le toucher rectal, en montrant le calibre de l'intestin réduit par compression de l'utérus, explique la constipation habituelle.

On ne relève aucun trouble de la miction, la vessie n'étant pas gênée par le développement de la tumeur. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Les membres inférieurs sont le siège d'une infiltration modérée, de même que le membre supérieur gauche, et, dans ce dernier, la malade a ressenti pendant une dizaine de jours quelques douleurs. La palpation ne fait découvrir aucun cordon et n'est pas douloureuse pour le moment ; dans l'aisselle, de même que dans les aines, il n'existe pas de masses ganglionnaires indurées.

12 *avril*. Une ponction faite sur la ligne médiane, à 10 centimètres de la symphyse, donne issue à 8 litres de liquide, et, dans les deux jours qui suivent, il s'en écoule encore par la plaie restée béante 2 à 3 litres. Ce liquide est clair, jaunâtre, albumineux. — *Soir*. La malade se sent soulagée ; elle respire plus librement ; cependant, elle éprouve quelques picotements à la partie inférieure du ventre. Le pouls est bon, sans fréquence ; la température sans élévation.

13 *avril. Matin*. Rien de spécial dans la nuit : le matin, la malade parait abattue ; la face est pâle, la respiration un peu fréquente, le pouls petit ; la température est normale. Un peu de rougeur existe autour de l'orifice de la ponction. — *Soir*. Quelques douleurs dans le ventre. Malaise général. Refus de tout aliment. Pas de vomissements. Pas de frissons. Abattement : Pouls. 90. Temp. 38°.

14 *avril. Matin*. Mêmes douleurs spontanées et provoquées. — Prostration. — Pouls petit, fréquent, P. 110. T. 38°.6. — *Soir*. Prostration de plus en plus prononcée.

15 *avril*. Mort dans la journée.

Autopsie, 24 h. après décès. — L'encéphale est indemne. Les poumons n'offrent aucune lésion. Les plèvres adhèrent par d'épaisses fausses membranes à la paroi thoracique. Le péricarde ne renferme point d'épanchement, mais, à son point de jonction avec le diaphragme, on trouve à sa surface une petite plaque dure, assez épaisse, de nature cancéreuse. L'examen du cœur ne révèle aucune altération.

Lorsqu'on a incisé la paroi abdominale et qu'on a retiré un peu de liquide rougeâtre, la première chose qui frappe, est la rougeur du péritoine pariétal dans toute son étendue : elle est un peu plus prononcée dans la moitié inférieure et semble se continuer, au niveau de l'orifice de la ponction, avec l'aréole rouge cutanée qui circonscrivait cet orifice. Le grand épiploon est très adhérent à la tumeur sous-jacente ; et plus l'on se rapproche de l'estomac, plus l'adhésion est intime avec tous les organes du voisinage ; ce sont des traces manifestes de péritonite antérieure.

Le repli péritonéal enlevé, on a sous la main une volumineuse tumeur, remplissant une grande partie de la cavité abdominale. Elle s'est développée aux dépens de la moitié gauche du ligament large, dont les organes, trompe, ovaire, etc... sont perdus au milieu de sa masse ; et elle est rattachée à l'utérus par un pédicule mince, peu vasculaire, d'une longueur de 4 à 5 centimètres, et d'une largeur qui mesure toute la hauteur de l'utérus. Le pédicule coupé, on détermine le poids de la tumeur, qui est de 13 livres.

Vue en totalité, elle offre une coloration blanche par places et rouge par d'autres, et est constituée par un certain nombre de tumeurs solides, séparées à leur surface par des sillons peu profonds, et par des kystes, d'un volume variable, dont le plus gros ne dépasse pas le volume d'un œuf. Des coupes faites sur les masses solides montrent un tissu très dur, lardacé, criant sous le scalpel et ne donnant pas de suc. Sa couleur est blanc jaunâtre, et ces deux teintes sont disposées sous forme de bandes parallèles, alternativement blanches et jaunes, les premières présentant une largeur double des dernières. Si l'on incise les kystes, les uns renferment du liquide incolore, les autres du liquide sanguinolent.

Dans la moitié droite du ligament large, on trouve une autre tumeur, du volume du poing, son poids est de 200 grammes. On peut se faire une idée de sa forme irrégulièrement bosselée, en supposant adhérents les uns aux autres, par une partie de leur surface, une trentaine de marrons, d'inégal volume ; en effet, elle est formée par la réunion de petites masses solides et liquides, les premières très dures, d'apparence fibreuse à la coupe, les secondes kystiques ; et, au milieu de ces productions, il est impossible de découvrir aucunes traces de trompe et d'ovaire.

L'utérus ne présente aucune altération et est complètement indépendant des tumeurs développées dans le ligament large. Au-dessous et en arrière de la cavité de Douglas, on rencontre un petit noyau, dur, qui offre à la coupe la même apparence que les tumeurs précédentes : c'est ce noyau que l'on percevait par le toucher vaginal au fond du cul-de-sac postérieur.

Si, de la cavité pelvienne, on remonte vers la partie supérieure de l'abdomen, on note des traces de péritonite, qui font adhérer les unes aux autres les anses intestinales, et l'on tombe sur une tumeur, du volume d'un gros œuf, développée aux dépens de l'estomac. Cette tumeur adhère intimement au grand épiploon et à la face inférieure du foie ; séparée de ces organes, elle appartient exclusivement à l'estomac. En incisant les parois de cet organe, on le trouve rempli d'un liquide noirâtre, et l'on peut voir toute sa région pylorique occupée par une masse ulcérée, de nature cancéreuse, qui circonscrit le pylore et les parois attenantes, dans une étendue de quelques centimètres, ce qui donne à la région l'aspect d'un canal de 4 à 5 centimètres de long. L'orifice pylorique, tout en présentant une diminution de calibre, n'est pas complètement obstrué et est dilatable. Au-dessous du pylore et en avant, existe une perforation, de date manifestement ancienne, et de la largeur d'une pièce de 0, 50 centimes, qui conduit dans la cavité stomacale. Les adhérences qui, à ce niveau, existaient entre l'estomac, le grand épiploon et le foie expliquent pourquoi, bien que de date ancienne, cette ouverture n'avait pas donné lieu au passage des matières alimentaires dans la cavité péritonéale.

Le foie et les autres organes n'offrent pas de dégénérescence secondaire.

Les veines iliaques, fémorales et axillaire ne renferment pas de caillots : aussi ne doit-on pas rattacher l'œdème des membres inférieurs et du membre supérieur gauche à un phlegmatia alba dolens.

Examen histologique. Cet examen, dû à la bienveillance de notre collègue M. Bruchet, a montré que les deux tumeurs étaient du cancer, caractérisé par des alvéoles nombreuses et petites, remplies de cellules de toute forme, et limitées par d'épais tractus.

Remarques. — A l'autopsie de notre malade, une surprise pathologique nous est tombée sous les yeux ; au lieu d'une

tumeur abdominale, on en a trouvé deux; toutes deux de même nature, cancéreuses, l'une occupant l'appareil ovarien, l'autre développée dans l'estomac. Or, cette dernière n'ayant donné lieu à aucune manifestation, ne pouvait être reconnue : on était donc en présence d'un cancer latent de l'estomac. Ces cas de cancer latent ne sont pas très rares, et, dans plusieurs monographies, entre autres dans la thèse du Dr Chesnel, le travail le plus complet et le plus récent que l'on possède, on en a publié un certain nombre d'observations : mais la plupart se rapportent à des cancers n'occupant pas les orifices ; aussi, est-ce une des raisons pour lesquelles l'affection ne se dévoile pas : cependant, on a fait un relevé d'une dizaine de cas, dans lesquels la dégénérescence portait sur la région pylorique; c'est également ce qui s'est présenté pour notre malade, et, s'il y a eu absence de manifestations, c'est probablement à cause de l'obstruction incomplète de l'orifice. Quant à la perforation : éloignée de tout vaisseau artériel important, comblée par les adhérences de voisinage, elle devait également passer inaperçue, c'est ce qui a eu lieu.

On peut encore se demander quel a été le point de départ de la diathèse cancéreuse ? Or, le doute ne paraît guère possible, si l'on songe aux adhérences très solides et très résistantes qui entouraient la région pylorique, et qui accusaient des poussées de péritonite ancienne, ainsi qu'aux caractères de la perforation, dont les bords indiquaient assez son ancienneté; nous rappellerons enfin, qu'en faveur de la priorité pour l'estomac, en cas de semblable généralisation, existent déjà de nombreux faits antérieurs.

Mais un dernier point reste à éclairer, c'est celui de la péritonite récente, que l'on a trouvée sur le feuillet pariétal, et qui, sans doute, a été la cause de la mort. Doit-elle être rapportée à la ponction? C'est probable : car, de la plaie faite par le trocart, est partie l'inflammation qui a gagné le péritoine. C'est un des accidents de la paracentèse qui, quoique déjà signalé, mérite d'être relevé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

L'insalubrité de Paris et ses causes devant le Conseil municipal.

Ainsi que l'on devait s'y attendre et comme on l'a vu par notre dernier article (1), cette grave question de l'insalubrité et de ses causes n'a point gardé devant le Conseil municipal les proportions de la simple interpellation primitivement annoncée; dès le début de la discussion, le débat s'est considérablement élargi et les divers orateurs, portant cette question sur son véritable terrain, ont parlé sur elle avec l'autorité que donne une consciencieuse étude préalable, examinant l'insalubrité sous toutes ses faces, l'envisageant dans toutes ses conséquences et ne laissant de côté aucun des points importants pour la santé publique.

M. Andrieux, directement mis en cause dans cette discussion, a répondu le premier aux critiques formulées contre son administration. Il s'est acquitté de cette tâche avec une véritable habileté, et, mettant en pratique le principe un peu égoïste du « chacun pour soi », il s'est empressé de rejeter la majeure partie des responsabilités sur le Préfet de la Seine. Il reconnait volontiers le bien-fondé des plaintes du public, il admet également que le système des vidanges est défectueux, que le balayage des rues et le nettoyage des égouts laissent à désirer, que les fosses fixes sont dangereuses et insalubres, *mais* toutes ces choses échappent à sa compétence et ne sont pas de son ressort. Dans ses attributions se trouvent, il est vrai, les établissements classés ou insalubres, il ne cherche pas à en nier les nombreux inconvénients, *mais* il lui est impossible d'y remédier, la législation, vicieuse en cette circonstance, ne lui fournissant pas les pouvoirs suffisants. L'ouverture d'une usine n'a bien lieu qu'après autorisation du Préfet de police accordée sur l'avis d'un Conseil compétent et des autorités locales, *mais* l'arrêté d'autorisation une fois pris, le Préfet ne peut le rapporter car il se trouve en présence d'une propriété à laquelle il lui est absolument interdit de toucher. Il ne peut que faire constater par procès-verbaux les contraventions aux règlements, déférer ces contraventions aux tribunaux et faire condamner les délinquants. Malheureusement, les répressions obtenues sont à peu près illusoires, car ces contraventions ne sont passibles que du tribunal de simple police, et, en cas de récidive, la plus forte condamnation qu'on puisse obtenir est celle de trois jours d'emprisonnement. « Cette loi, que nous n'avons pas faite, ajoute M. Andrieux, il nous la faut subir et une intervention du législateur peut seule nous donner des armes nouvelles et meilleures. »

Depuis que les plaintes se sont élevées, le Préfet de police a pris les mesures les plus sévères pour que les prescriptions soient observées; il a adressé en outre une circulaire aux maires des communes intéressées pour aider à la constation des contraventions. De plus, le Conseil d'hygiène, invité à rechercher les causes d'insalubrité de Paris, a présenté un rapport et les conclusions en ont été transmises à qui de droit; enfin, une instance a été introduite auprès de M. le ministre de l'intérieur et de M. le président du conseil, pour que le droit de répression réservé au Préfet de police soit plus étendu et ne le laisse pas désarmé devant les contrevenants de l'avenir. En résumé, M. Andrieux, arguant de l'impossibilité où il se trouve de remédier à l'état de choses actuel, décline toute responsabilité, et rejette la faute sur ses prédécesseurs auxquels sont dues les autorisations accordées pour l'ouverture des établissements insalubres qui environnent Paris. Pour lui, il n'a autorisé que l'ouverture d'une fabrique de sulfate d'ammoniaque, à Créteil, et, jusqu'à présent, celle-ci n'a donné lieu à aucune plainte (1).

M. Alphand, directeur des travaux de la ville de Paris, est venu à son tour défendre son administration devant le Conseil. Loin de chercher à diminuer sa part de responsabilité, il a revendiqué hautement tous ses actes, et, dans un discours, excellent de tous points, il a établi la part qui revenait à chaque élément dans la production des mauvaises odeurs et fait justice des violentes attaques formulées contre le système d'écoulement des vidanges à l'égout. Convaincu des avantages de ce dernier système, il amène de suite la question sur ce terrain, et essaie de prouver que le débat engagé n'est qu'une nouvelle forme de la lutte entre les défenseurs du mode actuel de vidange

(1) Voir le n° 44. — Des nécessités de tirage, la publication du numéro des étudiants et l'ouverture des cours de la Faculté ont retardé l'insertion de notre article d'aujourd'hui.

(1) Nous croyons savoir que, depuis quelques jours, cette usine aurait été fermée ou serait sur le point de l'être.

et les partisans de l'écoulement à l'égout. Suivant pas à pas les diverses phases par lesquelles a passé l'opinion dans cette campagne contre l'infection et l'empoisonnement de Paris, il montre que, d'abord, les mauvaises odeurs sont attribuées aux usines insalubres, que ce n'est que plus tard qu'on rejette tout le mal sur les égouts, sur le système diviseur, et il infère de là que la spéculation n'a pas été étrangère à ces divers revirements d'opinion, revirements qu'il n'est pas téméraire de penser avoir été vus sans regret par les industriels dont les usines traitent les matières animales.

Pour M. Alphand, les émanations proviennent en grande partie des dépotoirs et fabriques de sulfate d'ammoniaque, et elles ont été amenées par les vents continus du Nord, puis de l'Ouest, qui se sont succédés à quelques jours d'intervalle, en même temps que régnait un temps lourd et des orages quotidiens. Les égouts ne peuvent être incriminés, car il ne s'est produit aucune circonstance exceptionnelle de nature à empirer leur situation. Accuser l'écoulement partiel ou total des déjections humaines à l'égout de produire des mauvaises odeurs et de constituer un danger est un fait inadmissible, car, à Londres et à Bruxelles, les déjections sont déversées directement à l'égout, et jamais il n'y a eu de plaintes de la part des habitants. Le système diviseur a été adopté pour Paris de préférence à la projection directe, parce que le défaut de pente de certains égouts ne donne pas un écoulement suffisant aux matières lourdes; mais cette solution, adoptée en principe, n'est pas définitive et lorsque la ville possédera la quantité d'eau nécessaire, les difficultés encore existantes disparaitront rapidement.

Le directeur des travaux aborde alors l'examen des causes de la catastrophe du boulevard Rochechouart, et établit les présomptions, les quasi certitudes qui autorisent à l'imputer à une vidange clandestine, qui aurait été effectuée au moment même de la descente des ouvriers dans l'égout. Il profite de cela pour montrer combien encore la législation est défectueuse dans cette circonstance, car elle ne permet que de prononcer des peines minimes, insuffisantes pour réprimer des contraventions qui se reproduisent sans cesse, malgré la rigueur avec laquelle les délinquants sont poursuivis. En terminant, M. Alphand est encore revenu sur la question de la vidange à l'égout et a demandé au Conseil de continuer l'œuvre commencée, œuvre qu'il n'hésite pas à affirmer être excellente car elle contient tous les éléments de la solution la plus satisfaisante à tous les points de vue.

A la suite de la discussion dont nous venons de résumer les points principaux, le Conseil municipal a voté l'ordre du jour suivant :

Le Conseil, soucieux de l'hygiène de la ville de Paris, confirmant ses votes antérieurs concernant les projets de réforme du service des vidanges, invite l'Administration à poursuivre leur plus prompte réalisation.

Invite les Préfets de la Seine et de la Police, à appliquer rigoureusement les règlements existants, en ce qui concerne : 1° le nettoyage fréquent des égouts et le déversement clandestin des vidanges à l'égout; 2° la désinfection préalable des fosses d'aisances; 3° le traitement des matières dans les usines qui entourent Paris, et, en cas de contravention, à procéder à la fermeture de ces usines.

Quelles ont été les conséquences immédiates de cette discussion? Quels résultats nous réserve-t-elle pour l'avenir? C'est ce que nous allons essayer d'établir en quelques mots.

Dans le premier ordre d'idées, nous signalerons d'abord la confiance et la tranquilité rendues à la population parisienne, effrayée à juste titre par les dangers terribles que lui faisaient prévoir des personnes peut-être intéressées; la mise en vigueur de prescriptions que l'on avait laissé tomber en désuétude; la surveillance rigoureuse qui est exercée maintenant pour empêcher les vidanges clandestines; le rapport de l'autorisation qui avait été accordée à certaines compagnies d'opérer les vidanges sans désinfection préalable; le nettoyage plus fréquent et plus méthodique des égouts et, conjointement, l'amélioration de position faite aux utiles travailleurs chargés de ce service; enfin, l'inspection plus sérieuse des établissements classés ou insalubres, l'attention des intéressés tenue en éveil, ce qui empêchera désormais l'ouverture facile de ces mêmes établissements, et, ce qui vaut mieux encore, l'instance introduite pour modifier la législation qui leur est applicable.

La question devient plus complexe en ce qui regarde le second ordre d'idées, car, parmi les résultats prévus, s'il en est de faciles à obtenir, d'autres, au contraire, demanderont un temps plus long et des dépenses considérables. Les causes secondaires d'insalubrité, signalées par M. Bourneville, peuvent disparaître dans un délai assez bref, il suffira pour cela de classer parmi les travaux urgents l'établissement de nouveaux égouts, destinés à desservir les établissements publics dont les vidanges se rendent directement à la Seine (1), et d'exercer une surveillance attentive, afin que les mesures de désinfection soient exercées en temps opportun. Dans un avenir plus éloigné nous arriverons — et c'est évidemment là que tous les efforts doivent tendre — à l'adoption du système de vidange à l'égout et à l'abandon complet du système actuel. Mais, cette grosse réforme, à laquelle se rattache la question connexe de l'utilisation et de l'épuration des eaux d'égouts ne s'obtiendra que peu à peu, et ne sera possible qu'à cette double condition : réseau des égouts complètement terminé, service des eaux abondamment pourvu, de manière à permettre de suite une dilution suffisante des matières et à prévenir toutes les causes de stagnation.

En attendant ces résultats, il importe que l'Administration—qui est loin d'avoir été irréprochable dans les circonstances qui ont motivé la discussion que nous venons de résumer— fasse observer rigoureusement, ainsi que l'y a invité le Conseil, tous les règlements existants à l'égard des usines, des vidanges et des égouts; il importe également que, profitant du mouvement d'opinion qui vient de se faire, elle mette de suite à l'étude les divers systèmes d'appareils diviseurs, obturateurs, etc., et qu'elle continue une enquête sérieuse et approfondie sur

(1) Dans le n° 44, nous avons donné l'énumération de ces divers établissements. Nous avons cependant commis une omission : Il paraitrait que, pour la Chambre des Députés, les vidanges s'opéreraient dans les mêmes conditions (écoulement direct à la Seine); mais qu'il serait presque impossible de remédier à cet état de choses, les ingénieurs de la ville de Paris ayant éprouvé des difficultés lorsqu'ils ont voulu faire des études au sujet de la construction d'un égout destiné à ce service; ces difficultés proviennent de ce que la chambre des Députés est une propriété d'Etat.

les systèmes de vidanges, l'utilisation et l'épuration des eaux d'égouts. C'est au prochain Conseil municipal qu'il appartient de tenir la main à ce que toutes ces choses soient réalisées, c'est à lui de compléter l'œuvre commencée : nous sommes certains d'avance qu'il ne faillira pas à sa tâche et que, comme ses devanciers, il s'inspirera de ce principe : « l'argent dépensé pour l'hygiène et la salubrité d'une ville constitue en réalité une économie. »

A. BLONDEAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 novembre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. SINÉTY.

Phénomènes inhibitoires. M. BROWN-SÉQUARD poursuit l'exposé de ses nombreuses expériences tendant à prouver l'existence de phénomènes inhibitoires. Quelques résultats obtenus par le savant professeur paraissent en contradiction avec l'opinion de Claude Bernard, qui croyait que les agents anesthésiques doivent traverser le sang pour arriver au centres nerveux. M. Brown-Séquard déclare, en effet, que le chloroforme peut agir sur les centres nerveux sans passer dans le torrent circulatoire. Il en trouve la preuve dans le fait suivant : on enlève les viscères, le cœur et tout le sang d'une grenouille, puis on applique du chloroforme sur la peau de l'animal. Cette application produit absolument les mêmes effets que s'il y avait absorption du chloroforme.

Développement des dents. M. POUCHET fait, en son nom et au nom de M. CHABRIT, une communication sur le développement des dents. En examinant les dents d'un embryon d'éléphant, au Jardin des plantes, les auteurs ont reconnu que les idées généralement admises sur la matière ne sont pas complètement exactes. Depuis les travaux de Robin et de Kölliker, on admet qu'il se produit à la surface de la gencive un bourgeon épithélial qui envoie dans la profondeur un prolongement destiné à la dent temporaire ou *dent de lait;* c'est l'*organe adamantin* de Kölliker ; on admet en outre que, du collet de cet organe, part un second prolongement qui, plus tard, donnera naissance à la dent définitive. D'après MM. Pouchet et Chabrit, les faits prouvent qu'il n'en est pas ainsi : les dents définitives ne naissent pas du collet des dents de lait; il n'y a pas d'organe adamantin secondaire. Le bourgeon épithélial primitif, que M. Pouchet appelle simplement *lame épithéliale*, persiste après l'apparition des dents de lait, et donne naissance aux dents définitives. Chez l'éléphant, qui n'a pas de dents de remplacement, on retrouve la même lame avec les mêmes prolongements. Les deux faces du prolongement épithélial n'ont pas la même structure ; en dedans, ce sont des cellules cylindriques ; en dehors, il y a intrication des cellules épithéliales et des cellules du tissu lamineux.

Ch. AVEZOU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 novembre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. H. NACHTEL fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Fonctionnement de l'ambulance urbaine de New-York destinée à porter les premiers secours sur la voie publique et l'utilité qu'il y a d'établir un service de ce genre à Paris.* L'auteur de ce mémoire, après avoir rappelé les conditions dans lesquelles se fait le service médical de nuit, tant à Paris qu'à New-York, établit les différences nettes et précises qui séparent les deux systèmes relatifs aux secours portés à domicile et sur la voie publique. Le service médical de nuit a pour but de permettre aux malades de trouver facilement un médecin pour leur donner des soins à domicile, tandis que le système des ambulances est destiné à porter secours, en tout temps, aux malades restés sur place en un lieu quelconque de la ville. Passant successivement en revue la multiplicité des actes qui se passent journellement à Paris, lorsqu'il s'agit de porter secours à un individu quelconque, blessé sur la voie publique, M. Nachtel démontre avec raison l'inanité du temps perdu. Pour obvier à ces inconvénients, M. Nachtel propose d'établir dans les divers hôpitaux des ambulances rapides, ainsi que cela se pratique à New-York (Commission : MM. Larrey, Legouest, Vulpian et Chéreau.)

M. RENÉ BLACHE lit un mémoire intitulé : *De l'allaitement maternel au point de vue des avantages que la mère et l'enfant peuvent en retirer.* Ce mémoire est renvoyé à la Commisssion de l'hygiène de l'enfance.

M. LÉON LABBÉ fait une communication sur la *valeur du drainage péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie.*

La question du drainage de la cavité abdominale dans l'ovariotomie est encore aujourd'hui très discutée. Les ouvrages didactiques ne contiennent, à ce sujet, que des indications bien vagues. La plupart des auteurs s'occupent surtout des mesures à prendre contre les hémorrhagies consécutives; mais ils ne donnent aucune règle précise pour favoriser l'évacuation des liquides morbides qui peuvent s'accumuler dans la cavité abdominale, pendant et après l'opération. M. Labbé rappelle d'abord une première observation d'ovariotomie dans laquelle le drainage préventif péritonéo-abdominal n'avait pas été pratiqué. La malade succomba à des accidents septicémiques, et on trouva dans le petit bassin environ un litre d'un liquide séro-sanguinolent qui s'était accumulé après l'opération. Il est extrêmement probable que la malade aurait survécu si ce liquide avait eu une issue. L'auteur rapporte ensuite trois observations très concluantes, dans lesquelles le drainage péritonéo-abdominal a été pratiqué avec succès. Il s'agissait de kystes très adhérents dont l'ablation nécessita de nombreuses déchirures. Un drain, qui fut placé à l'angle inférieur de la plaie, donna passage à des quantités considérables de liquide, de 1,000 à 1,500 grammes environ. Il est très probable que la rétention de ces produits morbides dans la cavité abdominale avait donné lieu à des accidents de septicémie.

M. Labbé rejette le drainage péritonéo-vaginal qui complique inutilement l'opération et ne se prête pas à la pratique du pansement antiseptique. Le drainage péritonéo-abdominal, au contraire, est parfaitement compatible avec l'application rigoureuse de la méthode de Lister.

Voici dans quelles conditions l'auteur propose d'appliquer le drainage péritonéo-abdominal :

1° Lorsqu'il existe concurremment à un kyste de l'ovaire, une ascite dont on a lieu de craindre la production.

2° Lorsqu'il existe des adhérences assez étendues et dont la déchirure donne nécessairement lieu à un suintement séro-sanguinolent consécutif assez abondant.

Il est nécessaire d'employer pour le drainage péritonéo-abdominal des tubes d'un calibre relativement fort et assez consistants pour que leur lumière ne puisse être effacée. Ceux dont se sert M. Labbé sont en caoutchouc et ont environ huit millimètres de diamètre. Ils doivent avoir séjourné assez longtemps dans une solution phéniquée au 20e.

L'auteur termine en disant que, grâce à l'innocuité acquise par le drainage depuis sa combinaison avec la méthode antiseptique, il convient plutôt d'en généraliser l'emploi plutôt que de le restreindre. Dans tous les cas où l'on n'est pas assuré de pouvoir sécher complètement la cavité abdominale, on doit y avoir recours.

M. COLIN (d'Alfort) fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Sur la transmission de la morve des solipèdes au lapin; essai d'analyse de la virulence morveuse.* Les expériences de M. Colin ont établi que la morve tue quelquefois sans donner aucune lésion viscérale ; les inoculations elles-mêmes ont pu être accompagnées d'ulcérations profondes. Dans certains cas, l'inoculation de la morve a engendré la tuberculose pulmonaire; dans quelques cas, enfin, elle n'a été suivie d'aucun effet.

La morve ne semble pas être une maladie tout d'une pièce et toujours achevée; elle paraît constituée par des

éléments qui s'additionnent successivement pour donner l'affection complète, mais qui peuvent se dénouer en divers points de leur chaîne, et laisser cette affection à l'état d'ébauche.

La virulence n'est pas nécessairement et constamment liée à cette affection. L'élément apte à donner le tubercule n'est pas l'élément propre de la virulence, puisque la virulence n'aboutit pas toujours au tubercule et que le tubercule ne restitue pas la virulence. Il est probablement, dit M. Colin en terminant, beaucoup de maladies dans le même cas que la morve, d'origine commune et de nature identique, mais qui, par les physionomies diverses qu'elles prennent d'une espèce animale à une autre, se montrent comme des affections distinctes. Aussi, lorsqu'il s'agit d'établir l'identité d'une maladie par la voie expérimentale, il ne faut pas chercher à la reproduire chez un animal où elle s'altère et demeure inachevée. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 *avril* 1880. — Présidence de M. Monod.

11. Ramollissement cérébral avec aphasie, sans lésion de la circonvolution de Broca; par J. Comby, interne des hôpitaux.

G..., 59 ans, entre dans le service de M. Proust, à Lariboisière, le 16 mars 1880. Pendant 18 ans qu'il est resté au 3e zouave, G... avoue s'être livré à de nombreux excès, il était buveur d'absinthe. Il jouissait d'ailleurs d'une santé inaltérable, et n'a jamais été arrêté que par des blessures reçues à la guerre. Comme maladies antérieures, nous ne pouvons relever que deux ou trois blennorrhagies et un chancre qui n'a pas été suivi d'accidents spécifiques. La maladie qui amène G... à l'hôpital, l'a frappé subitement il y a 17 jours, au réveil. Il s'agit d'une hémiplégie droite avec aphasie. Il peut encore marcher en traînant la jambe, mais son membre supérieur est absolument inerte, les traits de la face sont déviés à gauche, l'orbiculaire n'est pas paralysé. La sensibilité des téguments, sans être abolie, est notablement diminuée à droite. L'intelligence a persisté et le malade raconte gaiement, quoique avec difficulté, tous les détails de son histoire. L'examen des différents appareils ne nous révèle rien d'anormal, l'appétit est conservé, l'état général est excellent.

20 *mars*. G... étant descendu se promener sur la terrasse de l'hôpital, a été pris d'un étourdissement, est tombé, et n'a plus quitté le lit, à partir de ce jour. L'hémiplégie droite est devenue plus absolue, les deux membres sont complètement inertes. L'aphasie est plus prononcée qu'avant cette nouvelle atteinte. La difficulté qu'il éprouve à trouver les mots exaspère G..., il jure et s'impatiente, c'est un type d'aphasique. Au bout de huit jours de cet état, l'intelligence décline, et bientôt survient une somnolence comateuse qui se termine par la mort le 3 avril, 34 jours après le début de la maladie.

Autopsie 36 heures après la mort. — Examen des organes thoraciques : dilatation considérable de l'aorte, avec nombreuses plaques d'athérome, caillot récent dans la lumière du vaisseau, insuffisance des valvules aortiques; cœur de volume normal; poumons sains.

Abdomen. Foie volumineux et très congestionné. Rate grosse. Reins également congestionnés.

Cavité crânienne. Hémisphère cérébral droit sain. Hémisphère cérébral gauche présentant un élargissement notable des circonvolutions de la zone motrice, avec effacement des sillons. Au niveau de la première frontale, de la partie supérieure de la frontale ascendante et du lobe paracentral, existe une fluctuation manifeste, qui devient bien plus évidente, après décortication. La région des deuxième et troisième frontales, et des circonvolutions de l'insula, paraît saine à la surface. Il n'existe d'ailleurs en aucun point du cerveau, de lésions superficielles des circonvolutions.

Nous pratiquons une coupe verticale suivant la partie fluctuante et le pied des deuxième et troisième circonvolutions frontales. Il s'écoule une grande quantité de liquide séreux, jaune citrin. Nous pouvons alors apprécier l'étendue du foyer de ramollissement qui s'insinue sous la partie supérieure de la frontale ascendante et le pied de la première frontale; quant à la circonvolution de Broca, elle ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu. Il en est de même du lobule de l'insula et de toutes les autres parties du cerveau. Le ramollissement n'a intéressé que la substance blanche de la zone motrice voisine du sillon de Rolando; elle nous explique suffisamment l'hémiplégie.

Réflexions. — Il s'agit très-probablement d'un ramollissement par embolie, quoique nous n'ayons pu trouver l'embolie dans les branches de la sylvienne gauche. Ce qui nous fait admettre une embolie, plutôt qu'une thrombose, c'est, d'une part, le début subit des accidents, d'autre part, l'existence d'une lésion aortique (dilatation anévrysmale, caillots sanguins.)

Quant à l'aphasie, nettement constatée chez le malade, nous ne pouvons l'expliquer, que par une dérogation exceptionnelle à la loi découverte par M. Broca. Nous n'avons nullement la prétention d'ébranler la doctrine des localisations cérébrales, encore moins de renverser une localisation basée sur des centaines de faits bien constatés. Le fait que nous présentons est exceptionnel, et nous n'y attachons qu'une importance médiocre.

12. Syphilis maligne généralisée (foie, cerveau, poumons, gommes multiples), cachexie; par M. Stackler, interne des hôpitaux.

La femme C..., âgée de 45 ans, est entrée le 14 mai 1880, à la salle 2e droite (lit n° 24), hôpital Tenon, service de M. Hallopeau.

Cette femme, comme renseignement à peu près unique, nous apprend qu'il y a huit ans, elle épousa un homme qui sortait de l'hôpital du Midi. Deux mois après son mariage, elle présenta des syphilides ulcéreuses. Elle n'a suivi aucun traitement depuis le début de sa maladie.

Elle entre actuellement à l'hôpital dans un état de cachexie très avancée. Elle est pâle, amaigrie, ses membres inférieurs sont enflés. Elle refuse à peu près toute nourriture.

Elle porte sur les bras, les jambes, les cuisses, des cicatrices larges et profondes. Les plus importantes existent : l'une sur la jambe droite et présente environ 10 centimètres dans son plus grand diamètre; l'autre à la malléole interne du pied droit, et est étoilée, non adhérente.

A la partie postéro-externe de l'extrémité inférieure de la jambe droite, se trouvent deux ulcérations arrondies, taillées à pic. Il en existe une analogue au sommet de la tête.

A la partie supérieure et antérieure de la jambe, immédiatement en dehors de l'extrémité supérieure du tibia, est une masse du volume d'une petite pomme, aplatie, vaguement fluctuante, indolente. L'on remarque aussi deux exostoses, l'une au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche, l'autre au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit. Il y a des syphilides ulcéreuses nasales qui déterminent un suintement constant. Le foie paraît dépasser le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt; sa surface est bosselée. Du côté gauche de l'abdomen, on sent une tumeur large comme la main, qui semble être la rate considérablement augmentée de volume. Il y a peut-être un peu d'ascite.

Au niveau du cœur, point de signe à noter.

Poumon droit : sous la clavicule, matité à tonalité très élevée. Murmure respiratoire complètement aboli, léger souffle à timbre amphorique. En arrière, matité dans tout le côté gauche de la poitrine, vibrations diminuées. Souffle et râles humides dans toute la hauteur du poumon gauche. Poumon droit, en arrière, dans la moitié inférieure du thorax, gargouillement et souffle, vibrations conservées. Paralysie du bras gauche, paralysie incomplète de la jambe gauche. L'usage de la parole est intact. Il n'y a pas d'anesthésie. La malade meurt le 20 mai.

Autopsie faite le 21 mai. — La plèvre du côté gauche est recouverte, dans toute son étendue, par de fausses

membranes qui paraissent de formation récente, quoique assez adhérentes. Le poumon gauche est de consistance ferme, dure, excepté au sommet où existe une partie excavée et ramollie. Tout le poumon est parsemé de petits îlots, d'apparence caséeuse, de couleur blanc grisâtre, à contours irréguliers. Les dimensions de ces îlots varient de celle d'un grain de chènevis, à celle d'une petite noisette. Le tissu qui les environne est gris rougeâtre et dur. Il y a plusieurs excavations dans le poumon, la plus grande, qui présente le volume d'une noix, siège au sommet, et ses parois sont tapissées par une membrane. La surface de cette membrane est de couleur grise et parsemée de points jaunâtres. Deux autres cavités plus petites, mais analogues dans leur configuration, se voient dans le même poumon. Au niveau du hile, adhérente au poumon, se trouve une masse ganglionnaire de consistance pierreuse. En ouvrant les gros troncs bronchiques, on voit que la muqueuse est très injectée, parsemée de granulations analogues à celles que l'on rencontre dans le poumon, et de dimensions également très variables. Ces granulations se retrouvent sous la muqueuse des bronches.

Dans le lobe inférieur du poumon droit, on trouve la même lésion qu'à gauche. Dans le lobe supérieur, on sent au toucher quelques nodosités correspondant à de petites masses semblables à celles que renferme l'autre poumon, mais qui ne sont qu'incomplètement caséifiées. Ces nodules sont en général gros comme des grains de chènevis; ils font saillie sur les coupes du poumon. On ne voit pas à leur périphérie de granulations miliaires, la plupart sont grisâtres dans la partie centrale. Quelques-unes de ces petites tumeurs se voient, à la surface du poumon, sous forme de légères saillies grisâtres, dures au toucher.

Elles paraissent groupées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. En certains points, il y a comme un semis de granulations dont les unes sont très petites et miliaires. Les reins paraissent intacts.

La rate est très volumineuse, environ 6 fois son volume ordinaire.

Le foie est diminué de volume et pèse 1430 gr. Il est très dur, déformé, de couleur jaunâtre. Il existe à sa surface des dépressions profondes, de consistance cicatricielle, qui le partagent en nombreux îlots de dimensions variables. Sa surface est granulée. A la coupe, on aperçoit, outre des parties déprimées et des parties saillantes, çà et là des îlots de substance jaunâtre, à bords nettement arrondis, rassemblés en nombre variable sur un point, mais sans se confondre.

Le cœur est plus petit que normalement et ressemble assez au cœur des phthisiques. Il ne présente aucune lésion ni de l'endocarde ni des valvules. L'aorte nous offre, au niveau de sa crosse, plusieurs points jaunâtres, les uns tant soit peu saillants, les autres déprimés en forme de cicatrice; à la *voûte crânienne*, au niveau du bord supérieur du pariétal gauche, on voit une perte de substance de la largeur d'une pièce de 50 centimes, n'intéressant que la table externe de l'os, et remplie d'une matière dure, gris jaunâtre.

Méninges. L'arachnoïde est trouble, sa surface est opaline sur divers points de la convexité. Sur le trajet des vaisseaux, on voit des granulations saillantes de volume variable, la plupart grosses comme un grain de millet, une plus considérable, grosse comme un grain de chènevis. Ces granulations sont de coloration jaunâtre; les plus volumineuses se voient sur le trajet des vaisseaux de la partie supérieure et de la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante droite. Au niveau de la scissure de Sylvius, les méninges sont encore plus opalines; leur surface est inégale; mais il n'y a pas de granulations apparentes.

Les parois des *artères sylviennes* sont blanchâtres; sur le tronc basilaire on voit une plaque qui ressemble à une plaque d'athérome ordinaire. Les granulations sont excessivement nombreuses dans le sillon de Rolando, du côté droit. Là, les méninges sont très épaissies, couvertes de granulations adhérentes. On découvre en ce point, par une coupe verticale, une masse qui occupe toute l'épaisseur des circonvolutions; ses dimensions sont à peu près celles d'une noix. Elle s'étend sur le centre ovale. La substance cérébrale présente en ce point une couleur hortensia, avec un semis de points noirs hémorrhagiques. La pie-mère est criblée de granulations et englobée dans la masse précédente; celle-ci intéresse la partie la plus élevée (1/3 supérieur) des circonvolutions pariétales, mais empiète sur la partie correspondante des circonvolutions frontales. A la face interne des hémisphères, le long des vaisseaux, on trouve un exsudat blanchâtre analogue à du pus.

Pas d'altération dans l'hémisphère gauche, ni dans le cervelet. A la partie supérieure et interne de la jambe gauche, une gomme de la grosseur d'une pomme.

L'examen histologique de ces différentes pièces n'est pas encore terminé.

13. Ostéomyélite suppurée chez un enfant de 8 mois; par VARIOT, interne des hôpitaux.

Entré le 24 mars dans la crèche de M. DAMASCHINO à l'hôpital Laënnec, cet enfant avait été pris cinq jours avant de convulsions suivies d'une fièvre intense. Sa mère remarquait, en même temps, un gonflement général du genou droit et de tout le membre inférieur du même côté.

24 *mars*. A son entrée, abattement profond, peau sèche et brûlante, genou droit demi-fléchi, très gonflé, tuméfaction générale de la cuisse et de la jambe droite avec empâtement profond. T. 39°.

25 *mars*. M. Nicaise pratique une incision à la partie externe de la cuisse où la fluctuation est assez superficielle, il s'échappe une grande quantité de pus. Le genou ne diminue pas de volume, la tuméfaction gagne les bourses.

26 *mars*. L'état s'aggrave, convulsions générales répétées, le genou droit est très fluctuant. Mort le 27, dans la soirée.

AUTOPSIE. — Le genou droit est plein de pus qui s'écoule à l'ouverture, pas de pus dans l'articulation coxo-fémorale du même côté, qui est saine.

Le périoste du fémur droit est décollé en grande partie par le pus. Il existe, en outre de la collection ouverte par M. Nicaise, une énorme collection plus profonde qui entoure le fémur dans une étendue de plusieurs centimètres. Un trait de scie donné sur le fémur montre que la moelle dans toute l'étendue du canal médullaire est suppurée.

La suppuration est plus avancée à la partie moyenne du canal au niveau même de la diaphyse. L'épiphyse inférieure du fémur correspondant au genou malade est un peu décollée, on peut imprimer quelques mouvements de latéralité.

Pas de décollement des apophyses trochantériennes du même côté. — Le tibia droit scié montre que la moelle, dans la portion la plus voisine du genou, est très injectée; il existe déjà quelques foyers limités de suppuration. Les os du membre du côté opposé ne présentent rien à noter, non plus que les os du rachis. Pus remplissant la cavité péricardique, et fausses membranes épaisses sur le cœur.

C'est là un cas d'ostéomyélite incontestable; le processus était beaucoup plus avancé dans le canal médullaire, au niveau de la diaphyse qu'au niveau de l'épiphyse. M. Gosselin, à qui nous avons montré la pièce, a été absolument de cet avis. Chez les enfants très jeunes où l'ossification est très active, dans toute l'étendue de l'os, l'inflammation pourrait bien ne pas avoir la même tendance à se localiser aux épiphyses que chez les adolescents, ainsi que le fait remarquer M. Lannelongue.

14. Exostoses symétriquement développées autour de l'articulation coxo-fémorale, et réunies par une articulation incomplète; par L. BOITEUX, interne des hôpitaux.

Le nommé Chifflet, Romain, âgé de 50 ans, employé de commerce, entré le 22 mars 1880, salle Sainte-Geneviève, lit n° 6, service de M. LEGROUX, à l'hôpital Laënnec.

Cet homme nous arrive des hôpitaux le 22 mars. Il est très amaigri et paraît plus âgé qu'il ne l'est en réalité: il est tuberculeux au 3e degré. Il présente une déformation considérable de l'articulation coxo-fémorale droite et de l'os iliaque correspondant. L'os iliaque, augmenté de volume, s'avance vers la face antérieure du fémur, qui présente une

tuméfaction considérable allant à la rencontre de celle du bassin. Ces productions ont une consistance osseuse; les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont très limités, mais non totalement perdus, si bien que le malade peut encore marcher. C'est le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin qui est le plus limité; aussi le malade ne peut-il s'asseoir sur son lit sans laisser pendre la jambe droite au dehors. Pas de craquements articulaires. Aucun phénomène de compression: pas d'atrophie du membre. Les ganglions inguinaux sont repoussés en avant par la tumeur, mais non augmentés de volume.

Voici les seuls renseignements que donne le malade sur l'origine de cette déformation : pas de contusion ni de fracture antérieures; pas de syphilis; le début remonterait à 3 ou 4 ans, mais cette date paraît bien rapprochée pour une tumeur de ce volume. L'accroissement aurait été progressif, jamais de douleurs.

Mort le 29 mars de phthisie pulmonaire.

Autopsie. — Tuberbulose des deux poumons, avec excavations multiples. L'articulation coxo-fémorale gauche et les autres parties du squelette sont saines.

L'*articulation coxo-fémorale droite* est cernée en avant par deux productions osseuses énormes, partant l'une de l'os iliaque, l'autre du fémur, et réunies entre elles par une sorte d'articulation de nouvelle formation sur laquelle nous aurons à revenir. La portion iliaque est développée aux dépens de la moitié inféro-interne de la fosse iliaque interne, de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la portion voisine de la crête, toutes parties reportées en avant par la tumeur. La portion fémorale part de la face antérieure de l'os, et c'est à peu près à la hauteur de l'articulation que se trouve la néarthrose qui unit les deux productions.

La masse a 28 centimètres de dimension longitudinale; les dimensions antéro-postérieures, au point le plus volumineux, sont de 17 centimètres. La plus grande épaisseur de la même masse totale est de 9 centimètres. La forme générale de cette production ossiforme, considérée dans son ensemble, est celle d'un ovoïde à grand diamètre longitudinal et convexe antérieurement.

Nous étudierons successivement la portion iliaque, la portion fémorale et la néo-articulation.

Portion iliaque. La fosse iliaque *externe* n'est pas modifiée dans sa forme, et nous insisterons sur ce fait, que l'implantation de la tumeur se fait uniquement à la face interne et à la crête de l'os. La ligne d'implantation part de la crête iliaque, à 12 centimètres en avant de l'articulation sacro-iliaque; de là, elle se dirige en avant et en bas, en décrivant, dans la fosse iliaque interne, une courbe à convexité postéro-interne, pour arriver au niveau de l'éminence iléo-pectinée; elle n'aborde en aucun point le détroit supérieur, mais rétrécit considérablement le grand bassin. Ainsi circonscrite à son point d'attache, la masse s'élève presque perpendiculairement à la surface de la fosse iliaque interne, pour former une tumeur piriforme, à surface régulière, englobant l'ancienne épine iliaque et la portion antérieure de la crête qui est son point d'implantation en dehors.

Portion fémorale. Elle continue assez régulièrement la forme ellipsoïde de la portion iliaque, mais son implantation au fémur se fait avec une inclinaison beaucoup plus douce. Le grand trochanter est englobé par elle, mais le petit trochanter en est distinct, et, entre la tumeur et cette saillie, se voit une gouttière longitudinale qui se prolonge sur l'arcade pubienne, longeant toute la production : c'est là que passait l'artère fémorale, ainsi à l'abri de la compression.

Néarthrose. Pour étudier la néarthrose, il faut faire une coupe verticale antéro-postérieure. On voit alors, en avant de la tête fémorale, qui ne paraît pas déplacée, une ligne d'union obliquement dirigée en bas et en avant: elle est sinueuse et arrive jusqu'à la surface de la tumeur, dont les deux moitiés sont mobiles l'une sur l'autre. Les surfaces ainsi en contact ne sont pas recouvertes de cartilage. Cette cavité articulaire très serrée est fermée par une sorte de capsule, confondue avec le périoste extrêmement épaissi qui recouvre toute la néo-formation. Quant à la tête fémorale, elle est entourée de toutes parts par des capsules et sa synoviale confondues, si bien que l'articulation de la tête ne paraît pas communiquer avec la nouvelle.

Sur la même coupe, on peut facilement étudier le point d'origine exacte des productions osseuses. Ainsi, on constate facilement que la portion iliaque part du diploë; la table *interne* est écartée de la table externe restée immobile. — La portion fémorale, au contraire, paraît manifestement d'origine périostique. D'abord, on peut voir que, si cette portion est développée surtout au-devant du fémur, il faut ajouter que le fémur est en réalité entouré complètement par le tissu osseux nouveau, mais, qu'en arrière, ce tissu nouveau n'a que 1 cent. à 1 cent. 1/2 d'épaisseur. Sur la coupe, le fémur, avec ses deux lames de tissu compact, se dessine tout à fait en arrière de la production nouvelle qui est presque toute développée au-devant de lui.

Structure. A l'œil nu, la portion iliaque est constituée en grande partie par du tissu spongieux, avec quelques points du tissu compact irrégulièrement distribués, mais plus nombreux au voisinage de la néarthrose.

C'est aussi du tissu spongieux qui constitue la portion fémorale; mais la masse spongieuse est coupée de distance en distance par des bandes de tissu compact disposées parallèlement au périoste. Ce tissu compact, qui se présente sur la coupe sous forme de bandes, forme en réalité des enveloppes compactes concentriques au périoste. Ce détail justifie encore l'origine que nous attribuons à la production fémorale. Le petit trochanter, indépendant de la tumeur, est augmenté de volume. Le périoste qui entoure toute la production est considérablement épaissi : il est confondu avec les capsules articulaires.

A la partie la plus saillante de la tumeur iliaque, nous avons à signaler une aiguille osseuse de 9 cent. de long, contenue dans les tissus fibreux péri-osseux, et articulée avec la production nouvelle par une arthrodie incomplète et très serrée. Une autre aiguille osseuse est implantée à la partie inférieure de la portion fémorale. Toute la surface osseuse nouvelle est creusée de nombreux orifices vasculaires. — Ces deux masses uniformes, d'origines différentes, réunies entre elles par une sorte d'articulation, et formant un pont au-devant de l'articulation coxo-fémorale, ne nous paraissent pas pouvoir être considérées comme autre chose que deux exostoses, l'une périostale, l'autre diploïque, et d'un volume rare. Cette disposition symétrique et ce rudiment d'articulation sont aussi exceptionnels. Aussi aurait-on pu penser un instant à attribuer à l'arthrite sèche ces productions insolites. Mais la régularité de forme, l'intégrité relative de l'articulation de la hanche nous paraissent absolument opposées à cette conclusion. Deux particularités que nous rappelons nous confirment absolument dans notre opinion : la conservation de la capsule tout autour de la tête fémorale, et surtout le développement manifeste de l'exostose iliaque aux dépens du diploë, par écartement de la table *interne* de l'os; la table externe étant absolument intacte et la forme même de la fosse iliaque externe conservée, il n'est guère possible, croyons-nous, de soutenir que l'articulation soit le point de départ de la production morbide.

Quant à l'étiologie de cette affection, nous l'ignorons : aussi rangerions-nous ces productions osseuses dans la classe des exostoses autogéniques, dont l'étiologie est justement un des désidérata de la pathologie des os.

15. Gangrène momifiante du pied gauche survenue dans la convalescence d'une pneumonie; athérome de l'aorte; embolie de la fémorale; infarctus du rein gauche; albuminurie; par M. Luc, interne des hôpitaux.

Cette femme ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents. Elle n'a jamais été sujette aux engelures, elle n'a pas de varices et ne présente pas de lésion nerveuse pouvant la prédisposer aux troubles trophiques.

Le 18 février, elle entre chez M. Luys pour une pneumonie droite. Depuis longtemps, elle présentait les signes d'un catarrhe chronique des bronches. Pendant la convalescence de sa pneumonie, qui avait été des plus graves et

avait mis ses jours en danger, elle commence à éprouver des douleurs dans les orteils du pied gauche ; en même temps, quelques plaques violacées apparaissent sur les orteils et sur la face dorsale du pied, et, comme le membre se refroidit simultanément, on transporte la malade dans le service de M. Terrier.

3 *mars*. Femme petite et maigre, teint pâle, presque cachectique. La physionomie est empreinte d'une expression de souffrance presque continuelle, et la malade laisse sans cesse échapper des plaintes.

Signes marqués d'embarras de la circulation dans les deux membres inférieurs. Les veines superficielles sont dilatées jusque dans leurs plus fines ramifications ; mais, à part ces troubles, le membre droit est sain. Du côté gauche, les quelques taches violacées qui, hier, se montraient disséminées à la surface dorsale du pied, se sont fusionnées en une teinte continue, variant entre le violet foncé et le brun, et englobant d'une manière non interrompue les deux tiers antérieurs du pied. Dans la région du tiers postérieur, ainsi qu'au niveau du cou-de-pied et du tiers inférieur de la jambe, il existe encore des îlots de peau de coloration normale. Toutes ces parties sont absolument froides et complètement insensibles. Les battements de l'artère pédieuse sont imperceptibles, aussi bien à droite qu'à gauche. Elancements extrêmement pénibles avec sensation de cuisson dans les orteils et la partie inférieure de la jambe. En raison de ces douleurs, la malade ne peut imprimer à son membre que de très minimes mouvements, et les mouvements provoqués sont des plus douloureux.

La chaleur et l'acide nitrique donnent lieu à la formation d'un nuage d'albumine dans les urines. Langue couverte de muguet, inappétence, pas de diarrhée. Râles nombreux de bronchite dans les deux poumons, surtout à droite où la respiration encore soufflante dénote un reste d'hépatisation. Les battements du cœur ne sont pas absolument réguliers. On perçoit par intervalle des inégalités et des faux pas ; mais pas de bruit de souffle. Les artères des membres n'offrent pas au doigt la rigidité caractéristique de l'athérome. Pas d'arc sénile de la cornée.

Toutes les extrémités sont froides (oreilles, nez, mains), et la circulation paraît s'y faire d'une façon défectueuse.

Les facultés intellectuelles ne sont aucunement compromises.

10 *mars*. Les orteils commencent à présenter un changement de coloration. On observe une zone noirâtre occupant le tiers antérieur du derme sous-unguéal et s'étendant inférieurement sur la pulpe de toute la première phalange, une plaque d'une coloration semblable se montre au niveau du talon. Ces parties noires sont ridées, sèches et comme raccornies. En outre, à la base de ces zones noirâtres, se montre une coloration rouge-saumon vif s'étendant sur la partie postérieure de la face dorsale des orteils. Enfin, en arrière de cette seconde zone, s'en présente une troisième conservant la teinte violet-livide du début. Persistance sans interruption des douleurs lancinantes. Inappétence.

Depuis l'entrée de la malade, la température axillaire a oscillé entre 37° et 38°.

15 *mars*. Amélioration dans l'état général. En même temps, des phénomènes de réaction inflammatoire semblent avoir tendance à se produire sur le membre malade. Tandis que les parties noirâtres restent froides et se raccornissent de plus en plus, la température s'élève sur la zone de teinte saumon, en restant toutefois inférieure à la température prise symétriquement sur le membre sain. Léger retour de l'appétit.

20 *mars*. A huit heures du matin, la malade est prise d'un grand frisson avec claquement des dents qui se prolonge pendant trois quarts d'heure. Un thermomètre placé dans le vagin pendant ce frisson marque 41°. L'auscultation des poumons ne révèle encore rien d'anormal.

21 *mars*. Râle crépitant inspiratoire à la base du poumon droit.

22 *mars*. Souffle à la place du râle. L'état général décline sensiblement.

L'état du membre est le suivant :

Orteils noirs et absolument raccornis. Les parties sus-jacentes qui, les jours précédents, semblaient se réchauffer, tendent de nouveau à se refroidir. Au talon, une phlyctène qui s'est spontanément ouverte, livre passage à une sérosité roussâtre et fétide.

25 *mars*. Tiers inférieur du membre complètement refroidi et recouvert d'un dépôt de vapeur condensé en gouttelettes. Malade très abattue, mais ne cessant de proférer des plaintes. Langue sèche. Ne répond plus aux questions posées. Souffle mêlé de râles fins et humides dans le poumon droit. Depuis le 22, la température est descendue aux environs de 38°.

Mort à 9 heures du soir.

Autopsie le 27 mars. — *Appareil respiratoire*. Congestion avec hépatisation incomplète de la base du poumon droit. — Adhérences disséminées au pourtour de cet organe.

Appareil circulatoire. Pas d'hypertrophie du cœur. — Quelques incrustations calcaires sur la valvule mitrale. — Les autres valvules paraissent saines.

Caillot couleur sucre d'orge occupant la cavité du cœur droit, se prolongeant dans l'artère pulmonaire et pouvant avoir causé la mort.

Quant à l'aorte, les lésions athéromateuses, peu développées sur la crosse, deviennent très considérables dans sa portion descendante. Nombreuses plaques calcaires, les unes hérissant la surface de l'endartère, les autres recouvrant des dépôts athéromateux semblables au contenu de kystes sébacés. Un long caillot jaune, mais mou, vraisemblablement formé après la mort, se présente au centre du vaisseau. Les lésions athéromateuses se poursuivent dans les artères iliaques et fémorales, mais d'une façon progressivement atténuée ; en sorte que les artères de la jambe et du pied sont relativement saines.

Dans l'artère fémorale, tout à son origine, nous trouvons un caillot ancien, gris, dur, feuilleté, adhérent aux parois du vaisseau dont il oblitère littéralement la lumière.

A la partie supérieure du rein gauche, se montre un infarctus conique, à base corticale et à la période de régression graisseuse.

Le cerveau n'offre pas trace de ramollissement, et l'état de ses artères ne présente rien de particulier.

Réflexions. — Cette observation met bien en évidence l'identité pathogénique de la gangrène momifiante des membres et de l'infarctus viscéral.

Ce dernier accident ne pouvait être reconnu pendant la vie, la malade n'ayant présenté ni douleur dans la région rénale, ni hématurie. L'albuminurie a été le seul symptôme provoqué par la lésion rénale, mais il pouvait être attribué à d'autres influences.

Les lésions athéromateuses très avancées de l'aorte rendent compte de la gêne circulatoire notée même sur le membre droit. Quelque avancées, toutefois, que fussent ces lésions, elles ont été insuffisantes pour produire par elles-mêmes la gangrène et c'est à l'influence d'une pneumonie intercurrente que doit être rapporté le développement des accidents qui ont emporté la malade.

16. Anévrysme valvulaire aortique ; par L. Galliard, interne des hôpitaux.

Antoine Dubois, 42 ans, terrassier, entre le 4 mars 1880 dans le service de M. Hayem, à l'hôpital St-Antoine, salle St-Louis, n° 24.

Dans sa jeunesse, il n'a pas eu de maladie grave, jamais de rhumatisme articulaire aigu. En 1871, il a été atteint de bronchite, et, depuis ce moment, la même affection s'est reproduite à plusieurs reprises. Depuis 3 ans, il a eu fréquemment, avec la dyspnée, des accès de suffocation, mais sans interrompre jamais son rude labeur de terrassier, et sans prendre aucun médicament. Il y a trois mois, il s'est contusionné fortement la cuisse, ce qui a nécessité son séjour d'un mois à l'hôpital St-Antoine. Depuis ce temps, il a repris son travail et c'est seulement depuis huit jours que les phénomènes cardiaques se sont manifestés avec intensité : dyspnée, palpita-

tions, œdème de la face et des membres inférieurs. Jusqu'à la veille de son entrée, il a continué à manier la pioche.

Le jour de son entrée, nous constatons un anasarque très marqué ; œdème de la face avec gonflement des paupières, œdème des parois thoraciques et abdominales, œdème des membres inférieurs. En même temps, il y a une dyspnée intense, de l'anxiété; le malade est assis sur son lit et le décubitus dorsal augmente ses souffrances. Le pouls est à 112, un peu bondissant.

L'examen du thorax donne les résultats suivants : la forme de la poitrine est celle des emphysémateux et il existe en effet, des deux côtés, des signes de bronchite et d'emphysème pulmonaire.

Le cœur bat avec force, les battements se propagent à la région épigastrique et au foie. La matité précordiale est un peu augmentée. Au bord droit du sternum, au niveau de la troisième côte, on entend un souffle rude commençant avec le premier bruit et couvrant en partie le second. Ce souffle se propage en bas le long du sternum ; on l'entend également à la région dorsale, quand la respiration n'est pas trop bruyante. Le foie paraît volumineux, il déborde les côtes de trois travers de doigt. L'urine ne contient pas d'albumine. Diagnostic : *rétrécissement aortique*.

6 mars. Sous l'influence du repos au lit et sans traitement l'état s'est déjà amélioré, l'anasarque diminue. Le pouls a les mêmes caractères. P. 112.

7 mars. Le patient commence à se lever. P. 124. Il urine fort peu. M. Hayem lui prescrit de la digitale (10 centigr. de poudre de feuilles en 2 pilules).

8 mars. Le pouls est moins rapide. P. 96. L'urine est toujours peu abondante et l'anasarque a repris son intensité primitive. Il y a même de l'œdème des bourses qui n'existait pas au début. Poudre de feuilles de digitale, 15 centigr. en 3 pilules.

9 mars. Le pouls est plus fort, toujours un peu bondissant. P. 108. Même traitement. Le soir, P. 112. Le malade est très abattu ; il se lève cependant pour aller aux cabinets. Nous lui conseillons de garder complètement le lit. La dyspnée est assez marquée.

10 mars. Le malade ne présente aucun phénomène nouveau ; au dire des personnes qui l'entourent, il se lève durant la visite pendant une heure, puis se remet au lit et dort. Au moment où nous arrivons à lui, nous constatons qu'il est mort subitement pendant son sommeil.

Autopsie. — Rien à noter dans la cavité crânienne. Les reins sont congestionnés. La rate a son volume normal. Le foie est volumineux, avec les caractères du foie muscade. Les deux poumons présentent un emphysème très marqué des lobes supérieurs, avec congestion des deux bases. Le cœur est volumineux ; il pèse 680 gr. L'hypertrophie porte sur le ventricule gauche, qui a 2 centimètres d'épaisseur. Le ventricule droit n'a que son épaisseur normale. La portion ascendante de la crosse de l'aorte présente une dilatation notable. L'orifice aortique livre passage à un caillot fibrineux qui remplit en partie sa lumière. Cet orifice rétréci est en même temps insuffisant ; les liquides qu'on verse dans l'aorte passent dans le ventricule.

Après la section du ventricule gauche, on constate que les valvules sigmoïdes sont le siège de lésions anciennes. La valvule du côté gauche est considérablement épaissie, indurée, on y trouve d'épais noyaux athéromateux : mais elle a conservé ses insertions et sa forme. Les deux autres valvules, au contraire, sont soudées l'une à l'autre et continues par leur bord commun, c'est-à-dire qu'elles forment à elles deux un nid de pigeon unique. La valvule droite et postérieure est simplement athéromateuse, sans végétation, sans perforation. C'est la valvule droite et antérieure qui présente la plus intéressante altération : Au niveau de sa face supérieure, se trouve un orifice de la grosseur d'un pois, à bords déchiquetés, donnant accès dans une poche anévrysmale creusée dans l'épaisseur de la valve elle-même, et s'étendant également jusque dans la paroi musculaire du ventricule. L'anévrysme a un autre orifice du côté du ventricule. Sa forme est irrégulière ; outre la petite cavité pratiquée entre les deux lames de la valvule, et tapissée de plaques athéromateuses, on trouve un diverticule créé par dissection du muscle cardiaque. Au niveau du bord libre de la valvule malade, existe un autre diverticule plus petit qui logerait un pois, dont les parois sont constituées seulement par de la fibrine et que remplit une petite quantité de sang noir encore liquide. La même valvule semi-lunaire présente, du côté de l'aorte, tout près de l'orifice anévrysmal, une petite dépression qui aurait pu devenir dans la suite l'origine d'une production analogue à la première. La valvule mitrale est saine, de même que les valvules du cœur droit.

L'anévrysme que nous venons de décrire a pris naissance, suivant la loi commune, du côté de la valvule où s'exerce la pression sanguine ; l'orifice inférieur ou ventriculaire de la poche ne s'est produit que secondairement.

17. Phlegmatia alba dolens développée au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde. Caillot remontant jusque dans l'oreillette droite, mort par syncope ; par Bouley, interne des hôpitaux.

La nommée Frémy, âgée de quinze ans, est entrée le 22 février 1880, à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Marguerite, lit n° 22, dans le service de M. Triboulet.

Antécédents. Née à Paris. Les parents, d'un âge un peu avancé, ont six enfants vivants sur huit. Elevée au sein de la mère, jusqu'à dix mois. Sevrage facile. Un peu maladive dans sa première enfance. A eu la rougeole et est sujette à la gourme. A quatre ans, elle a eu un premier accès d'asthme survenu pendant la nuit, et, depuis ce moment, en a de temps à autre. Elle s'est déjà fait soigner à l'hôpital pour cette affection, qui existe d'ailleurs chez son père. Malade depuis cinq semaines environ. Au début, elle s'est sentie abattue, et a éprouvé des crampes et des douleurs dans les jambes. A eu des accès de fièvre, principalement pendant la nuit, mais n'a pas gardé le lit. Depuis une semaine, diarrhée sept à huit fois par jour, composée de matières noires, à odeur forte.

Etat à son entrée, le 22 février. Teint mat. Facies légèrement prostré. Langue chargée d'un enduit saburral. Bouche amère ; soif vive. Quelques nausées et vomissements bilieux spontanés. Ventre un peu ballonné, surtout au niveau de la région ombilicale, qui est développée, relativement aux flancs qui sont déprimés. La pression en est douloureuse, surtout au flanc droit. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate et le foie font saillie sous les fausses côtes. Urines fortement colorées, avec beaucoup de sédiment, mais ne contenant pas d'albumine.

L'examen de la poitrine révèle tous les signes de l'emphysème : Conformation particulière du thorax, diminution des vibrations vocales, sonorité exagérée, expiration sifflante et prolongée, surtout aux sommets. Au cœur, un léger bruit de souffle au premier temps et à la pointe. Pouls large, bien développé. La région lombaire est douloureuse à la pression. Température axillaire, soir, 40°,6. Traitement : Limonade vineuse. Emétique, 0,03 cent. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

23 février. L'émétique, pris ce matin, a produit des vomissements verdâtres abondants. Quelques sibilances dans la poitrine. T. Matin, 39°,8; soir, 40°. Traitement : Julep avec acétate d'ammoniaque 2 gram., ablutions tièdes vinaigrées.

24 février. Apparition sur l'abdomen de quelques taches rosées. Tympanisme assez prononcé. 4 selles en diarrhée. Traitement : Julep avec oxymel scillitique 20 gram. Lavement émollient. T. M. 39°; soir, 40°,4.

25 février. Même état. T. M. 39°,4 ; soir, 40°,2.

26 février. Ventre toujours ballonné. Facies typhique. 5 selles diarrhéiques. Pas de délire, mais plaintes pendant le sommeil. Traitement : Emétique. T. M. 37°,5 ; soir, 40°.

27 février. Même état. T. M. 39°; S., 40°,4.

28 février. Toujours selles diarrhéiques. Pouls bondissant, tendant à devenir dicrote. T. M. 38°,8 ; S., 40°,2.

29 février. Même état. T. M. 38°,6 ; S., 39°,4.

1er *mars*. Beaucoup de râles ronflants et sibilants dans la poitrine. Insomnie. mais pas de délire. T. M. 39°,2 ; S., 39°,4.

2 *mars*. T. M. 39°,6 ; S. 40°.
3 *mars*. T. M. 39° ; S., 40°.
4 *mars*. Ce matin, sous l'influence d'un émétique, vomissements porracés. Hier, 3 selles diarrhéiques. Toujours ronchus dans la poitrine. T. M. 38°,4 ; S., 40°.
5 *mars*. T. M. 39° ; S., 39°,6.
6 *mars*. Attitude et facies moins prostrés, mais toujours selles diarrhéiques. T. M. 39° ; soir, 40°,4.
7 *mars*. La malade commence à reprendre appétit. Beaucoup moins de râles dans la poitrine.

A partir de ce jour, le mieux s'accentue. La température baisse régulièrement, de façon à tomber à 37° le 14 mars. L'appétit est complètement revenu. La malade entre franchement en convalescence.

Accidents de la thrombose. Le 15 mars, au matin, c'est-à-dire au début même de la convalescence, elle se plaint d'une douleur très vive, à droite, descendant de l'hypochondre et s'irradiant vers la crête iliaque. A la moindre pression de l'abdomen sur ce trajet, la malade pousse des cris. Les douleurs existent également à gauche, mais sont moins vives.

A la visite du soir, tout le membre inférieur gauche est enflé. L'enflure s'arrête exactement au pli de l'aine. Le membre est dans l'extension complète, et repose sur le lit par sa partie externe. La malade est également couchée sur le côté gauche. L'enflure est très prononcée. Le membre est de moitié plus gros que celui du côté opposé. Sa coloration n'a pas sensiblement changé ; les veines superficielles ne paraissent pas dilatées. Au toucher, la peau est chaude, paraît même plus chaude que celle du membre inférieur droit ; mais nous regrettons de ne pas avoir pris la température locale. La pression est si douloureuse, surtout au niveau de la cuisse et du mollet, que nous sommes obligés de nous contenter d'un examen incomplet, et que nous ne pouvons sentir de cordon veineux. Cependant, au niveau du pied et de l'articulation tibio-tarsienne, pas de douleurs bien marquées. T. M. 38°,4 ; S., 39°,4.
16 *mars*. Même état. T. M. 38°,4 ; S., 39°,8.
17 *mars*. Même état. T. M. 38°,2 ; S., 39°,8.
18 *mars*. Même état. T. M. 39° ; S., 39°,8. Malgré cela, la malade continue à manger avec appétit. Traitement : Sulfate de quinine, 0,30 cent.
19 *mars*. Même état. Sent cependant un peu de malaise, comme de l'étouffement, et, plusieurs fois dans la journée, fait ouvrir la fenêtre. T. M. 39°,2 ; S., 39°.
20 *mars*. Au matin, la malade se plaint à l'infirmière de la salle, d'un malaise. Elle porte sa main au creux de l'estomac, et sent là, dit-elle, quelque chose qui lui remonte et qui l'étouffe. Cependant, à la visite, elle n'accuse aucune douleur, et on la trouve à peu près dans le même état que les jours précédents. Elle mange même avec appétit, malgré sa haute température, 40°. Vers onze heures, tout à coup, elle se trouve mal, elle s'assied sur son lit, appelle l'infirmière, en lui disant : « J'étouffe ! j'étouffe ! » fait quelques inspirations profondes, et retombe morte.

Autopsie, pratiquée 48 heures après la mort. — Les *poumons* sont très volumineux et emphysémateux. A leur surface, les côtes sont dessinées très nettement : on y voit beaucoup de granulations de matière colorante noire. Ils sont partout insufflables, sauf au niveau du bord inférieur du poumon droit. Il existe à ce point un petit noyau de splénisation.

Les ramifications bronchiques sont très dilatées et on peut les suivre très loin. Aucune trace de tubercules. Les ganglions bronchiques sont très violacés, un peu augmentés de volume, mais nullement caséeux. — Le *foie* est très volumineux, surtout le lobe droit, et allongé dans le sens vertical. A la coupe, il offre une teinte rouge, tendant à devenir jaunâtre. — La *rate* est volumineuse, presque doublée de volume. Son tissu est très friable.

Les *reins* sont assez volumineux, congestionnés. La substance corticale, surtout, offre une coloration violacée, comme apoplectique.

Intestins. Dans la dernière portion de l'intestin grêle, on voit un grand nombre de plaques de Peyer, considérablement tuméfiées, gaufrées, recouvertes d'une pulpe grisâtre, molle, qui se détache facilement. Cette matière pulpeuse enlevée, la plaque de Peyer présente un bel aspect rosé. Les *follicules clos* font saillie sous la muqueuse, ils sont disséminés dans tout l'intestin grêle et le gros intestin. Ils sont surtout très nombreux dans la dernière portion du gros intestin, qui en est comme criblée ; ils mesurent à ce niveau le volume d'un petit pois, et sont ombiliqués à leur centre.

Les *ganglions mésentériques* sont volumineux, et quelques-uns présentent à leur centre un point caséeux.

Thrombose. La veine iliaque externe, dans tout son parcours, forme un cordon plein, dur, de coloration bleuâtre, et paraît le siège primitif du thrombus. En ouvrant cette veine, en effet, on tombe sur un caillot blanchâtre, adhérant légèrement aux parois. Ce caillot occupe toute la cavité du vaisseau, et, par conséquent, mesure à peu près la grosseur d'un crayon ordinaire. Il se termine, en bas, exactement au niveau de l'arcade crurale et est régulièrement arrondi. En haut, il se continue à peu près avec le même volume, jusqu'au milieu de la veine iliaque primitive, mais devient légèrement aplati, puis, arrivé à ce point, il se rétrécit assez brusquement, et se termine par un long filament fibrineux blanchâtre, qui n'excède pas le volume d'une allumette. Ce cordon filamenteux remonte dans la veine cave inférieure. A 6 ou 7 centimètres de l'oreillette droite, il commence à devenir un peu plus volumineux, et cela progressivement : il prend ainsi en haut, une forme de cône très allongé et se termine dans l'oreillette droite du cœur par une tête aplatie, entourée d'un petit caillot cruorique noirâtre. Il n'envoie aucun prolongement dans l'artère pulmonaire. Le thrombus ainsi étendu de l'origine de la veine iliaque interne à l'oreillette droite du cœur, ne mesure pas moins de 32 centimètres de longueur. Au-dessous, la veine fémorale est remplie d'un caillot cruorique noirâtre, demi-mou. Cette matière cruorique occupe également la veine poplitée et les veines de la jambe jusqu'à la plante du pied. Les veines circonflexe iliaque et iliaque interne, venant aboutir au thrombus, présentent aussi un caillot cruorique de même nature. La veine cave inférieure et ses veines tributaires, les veines rénales, où la circulation en retour n'était point gênée, ont leurs parois presque affaissées et ne contiennent qu'un peu de sang liquide.

Au niveau de la veine iliaque externe, c'est-à-dire de son point de formation, le thrombus est composé, à la périphérie, d'une couche fibrineuse blanchâtre, assez dure, englobant un caillot cruorique noirâtre, formant comme une espèce de cylindre central. Le long filament qui lui fait suite, et qui s'étend de la veine iliaque primitive jusqu'à l'oreillette droite, est complètement fibrineux et d'une consistance plus molle.

La veine iliaque externe ouverte, présente une coloration bleuâtre prononcée, qui s'arrête nettement en bas, à l'arcade crurale, comme le thrombus, et remonte en haut jusqu'au milieu de la veine iliaque primitive. La veine cave inférieure et la veine fémorale ont une teinte beaucoup moins foncée et par conséquent normale. Mais, par l'immersion des pièces dans l'eau alcoolisée, cette différence de coloration a presque complètement disparu. Le tissu cellulaire qui entoure la veine iliaque externe est induré, et contient un ou deux ganglions lymphatiques hypertrophiés.

Observations. — Le caillot paraît s'être formé en deux temps. Dans un premier temps, formation au niveau de la veine iliaque externe du caillot volumineux, que nous avons décrit, et qu'on pourrait appeler primitif. Dans un deuxième temps, sous l'influence de la gêne, du ralentissement de la circulation en retour, et de l'état inopectique du sang, formation du caillot filamenteux, fibrineux et mou, greffé pour ainsi dire sur le premier, et qui, en remontant progressivement dans la veine cave, a gagné l'oreillette droite du cœur et a finalement déterminé la mort par syncope. Signalons aussi, en terminant, la haute élévation de la température, qui ne semble pas un fait habituel dans le cours de la phlegmatia alba dolens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 novembre 1880.—PRÉSIDENCE DE M. MARJOLIN.

M. VERNEUIL présente, au nom de M. S. POZZI, un éloge de P. BROCA.

Traitement de l'épithélioma de la langue.— M. U. TRÉLAT s'associe de toutes ses forces aux conclusions du mémoire de M. le professeur Verneuil, sur le traitement pharmaceutique et topique de l'épithélioma de la langue; il s'y associe d'autant plus vivement que, déjà, depuis de longues années et à plusieurs reprises, il a défendu les mêmes conclusions devant la Société de chirurgie.— Noyer un malade dans l'iodure de potassium, le sursaturer de mercure, sous prétexte que le diagnostic est incertain, ou bien irriter le néoplasme par des cautérisations superficielles, ajouter une glossite à la tumeur linguale lorsque le diagnostic a été fait, telles sont les pratiques navrantes et malheureusement trop en faveur qu'il importe à tout prix de désavouer.— Il faut crier à tout venant que le seul moyen de guérir un épithélioma de la langue, c'est de l'extirper; que l'extirpation aura d'autant plus de chance de succès, qu'elle aura été plus *précoce*; que l'extirpation doit être faite sans parcimonie et *largement*; que, le plus possible, l'instrument doit dépasser les limites du mal; que l'opération pratiquée alors que la tumeur est encore récente et circonscrite, est chose des plus simples; qu'elle n'est ni difficile, ni dangereuse et surtout qu'elle est souvent *efficace*; et, à ce propos, M. Trélat cite des chiffres instructifs. Il a par devers lui trois malades qu'il a opérés d'épithélioma circonscrit, et chez lesquels il a obtenu non seulement un succès *opératoire*, ce qui était facile, mais un succès *thérapeutique*; l'un des malades a été opéré il y a cinq ans, l'autre il y a six ans, l'autre il y a *huit ans*, et la guérison ne s'est point encore démentie; bien plus, l'état général est excellent. — M. Verneuil a, pour sa part, quatre observations semblables; M. Delens en possède également. L'épithélioma de la langue est donc *curable*, à la condition que l'opération ait été *précoce*, et *largement* faite.—Voilà ce que tout le monde doit savoir; il faut qu'on n'hésite pas plus à se faire opérer d'un épithélioma lingual qu'à faire cautériser la morsure d'un animal enragé. Si même il y a doute sur la nature du mal, on se comportera comme dans le cas le plus grave, et on opérera; sans doute, il pourra arriver, par ce moyen, qu'on fasse des opérations inutiles; mais qu'est-ce qu'une opération inutile, et dont le malade doit fatalement guérir, à côté de la mort qui menace dans un si grand nombre de cas?

M. A. DESPRÈS ne nie pas les conclusions des précédents orateurs; leur manière de voir est la sienne, sauf sur un point. Il nie que le cancer de la langue soit curable; les guérisons qu'on a obtenues sont des guérisons temporaires et nullement des guérisons définitives; les guérisons définitives ne se voient que sur les murailles et à la quatrième page des journaux.

M. VERNEUIL trouve que M. Desprès fait trop bon marché des distinctions à établir entre les néoplasmes; qu'il a trop de tendance à leur donner à tous le même pronostic, et à confondre, par exemple, le cancer proprement dit et l'épithélioma. — M. Després prétend qu'on ne peut pas guérir l'épithélioma d'une façon définitive : s'il entend par là qu'on ne puisse pas guérir l'état constitutionnel, l'arthritisme, d'où dérive l'épithélioma, d'accord; mais arrive-t-on davantage à guérir la scrofule? et cependant tout le monde (et M. Després comme les autres) n'opère-t-il pas et ne guérit-il pas des manifestations scrofuleuses? Et quand même il serait impossible de guérir définitivement l'épithélioma est-il contestable que l'opération soit souvent pour le malade un grand bienfait et prolonge son existence?

M. U. TRÉLAT. Ce que vient de dire M. Verneuil est inattaquable : libre à M. Després d'épiloguer sur le mot guérison et de faire des distinctions subtiles. Il ne niera pas, sans doute, les faits qui ont été apportés ici et qui démontrent d'une façon péremptoire qu'après une opération pratiquée en temps opportun, il peut y avoir, pour le moins, une *survie* de plusieurs années; il ne niera pas davantage que cette survie puisse se faire dans les meilleures conditions de santé.

M. DESPRÉS ne regardera la guérison comme définitive qu'autant que dix années se seront écoulées entre la date de l'opération et le moment actuel; et encore faudra-t-il compter avec les erreurs de diagnostic. Il est arrivé aux plus grands chirurgiens d'en faire.

M. TH. ANGER, pour sa thèse d'agrégation de 1872, a réuni 260 observations de cancer de la langue. De ces observations il résulte qu'en moyenne, la survie après l'opération a été de huit mois seulement; mais il importe d'ajouter que, parmi ces épithéliomas, beaucoup ont été opérés tardivement: cette statistique ne peut donc infirmer les propositions de MM. Verneuil et Trélat.

M. MARC SÉE n'a pas à se féliciter des résultats qu'il a obtenus. S'appuyant sur une observation de M. Terrillon et sur de nombreux faits qui lui ont été communiqués par un chirurgien de Berne, il fait observer que, même dans l'épithélioma circonscrit, il peut se trouver des ganglions déjà dégénérés, mais qui, en raison de leur petitesse, échappent à l'exploration la plus minutieuse; se fondant sur ces faits, le chirurgien étranger, auquel M. Sée fait allusion, a l'habitude d'aller, dans tous les cas, récurer la région sous-maxillaire; grâce à cette pratique, il a été assez heureux pour ne pas observer de récidive chez un de ses malades au bout d'une dizaine d'années.

M. LE FORT se rallie aux conclusions de ses collègues quant aux épithéliomas circonscrits et de petit volume mais, pour peu que l'épithélioma ait envahi les ganglions, pour peu qu'il se soit attaqué au plancher de la bouche, pour peu seulement qu'il ait envahi la muqueuse de la face inférieure de la langue, M. Le Fort conseille l'abstention; désormais, il n'opérera plus en pareil cas.

M. U. TRÉLAT affirme de nouveau que l'épithélioma circonscrit est curable; il est curable non seulement après intervention chirurgicale mais il est curable, ainsi que Broca l'a si excellemment dit dans son admirable Traité des tumeurs, *spontanément, par gangrène*. La gangrène des cancroïdes est aujourd'hui un fait bien connu, et M. Trélat a récemment observé un exemple remarquable de guérison spontanée de cancroïde : une jeune fille de dix-neuf ans vient à la consultation de la Charité pour une ulcération du mollet : au centre de cette ulcération est une masse noirâtre et dure; on touche cette masse noirâtre, elle tombe tout aussitôt après. A l'examen histologique, elle se trouve être ni plus ni moins qu'un cancroïde calcifié; un cancroïde qui s'était énucléé de lui-même.

M. VERNEUIL ne peut se rallier au parti de l'abstention, même en présence d'épithéliomas considérables ayant déjà commis beaucoup de dégâts; il faut distinguer, en effet, entre les opérations *curatives* et les opérations *palliatives*, et celles-ci leur sont applicables; elles procurent aux malades un grand soulagement, et même une survie de plusieurs mois. C'est ainsi qu'il a opéré, par le procédé de Rizzoli, un épithélioma qui avait envahi le plancher de la bouche, et c'est au bout de dix mois seulement qu'un ganglion carotidien s'est pris.

M. LE FORT. Sans doute, les opérations palliatives peuvent procurer aux malades quelques mois de survie : mais ce n'est que de la survie et nullement de la santé; les malades souffrent comme devant.

M. GUYON n'a pratiqué qu'une opération précoce sur une femme; au bout de quatre ans, il n'y a point encore de récidive: c'est dire que M. Guyon est partisan des opérations hâtives. — Tous ses autres malades ont été opérés tardivement, et la récidive ne s'est point fait longuement attendre; aussi, peu encouragé par ces derniers résultats, M. Guyon serait-il disposé à rester inactif en présence d'épithéliomas envahissants; qu'importent, en effet, les quelques semaines de répit, et quel répit! que l'opération peut donner aux malades? — Est-ce à dire qu'il faille repousser, en tous cas, les opérations palliatives? M. Guyon regarde la question comme réservée.

M. LÉON LABBÉ est partisan de l'opération quand même; il faut opérer, quels que soient les délabrements à faire; il

ne faut pas craindre de supprimer non seulement la langue et les ganglions dégénérés, mais encore le plancher de la bouche et les glandes sous-maxillaires elles-mêmes, si elles sont prises. Le tout est d'opérer largement et de dépasser les limites du mal; on pourra de la sorte procurer au patient un répit de plusieurs mois et même de près d'une année; certaines convenances sociales, dit M. Labbé, pourront, dans quelques cas, contraindre le chirurgien à tenter l'opération, alors même que celle-ci lui répugnerait. — M. Labbé conseille la ligature préliminaire des deux linguales et l'usage des ciseaux dans l'ablation des tumeurs de la langue. On peut ainsi suivre plus facilement qu'avec l'anse galvano-caustique et l'écraseur linéaire les contours de la tumeur.

M. Després présente une intéressante observation de *fracture double de la mâchoire inférieure* chez un malade *privé de dents*. Il insiste beaucoup sur cette dernière particularité qui rendait impossible l'usage des moyens de contention habituels. Les auteurs étant muets sur la conduite à suivre en pareil cas, M. Després a appliqué au malade une mentonnière en gutta-percha fixée par deux courroies élastiques; après plusieurs fractures au niveau même des cals, il a été assez heureux pour obtenir la consolidation au bout de trois mois, et sans la moindre pseudarthrose. On sait, du reste, combien les pseudarthroses sont rares au maxillaire inférieur. P. Méricamp.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 *novembre* 1880.—Présidence de M. Hillairet.

M. Millard présente des pièces relatives à une malade atteinte de *sarcome généralisé* et qui est restée 27 mois à Beaujon, dont 22 dans son service. Cette malade avait été présentée à la Société médicale des hôpitaux et son obserservation est publiée dans l'*Union médicale* (18 septembre et 21 septembre 1880).

Cette malade avait eu plusieurs tumeurs sous-cutanées, dont deux avaient été opérées par M. Léon Lefort, et l'examen de M. Malassez indiquait, dès cette époque, qu'il s'agissait de sarcomes.

Sous l'influence du traitement iodé, cette malade a été suffisamment améliorée pour pouvoir être présentée à la Société médicale des Hôpitaux, il y a deux mois. M. Laboulbène qui avait examiné la malade dans cette occasion, avait porté un pronostic grave.

Voici les résultats de cette autopsie : la vaste tumeur primitive était développée dans l'hypochondre droit, elle était rétro-péritonéale, il existait une tumeur qui avait pendant la vie semblé faire corps avec le foie, cependant elle en était indépendante. Cette tumeur était sarcomateuse, comme l'a établi un nouvel examen histologique de M. Malassez. La tumeur était développée derrière le rein, et ne comprimait pas l'uretère. La tumeur pèse 2,650 grammes, elle est entourée d'une capsule épaisse, fibreuse, qui la divise en lobes secondaires. Il y a un enveloppement capsulaire qui se trouve dans toutes les tumeurs secondaires.

Le rein droit était atrophié, le rein gauche, qui fonctionnait seul, porte aussi quelques petits points sarcomateux : il y avait peu de retentissement dans le système ganglionnaire. On trouve des tumeurs analogues dans les poumons et dans divers points du tissu cellulaire. Cette femme présentait un corps fibreux intra-utérin (elle était stérile); un kyste dermoïque pileux dans l'ovaire droit, un kyste séreux dans l'ovaire gauche, et le corps thyroïde était atrophié par compression.

M. Cornil insiste sur la forme spéciale des *tumeurs du poumon*; généralement elles font saillie sur la surface du poumon. M. Cornil cite à ce propos, un cas de sarcome du poumon venant du service de M. Du Mesnil, à Vincennes. Dans ce cas, les ganglions bronchiques étaient indemnes. On peut établir un antagonisme entre le sarcome et le carcinome : le sarcome se propage par les veines et le carcinome par les voies lymphatiques.

M. Gouguenheim présente une monographie de la *Laryngopathie syphilitique secondaire*. M. Gouguenheim pense que cette affection est plus fréquente qu'on ne le croit et lit des conclusions dans ce sens.

« La laryngite syphilitique secondaire est fréquente; elle se présente chez les 2/5 des syphilitiques.... La langue peut être intéressée dans sa totalité ou en partie, souvent la tuméfaction qui en résulte n'est que partielle. Si cette tuméfaction est générale, il s'agit alors d'une forme grave, intermédiaire entre la laryngite syph. secondaire et tertiaire. Des ulcérations, presque toujours sous forme d'érosions, reposant ordinairement sur des surfaces tuméfiées, plus rarement sur des papules très limitées, sont fréquemment observées dans la laryngite syphilitique secondaire. Leur siége le plus fréquent est l'épiglotte, et surtout le bord libre de cet opercule..... Quelquefois les tissus s'indurent et dégénèrent d'une façon définitive..... Le traitement doit être interne et externe (cautérisation au nitrate d'argent).

M. Féréol présente les pièces relatives à une *intoxication arsenicale suraiguë*, ce malade avait pris neuf grammes d'un composé arsenical. — A l'autopsie, on a trouvé dans l'estomac une escharre large comme la main et du sulfure d'arsenic. Il y avait quelques lésions au niveau du duodénum. On a trouvé deux plaques d'entérite dans le gros intestin. Le foie pesait 2,050 grammes et était déjà transformé en matière grasse, après 26 heures seulement. Le rein est également stéatosé. Il y a des ecchymoses sous-péricardiques et sous-pleurales. Cette autopsie a montré des lésions analogues à celles que M. Martineau avait présentées à la Société médicale des Hôpitaux. Ces lésions que présente M. Féréol, ici, sont celles d'une véritable escharotique. Il y a deux ans, M. Féréol a soigné une jeune fille empoisonnée par du vert arsenical, et, cependant, on n'a pas trouvé les lésions de l'empoisonnement arsenical. MM. Bergeron, Delens et Lhote ont fait le rapport de ce cas (*Archives d'hygiène*, et *Archives de Médecine*, septembre 1880). Dans ce second cas, il n'y avait que de la stéatose du foie.

M. Lacombe a examiné le premier malade de M. Féréol. M. Lacombe a été appelé auprès de ce malade qui était dans l'algidité, et s'est assuré que, pendant la vie du malade, il y avait un endolorissement de la région hépatique; chez le malade de M. Féréol, les fonctions intellectuelles ont été conservées. Il y a eu de l'aphonie, de la dyspnée paroxystique, de la dysurie, des crampes, comme chez les cholériques.

M. Ducazal présente un malade atteint d'*aphasie avec hémiplégie droite*. On a peu de renseignements sur ce malade; ce malade est atteint d'une aphasie avec lésion gauche du cerveau et d'un certain degré d'anesthésie avec hémiplégie complète du côté droit. Ce malade présente en outre des mouvements athétosiques du côté paralysé. Ce malade est jeune, puisqu'il est encore au service militaire.

M. Quinquaud a observé des cas semblables, dans lesquels l'athétose s'est accompagnée d'aphasie avec paralysie du bras droit, et une lésion cervicale existait seulement dans ces cas.

M. Landouzy voudrait savoir si des coupes corticales, en nombre suffisant, ont été faites dans les cas que M. Quinquaud a observés aux Ménages. M. Landouzy admet que, dans bien des cas, il y a une aphasie temporaire due à des vices de circulation. De ce que, macroscopiquement, on n'a rien vu dans le 1/3 postérieur de la capsule interne, cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas tel trouble vasculaire, qui puisse répondre d'une différence dans les phénomènes qui accompagnent l'aphasie. Le malade de M. Ducazal est atteint sans doute d'une lésion d'artère, survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

M. Quinquaud dit qu'il est difficile de discuter sur les phénomènes fonctionnels, alors qu'on ne trouve pas de lésion.

Suite de la discussion sur la tuberculose. — M. Féréol lit une note relative à la *scrofule* et à la *tuberculose*. M. Féréol désire étudier les rapports de la scrofule et de la tuberculose, voir s'il y a deux diathèses, et, dans le cas où il n'y en aurait qu'une, quelle est celle des deux diathèses qui doit absorber l'autre. M. Féréol croit que le désaccord est dans le camp des histologistes comme dans

celui des cliniciens. Selon M. Grancher, le follicule tuberculeux serait l'auteur de toute la confusion ; s'il en est ainsi, enlevons à la tuberculose le follicule turberculeux et faisons-en le scrofulome, dit M. Féréol. Est-il dans la pensée de M. Grancher de faire du lymphatisme la souche originaire de la tuberculose et de la scrofulose.

En 1871, Friedlander a décrit la tuberculose locale; en 1877, M. Charcot l'a admise, et M. Brissaud son élève a publié un mémoire dans ce sens (*Archives générales de Médecine*, août et septembre 1880). La doctrine de ces auteurs est que les tubercules peuvent se trouver, primitivement, ailleurs que dans le poumon. Ces tuberculoses locales sont du domaine de la scrofule et sont caractérisées par le follicule tuberculeux ou par des états caséeux. Voici donc la deuxième théorie en présence. Ces deux théories sont opposées, mais elles ont des points communs. M. Féréol demande si, pour M. Grancher, la granulation de Laënnec est une agglomération de follicules tuberculeux, et, dans ce cas, si la granulation est cependant nécessaire pour caractériser la phthisie.

L'opinion moyenne est que le tubercule est un cas particulier de la scrofule, c'est celle à laquelle tout le monde paraît se rattacher, dit en concluant M. Féréol.

M. Labbé déclare de nouveau que, dans certains cas, il n'est pas rare de voir des inflammations franches se terminer par des processus tuberculeux. Il y a des cas analogues à la suite de la pneumonie franche. Dans quelques cas d'épuisement nerveux, la tuberculose peut survenir ; il en est de même après la dyspepsie. Pour ce qui est du point de vue chirurgical, M. Labbé lit une note qu'il doit à l'obligeance de son interne, M. Méricamp : ce document relate les points principaux des discussions récentes de la Société de chirurgie.

Au début de séance prochaine, M. Cornil lira une note sur les rapports de la *tuberculose* et de la *scrofulose*, et la question continuera à être portée à l'ordre du jour.

H. de Boyer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 27 octobre 1880. — Présidence de M. E. Trélat.

M. Dally présente un *pupitre* destiné non seulement aux enfants des écoles, mais encore aux adultes. Ce pupitre est échancré circulairement au centre; les *accoudoirs*, constitués par les deux portions de la tablette qui sont en dehors de l'échancrure, permettent aux coudes de rester dans leur position normale par rapport à l'axe du corps. Au besoin, des *arrêts* interdisent aux enfants de se coucher sur l'un ou l'autre coude et d'acquérir, par suite de cette attitude asymétrique, des déformations. La table supérieure est inclinée de 15 degrés. Elle peut se relever à toutes les hauteurs et peut recevoir les inclinaisons propres à la lecture et au dessin. M. Dally croit que, par l'adoption de ce pupitre, l'Administration arriverait à supprimer chez les enfants des écoles, ces déviations scolaires dont ils sont presque tous atteints, et il engage les médecins des écoles à porter leur attention sur cet ordre de faits pathologiques qu'ils peuvent constater journellement et qu'il est de leur devoir de signaler, afin de faire sortir l'Administration de l'indifférence qu'elle a gardé jusqu'à présent.

M. Allard dépose sur le Bureau un rapport, adopté au mois de juin dernier par la Commission des logements insalubres de Paris, et qui traite de la *Salubrité des constructions* et des diverses questions qui s'y rattachent. Ce travail a pour origine la constatation, dans les maisons de Paris, d'une série de faits déplorables au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, faits qui offrent un danger réel pour la santé publique et qui ont pour causes : la mauvaise construction originaire des bâtiments; les modifications qu'on y opère sans contrôle; le défaut d'entretien. Ce travail des plus importants, dans lequel la Commission des logements insalubres expose les critiques légitimes que lui suggère l'état de choses actuel, attire l'attention des législateurs et de l'Administration et propose un projet de règlement en vue de la salubrité, est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Allard, du Mesnil, G. Trélat, Wazon.

M. Motet, jugeant que le programme de la Société de médecine publique est assez vaste pour être ouvert à toutes les questions qui intéressent l'homme, son développement physique, intellectuel et moral, vient soulever un des problèmes sociaux dont la solution s'impose depuis longtemps, et que ses fonctions de médecin des jeunes détenus lui ont permis d'étudier sous toutes ses faces. Ce problème est celui de la *protection de l'enfance abandonnée ou coupable*. Il retrace un tableau navrant des conditions dans lesquelles vivent un grand nombre d'enfants à Paris, et, s'appuyant sur des statistiques sérieuses, il montre que ces enfants, une fois sortis de la maison d'éducation correctionnelle, vont plus tard peupler les prisons, et ce parce qu'il ont grandi sans éducation, sans respect, et que devenus hommes, ils n'ont d'autre loi que la satisfaction de leurs appétits. La faute en est en partie à la législation. C'est parce que, dans la répression, on n'a constaté que le délit, sans se préoccuper des catégories qu'il était tout d'abord possible d'établir. « Enfant coupable, enfant abandonné ne sont pas une seule et même chose, et confondre d'une manière complète ces deux états, culpabilité, abandon, conduit à l'application d'une seule et même mesure, le placement dans une maison d'éducation correctionnelle. »

Il y a quelque chose de mieux à faire, et c'est ce qu'un homme de bien, ancien juge d'instruction près le Tribunal de la Seine, veut tenter aujourd'hui : « Il voudrait enlever à la maison d'éducation correctionnelle le plus grand nombre possible d'enfants, d'une part; il voudrait, d'autre part, qu'il fût permis de soustraire à des parents indignes l'enfant exploité, maltraité ; il voudrait enfin recueillir, avec le droit de garde, les enfants abandonnés qu'on traite aujourd'hui comme inculpés de vagabondage. » Donnant à cette idée une application immédiate, M. Bonjean a fondé sur sa propriété une petite colonie, où il élève environ 50 à 60 enfants, auxquels il donne un métier et qu'il veut rendre aptes à lutter pour l'existence par des moyens honnêtes. Sous son patronage, il vient de se fonder une Société destinée à multiplier ces petites colonies, et, adhérent de la première heure, M. Motet vient demander aux corps savants de vouloir bien prêter leur appui dans cette circonstance.

Sur la proposition de M. Brouardel, il est nommé une Commission spéciale chargée d'étudier cette importante question. Elle est composée de MM. Bourneville, Brouardel, du Mesnil, Lunier, Kœchlin-Schwartz, Motet, Mathelin, Napias, Pinard, E. Trélat.

M. Javal fait une communication sur *l'astigmatisme au point de vue de l'hygiène*. Cette maladie reconnaît pour cause une malformation du globe oculaire et se traduit, le plus ordinairement, par l'impossibilité de distinguer avec une égale netteté les lignes verticales et les lignes horizontales. On y remédie par l'emploi de lunettes à verres cylindriques appropriés.

L'astigmatisme serait assez fréquent chez les écoliers et exercerait une influence considérable sur le développement de la myopie, car, obligeant les enfants qui en sont affectés à regarder de trop près pour voir suffisamment, il les rend myopes par suite de l'excès d'accommodation. M. Javal décrit un tableau de son invention au moyen duquel on reconnait facilement l'astigmatisme, et il en recommande l'emploi aux médecins chargés de surveiller l'hygiène oculaire dans les écoles.

A. Blondeau.

Faculté de médecine de Lille. — Par décret en date du 27 novembre, M. Hallez, professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Cazeneuve, admis à la retraite.—Par arrêté du Ministre de l'instruction publique en date du même jour, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leur titres.

REVUE CHIRURGICALE

Accidents graves et mort subite après l'opération de l'empyème.

XXIX. De quelques accidents graves qui peuvent survenir au cours ou à la suite d'opérations pratiquées sur la plèvre; par M. Desnos (*Gazette médicale*, 1876).

XXX. Ueber gefahrdrohende Zufälle und plötzlichen Tod nach Thoracotomie; von Prof. von Dush in Heidelberg (*Berliner Klin. Woch.* 1er *septembre* 1879).

XXXI. Pyopneumothorax. Pleurotomie. Accidents toxiques dus à l'acide phénique. Transfusion; par le Dr. de Cérenville (*Bulletin de la Société médicale de la Suisse Romande. N° de juin* 1879.)

Intoxication phéniquée.

XXXII. Acute Carbolsäure-Vergiftung durch Resoption; von Dr. Prœtorius in Catzenelnbogen (*Berliner Klin. Woch. du* 14 *avril* 1879).

XXXIII. Fall von Carbolsaure-Vergiftung; von Dr. Kottmeier in Bremen (*Berliner Klin. Woch. du* 18 *août* 1879).

XXXIV. Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique; par M. Weiss (*France médicale du* 20 *septemcre* 1879.)

XXIX. On connait assez bien, aujourd'hui, surtout depuis le travail de Foucart, (thèse 1875) les accidents graves et les cas de mort subite qui surviennent parfois à la suite de la thoracentèse, mais on a beaucoup moins parlé de ceux qui sont consécutifs à l'opération de l'empyème, ce qui se conçoit parfaitement, la thoracotomie étant une opération très rare, relativement à la simple ponction. Une série d'observations publiées récemment nous engage à parler de ces accidents graves dont la pathogénie commence à devenir assez claire.

Un travail de M. Desnos, paru il y a trois ans, s'appuyait surtout sur deux observations communiquées par M. Raynaud à la Société médicale des hôpitaux. Dans l'une, il s'agit d'un malade qui, opéré de thoracotomie pour une pleurésie purulente, fut pris brusquement, dix semaines après l'opération, pendant un lavage de la plèvre, d'accidents syncopaux bientôt suivis de convulsions saccadées des membres, trismus, opisthotonos et cyanose de la face. La connaissance revint au bout d'un quart d'heure, et l'on s'aperçut alors que le malade était paralysé du membre supérieur droit; cette paralysie disparut d'ailleurs rapidement, et, quatre jours après, il ne restait plus aucune trace des accidents. — Chez le deuxième malade, lors d'un lavage pratiqué 11 jours après l'opération, il survint également des accidents syncopaux et éclamptiques, puis la connaissance revint, mais avec persistance de cécité et ischémie des deux papilles; les accidents se reproduisirent, mais, cette fois, ils furent suivis de mort.

M. Raynaud pense que ces accidents sont d'ordre purement réflexe, l'irritation due à l'injection se transmettrait au bulbe par les rameaux du phrénique; il expliquerait ainsi comment les accidents ne surviennent que lorsque la cavité s'est déjà notablement rétrécie, car, alors, la plus grande partie de ses parois est formée par le diaphragme.

On conçoit tout ce qu'a d'hypothétique une semblable explication, qui n'est d'ailleurs basée sur aucun examen anatomique. M. Desnos admet cette hypothèse dans une certaine limite, mais il semble bien plutôt disposé à croire que ce sont des embolies capillaires qui, formées dans le poumon et détachées lors de son déplissement, peuvent, en étant lancées dans les artérioles du bulbe et de la base du cerveau, donner lieu à ces accidents convulsifs ou apoplectiques.

XXX. Nous trouvons dans un travail de von Dush plusieurs observations qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

1° Observation du Dr. Walcher (*Gaz. méd. de Strasbourg N°* 1 1876). Thoracotomie pratiquée chez un homme de 40 ans pour une pleurésie purulente du côté gauche. Vingt-six jours après l'opération, pendant un lavage de la plèvre, le malade tomba brusquement sans connaissance; raideur, cyanose, trismus, mouvements convulsifs des yeux en haut et à gauche, pupilles rétrécies, état tétanique général. Arrêt du cœur et de la respiration. Le pouls revient peu à peu, puis la respiration. Cinq minutes après, les convulsions cloniques reparaissent, yeux contracturés, écume à la bouche, le bras gauche reste immobile; coma. Puis, la connaissance revient; le troisième jour, santé parfaite avec persistance de la paralysie du mouvement et de la sensibilité du bras gauche, cette paralysie cesse presque complètement les jours suivants. — Neuf jours plus tard, lors d'une injection d'eau alcoolisée, mêmes accidents, moins violents, paralysie du bras droit, aphasie qui cesse au bout de vingt minutes, On suspend les injections, et, huit mois après, la plaie est fermée, il ne reste plus qu'une légère faiblesse du bras gauche et un engourdissement de l'indicateur de la main droite,

2° Observation du Dr. Cayley (*British Méd. Journ. du* 4 *novèmbre* 1876). Homme de 36 ans. Thoracotomie pour pleurésie purulente. Lors d'un lavage à la teinture d'iode diluée, tout à coup le malade pâlit, pouls lent, respiration pénible, pupilles dilatées; puis raideur des muscles et convulsions générales; accélération du pouls et de la respiration, température à 41°,6. Coma profond, mort seize heures après l'apparition des accidents. A l'autopsie, on ne trouve ni thrombus dans les veines pulmonaires, ni embolies dans le cerveau.

3° La troisième observation qui appartient à von Dush lui-même est beaucoup plus importante, car l'examen anatomique a été fait, et il jette un grand jour sur la pathogénie des accidents; la voici: Pleurésie purulente à gauche chez une fille de 11 ans. Thoracotomie. Six jours après, lors d'une injection d'eau tiède, brusquement syncope, raideur tétanique du tronc et des membres, cyanose, mouvements convulsifs des extrémités. Malgré tous les moyens employés, la connaissance ne revint pas, le pouls d'abord insensible resta très fréquent et petit, température à 40°,3, mort le jour même. A l'autopsie, caillot *post mortem* dans l'artère pulmonaire droite, mais dans les ramifications de 2e et 3e ordre de cette artère, on retrouve de nombreuses embolies de coloration gris rougeâtre, entourées de caillots récents. On ne trouve d'embolies en aucun autre point du corps.

Se basant sur cet examen anatomique et sur l'analogie des accidents survenus chez ces différents malades, von Dush pense que, dans tous ces cas les accidents sont dus à une embolie de l'artère pulmonaire du poumon fonctionnant encore. On sait que dans les poumons comprimés par un épanchement pleurétique, il se fait souvent un thrombus plus ou moins étendu dans l'artère pulmonaire; si le poumon est alors comprimé par une injection poussée un peu fort, le thrombus sera exprimé en quelque sorte, poussé dans le tronc de l'artère pulmonaire, et il peut ainsi être en partie entraîné par le courant sanguin dans l'artère pulmonaire du côté sain. Chose à noter, dans la plupart des cas, on a senti une assez grande résistance en faisant l'injection, un moment avant de voir éclater les accidents. Les symptômes paralytiques sont évidemment dus à des embolies capillaires du cerveau. Ces embolies qui se font dans la grande circulation peuvent, à la rigueur, reconnaître pour origine des caillots venant de la veine pulmonaire, mais il semble plus vraisemblable d'admettre que, lors de la production de l'embolie pulmonaire, quelques particules du caillot continuent leur chemin, et arrivent par les capillaires dilatés du poumon dans la grande circulation.

Von Dush conclut de ces faits: qu'il faut bien veiller à ce que le liquide injecté s'écoule sans difficulté, et, pour cela, le meilleur moyen est d'employer une sonde à double courant. Nous ajouterons que l'on atteindra le même but d'une manière beaucoup plus simple en introduisant deux ou trois tubes de caoutchouc, comme le recommande M. Moutard-Martin et comme le font à présent plusieurs médecins des hôpitaux de Paris. Le syphon de Potain, qui est également fort employé, et qui rend de grands services, a l'inconvénient de laisser le liquide injecté distendre la cavité pleurale, et de favoriser ainsi la compression du poumon et par suite la migration des caillots de l'artère pulmonaire.

XXXI. A côté de ces accidents d'origine vraisemblablement embolique, il en est d'autres, qui ont une tout autre signification, et dont le pronostic est infiniment moins grave lorsqu'on intervient à temps, ce sont les accidents dus à une véritable intoxication par le liquide injecté dans la plèvre. Le Dr Cérenville nous en fournit deux exemples fort remarquables.

1° Opération de l'empyème pratiquée chez un homme de 29 ans

ayant un pneumothorax avec épanchement purulent de côté droit. Injection phéniquée à 1 pour 100. Face livide, sueurs froides, pupilles dilatées, pouls filiforme, collapsus. Dans la crainte d'une hémorrhagie interne venant de l'intercostale, on tamponne, puis l'on pratique la transfusion de 60 grammes de sang humain. Le malade revient à lui. — Le lendemain, nouveau lavage avec la solution phéniquée; réapparition des symptômes de collapsus, vomissements rebelles, urines noires, mort dans le délire. L'autopsie montre qu'il n'y a point d'hémorrhagie interne.

2° Le Dr. Dupont a observé un cas absolument semblable, mais songeant à l'intoxication phéniquée, il ne fit pas de nouvelle injection, et les accidents ne se reproduisirent pas. — Dans son mémoire sur l'intoxication phéniquée, Küster rapporte un cas de mort survenue chez un enfant de 3 ans, trois heures après une thoracotomie pratiquée pour un épanchement purulent et suivie d'un lavage avec la solution phéniquée à 2,5 p. 100.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la nécessité de faire le diagnostic exact de ces différents accidents, car si, dans un cas on est à peu près impuissant, dans l'autre, au contraire, on peut sauver le malade. Le diagnostic n'est pas d'ailleurs difficile, car dans l'intoxication phéniquée, les accidents surviennent d'une façon moins brusque, et sont plus durables; c'est le collapsus qui domine, tandis que, dans l'embolie, ce sont les accidents éclamptiques. Il sera possible de reconnaître ces derniers, même dans le cas où l'on aura fait usage d'une injection phéniquée.

XXXII, XXXIII, XXXIV. Nous terminerons cette revue en disant quelques mots de l'intoxication phéniquée à la suite des applications externes. Nos lecteurs se souviennent peut-être, qu'il y a un an, nous avons déjà parlé dans ce journal (1) des accidents attribués à l'absorption de l'acide phénique; nous pensions alors qu'il fallait recueillir des observations plus nombreuses et plus précises avant de rien affirmer. Aujourd'hui, le doute n'est plus possible et les faits surgissent de tous côtés pour convaincre les plus incrédules. Langenbeck, au Congrès de Berlin (1879), Lister lui-même au Congrès d'Amsterdam (1879), se sont prononcés très catégoriquement pour l'existence de cet empoisonnement dont ils ont observé des exemples. La muqueuse rectale semble avoir une prédisposition particulière à absorber rapidement l'acide phénique ; nous citons ici trois observations récentes, dans lesquelles c'est cette muqueuse qui a servi de porte d'entrée à l'agent toxique.

1° Dans une observation du Dr Prœtorius, on administre en lavement à une femme de 45 ans une solution phéniquée à 1/2 p. 100; à peine y a-t-il dans le rectum 200 gr. de solution, c'est-à-dire 1 gr. d'acide phénique, que la malade se plaint de bourdonnements d'oreille et tombe dans une demi-syncope qui ne disparait qu'au bout de deux heures, grâce à des lavages répétés du rectum.

2° Le Dr Kottmeier rapporte un fait à peu près analogue. On donne à un enfant de trois ans un lavement avec une solution phéniquée à 1/2 p. 100 ; dès que la moitié du lavement a pénétré dans le rectum, l'enfant devient pâle et tombe en syncope avec peau froide, pouls filiforme ; on fait prendre au malade de l'eau-de-vie et on lui administre un lavement à l'eau tiède; grâce à ces moyens le collapsus cesse aussitôt.

3° Le troisième fait nous intéresse davantage, car c'est à la suite d'une opération que les accidents surviennent : Une femme de 41 ans entre en juin dernier à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil, pour un rétrécissement fibreux du rectum. Rectotomie linéaire. 1re injection phéniquée dans le rectum immédiatement après l'opération ; 2e injection une heure après. État de somnolence très singulier, puis état de mort apparente dont on tire la malade à l'aide de la respiration artificielle et de la faradisation du diaphragme. Le collapsus persiste; temp. à 35°, face pâle, extrémités froides, vomissements bilieux toute la nuit. Le lendemain, cessation des accidents graves, urines noires, anorexie, bourdonnements d'oreille, bientôt l'état redevient excellent. La quantité d'acide phénique absorbé peut être évaluée à 1 gramme.

Les observations que nous venons de résumer démontrent parfaitement l'action toxique de l'acide phénique; mais, quelles sont les conditions nécessaires pour que cette action se manifeste? Voilà qui est beaucoup plus obscur. L'existence de l'intoxication phéniquée est hors de doute, reste maintenant à en trouver le *déterminisme*. Toutes les conclusions que chacun croit pouvoir tirer des faits particuliers observés semblent jusqu'ici prématurées; la condition qui semble tout dominer, la dose, est loin d'être aussi importante qu'elle semble l'être *à priori;* nous voyons que la malade de M. Verneuil a présenté avec 1 gramme d'acide phénique des accidents qui eussent sans doute été mortels sans l'intervention rapide de l'interne de garde, alors que des quantités considérables de cet agent ont pu être injectées dans une séreuse ou sur une muqueuse, sans produire d'accidents. Je puis citer à cet égard un malade auquel j'ai pratiqué la thoracotomie, il y a six semaines, pour une pleurésie purulente, et dans la plèvre duquel j'injecte journellement sans le moindre inconvénient 150 grammes d'acide phénique, dissous dans 6 à 7 litres d'eau. Le mode d'action de l'acide phénique est également fort variable ; ici, les accidents sont foudroyants, là ils apparaissent graduellement. Nous terminerons en répétant que, si l'existence de l'intoxication phéniquée est prouvée, ce sont les conditions déterminantes de l'apparition, de la marche, et de la gravité de cette intoxication qu'il importe maintenant de rechercher.

G. Maunoury.

(1) Voir le *Progrès médical* du 28 décembre 1878.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée; par Ch. Tomes, membre de la Société Royale d'Angleterre, traduit de l'anglais et annoté par le Dr Cruet, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1880. Vol. in-8. O. Doin, éditeur.

On chercherait en vain dans nos livres d'anatomie, même les plus volumineux, une étude complète ou simplement suffisante des dents de l'homme; quelques mots sur leur structure, quelques lignes sur leur développement, à peine un aperçu de la dentition et c'est tout. Ce tout est bien peu pour qui veut connaître à fond ces organes si importants, et dont la pathologie constitue, à elle seule, une branche étendue de la chirurgie. Il faut bien le dire aussi, il n'y a guère que quelques années que d'importants travaux, tant en France, qu'en Angleterre et en Allemagne, ont en partie élucidé certains points encore obscurs de l'histoire du développement et de la structure des dents. C'est surtout l'Anatomie comparée, qui, mise avec persévérance à contribution, a ouvert des horizons nouveaux, et nous a, en définitive, bien fait connaître les dents de l'homme, à tel point que l'étude des dents humaines se lie d'une manière intime à celle des dents dans la série animale. C'est ce qu'a compris et montré Ch. Tomes, l'auteur du traité d'Anatomie dentaire humaine et comparée dont le Dr Cruet vient de nous donner la traduction.

Il n'entre pas dans notre pensée d'analyser un livre qui comprend avec les travaux et les recherches propres à l'auteur, principalement sur la structure et le développement des dents humaines, sur la structure et le développement des dents des reptiles et des poissons, le résumé complet de l'état de nos connaissances sur la dentition dans toute la série animale. Il nous faut signaler, cependant, les chapitres particulièrement intéressants, et nous pourrions dire, véritablement originaux qui traitent des homologies des dents, et qui montrent quel appui l'étude attentive des dents chez les races animales apporte à la théorie de l'évolution. Cette partie du livre s'adresse, il est vrai, plutôt aux zoologistes et aux anthropologistes qu'aux étudiants. Mais, outre que ceux-ci ne peuvent que gagner à lire ces hautes considérations d'anatomie comparée, ils trouveront dans la première moitié du livre, avec l'étude complète et exclusive des dents et des mâchoires de l'homme, de nombreuses applications pratiques à la chirurgie dentaire. C'est ce qui explique que ce livre est, pour ainsi dire, devenu classique en Angleterre, pour les nombreux étudiants qui fréquentent les hôpitaux dentaires. Espérons que, grâce à l'excellente traduction du Dr Cruet, qui a ajouté quelques notes complémentaires, il en sera de même en France, où ces études spéciales, jadis presque abandonnées, semblent retrouver une faveur à bon droit méritée.

A. Blondeau.

VARIA

Des progrès récents de la neuropathologie et de leurs conséquences au point de vue de l'enseignement médical ;

Leçon inaugurale de M. le professeur **W. ERB**, de Leipzig (1).

Il n'est pas besoin de démontrer longuement que, pour cultiver aujourd'hui la neuropathologie d'une manière vraiment scientifique et autant que possible féconde, il faut se spécialiser. Un homme a besoin de toute son application, de toute sa puissance de travail pour seulement se rendre maître, en quelque sorte, de cet immense territoire, bien plus encore pour y entreprendre de fructueux travaux personnels. Il se passera donc pour la neuropathologie ce qui s'est passé de nos jours pour tant d'autres parties de la médecine; elle se détachera du grand tronc des sciences cliniques pour constituer une nouvelle branche spéciale de recherches et de travaux; cette séparation sera irrésistible et s'opérera, à meilleur droit peut-être que pour d'autres spécialités. Car le domaine de la neuropathologie est si vaste, il y faut tant de connaissances préliminaires techniques et scientifiques, qu'il ne reste guère de temps pour autre chose.

Cette étude de la neuropathologie doit d'abord, dans mon opinion, se poursuivre principalement sur le terrain purement clinique, parce que nous ne sommes pas encore en mesure de la faire au point de vue plus idéal et plus rigoureux de l'anatomie pathologique. Sur ce terrain particulier de l'anatomie pathologique, dont on est loin encore d'avoir totalement pris possession, on ne s'intéresse qu'aux malades promettant pour bientôt un examen nécroscopique; les maladies inaccessibles au couteau et au microscope de l'anatomiste, y ont à peine scientifiquement droit à l'existence; aussi ne crois-je pas qu'il puisse être aujourd'hui bien fructueux pour notre spécialité. N'allez pas conclure de là que je déprécie la haute importance de l'anatomie pathologique. Non, personne plus que moi n'est convaincu — et mes œuvres en font foi — que les jeunes neuropathologistes ne peuvent rien faire de mieux que d'étudier avec zèle et, autant que possible, de pratiquer personnellement l'anatomie pathologique du système nerveux, que je tiens, dans la mesure de sa puissance actuelle, pour notre meilleur guide dans les ténèbres de la neuropathologie. Mais elle n'est et ne doit être rien de plus que cela pour le clinicien; pour lui, elle n'est avant tout qu'un moyen très précieux et complètement d'accord avec les méthodes de recherches cliniques d'édifier la pathologie scientifique, de reconnaître les lois des phénomènes morbides. La pathologie scientifique ne doit pas être le but définitif du clinicien, du véritable médecin, mais le moyen d'atteindre un autre but plus élevé. Ce but commun à toutes les spécialités ne peut être que de demander à la pathologie, fondée sur l'exploration anatomique et clinique, la plus exacte les lumières et les moyens nécessaires pour adoucir les souffrances qu'infligent à l'humanité des myriades de maladies.

Quant à la question des lieux propres à étudier la neuropathologie, elle est naturellement résolue par ce fait qu'on la cultive dans les asiles cliniques des Universités et dans les hôpitaux et hospices des grandes villes. En Allemagne, ce dernier système est loin d'être aussi bien acclimaté qu'en d'autres pays; ainsi, à Paris, sous l'influence d'un homme éminent, l'école neuropathologique de la Salpêtrière brille d'un vif éclat; en Amérique et en Angleterre, de grands hôpitaux, exclusivement destinés aux maladies nerveuses, sont autant de sources abondantes où les neuropathologistes vont puiser de l'expérience. Chez nous, malheureusement, se perdent encore beaucoup de ces précieux éléments de travail; la psychiatrie seule a obtenu la création d'asiles exclusivement destinés à cette fin, et encore est-ce pour des motifs qui ne sont rien moins que scientifiques.

Le professeur de l'Université, qui s'intéresse spécialement à la neuropathologie, a naturellement à cœur la question de savoir où et comment doit s'enseigner la neuropathologie et de quelle manière on lui fera, dans l'enseignement médical, une place digne de son importance et de sa difficulté.

(1) Voir les n°s 45, 46 et 48.

Vous me permettrez de consacrer encore quelques minutes à répondre brièvement à cette question.

Il n'est nullement douteux pour moi, que la tâche d'apprendre aux jeunes médecins la pathologie et la thérapeutique du système nerveux incombe tout d'abord et en première ligne à la clinique médicale. Certes, personne ne demandera au professeur de clinique, s'il n'en éprouve lui-même le goût et le désir, d'entreprendre une étude complète et spéciale de la neuropathologie ; mais, c'est une partie de son devoir de fournir à l'élève clinicien la somme de connaissances neuropathologiques indispensable à l'exercice ordinaire de la pratique. Il doit lui faire connaître les formes morbides les plus importantes et les plus fréquentes, et, notamment, celles que tout praticien *doit* soigner, sans toujours pouvoir consulter un spécialiste, c'est-à-dire les affections aiguës de la moelle et du cerveau, les formes graves de paralysie, les grandes névroses générales, l'épilepsie, l'hystérie, le tétanos, etc. Il doit montrer au jeune médecin comment on examine les malades, comment on établit le diagnostic, et, d'après quels principes le traitement doit se conduire. A la vérité, il restera relativement peu de temps pour tout cela à côté des autres obligations, importantes et nombreuses, de la clinique interne.

Je crois qu'il serait ici très utile de remplir une condition préliminaire essentielle : l'élève doit, comme pour toutes les autres branches de la médecine interne, apporter à la clinique certaines connaissances préalables, et, avant tout, la connaissance des méthodes d'exploration neuropathologique. Ainsi, seulement, les leçons du professeur pourront lui être en peu de temps très fructueuses.

Pour cela, il convient d'abord que l'élève connaisse la pathologie et la thérapeutique spéciales du système nerveux, qu'il les ait étudiées soit chez lui, soit au cours. Il doit en avoir une connaissance systématique pour suivre utilement la clinique. C'est un phénomène malheureusement de plus en plus manifeste dans toutes les Universités, que les étudiants en médecine délaissent de plus en plus les cours dits théoriques, et croient pouvoir réparer cette négligence en fréquentant les cours pratiques. C'est une erreur capitale contre laquelle on ne saurait, je crois, protester assez haut ni assez énergiquement, et contre laquelle on s'est élevé déjà de différents côtés. Moi aussi, je regarde comme un grand malheur pour l'éducation médicale actuelle l'extension croissante de cette mauvaise habitude et l'abandon de l'instruction systématique, scientifique, pour l'instruction purement pratique et technique, qui est ainsi menacée de tomber au rang d'un simple dressage. On ne saurait être trop prévenu que le savoir, ainsi acquis, est incertain et plein de lacunes. Les cliniques et les cours pratiques ne peuvent et ne doivent jamais rendre les services qu'en attend de plusieurs façons l'étudiant d'aujourd'hui ; bien plus, ils perdent de leur valeur utilitaire, par cela même qu'on les suit avec des connaissances préalables insuffisantes. C'est pourquoi je maintiens que c'est une condition préliminaire absolument essentielle de s'occuper de neuropathologie spéciale avant d'entrer à la clinique.

En outre, il est non moins essentiel, je dois le déclarer, que l'édudiant soit parfaitement familiarisé avec les méthodes d'exploration neuropathologique; il y a ici, selon moi, une lacune évidente à combler dans le plan de notre enseignement : on devrait enseigner le diagnostic neuropathologique. Nous avons depuis longtemps des cours diagnostiques pour la percussion et l'auscultation, pour les maladies du cœur et des poumons ; en différents endroits, existent des cours de diagnostic microscopique et chimique, et partout des cours de diagnostic ophthalmologique et laryngoscopique; mais, jusqu'à présent, le diagnostic au moins aussi difficile des maladies nerveuses n'est, à ma connaissance, nulle part l'objet d'un enseignement spécial ; les cours d'électrothérapie n'en apprennent qu'une petite partie. Ce cours de diagnostic neuropathologique, dont la nécessité a déjà été au moins significativement proclamée par Von Ziemsen, aurait pour but d'exercer aux procédés d'examen diagnostique qu'il est indispensable de connaître (tout à fait comme les cours de percussion, d'auscultation, d'ophthalmoscopie, de laryngo

copie, etc.). On y enseignerait aux élèves à mesurer la sensibilité et la motilité, à examiner les organes des sens et les actions réflexes, à bien pratiquer l'exploration électrique, à constater l'état des fonctions mentales, etc. On les y romprait à conduire systématiquement l'examen neuropathologique, et, en leur donnant l'habitude du malade, on leur montrerait, on les préparerait et on les rendrait aptes à faire seuls l'examen des malades, comme ils le font à la clinique et à la policlinique.

Un tel cours allégerait considérablement, je le pense, la tâche du professeur de clinique; il pourrait avoir une existence indépendante ou faire partie de la propédeutique clinique; il suffirait, avec la clinique interne, à donner au jeune médecin ce degré d'instruction neuropathologique qui lui est indispensable.

Sans doute, les ressources des cliniques fixes ne suffiraient pas complètement à familiariser les élèves avec les variétés infinies des formes morbides nerveuses qu'il rencontrera plus tard dans sa pratique. Des formes très nombreuses ne viennent jamais à l'hôpital, ou bien n'y entrent qu'à une période très avancée : par exemple, toutes les formes peu graves, les nombreux troubles fonctionnels, les paralysies périphériques et les névralgies, les diverses névroses générales et vaso-motrices, toutes les formes de névrosthénie, de faiblesse nerveuse, qui sont d'une si énorme importance pratique, les phases initiales de beaucoup de graves maladies chroniques du cerveau, qui se prolongent souvent pendant des années et qu'il est précisément d'une importance capitale de bien déterminer; tout cela manque dans les hôpitaux. C'est ici que l'enseignement policlinique, dans les grands dispensaires, vient très heureusement compléter la clinique, et je suis convaincu que c'est le rôle le plus important de la policlinique ambulatoire de parfaire en ce sens l'instruction du médecin.

Mais où et comment s'instruiront ceux qui doivent posséder en neuropathologie un savoir et une habileté plus grande et plus spéciale qu'il n'est indispensable à ce qu'on appelle la moyenne des médecins? Cette dernière catégorie est assez restreinte, si l'on y réfléchit bien, et vous serez quelque peu surpris, comme je l'ai été moi-même, quand je vous aurai fait la somme des nombreuses catégories de jeunes médecins auxquels ces connaissances plus spéciales sont absolument nécessaires.

Il y a premièrement ceux qui, embrassant la carrière académique et voulant enseigner la médecine clinique, doivent avoir un savoir et une habileté plus spéciale en neuropathalogie aussi bien qu'en fait de maladies du cœur et des poumons, ou de maladies aiguës, aussi bien qu'en matière de syphilis et d'affections cutanées et laryngiennes, s'il veulent réussir comme professeurs de clinique. Leur nombre peut n'être pas très grand, mais tout le monde ne saurait, en ce sujet, s'instruire tout seul et beaucoup seraient heureux qu'on leur offrît quelque part l'occasion d'apprendre sous une bonne direction, avec beaucoup moins de peine et en bien moins de temps, ce qu'il n'arriveraient autrement à savoir qu'après des années de travail et avec le secours fortuit d'heureuses circonstances (place d'assistant, etc.).

Ensuite, l'imposant bataillon des jeunes médecins qui aspirent à devenir médecins et assistants des asiles d'aliénés privés et publics ou des asiles chaque jour plus nombreux destinés aux maladies nerveuses. Quiconque a une idée, même légère, du nombre et de la grandeur de ces asiles devra convenir qu'ils absorbent un contingent extraordinairement grand de ceux qui doivent nécessairement connaître à fond la neuropathologie, avant d'entrer en fonctions.

Puis, viennent les médecins directeurs des établissements hydrothérapiques qui ont une si grande importance dans la thérapeutique des maladies nerveuses et les médecins des eaux thermales que recherchent principalement les malades souffrant d'affections nerveuses.

Enfin les médecins des grandes ville, aujourd'hui de plus en plus nombreux, qui veulent s'occuper plus spécialement du traitement des maladies nerveuses, tous les jeunes électro-thérapeuticiens dont l'instruction et la préparation neuropathologiques spéciales laissent encore trop souvent à désirer et sont, cependant, au moins aussi nécessaires que l'acquisition des « plus nouveaux » appareils et que l'habitude de la technique électro-thérapique.

Et si j'ajoute qu'à tout oculiste scientifique sont indispensables des connaissances spéciales, au moins dans quelques branches de la neuropathologie; qu'aux jeunes physiologistes voulant s'occuper plus particulièrement de la physiologie du système nerveux, il ne peut nuire d'avoir des notions un peu plus précises de sa pathologie; vous serez convaincus que se comptent par centaines ceux qui, en Allemagne seulement, ont besoin d'une éducation neuropathologique plus parfaite.

Dois-je répondre longuement à cette question : L'enseignement de la clinique interne satisfait-il ou même seulement peut-il satisfaire aux désirs et aux besoins de ces jeunes gens? Non, certainement non! La clinique médicale a une tâche tout autre et beaucoup plus vaste à remplir; elle ne peut ni ne doit prendre en considération ces désirs et ces besoins.

Je suis absolument persuadé que, pour satisfaire ces désirs, il est nécessaire d'établir un enseignement clinique spécial de neuropathologie. Le système en pourra varier dans les diverses Universités, selon les circonstances. Ou bien, outre la clinique interne, dans laquelle on traitera naturellement aussi des maladies dans la mesure correspondante au besoin général, ceux des professeurs de clinique qui se sont occupés avec prédilection et à fond des maladies nerveuses, feront encore une clinique spéciale pour elles (quelques heures par semaine y suffiront), et permettront ainsi de les étudier plus spécialement à ceux de leurs élèves qui en auront besoin; à peu près comme Griesinger faisait une clinique psychiatrique outre sa clinique interne, et comme on le fait depuis peu à Fribourg. Ou bien des neuropathologistes spéciaux distribueront l'enseignement neuropathologique (et à l'occasion électro-thérapique) avec les moyens fournis par les malades des dispensaires et par ceux des hôpitaux. Aujourd'hui partout où il se donne, cet enseignement est, à peu d'exceptions près, entre les mains des électrothérapeuticiens. En raison des limites du groupe de formes nerveuses relevant de l'électrothérapie, cela ne me paraît pas tout à fait rationnel; il est certainement beaucoup plus conforme au but poursuivi que le neuropathologiste donne l'enseignement électrothérapeutique.

Le premier système conviendrait mieux aux petites Universités, aux petites villes, dans lesquelles, le plus souvent, pour des motifs d'ordre intérieur et extérieur les plus divers, tout le personnel des malades est, pour plus d'opportunité, dans la main d'un seul professeur.

Le second s'appliquerait particulièrement dans les grandes Universités, abondamment pourvues de malades, possédant de grandes ressources et de grandes salles de cours. Car, précisément les grandes Universités, non seulement ont la charge d'instruire le gros de ce qu'on appelle la moyenne des médecins, mais encore elles doivent garantir au plus grand nombre la possibilité d'étudier plus spécialement et plus à fond les branches les plus diverses de la médecine. Jusqu'ici, ce besoin n'a été, il est vrai, satisfait par rapport à la neuropathologie que dans une seule grande Université allemande et ce n'est certainement pas le moindre mérite de l'immortel Griesinger d'avoir conçu et réalisé cette idée, d'avoir fait de la « Neuroclinique » une institution durable de l'Université.

Les grandes charges imposées à l'Etat par l'extension colossale des moyens d'enseignement médical, et, pour une bonne partie, par les cliniques spéciales d'ophthalmologie et de psychiatrie existant maintenant partout, font craindre, on le comprend bien, qu'on soit plus réservé dans la création d'établissements d'enseignement. Mais, s'il est, comme il me le semble, indubitable que le puissant développement et l'importance pratique de la neuropathologie lui assurent aussi des droits d'une grandeur proportionnelle à une considération particulière, on trouvera bien aussi, avec le temps, les voies et moyens d'arri-

ver au but. Ce sera d'autant plus facile que la création de cliniques neuropathologiques n'exige d'asiles ni coûteux, ni grands, ni nouveaux. Il suffira d'une pièce quelconque dans un hôpital bien disposé, d'autant mieux que l'on devra grandement compter sur l'utilisation des matériaux offerts par les malades des dispensaires, qu'il faut faire servir à l'enseignement dans une large mesure. On peut aussi installer avec succès cet enseignement dans les grands hôpitaux isolés, comme cela se pratique déjà à Paris et à Londres.

Les Sauteurs (*Jumpers*).

Le Dr Beard a donné à l'assemblée de la Société neurologique américaine tenue à New-York, la relation d'une visite à Moosehead Lake et des nombreuses expériences qui y ont été faites sur des malades appelés « sauteurs » ou « sauteurs français. « Ce sont des sujets atteints d'une affection nerveuse singulière, actuellement épidémique dans les districts de New-Hamsphire, du Maine et du Canada. Cette maladie est essentiellement caractérisée par la production de réflexes désordonnés à la suite de certaines excitations, par une soumission passive à des ordres donnés d'autorité, enfin par un besoin d'imitation irrésistible. Le moindre attouchement brusque fait sursauter le malade; si on le pousse, l'agitation est encore plus violente ; enfin, si on augmente l'excitation il fait des bonds extravagants. Lorsqu'un ordre est donné d'une voix haute et brève, il le répète et obéit. Si, par exemple, au bord d'une rivière on lui ordonne de se jeter dans l'eau il s'écrie lui-même «jette toi à l'eau » et, en même temps, il exécute le mouvement. Lui dit-on de frapper un de ses voisins, il répète, « frappe-le, » et l'acte suit le mot sans la moindre hésitation.

Le Dr Beard ayant dit à un sauteur de jeter un canif qu'il tenait à la main, le malade lança l'objet si fort qu'il alla rencontrer une poutre; en même temps l'ordre était répété, accompagné d'un cri violent analogue à ceux de l'hystérie ou de l'épilepsie. M. Beard récita ensuite devant un autre sauteur, qui était absolument illettré, quelques vers de Virgile et d'Homère; le malade répétait comme un écho chaque syllabe, en même temps qu'il sautait ou exécutait quelques contorsions. Tous les bruits soudains comme un coup de canon, un coup de pistolet, le claquement d'une porte, déterminent chez les sauteurs les cris, tressaillements et sauts caractéristiques. — L'un d'eux, tout récemment, se coupa la gorge pour avoir entendu le bruit d'une porte tandis qu'il se rasait ; aussi, considère-t-on dans le pays comme très dangereux, de donner une émotion à ces malades pendant qu'ils ont entre les mains un instrument meurtrier quelconque. Tous ces malades sont désolés autant qu'épuisés par leurs contorsions, à cause de leur fréquence.

La maladie des sauteurs paraît avoir quelque analogie avec les troubles psychiques qui ont régné épidémiquement au Moyen-Age, et qui reparaissent quelquefois de nos jours sous l'influence des passions religieuses ou politiques: tel est le cas par exemple de ces convulsionnaires du New-Hampshire qu'on vit, il y a quelques années, se rouler par terre pendant des heures à l'occasion d'une cérémonie religieuse; mais leur affection présentait cette particularité d'être passagère, au lieu que la maladie du saut est essentiellement chronique. Cette affection diffère également des convulsions hystériformes car elle n'est point, comme celles-ci, particulière aux sujets nerveux ou impressionnables. Les sauteurs sont des hommes vigoureux et capables de durs travaux; ils sont d'une intelligence moyenne et d'un caractère généralement modeste. La maladie du saut est héréditaire; c'est ainsi qu'on a pu voir quatre familles renfermer ensemble 15 de ces malades. Les femmes sont rarement atteintes, et les enfants au-dessous de quatre ans sont épargnés. Selon le Dr Beard, cette maladie serait une conséquence pathologique du chatouillement ; elle résulterait de la singulière habitude, propre aux habitants de ce pays, de se chatouiller les uns les autres dans les bois. Le bromure de potassium a été employé chez ces malades mais sans grand bénéfice et, en réalité, aucune médication n'a jusqu'à présent réussi. (*Medical Times and Gaz*. 9 oct. 1880).

Faculté de Médecine de Paris

Chaire de pathologie externe. — Par décret, en date du 27 novembre, rendu sur la proposition du Ministre de l'instruction publique, M. Duplay, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de pathologie externe à ladite Faculté.

Ecole pratique. Cours d'anatomie. — M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, commencera son cours public le mardi 7 décembre, à 3 heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'École Pratique, 2, rue Vauquelin, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Nota. On arrive au grand amphithéâtre par la porte et les couloirs qui conduisent aux salles de Chimie, de Physique, etc.

Collège de France.

Physiologie générale et expérimentale. — M. Mascart commencera son cours le mardi 7 septembre, à 10 heures et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'*électricité* et du *magnétisme*.

Chimie minérale, — M. Schutzenberger commencera son cours le mardi 7 septembre à 1 heure et demie et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera des *phénomènes généraux de la chimie*.

Chimie organique. — M. Berthelot commencera son cours le lundi 6 septembre à 10 heures et demie et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera des *gaz* et des *carbures* d'hydrogène.

Médecine. — M. Brown-Séquard commencera son cours le mardi 7 septembre à 2 heures, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure. Il traitera des *changements dynamiques et autres provenant d'une irritation lointaine dans l'organisme animal*.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. François Franck, remplaçant M. Marey, commencera son cours le lundi 6 septembre, à 4 heures et demie, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera de l'*influence du système nerveux sur les organes de la circulation en général et sur le cœur en particulier*.

Embryogénie comparée. — M. Balbiani commencera son cours le mardi 7 septembre, à 1 heure et demie et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera de la *génération de la cellule* et des *organismes unicellulaires*.

Anatomie générale. — M. Ranvier commencera son cours le mardi 7 septembre à 4 heures, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure. Il traitera des *appareils nerveux terminaux des organes des sens*.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 6. — 2e *de fin d'année* : MM. Trélat, Monod, Reclus.

Mardi 7. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Lefort, Panas, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Lasègue, Ball, Grancher.

Mercredi 8. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Duplay, Terrillon. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Baillon, Henninger, Gay ; — 2e *Série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Vulpian, Guyon, Chantreuil ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Depaul, Verneuil, Rendu.

Jeudi 9. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Jaccoud, Peter, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Lefort, Ball, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Lasègue, Hayem, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Bouchard, Joffroy.

Vendredi 10. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Verneuil, Cadiat ; — (Nouveau mode) : MM. Regnauld, Henninger, de Lanessan. — 2e *de Doctorat* : MM. Charcot, Guyon, Dieulafoy. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Gariel, Bourgoin. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Parrot, Rendu. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Depaul, Fournier, Terrillon.

Samedi 11. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Gosselin, Sappey, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Robin, Panas, Peyrot. — 4e *de Doctorat*. 1er *Série* : MM. Peter, Brouardel, Legroux ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Ball, Debove.

Thèses. — *Lundi* 6 : 476. M. Jouannet. — 477. M. Jumon.

Muséum d'histoire naturelle.

Cours de chimie inorganique. — M. Frémy, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours le mercredi 24 novembre 1880, à 2 heures et demie, et le continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure : le professeur exposera les grandes découvertes de la chimie. — Cet enseignement, qui est à la fois théorique et expérimental, se compose : 1° De leçons faites par le professeur dans l'amphithéâtre, 63, rue de Buffon. 2° De conférences et d'interrogations faites par le professeur, l'aide naturaliste et les préparateurs ; 3° De manipulations chimiques exécutées dans les laboratoires du Muséum sous la surveillance du professeur, de l'aide naturaliste et des préparateurs. Les conférences porteront sur la chimie générale ; elles auront lieu deux fois par semaine. Les manipulations ont commencé le lundi 22 novembre ; elles auront lieu tous les jours, de midi à cinq heures. — Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon. Des places spéciales seront réservées, dans les laboratoires, aux élèves qui ont le titre de Bachelier ès sciences.

Cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons). — M. Léon Vaillant, professeur, a ouvert ce cours le jeudi 2 décembre 1880, à 1 heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'Herpétologie (ménagerie des reptiles) et le continuera à la même heure les samedis, mardis et jeudis suivants. Le professeur traitera de l'organisation et de la classification des reptiles et batraciens tant de l'époque

actuelle que fossiles, en s'attachant plus particulièrement à l'étude des ophidiens (serpents) et à la connaissance des espèces utiles, nuisibles, employées dans l'industrie ou l'économie domestique, etc. Les leçons seront complétées par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

Cours de zoologie (Annélides, mollusques et zoophytes). — M. Edmond Perier, professeur, commencera ce cours le jeudi 9 décembre 1880, à 2 heures et demie, dans la galerie de zoologie, et le continuera à la même heure, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine. Le professeur exposera les faits de l'histoire des annélides, mollusques et zoophytes qui permettent d'apprécier les rapports réciproques des types organiques et de leurs relations avec le milieu extérieur. Il appliquera particulièrement les notions ainsi obtenues à l'étude des modifications diverses du type mollusque et du type Echinoderme. Des conférences pratiques auront lieu au laboratoire, 55, rue de Buffon.

Cours de zoologie. Animaux articulés. — M. Emile Blanchard, professeur, membre de l'Académie des sciences, a commencé ce cours le mercredi 1er décembre 1880, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure. Le professeur traitera de l'organisation, des métamorphoses, des conditions de la vie des insectes, des arachnides et des crustacés. Dans une partie du cours, il s'occupera de la connaissance des êtres au point de vue des lumières qu'elle fournit à la géographie. Entrée du cours par la Terrasse ou par la rue Geoffroy-Saint-Hilaire.

Cours de botanique. Organographie et physiologie végétale. — M. Ph. Van Tieghem, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera ce cours le samedi 4 décembre 1880, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.—Les deux années précédentes, le professeur a traité de la morphologie générale et de la physiologie générale des plantes. Il exposera cette année la morphologie spéciale et la physiologie spéciale des cryptogames. La leçon du jeudi sera pratique et aura lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du vendredi 19 novembre au jeudi 25 novembre 1880, les naissances ont été au nombre de 1002, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 383; illégitimes, 137. Total, 520. — *Sexe féminin :* légitimes, 347; illégitimes, 135. Total, 482.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 19 novembre au jeudi 25 novembre 1880, les décès ont été au nombre de 933, savoir : 505 hommes et 428 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15. F. 15. T. 30. — Variole : M. 10. F. 8. T. 18. — Rougeole : M. 5. F. 9. T. 14. — Scarlartine : M. .. F. 7. T. 7. — Coqueluche : M. 5. F. 10. T. 15.— Diphthérie, Croup : M. 19. F. 13. T. 32.— Dysentérie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. .. F. 1. T. 1. — Méningite (tubercul. et aiguë) : M. 23. F. 15. T. 38. — Infections puerpérales : 3. —Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Phthisie pulmonaire : M. 106. F. 79. T. 185. — Autres tuberculoses : M. 7. F. 5. T. 12. — Autres affections générales : M. 32. F. 20. T. 52. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 20. F. 16. T. 36. — Bronchite aiguë : M. 14. F. 20. T. 34. — Pneumonie : M. 29. F. 28. T. 57. — Athrepsie : M. 20. F. 25. T. 45. — Autres maladies des divers appareils : M. 170. F. 143. T. 313. — Après traumatisme : M. 2. F. 1. T. 3. — Morts violentes : M. 25. F. 8. T. 33. — Causes non classées : M. 3. F. 2. T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 40; illégitimes, 14. Total, 54. — *Sexe féminin :* légitimes, 22; illégitimes, 7. Total, 29.

Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. *Concours pour deux places de médecins adjoints.* — Le Jury de ce concours est ainsi composé : MM. Hérard, Matice, Martineau, A. Voisin, Falret, Lucas et Bouchereau. — La première épreuve (épreuve écrite) a eu lieu le mercredi 1er décembre. La question a été la suivante : *Corps strié, anatomie et physiologie.* Les questions restées dans l'urne étaient ainsi conçues : *Cordons postérieurs de la moelle, anatomie et physiologie. — Artères du cerveau, anatomie et physiologie.* — La 2e épreuve aura lieu le lundi 6 décembre, elle comporte l'examen clinique de deux malades ordinaires.

Assistance publique. — Le nouveau service hospitalier de médecine qui devait être placé dans les bâtiments de l'Hôtel-Dieu annexe et dont nous annoncions la prochaine ouverture a été confié à M. le Dr Homolle. Un second service sera probablement aussi créé dans les mêmes bâtiments.

Faculté de médecine de Bordeaux.— Par arrêté ministériel en date du 19 novembre 1880, M. Lefour, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé maître de conférences à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — A la suite des concours qui viennent d'avoir lieu, ont été nommés : M. Carrieux, chef des travaux pour le laboratoire d'histologie ; M. Lannegrace, chef des travaux pour le laboratoire de physiologie.

Faculté de médecine de Nancy. — Le concours pour une place d'aide d'anatomie à la Faculté de Nancy s'est terminé par la nomination de M. Nicolas (Adolphe). De plus, M. Collinet a été nommé aide d'anatomie provisoire pour la durée d'un an. Quatre candidats ont pris part au concours.

Nécrologie. — Le Dr Lecler, médecin aux eaux de Contrexéville, vient de mourir très rapidement par suite d'une pneumonie compliquée d'accès pernicieux. — On annonce la mort de M. Maillot, maître de conférences et chef de travaux chimiques à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.— Le *Lyon médical* nous apprend la mort d'Etienne Mulsant, le doyen des naturalistes lyonnais, décédé le 4 novembre 1880, à l'âge de 83 ans. — Le Dr Guiseppe Podrecca vient de succomber à Padoue, à l'âge de 77 ans, après une longue et douloureuse maladie.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er décembre étant une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement est échu à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement.—Nous avons l'honneur de les prévenir, qu'à partir de ce jour, ils pourront nous adresser le montant de leur renouvellement par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'auront aucuns frais à payer en sus du montant de leur renouvellement. En raison de la grande facilité que ce nouveau mode d'abonnement leur donnera, nous prions nos abonnés, dont l'abonnement a pris fin le 1er décembre, de bien vouloir nous adresser de suite leur renouvellement.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. Maladies du système nerveux. — M. Charcot continue ses conférences le dimanche à 9 h. 1/2.

Nous publierons dans le prochain numéro du *Progrès*, la partie de la leçon de M. Charcot relative à la sclérodermie et à la lèpre anesthésique. Ce travail sera du à notre ami M. Ballet, interne du service, et revu par notre maître.

En attendant cette publication et pour répondre à la demande d'un certain nombre de nos lecteurs, nous croyons devoir donner de suite les renseignements suivants :

1° Sur les *arthropathies*. Voir Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Tome II. 3e édition, page 35 et 365. Dans ce volume se trouve une eau forte de M. Richer représentant le cas de la malade Cottr... ainsi que deux photo-lithographies relatives aux fractures chez les ataxiques ; — Voir *Revue photographique des hôpitaux*. Vol. II et III où sont décrits et photographiés la plupart des cas dont on a vu les projections au courant de la leçon.

2° Sur les *troubles trophiques*. Voir Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Tome I. 4e édition.

3° L'observation de la malade hystérique ayant perdu la notion de position se trouve dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*. Tome II, page 93, et Tome III, page 104.

Hôpital St-Louis. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. A. Fournier. Vendredi et mardi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. Clinique des maladies des enfants : M. Parrot, mardi et samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Pitié : M. Gallard. Visite tous les jours à 9 heures. Leçon à l'amphithéâtre à 10 heures, le mardi et le samedi. Consultation pour les *maladies de femmes*, exercices pratiques avec examen au spéculum le jeudi.

Hôpital Necker. Service de M. Potain. — Afin de faciliter aux élèves l'étude des maladies de son service, M. le professeur Potain a pris l'excellente mesure de faire placer dans la salle de clinique un tableau sur lequel on inscrira désormais le diagnostic des affections en cours de traitement, avec le n° du lit correspondant. Ce ta-

bleau, tenu constamment au courant des entrées, évite cette même inscription du diagnostic, toujours fâcheuse pour le malade, sur la feuille placée au chevet de son lit. Il serait à désirer que cette mesure se généralisât à tous les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — *Médecine :* Service de M. Proust. — Visite à 9 heures. Consultation le mardi. — Maladies professionnelles, le jeudi. — Larynx tous les jours, excepté le mercredi. — Salle Saint-Charles (H.); 2, syphilis laryngée grave; 6, péritonite consécutive à la fièvre typhoïde; 16, diabète sucré; 19, rhumatisme noueux; 20, néphrite parenchymateuse; 21, rhumatisme blennorrhagique; 27, cancer de l'estomac. — Salle Sainte-Marie (F.) : 4, hématocèle pelvienne; 3, rhumatisme articulaire chez une femme enceinte; 5, néphrite parenchymateuse; 7, chlorose; souffle anévro-spasmodique de l'artère pulmonaire; 8, érythème noueux; 18, compression de la trachée; 30, paralysie spinale antérieure aiguë.

Service de M. le professeur Bouchard. — Salle Saint-Landry (H.) : 9, Syphilis, hémiplégie et aphasie; 10, insuffisance et rét. aortique, hémiplégie droite; 15, leucocythémie; 16, lésion mitrale d'origine paludéenne; 17, arthrites noueuses. — Salle Saint-Mathilde (F.); 3, corps fibreux sous-péritonéaux; 18, paralysie agitante; 28, abcès périnéphrétique.

Service de M. Siredey. — Saint-Augustin (bis) H : 21, pleurésie hémorrhagique; 25, cirrhose; 27, carcinome de l'estomac. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 8, herpès génital, adénite; 12, anévrysme de l'aorte; 15, hématocèle; 20, tubercules du col utérin.

Service de M. Paul. — Salle Saint-Henri (H.) : 8, pneumonie double avec parotidite double secondaire; 16, crampe des écrivains; 17, pérityphlite; 18, atrophie musculaire progressive; 34, tremblement mercuriel. — Salle Sainte-Elisabeth (F.) : 17, vomissements hystériques incoercibles; 19 (*bis*), diabète.

Service du professeur Jaccoud. — Salle Saint-Jérôme (H.) : 4, néphrite parenchymateuse; 19 *bis*, hématomyélie; 19, tumeur cérébrale. — Salle Sainte-Claire (F.); 4, chlorose; 9, endo péricardite; 10, rhumatisme noueux; 22, kyste hydatique du foie.

Chirurgie. — Service de M. le professeur Duplay. — Leçons de clinique chirurgicale et opérations le jeudi. — Salle Saint-Ferdinand (H.) : 13, cystocèle inguinale; 15, hydarthrose blennorrhagique; 23, rupture de l'urèthre; 28, fracture du col du fémur. — Salle Saint-Honoré (H.) : 8, épispadias; 9, exstrophie de la vessie. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 2 et 3, corps fibreux traités avec succès par les courants continus; 5, hernie ventrale énorme, gastrotomie, guérison; 9 et 15, rétrécissement du rectum; 28, chancre induré du mamelon.

Service de M. Labbé. — Opérations et clinique le mardi. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, névrite traumatique avec troubles trophiques; 3, Myxome du creux poplité; 19 (bis), chancre de la langue. — Salle Saint-Jeanne (F.); 15, arthropathie tabétique; 16, onyxis syphilitique double; 24, périostite fémorale consécutive à la fièvre typhoïde.

Hôpital Saint-Antoine.— *Médecine.* Service de M. Mesnet. Consultation le mardi.— Salle Saint-Hilaire : 1, néphrite interstitielle; 7, ulcère simple de l'estomac; 13, pneumonie double; 27, myélite chronique; 33, endocardite à forme typhoïde; 37, insuffisance et rétrécissement mitral, embolie cérébrale; 40, cancer latent de l'intestin. Salle Sainte-Cécile : 1, dyspepsie, anémie; 5, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; 6, entérite tuberculeuse; 7, fièvre typhoïde; 14, goître exophthalmique; 17, septicémie puerpérale; 24, cancer du pylore.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. Consultation le lundi. Salle Saint-Lazare : 3, pleurésie avec épanchement très-abondant; 5 *bis*, caverne pulmonaire; 6, bronchite chronique avec emphysème; 8, 9, 11, 23, fièvre typhoïde; 21, pleurésie sèche, endocardite; 27, kyste suppuré du foie; 32, alcoolisme, tuberculose; 33, endo-péricardite; 38, an

gine de poitrine ; 40, rhumatisme blennorrhagique. Salle Sainte-Agathe : 6, paralysie générale ; 8, mal de Bright : 11, 19, phlegmatia alba dalens, suite de fièvre typhoïde ; 16, fièvre typhoïde à rechute ; 20, pelvipéritonite ; 22, chloro-anémie. — Salle Sainte-Marie (crèche) : 2, broncho-pneumonie ; 4 persistance du trou de Botal ; 10 angine herpétique.

Service de M. CORNIL. — Consultation le mercredi. — Salle Saint-Antoine : 5, phthisie laryngée ; 8, néphrite parenchymateuse ; 10, 13, néphrite interstitielle ; 17, ataxie locomotrice progressive ; 20, cancer latent de l'estomac ; 21, coliques hépatiques ; 24, rétrécissement et insuffisance aortiques ; 27, pachyméningite ; 28, pleuro-pneumonie ; 29, cirrhose hypertrophique. — Salle Sainte-Adélaïde : 1, 4, 9, mal de Bright ; 8, contracture hystérique ; 15, affection mitrale ; 18, corps fibreux de l'utérus, opéré par le galvano-cautère ; 20, fièvre typhoïde adynamique : 21, rhumatisme articulaire.

Service de M. HAYEM. — Consultation le jeudi. — Salle Saint-Louis : 7, 9, 15, fièvre typhoïde ; 6 *bis*, endocardite, albuminurie ; 12, gastrite chronique ; 18, néphrite interstitielle ; 26, tumeur cérébrale syphilitique ; 28, myélite transverse ; 29, cirrhose atrophique. — Salle Ste-Thérèse : 11, 20, hystérie ; 13, hystérie avec aphasie ; 15, otite double suite de fièvre typhoïde ; 17, corps fibreux de l'utérus, métrorrhagies abondantes ; 20, 22, métrites du col.

Service de M. DUGUET. — Consultation le samedi. — Salle St-Augustin : 4, néphrite interstitielle, bruit de galop, emphysème et bronchite ; 8, carcinome de l'S iliaque ; 18, dilatation de la crosse aortique ; 19, mal de Pott ; 27, kyste hydatique suppuré ; 28, coliques néphrétiques ; 29, pleurésie gauche avec congestion pulmonaire ; 4, affection mitrale ; 23, angine herpétique.

Service de M. RIGAL. — Consultation le vendredi. Salle Saint-Eloi : 3, ataxie locomotrice progressive ; 7, pleurésie purulente ; 10, coliques saturnines ; 12, pleuro-pneumonie ; 16, paralysie radiale ; 21, 29, ramollissement cérébral ; 23, hémorrhagie cérébrale ; 24, paralysie générale ; 26, angine de poitrine ; 28, mal de Bright. — Salle Sainte-Jeanne ; 4, péritonite par perforation ; 7, 11, fièvre typhoïde ; 9, chorée hystérique ; 12, fibrome utérin ; 16, péritonite tuberculeuse ; 20, rhumatisme blennorrhagique.

Service de M. DUCASTEL. — Pavillons de varioleux (H. et F.).

Chirurgie. — Service de M. PÉRIER. — Consultation les mardi, jeudi et samedi. Salle Saint-Christophe : ophthalmie blennorrhagique ; 2, kyste du cordon ; 4, écrasement du bras, désarticulation de l'épaule ; 12, épithélioma du rectum ; 22, testicule tuberculeux ; 23, 30, incontinence d'urine ; 24, abcès traumatique du thorax ; 31, phlegmon du bras ; 32, épanchement traumatique du genou ; 33, rétrécissement traumatique de l'urèthre, uréthrotomie externe prochaine. — Salle Sainte-Marguerite : 2, squirrhe du sein ; 3, fracture du fémur ; 4, coxalgie ; 6, syphilome rectal ; 8, métrite ; 13, adéno-phlegmon inguinal ; 12, 14, 15, abcès du sein.

Service de M. B. ANGER. — Consultation les lundi, mercredi, vendredi. — Salles Saint-Barnabé (H)., et Sainte-Marthe (F).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

8e ANNÉE. — N° 50. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 11 DÉCEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur les atrophies musculaires d'origine articulaire ;

Par le Dr M. DEBOVE, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.

Les déformations produites par le rhumatisme articulaire chronique sont considérables, elles tiennnent en partie aux lésions osseuses, en partie à la contracture des muscles et surtout à leur atrophie. Nous avons eu récemment l'occasion d'étudier cette atrophie, à l'autopsie d'un sujet mort à l'infirmerie de Bicêtre. Dans les descriptions classiques, anciennes d'ailleurs, on se contente de dire que, sous l'influence de l'immobilité des parties, il se produit une atrophie et une dégénération graisseuse des mucles ; nous avons pu constater, sur un sujet mort dans notre service, que les choses se présentaient sous un aspect fort différent.

Le sujet qui a servi à nos recherches anatomiques était atteint de rhumatisme chronique généralisé. C'était un cas type de cette affection, et nous croyons inutile de rapporter tout au long son histoire, on n'y trouverait que des faits connus. La plupart des articulations du corps étaient le siège d'altérations rhumatismales et les muscles considérablement diminués de volume. Nous leur trouvâmes une teinte jaunâtre feuille morte. Leurs fibres musculaires, examinées au microscope, présentaient les caractères de l'atrophie simple, sans dégénération. Il existe, en pareilles circonstances, plusieurs causes d'erreur qui ont pu faire croire à l'existence d'une transformation graisseuse, d'abord la coloration jaunâtre, mais elle peut tout aussi bien être rapportée à une diminution de l'hémoglobine musculaire, en second lieu, la direction des coupes. Il existe souvent une lipomatose interstitielle ; des vésicules graisseuses s'interposant entre les fibres, si les sections sont pratiquées parallèlement à la direction des faisceaux, il devient très difficile, souvent impossible, de décider si la graisse est sus ou sous jacente au sarcolemme. Pour éviter une pareille cause d'erreur, il est nécessaire de pratiquer des coupes perpendiculaires à l'axe des faisceaux ; il sera alors facile de décider si la graisse siège réellement dans la fibre musculaire.

Dans le cas en question, les altérations du muscle présentaient deux caractères qui permettent de les rapprocher des myopathies d'origine nerveuse, l'irrégularité de l'atrophie et une sclérose du tissu conjonctif interstitiel.

L'atrophie n'était pas égale, non seulement elle frappait certains muscles de préférence aux autres, mais, dans un même faisceau, on observait des groupes de fibres réduites au tiers et au quart de leur volume ; certaines mêmes n'apparaissaient plus que sous forme d'un point rouge coloré par le carmin. La diminution de volume du muscle tenait donc non pas à une atrophie portant simultanément sur tous ses faisceaux, mais seulement sur certains d'entre eux.

Entre les fibres malades, il y avait un tissu conjonctif plus abondant et plus dense. S'agissait-t-il de deux processus atrophique et scléreux indépendants l'un de l'autre ? L'un était-il l'effet de l'autre ou bien étaient-ils des co-effets d'une cause commune ? Ce sont là des questions auxquelles nous nous garderons de répondre, n'ayant aucune espèce de renseignements qui nous permette d'adopter l'une des hypothèses de préférence aux deux autres.

Faisons remarquer que, dans les atrophies d'origine nerveuse, on trouve également ces deux caractères, sclérose interstitielle, atrophie portant sur certains faisceaux et certaines fibres à l'exclusion des autres ; ce sont là des caractères bien connus de l'atrophie musculaire progressive, nous les avons également observés dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques et des paraplégiques. Nous pouvons les opposer à ceux des muscles recueillis sur des sujets cachectiques et présentant à leur mort un degré extrême d'émaciation. En pareille circonstance, nous avons toujours vu la diminution des différents faisceaux et des différentes fibres sensiblement égale, et le tissu conjonctif qui les séparait ne paraissait pas plus abondant qu'à l'état normal.

Les ressemblances que présentent les atrophies d'origine articulaire avec les atrophies d'origine nerveuse, ont depuis longtemps fait songer à la possibilité d'une lésion du système nerveux central ou périphérique tenant sous sa dépendance la lésion articulaire et la lésion musculaire. Toutes nos rcherches à cet égard ont été infructueuses, et nous n'avons pu trouver de lésion de la moelle. Les cellules des cornes antérieures de la substance grise médullaire avaient leur apparence normale, nous en dirons autant des gros troncs nerveux et même des petits nerfs, étudiés jusque dans l'épaisseur même des muscles présentant le plus haut degré d'atrophie.

CLINIQUE MÉDICALE

Les affections du foie en Algérie et les variations de l'urée (1) ;

Par A. KELSCH, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Si, dans les faits qui précèdent, la solution pathogénique est complexe, si la réduction progressive des processus nutritifs est de nature à masquer la part qu'on suppose au foie dans la production de l'urée, cette difficulté d'appréciation n'existe pas, il nous semble, dans les documents suivants : il s'agit cette fois de deux cas d'ictère grave venant compliquer la fièvre typhoïde, et de quelques recherches expérimentales sur les variations de l'urée dans l'empoisonnement phosphorique.

III. Atrophie aiguë du foie.

OBS. XIII. — *Fièvre typhoïde et ictère grave.* G..., âgé de 22 ans, 3e zouaves, admis à l'hôpital militaire de Constantine le 5 octobre 1877. Le malade n'a pas été observé par nous-même ; voici les renseignements cliniques que notre collègue M. le Dr Rouget a bien voulu nous communiquer.

(1) Voir les nos 45, 46 et 49.

G... est malade depuis huit jours; fièvre rémittente et subcontinue, avec symptômes gastro-intestinaux. Au momnet de l'admission, ictère léger, mouvement fébrile insignifiant. Au bout de deux jours de cet état, l'ictère devient plus intense, en même temps apparaissent des phénomènes nerveux graves : perte incomplète de connaissance, raideur des membres alternant avec de la résolution, trismus, vomissements, urines involontaires. Le 10 au soir, entre 6 et 8 heures, le malade est sondé à deux reprises : dans l'intervalle des deux cathétérismes, il urine sous lui; les 610 gr. d'urine obtenus par les deux opérations contiennent 8,30 d'urée, soit 13,61 par litre.

Mort le 11 octobre vers le matin, au milieu du coma. On avait porté le diagnostic d'ictère grave, bien que le foie ne fût pas sensiblement diminué de volume.

Autopsie 8 heures après la mort. — Le sang est partout séreux, sans caillots, d'un rouge brun sale.

Le *cœur* est flasque, décoloré, manifestement graisseux; il n'en a pas été fait d'examen histologique. Les cordages tendineux du voile postérieur de la valvule mitrale sont raccourcis et s'insèrent sur une portion épaissie, rétractée, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, perforée au milieu de trois petites ouvertures lenticulaires; sur toute l'étendue du bord libre de la valvule, à 2 millimètres environ de ce bord, face auriculaire, existe une guirlande de végétations verruqueuses, très fines, très ténues, que ni l'ongle ni le scalpel ne peuvent détacher.

Le *foie* pèse 1900 gr. La capsule est lisse, la surface parsemée de plaques jaunes étendues, couleur café au lait. Le parenchyme est mou, à grains fins, ictérique, d'une teinte jaune chamois diffuse. Dans la vésicule, 2 cuillerées de bile huileuse et décolorée.

L'examen histologique, à l'état frais, montre, à côté d'éléments hypertrophiés pourvus de noyaux gigantesques solitaires ou de noyaux multiples, de nombreuses cellules glandulaires totalement infiltrées de vésicules graisseuses, d'autres, en voie de désagrégation, et, enfin, une infinité de vésicules graisseuses libres. La dégénérescence graisseuse, bien que partielle, n'en est pas moins très étendue.

Reins. Volume et configuration normaux; substance corticale pâle, anémiée, jaune verdâtre (ictérique), striée de lignes rouges. Pyramides normales. A l'examen histologique, l'épithélium des tubes contournés paraît un peu sombre et tuméfié, infiltré partout de granulations pigmentaires jaunes et, par places, de vésicules de graisse.

Rate. 550 gr., capsule lisse, d'un bleu sombre, parenchyme friable, d'un teint rouge brun foncé; follicules de Malpighi hypertrophiés.

Intestin. L'intestin tout entier, depuis le duodénum jusqu'à l'anus, est littéralement criblé de boutons et plaques dothiénentériques non ulcérés. On compte au moins une cinquantaine de glandes de Peyer, irrégulièrement infiltrées, dessinant un relief plus ou moins saillant à la surface de la muqueuse. Près de la valvule iléo-cœcale, l'infiltration s'étend à la muqueuse toute entière, sur une hauteur de 5 centimètres au moins. Dans l'intervalle des plaques, psorentérie très confluente; les follicules solitaires atteignent jusqu'au volume d'un pois, et l'on peut les poursuivre jusque dans le rectum; nulle part nous n'avons trouvé de traces d'ulcération; les lésions en sont à la période d'infitration typhique.

Bien que le foie ne fût pas diminué de volume, le; altérations histologiques que nous avons constatées sont cependant confirmatives du diagnostic d'ictère grave r dans tous les cas, s'il est possible d'élever des doutes sur la signification du fait, il est permis au moins d'opposes à l'infiltration graisseuse si étendue du foie la continuation de la sécrétion de l'urée.

Le fait suivant est plus précis encore.

Obs. XIV. — *Fièvre typhoïde compliquée d'ictère grave.* Fauriès, 22 ans, 3e zouaves, admis à l'hôpital militaire de Constantine le 9 novembre 1878. A cessé de faire son service depuis 2 jours seulement. Le malade a eu des fièvres rebelles dans le courant de l'été; actuellement, il se plaint d'embarras gastrique et d'un peu de toux sans fièvre.

10 *novembre.* T. M. 37°.8, S. 39°. — 11 *novembre.* T. M. 37°, S. 38°. — 12 *novembre.* T. M. 36, S. 39°. — 13 *novembre.* T. M. 36°.4, S. 36°.8. — 14 *novembre.* T. M. 36°.6.

Dans cet intervalle, allanguissement général, sans détermination morbide apparente dans aucun organe. Intelligence lente, mais point altérée autrement. — Un peu de diarrhée spontanée le 12.

14 *novembre.* S. Céphalalgie très violente, pupille très dilatée, refuse avec obstination nourriture et boisson, semble n'avoir pas tout à fait sa connaissance. Légère teinte ictérique.

15 *novembre.* T. M. 37°. Nuit très agitée, a erré dans la salle et a dû être ramené à plusieurs reprises, de force, dans son lit. Actuellement le malade est sans connaissance : décubitus latéral, tête fléchie sur la poitrine et enfouie sous la couverture, pupilles dilatées et insensibles à la lumière, mâchoires convulsivement serrées, raideur des membres, urines involontaires.—T. S. 37°.4 n'a aucune connaissance, raideur des membres, urines involontaires.—16 *novembre.* T. M. 40°.4. Prostration extrême, yeux convulsés en dehors, lèvres écumeuses; nous extrayons de la vessie par le cathétérisme 250 gr. d'urine chargée de pigment billiaire, albumineuse, renfermant 4,687 d'urée, soit 1,875 par litre; à l'examen microscopique, on y découvre une énorme quantité de globules rouges, quelques spermatozoïdes, de l'épithélium rénal graisseux, des cylindres hyalins ou granuleux, une masse considérable de cristaux d'urates sous forme de conglomérats jaunes, arrondis, hérissés d'aspérités, enfin, une multitude d'aiguilles de tyrosine isolées ou réunies en gerbes; çà et là des conglomérats arrondis de leucine. — Le malade succombe à dix heures du soir.

Autopsie faite 10 heures après la mort.—Résumé des constatations nécropsiques. — Elles révèlent les lésions caractéristiques d'une fièvre typhoïde compliquée d'ictère grave.

Dans tout l'intestin grêle, moins le duodénum, existe une psorentérie très confluente; les plaques de Peyer, toutes tuméfiées, dessinent un relief de 3 à 4 millimètres au-dessus de la surface muqueuse; dans les plaques voisines du cœcum on compte cinq ulcérations sans escharre, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes chacune.

Le *foie* pèse 1480 grammes, ce qui est un poids relativement faible pour un ancien paludéen. Il est aminci dans son diamètre vertical, agrandi dans le sens transverse, comme étalé; la capsule est lisse, et la surface présente un mélange des marbrures roses lilas plus ou moins foncées, et de taches jaune-chamois.

Le parenchyme est mollasse, ictérique, la coupe est d'une teinte jaune-chamois foncé, marbrée irrégulièrement de plaques rouges à contours bien tranchés.

Le microscope montre une désorganisation complète de la substance grandulaire; on ne trouve dans le champ que des granulations graisseuses, des gouttelettes huileuses de dimension variable et des noyaux libres; les rares cellules glandulaires restées entières sont presque méconnaissables; le protoplasma est remplacé par des gouttelettes de graisse, en nombre et en dimension variables, au milieu desquelles il est difficile de retrouver le noyau. Beaucoup de pigment brun jaunâtre granuleux, et des aiguilles de tyrosine.

La *rate* pèse 550 grammes. La capsule est lisse, le parenchyme ferme, la coupe rouge-chair foncé; la gaîne et les follicules lymphatiques sont notablement hypertrophiés.

Les *reins* pèsent ensemble 380 grammes; la substance corticale est sensiblement épaissie et notablement pâle. L'examen microscopique pratiqué sur des pièces fraîches y montre les mêmes caractères que dans le foie : le champ est encombré par une immense quantité de gouttelettes huileuses de toute dimension, agglomérées ou isolées : on y voit encore des noyaux libres, des cellules glandulaires bourrées de grosses vésicules graisseuses, des tubes contournés remplis de masses granulo-graisseuse ou de

globules rouges altérés, des cellules endothéliales allongées et effilées à chacune de leurs extrémités, isolées ou soudées en forme de membranes tubulées, enfin des aiguilles de tyrosine.

Le *cœur* pèse 310 grammes. Il est flasque, complètement décoloré surtout dans les couches internes, parsemé à la surface et dans son épaisseur de taches hémorrhagiques miliaires. L'examen histologique révèle une dégénérescence granulo-graisseuse profonde et étendue. Quel que soit le point sur lequel porte l'examen, on ne voit que des fibres à tous les degrés d'altération, depuis l'effacement pur et simple des stries, jusqu'à la dégénérescence granulo-graisseuse la plus complète; rarement, toutefois, l'altération porte sur toute l'étendue de la fibre : les portions malades alternent avec des segments où la striation est plus ou moins nette. Les fibres les plus altérées sont variqueuses, étranglées sur certains points, renflées sur d'autres, imprégnées de granulations pigmentaires d'un brun jaunâtre. Les muscles papillaires du côté gauche et la partie supérieure de la cloison interventriculaire nous ont montré le degré d'altération le plus avancé et le plus étendu.

Il n'y a eu sans doute qu'une seule analyse d'urée pratiquée dans chacune de ces observations; les malades urinaient sous eux, il était impossible de recueillir et doser méthodiquement l'urine. Mais, au total, chacune de ces deux analyses a révélé une proportion notable d'urée, bien que le foie fût profondément dégénéré, surtout chez l'un d'eux; la source productrice de l'urée n'était point tarie, et, si ce principe n'a pas cessé d'être éliminé par les urines, comme c'est la règle dans l'ictère grave, c'est que la dégénérescence rénale, comme l'autopsie l'a démontré, n'était pas assez avancée pour léser profondément l'activité fonctionnelle de la glande.

Quelque défectueux qu'ils puissent paraître, ces deux faits n'en ont pas moins une signification réelle qui, d'autre part, se trouve appuyée par des recherches récentes, faites par M. le Dr Thibaut, agrégé de chimie à la Faculté de médecine de Lille (1).

Pour mettre en évidence le rôle du foie dans la formation de l'urée, les auteurs ont naturellement cherché à supprimer cet organe, et ils ont eu recours à l'action destructive bien connue du phosphore.

Sous l'influence de cet agent, l'urée baissse effectivement dans les urines. Mais, est-ce parce qu'elle diminue réellement dans le sang ou simplement parce qu'elle est retenue sur le filtre rénal dont les éléments secréteurs, eux aussi, ne l'oublions pas, sont stéatosés, frappés d'impuissance fonctionnelle? C'est cette dernière alternative qui nous parait la plus probable, si nous en jugeons d'après les expériences de M. Thibaut. Au fur et à mesure que le foie se désorganise, et que l'urée baisse dans les urines, ce principe augmente notablement dans le sang; cet observateur nous a soumis, à plusieurs reprises, le foie de ses chiens empoisonnés par le phosphore, nous y avons toujours constaté une stéatose profonde, une destruction plus ou moins complète de tous les éléments glandulaires. Et pourtant, le sang renfermait de l'urée, beaucoup plus d'urée que dans les conditions normales, l'excès étant dû à l'insuffisance de l'élimination par le rein. Voici, du reste, pour préciser les faits, un tableau que j'emprunte à M. Thibaut et qui montre parallèlement les quantités d'urée trouvées dans le sang chez deux chiens, soumis l'un à l'empoisonnement phosphorique, l'autre à la néphrotomie.

(1) *Des variations de l'urée dans l'empoisonnement phosphorique, suivies de quelques considérations sur les fonctions uropoiétiques du foie.* Thèse inaugurale, 1879.

Quantité d'urée p. 0/0 dans le sang, après injection de phosphore. (Dr THIBAUT)	Quantité d'urée p. 0/0 dans le sang, après ligature des uretères ou néphrotomie. (Dr GRÉHANT)
1.57 p. 0/0	2.06 p. 0/0
1.65 »	2.07 »
1.84 »	1.07 »
1.25 »	1.71 »
2.20 »	1.58 »

Bien que le foie soit désorganisé chez l'animal intoxiqué, la quantité d'urée formée dans l'organisme et retenue dans le sang par suite de la dégénérescence rénale est à peu près la même que chez le chien simplement néphrotomisé. La source de l'urée n'est donc pas sensiblement atteinte par la destruction du parenchyme hépatique, et si ce principe diminue dans les urines, c'est à l'organe séparateur, non moins profondément altéré que le foie, qu'il faut s'en prendre.

Ces recherches ont une signification réelle pour la pathologie. On peut, s'inspirant de leurs résultats, concevoir à priori que, dans l'ictère grave, la source de production de l'urée n'est pas tarie, et que ce principe continuera à se montrer dans les urines, à la condition que les reins ne soient que superficiellement touchés; c'est ce que nous avons vu dans nos deux observations d'ictère grave. Que si cette condition n'est pas remplie, si les fonctions rénales sont supprimées, l'urée devra s'accumuler dans le sang; or, cette présomption se trouve réalisée dans l'observation XIX (Ictère grave au 6e mois de la grossesse) du livre de Frerichs. Le foie présentait les altérations de l'atrophie jaune aiguë; dans l'urine recueillie avant la mort et sur le cadavre, on ne put trouver que de *très faibles traces d'urée, mais le sang en renfermait une notable quantité.* Dans ses commentaires à cette observation, l'auteur ajoute que l'urée, en disparaissant de l'urine, s'accumule dans le sang; *elle ne cesse pas de se produire, mais d'être sécrétée* (excrétée probablement). — La clinique est d'accord avec l'expérimentation, et en reçoit une interprétation précise.

Conclusions. — L'étude que nous venons de faire ne se prête pas à des conclusions générales; mais les observations que nous y avons rapportées n'en comportent pas moins des conclusions propres, qui ne sont pas dénuées de valeur, en égard au rôle uropoiétique du foie; nous les résumerons dans les propositions suivantes :

1° Les affections purement congestives du foie n'ont pas produit une exagération sensible dans la production de l'urée.

2° Si la diminution progressive de ce principe dans les hépatites suppurées et fibreuses peut être rapportée physiologiquement à l'insuffisance de l'alimentation, de la digestion, de la nutrition, des mouvements, etc...; au moins est-il difficile de démêler dans l'influence incontestable de ces différents facteurs, la part que pourrait avoir la suppression du foie en tant qu'organe uropoiétique.

3° Enfin, il semblerait, d'après certains faits cliniques, que, dans l'atrophie graisseuse aiguë, ce n'est point la formation, mais bien l'élimination seulement de l'urée qui se trouve diminuée, et ces faits, doublés des résultats confirmatifs de l'expérimentation, acquièrent une valeur sérieuse dans le débat sur l'origine de l'urée.

Ces conclusions ont une signification négative à l'endroit de la fonction uropoiétique du foie. Pourtant, bien que la physiologie (M. Picard, *Société de biologie*, 3 novembre 1877) et la pathologie (M. Valmont,

thèse de Paris, 1879) aient déjà protesté contre ce nouveau dogme, nous ne sommes pas tenté de nous armer de nos observations contre lui ; c'est une question qui n'est pas mûre, et qui appelle de nouvelles recherches, avant de devenir l'objet d'un jugement définitif. Le seul enseignement que nous voulions retenir des faits étudiés par nous, c'est, qu'en clinique, il ne faut se servir qu'avec la plus grande réserve des variations de l'urée dans le diagnostic des affections hépatiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. **GOSSELIN**.

Lipome de la langue;

Par Oct. GUELLIOT, interne des hôpitaux.

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer, dans le service de notre maître, M. le professeur GOSSELIN, un cas de tumeur rare de la langue.

L'individu qui fait le sujet de cette observation, Bruneau, zingueur, âgé de 48 ans, est entré à la Charité le 13 février 1880. Il a eu une attaque de rhumatisme en 1859, une pleurésie en 1863, et il sort d'un service de Beaujon, où il était entré en octobre 1879 pour une hémiplégie, aujourd'hui incomplètement guérie. Le membre inférieur a recouvré à peu près sa force normale, mais le bras gauche est très atrophié; les doigts et la main sont dans la demi-flexion, ainsi que l'avant-bras, et les mouvements spontanés sont très limités.

Bruneau est, en outre, porteur de deux lésions chirurgicales : à la jambe droite un ulcère variqueux, de la largeur d'une pièce de 5 francs, qui en est à sa 10e ou 12e récidive, et, sur la langue, une tumeur sur laquelle il peut nous donner quelques renseignements utiles.

C'est à l'âge de 23 ans qu'il s'est aperçu de la présence, à droite de la pointe de la langue et à l'union du bord et de la face supérieure, d'une sorte de petit bouton qui s'est accru insensiblement, sans causer aucune gêne. Cependant, depuis deux ans, la tumeur, ayant acquis un certain volume, trouble un peu la phonation, surtout, raconte le malade, quand il est enrhumé du cerveau et ne peut, par conséquent, que respirer difficilement par le nez. Complètement indolore, elle n'a jamais empêché en quoi que ce soit la mastication, la déglutition ni la respiration.

Il est facile de voir pourquoi elle est si peu gênante. Quand la langue rentre dans la bouche, elle se replie en s'infléchissant en arrière, et se loge entre la face supérieure de la langue et la voûte palatine, sans risquer d'être rencontrée par les arcades alvéolaires ; puis, quand on fait tirer la langue, on la voit sortir de la bouche et se relever brusquement comme si elle était montée sur une tige élastique.

Grosse comme une noix, au moins, largement pédiculée, la tumeur siège, comme nous l'avons dit, à la partie antérieure droite du bord de la langue, à deux centimètres en dehors du sillon médian, mais en empiétant sur la face supérieure de l'organe. Elle est assez bien limitée à sa partie profonde, ne paraît envoyer aucun prolongement entre les muscles, et est évidemment située sous la muqueuse, qu'elle soulève. Très légèrement lobulée, sa surface est d'un rose pâle avec teinte jaunâtre par places, et, en quelques points, des amas d'épithélium lui donnent une couleur blanche. La muqueuse qui la recouvre est lisse, sans traces de papilles et paraît très amincie. En haut il y a une légère exulcération. Si on la palpe, on reconnaît qu'elle est très molle, très fluctuante, et cette fluctuation a ceci de particulier qu'elle est très facile à sentir; on n'a pas besoin de la chercher, on la perçoit au moindre contact : on cherche la transparence ; mais elle paraît manquer. Il était intéressant de voir ce qu'était devenue la sensibilité de la muqueuse à ce niveau : nous avons pu constater qu'il y avait perte de la sensibilité du contact et de la douleur, et que la sensibilité spéciale elle-même était abolie; le malade n'avait pas la perception de la saveur des corps appliqués en ce point. Ajoutons que, de ce côté, les dents sont très mauvaises, en partie détruites par la carie, et cette altération serait antérieure au développement de la tumeur.

En présence de tels symptômes, à quel diagnostic fallait-il s'arrêter ? Il était évident, tout d'abord, qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne et, ce qui venait naturellement à l'esprit, était l'idée d'un *kyste*, la mollesse toute spéciale de la tumeur, l'absence de transparence faisant penser à un kyste à parois épaisses. En faveur du *lipome*, il y avait le siège, (face supérieure), l'opacité, la consistance molle, les reflets jaunâtres de la muqueuse; il est vrai que l'on n'avait pas cette sensation de lobules, fréquente sous la tumeur adipeuse, et que la fluctuation semblait très nette. Et puis, c'est une affection tellement rare dans cette région qu'elle est effacée, pour ainsi dire, par cette autre, beaucoup plus fréquente, le kyste.

Persuadé cependant que nous étions en présence d'une tumeur graisseuse, nous essayâmes d'un moyen de diagnostic indiqué par quelques auteurs. Nous appliquâmes de la glace sur la tumeur, pensant que, si elle était de nature graisseuse, le froid amènerait une demi-congélation de son tissu ; mais c'est à peine si la consistance fut un peu augmentée, et seulement dans les parties périphériques ;

En tout cas, l'indication était facile à remplir; il fallait débarrasser le malade d'un néoplasme qui commençait à le gêner et qui ne pouvait que s'accroître par la suite. Mais l'opération fut retardée par une complication étrangère à la tumeur.

Le 15, Bruneau fut pris d'un érysipèle de la face, bénin, n'occupant que la moitié gauche (côté paralysé), sans grand frisson ni vomissements, avec une température oscillant autour de 37°; mais, deux jours après, il se déclara une fièvre intense (P = 120 ; T = 40°,8) et, le 17, on s'aperçut qu'autour de l'ulcère de la jambe s'était développé un érysipèle assez étendu qui évolua, tandis que le premier disparaissait.

Notre malade étant guéri complètement de ses deux érysipèles, on procède le 25 février à l'ablation de la tumeur. Le pédicule est traversé par un double fil élastique, de façon à l'enserrer dans une triple ligature, la langue étant maintenue par un fil passé dans son épaisseur; puis, avec des ciseaux, M. Gosselin excise immédiatement au-dessus de la ligature : dès lors il est évident qu'on a affaire à un lipome.

La ligature tombe le 3 mars, la cicatrisation se fait lentement, parce qu'il reste une petite partie de tissu adipeux dans la plaie ; on cautérise plusieurs fois au nitrate d'argent. Le malade part pour Vincennes le 23 mars; il reste une petite plaie superficielle, d'une largeur de quelques millimètres. — La cicatrisation était complète, quand Bruneau vint nous revoir à sa sortie de l'asile de Vincennes, quinze jours après.

La tumeur enlevée a de 3,5 à 4 centimètres de diamètre. Elle est formée d'une masse jaune-paille, lobulée, molle, avec quelques rares vaisseaux extrêmement fins. La muqueuse qui la recouvre est très amincie, de quelques dixièmes de millimètres d'épaisseur. Quand on l'a séparée de la masse graisseuse sous-jacente, on voit qu'elle est transparente par places; cette séparation se fait, du reste, avec la plus grande facilité, et on ne rompt que quelques adhérences celluleuses lâches. On eût pu, par conséquent, énucléer la tumeur; mais, après ablation, il serait resté une sorte de sac formé par la muqueuse amincie, ayant perdu une partie de sa vitalité et qu'on aurait été obligé probablement d'exciser en partie.

L'examen microscopique n'a fait que confirmer les données fournies par l'examen à l'œil nu : la masse de la tumeur est constituée par de grosses cellules adipeuses, pressées les unes contre les autres et formant des lobules qui ne sont séparés que par des travées conjonctives extrêmement minces : c'est à peine si, dans ces cloisons, on aperçoit un ou deux vaisseaux très ténus. La muqueuse présente sa structure normale; mais les papilles manquent complè-

tement dans les points où elle était le plus distendue; près de la base de la tumeur, on les voit réapparaître, mais très petites, rudimentaires. De fins vaisseaux forment un réseau à larges mailles; à la partie profonde, adhèrent quelques fibres musculaires striées, dissociées par le tissu adipeux.

Réflexions. — Sans insister sur les points intéressants de cette observation, et en particulier sur la difficulté du diagnostic, nous nous contenterons de signaler l'extrême rareté des lipomes linguaux. Malgré des recherches assez étendues, nous n'avons pu, laissant de côté les grenouillettes graisseuses qui appartiennent plutôt au plancher de la bouche, recueillir que onze observations de ce genre de tumeur. Encore, dans deux cas, s'agit-il de tumeurs extrêmement complexes, d'origine embryonnaire, qu'il est impossible de comparer aux autres, malgré le titre sous lequel, elles ont été publiées par Lambl et par Arnold. Outre notre cas, il en reste donc huit, plus ou moins bien observés, appartenant à A. Cooper, Bastien, Follin, Laroyenne, Bouisson, Iversen, Masson et Mollière.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

De l'élongation des nerfs chez les ataxiques comme traitement des douleurs fulgurantes.

A la fin de la conférence clinique qu'il a faite dimanche dernier à la Salpêtrière, M. le professeur Charcot a présenté à ses auditeurs un malade des plus intéressants. Ce malade, qui provient du service de M. le Dr Debove, à Bicêtre, est un ataxique chez lequel on a pratiqué l'élongation du sciatique gauche dans le but de le délivrer des douleurs fulgurantes atroces et incessantes dont il souffrait depuis longtemps, et c'est en outre le premier malade chez lequel, en France, cette opération a été tentée.

L'élongation des nerfs chez les ataxiques est une opération de date toute récente, et c'est en Allemagne qu'elle a pris naissance. Les chirurgiens de ce pays qui, depuis quelque années déjà, traitaient les diverses névralgies par l'élongation (1) et comptaient un certain nombre de succès à l'actif de ce procédé, ont probablement été amenés à l'employer chez les ataxiques, poussés par cette idée que, en principe, les douleurs fulgurantes peuvent être considérées comme une névralgie par lésion organique spinale. Quoiqu'il en soit, ils ont eu recours à cette opération dans trois cas d'ataxie douloureuse, et ils ont obtenu ou la guérison ou une amélioration notable.

Dans le premier cas, dû à Langenbuch (2), on élongea les deux nerfs sciatiques, puis les deux nerfs cruraux. Le résultat fut le suivant : disparition des douleurs, cessation de l'incoordination motrice. Dans le second, dû à Esmarch (3), les résultats furent encore plus brillants : à la suite de l'élongation des nerfs dans le creux axillaire pour calmer des douleurs de l'avant-bras, l'incoordination motrice disparut complètement. Le résultat ne fut pas aussi satisfaisant dans le troisième cas, dû à Erlenmeyer (1). Les deux sciatiques furent successivement élongés ; mais il n'y eut qu'une légère augmentation dans les forces du malade ; aucun changement ne se produisit dans les troubles de la sensibilité et dans l'incoordination motrice.

Ce sont les résultats obtenus dans ces trois cas, qui ont inspiré à M. le Dr Debove l'idée de faire une tentative du même genre sur un des malades de son service. Le sujet sur lequel on a opéré était un ataxique arrivé à une période très avancée de sa maladie et qui gardait le lit depuis 18 mois. Les symptômes présentés par ce malade étaient les suivants : Douleurs fulgurantes atroces, d'une intensité exceptionnelle, empêchant le sommeil et siégeant aussi bien dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. Il ne se passait jamais 24 heures sans que ces douleurs ne se manifestassent; on les calmait avec des injections de morphine portées successivement jusqu'à la dose de 0,16 centigr. Crises gastriques, uréthrales et vésicales, tous les huit jours environ. Incoordination motrice limitée aux membres inférieurs ; le malade était dans l'impossibilité de se tenir debout et s'affaissait sur lui-même lorsqu'on essayait de le faire marcher en le soutenant sous les bras. Absence de réflexe rotulien des deux côtés. Myosis très marqué des deux pupilles, mais ne s'accompagnant pas de troubles de la vision. Sensibilité cutanée émoussée, pas de plaques d'anesthésie. Perte de notion de position des membres inférieurs.

L'opération fut faite, le 18 novembre, par M. le Dr Gillette. Le nerf sciatique gauche, choisi parce que les douleurs étaient plus violentes de ce côté, fut mis à nu à la partie postérieure et moyenne de la cuisse, saisi avec les doigts et, à deux reprises, élongé violemment et brusquement. Pansement antiseptique.

MM. Debove et Gillette n'ont pas employé le chloroforme pour cette opération parce que, les expériences physiologiques ayant montré que lorsqu'on pince violemment un nerf il y a arrêt momentané de la respiration et de la circulation, ils ont craint que cet arrêt ne devint dangereux chez un sujet chloroformé. Malgré cela, l'opération n'a pas été trop douloureuse, ce que l'on peut attribuer à l'influence de la morphine dont le malade était saturé. Ce dernier ajoute « qu'il n'a pas souffert la centième partie de ce qu'il souffre dans ses crises. »

Les résultats obtenus chez ce malade sont des plus remarquables; les douleurs fulgurantes ont cessé complètement et l'incoordination motrice a presque disparu; cependant, les réflexes tendineux font toujours défaut et le myosis des pupilles n'a pas varié. Ces résultats, suivant en cela l'habitude qu'il a adoptée et qui justifie le si grand succès de ses conférences, M. Charcot veut les rendre visibles, palpables pour ses auditeurs. Le malade est apporté sur un brancard, et, sur la demande du professeur, lève alternativement l'une et l'autre jambe. M. Charcot place sa main à 60 centimètres environ au-dessus du malade, et celui-ci, presque sans hésitation, va toucher cette main du bout du pied, à plusieurs re-

(1) Voir page 1023.

(2) Langenbuch. — *Ueber Dehnung grosser Nervenstamme bei Tabes dorsalis* (*Berliner Klin Wochens.*, 1879, n° 48.)

(2) Esmarch.— In *Deutsch. Med. Wochens*, 1880, n° 19 et *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1880, n° 10.

(1) Erlenmeyer. — *Zur Dehnung grosser Nervenstamme bei Tabes dorsalis.* (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1880, n° 21, p. 411.)

prises. Deux aides soutiennent le malade levé, alors ce dernier reste debout, sans osciller, et peut même faire quelques pas.

Quel a été le mode d'action dans cette circonstance? A-t-on agi sur le centre spinal ou sur le système nerveux périphérique? On l'ignore pour le moment. Cela importe peu d'ailleurs, ajoute M. Charcot : ce que l'on doit retenir, c'est que l'élongation, si les résultats obtenus jusqu'à présent se confirment, est une opération destinée à rendre aux malheureux ataxiques des services inappréciables. On doit également se tenir en garde contre un enthousiasme irréfléchi et ne pas se baser sur ces quelques succès pour élonger tous les ataxiques, ce serait dépasser le but. Ce qu'il faut, c'est agir avec prudence, scientifiquement, et n'opérer que lorsqu'il y a de réelles indications.

A. BLONDEAU.

Cours d'Anatomie générale du Collège de France : M. le Professeur Ranvier.

Mardi dernier, à quatre heures, M. Ranvier a repris son cours d'anatomie générale; ces leçons seront continuées les mardis et jeudis suivants.

Dans sa première leçon, M. Ranvier a montré l'évolution de l'anatomie générale depuis sa création récente, et rappelé les principales théories en vogue aux époques différentes de son développement. M. Ranvier s'est trouvé ainsi conduit à parler de l'enseignement histologique en France, des travaux d'histologie, et même des conditions auxquelles se trouvent soumis les hommes de science français. A ce propos, M. Ranvier a été très affirmatif, il a rappelé les préventions injustifiables que l'on avait autrefois (et que quelques-uns ont encore) contre le microscope et ses applications médicales; il a indiqué les causes de l'infériorité du mouvement scientifique en France. Dans d'autres pays, les efforts de chacun concourent à accroître le domaine scientifique commun; on produit, on publie, les connaissances individuelles finissent par se fusionner et par faire avancer la science; en France, au contraire, les efforts sont stériles, car ils n'aboutissent qu'à faire triompher des individualités par des concours, par des succès personnels; une somme de travail se trouve ainsi perdue, inutilisée pour la science et pour les savants.

Selon la comparaison de M. Ranvier, on s'épuise à faire la petite guerre, et l'on se trouve désarmé plus tard en face des travailleurs étrangers, dont l'ensemble compacte constitue une force difficile à vaincre.

L'indépendance des Facultés étrangères, en particulier des Allemandes, est aussi une raison de succès; il y a, dans ces situations rivales, dans cette autonomie, des conditions favorables au travail de laboratoire, le seul utile au point de vue élevé de la science. M. Ranvier n'est cependant pas l'adversaire des concours, il pense qu'ils sont conformes aux tendances des races latines, mais il désirerait y voir entrer, pour la plus large part possible, l'élément pratique, technique, qui montrerait la valeur individuelle de chacun des concurrents.

On ne saurait trop louer M. le professeur Ranvier de cette revendication des droits du Laboratoire; aucune parole n'est plus autorisée que la sienne à exprimer ces idées, car il a lui-même montré, par son propre exemple, qu'on peut triompher des circonstances adverses, des contradicteurs, et fonder de toutes pièces une école quand on entraîne avec ardeur les jeunes intelligences dans une voie scientifique.

Le cours de 1880-1881 sera consacré aux terminaisons nerveuses dans les organes des sens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 décembre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. JULES LEFORT fait la lecture d'un rapport sur les *eaux minérales*, dont les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Election d'un membre correspondant national dans la 1re *division* (section de médecine). Sont présentés : en première ligne, M. Bondet (de Lyon); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Nivet (de Clermont-Ferrand), Billod (de Vaucluse); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Mandon (de Limoges); Berchon (de Pauillac); Pénard (de Versailles). Votants 68, majorité 35. Au premier tour de scrutin, M. Bondet réunit 37 suffrages, M. Billod 19, M. Pénard 6, M. Mandon 1, M. Berchon 1. En conséquence, M. BONDET, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national.

M. HILLAIRET présente un malade atteint de *mycosis fungoïde*. Après avoir rappelé les antécédents rhumatismaux de son malade, M. Hillairet insiste sur ce fait que l'éruption cutanée aurait débuté, il y a un an environ, par des démangeaisons atroces et une poussée d'urticaire, contrairement à ce qu'on a coutume d'observer dans les affections de ce genre qui se caractérisent au début par des démangeaisons, il est vrai, mais se traduisent par une éruption lichénoïde. — L'éruption du malade est constituée par des tumeurs mollasses, indolores, pédiculées, de volume et de forme variables, à surface lisse ou chagrinée. L'examen du sang de ces tumeurs a permis de constater que le chiffre des globules blancs était notablement augmenté; l'examen histologique de ces tumeurs a révélé enfin qu'elles présentaient tous les caractères du tissu adénoïde de His.

M. JAVAL fait une communication sur l'*amblyopie des strabiques*. Il y a dix-sept ans, M. Javal eut l'idée d'employer le stéréoscope pour la guérison du strabisme et a cherché à tirer avec précision la ligne de démarcation entre les cas qui sont justiciables ou non du traitement optique; c'est la nature de l'amblyopie de l'œil dévié qui doit donner la réponse. — L'amblyopie des strabiques *divergents* est rebelle à toute amélioration par des exercices. Dans des cas nombreux, quand il y a seulement ce qu'on appelle à tort de l'insuffisance des droits internes, le traitement optique donne des résultats éclatants. Quand l'insuffisance est grande, surtout lorsque la déviation est permanente, il faut recourir à la ténotomie. Si, ensuite, les lunettes ne donnent pas la vision binoculaire, il faut en venir aux exercices stéréoscopiques au moyen des cartons préparés *ad hoc*. L'amblyopie des strabiques *convergents* est incurable quand il y a fixation par une partie périphérique de la rétine, et il n'y a de ressources que dans la ténotomie. Quand la fixation est indécise, on peut espérer une amélioration considérable par les exercices isolés qui augmentent la sensibilité rétinienne et rendent latente l'hypermétropie manifeste. Quand l'amblyopie est légère, on est sûr que le strabisme est resté longtemps soit alternant, soit périodique. Dans le premier cas, qui est rare, la ténotomie peut donner une guérison subite; le second est justiciable de l'atropine, mais, même dans ce cas, M. Javal préfère l'occlusion du bon œil pendant un temps assez long; après cette préparation, l'emploi temporaire des verres correcteurs de l'hypermétropie totale donne

les résultats les plus brillants, non seulement pour la correction dn strabisme, mais aussi pour la guérison de l'amblyopie de l'œil dévié. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 *avril* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MONOD.

18. Fracture par arrachement de l'extrémité supérieure du péroné droit. Luxation du genou en dedans. Rapports du cal avec le nerf musculo-cutané; par M. NETTER, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un malade, du service de M. DUPLAY, qui a fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie.

On reconnait sur la pièce l'existence d'un écartement de quatre travers de doigt entre le fragment supérieur, gros comme une noisette, et la partie articulaire de la tête du péroné, qui a conservé ses rapports avec le tibia. Au fragment supérieur s'insère le biceps fémoral.

Le ligament latéral externe est très altéré. A peu près intact en son insertion supérieure, il se dirige en bas, mais tend à disparaître après une longueur d'un centimètre. Un grand nombre de ses fibres ont disparu. Celles qui restent suivent trois directions différentes. Un de ces faisceaux, se recourbant en arcade, remonte pour s'insérer au fragment supérieur. Le moyen, un peu plus considérable, s'insère au cartilage semi-lunaire, le troisième, très ténu, continue la direction primitive et s'insère au fragment inférieur. Cette altération du ligament latéral externe permet une mobilité très grande du tibia en dedans.

Le mécanisme de la fracture est difficile à déterminer nettement ; le malade a été pris dans une courroie de transmission. Il paraît probable qu'il s'agit d'une fracture par arrachement. Entre les deux fragments, commencement d'organisation d'un cal encore embryonnaire dans lequel est compris le nerf musculo-cutané.

Ce cas nous montre comment, dans ces fractures, il peut y avoir paralysie du nerf. M. Duplay a soigné un malade chez qui celle-ci persiste aujourd'hui encore. La mort, dans notre cas, est survenue plus de deux mois après le traumatisme et est sans relation avec lui.

19. Débris de placenta resté dans l'utérus à la suite d'une fausse couche; suppuration de la trompe. Péritonite ; par DEFONTAINE, interne des hôpitaux.

La nommée S..., femme G..., âgée de 34 ans, entre le 20 mars 1880 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. FERNET.

Elle a été prise le 14 de vomissements, qui ont persisté les jours suivants, et sont devenus verdâtres le 16 ; ce même jour elle a commencé à souffrir du ventre; ces symptômes, survenus sans cause appréciable pour elle, ne faisant que s'aggraver, elle entra à l'hôpital où on put constater l'état suivant : Fièvre modérée, 38°, 38°,5. Ventre saillant, tendu, douloureux à la pression, surtout à la partie inférieure, mat au-dessous de l'ombilic; langue chargée, un peu sèche; constipation ; intégrité du cœur et des poumons ; pas d'albuminurie ; le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent que des résultats négatifs.

Le diagnostic de péritonite pouvait être porté et il fut confirmé par l'évolution ultérieure des accidents, mais lorsqu'on voulait chercher à en reconnaître la cause, on était en présence d'une difficulté bien plus grande, puisque rien, ni dans les antécédents de la malade, ni dans son examen ne venait indiquer de quel côté siégeait le point de départ de cette complication. Les jours suivants, les vomissements grisâtres fétides se reproduisirent, l'état de la malade s'aggrava rapidement, et, le 26, elle mourut.

AUTOPSIE. — On trouva une péritonite suppurée généralisée. Tous les viscères examinés successivement n'avaient pas fait découvrir la cause de cette péritonite. Mais l'utérus un peu plus gros et plus mou qu'à l'état normal, présentait sur la face postérieure de sa cavité, près du fond de l'organe, une saillie arrondie de la grandeur d'une pièce d'un franc, fendillée et mamelonnée à sa surface, semblant faire corps avec la muqueuse. Les trompes, surtout la gauche, étaient distendues par du pus que l'on pouvait faire facilement sortir par leur orifice péritonéal, en exerçant une légère pression. Il n'y avait ni phlébite ni lymphangite. Les trompes avaient donc été le lieu de passage des produits septiques de la cavité utérine à la cavité péritonéale. Quant à la production morbide qui avait été le point de départ des accidents, était-elle un néoplasme, un épithélioma développé sur la muqueuse, était-elle un débris de placenta, résultant d'une fausse couche qui serait passée inaperçue de la malade ou qu'elle n'aurait pas voulu avouer ? L'examen microscopique de la pièce, fait par M. Mayor, confirme pleinement cette dernière hypothèse.

20. Hématocèle vaginale; par ROUXEAU, interne des hôpitaux.

Le nommé Liq..., 60 ans, entré le 14 mai 1880, à la salle saint André, n° 16 (service de M. GUYON). Cet homme, entra à l'hôpital pour une hydarthrose du genou droit, survenue depuis deux jours, elle gêne considérablement ses mouvements, surtout pour descendre un escalier. — Un vésicatoire, la compression et l'immobilisation la font disparaître assez rapidement.

Il était déjà entré à l'hôpital pour une hydarthrose du coude droit en 1873, et, en 1874, pour une affection semblable du genou gauche. Ces deux affections avaient disparu en quatre mois, toutes les deux sous l'influence de l'immobilisation dans un appareil plâtré, d'application de vésicatoires et de teinture d'iode. En 1875, il rentre une troisième fois à Necker pour une hydrocèle vaginale à droite, qui avait débuté huit mois auparavant, spontanément, et qui ne lui causait pas la moindre douleur. Une ponction suivie d'injection iodée pratiquée par M. Guyon, la guérit complètement et le malade quitta l'hôpital deux mois et demi après. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

En 1879, le malade voit se développer à gauche une affection semblable, également sans la moindre douleur et sans causer le moindre arrêt dans son travail. Ce n'est qu'à propos d'une affection incidente, l'hydarthrose du genou droit, dont nous avons parlé au début, qu'il entre pour la quatrième fois à Necker, le 19 mars 1880.

La tumeur scrotale est assez volumineuse, 26 à 28 cent. de tour; de plus, elle n'est pas transparente et le malade avait déjà remarqué l'absence de ce signe.

Ponction le 15 mars. Il sort une certaine quantité d'un liquide rougeâtre qui contient une notable quantité de sang. — M. Guyon ne pense pas devoir faire d'injection iodée. Au bout de deux à trois jours, signes d'inflammation, douleur, rougeur, tuméfaction des bourses, fièvre intense ; abcès : une incision livra passage à une quantité notable de pus et à une matière gélatineuse : M. Monod résèque même une certaine portion de téguments, assez épaissis à ce niveau. La plaie est pansée avec des compresses imbibées d'acide phénique.

Cette première incision ne suffit pas à modérer l'inflammation. Tous les signes d'un phlegmon diffus des bourses se manifestent et, dans les derniers jours de mai, M. Monod pratique la castration et le testicule est enlevé avec les enveloppes considérablement épaissies et la cavité vaginale ne revenant pas sur elle-même.

Pansement de Lister. — Le 5 avril les points de suture sont enlevés. Les suites de l'opération sont des plus simples, la réunion est complète. — Le 11, le drain n'est pas encore retiré.

Les jours qui suivent, le malade est pris de vomissements avec frissons et fièvre. Un érysipèle s'est déclaré, qui, du reste, dure peu, et n'est pas suivi d'accidents fâcheux.

21. Epithélioma du pharynx et des ganglions cervicaux ; compression de la trachée. Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ; fracture du cartilage cricoïde ; par OCT. GUELLIOT, interne des hôpitaux.

Le 3 avril 1880, entre dans le service de M. le professeur GOSSELIN un employé de chemin de fer, âgé de 57 ans, ar-

rivé de la veille à Paris. Il est atteint d'une dyspnée extrêmement intense et, quoique la voix soit conservée, il est difficile d'avoir beaucoup de renseignements sur la maladie pour laquelle il est venu se faire traiter.

De chaque côté du cou existe une grosse tumeur, dont le début remonterait à six mois ; à ce moment, le malade s'est aperçu de la présence au cou d'une grosseur indolente, dont le développement a été rapide. La respiration est devenue pénible, puis extrêmement gênée et, depuis quatre ou cinq jours, le décubitus dorsal est impossible. N... a passé ses dernières nuits debout ou assis dans un fauteuil. Il nous dit aussi que, depuis quelque temps, il a de la peine à avaler et que, depuis une semaine surtout, il ne s'est nourri que d'aliments liquides.

A droite et à gauche du cou, deux grosses tumeurs, la gauche un peu plus volumineuse que la droite, occupent toute l'étendue comprise entre le bord inférieur de la mâchoire, en haut, et la clavicule, en bas ; en arrière, il est difficile de les délimiter exactement, à cause de la présence des muscles sous lesquels elles s'enfoncent ; en avant, elles laissent entre elles un sillon au fond duquel on sent difficilement le larynx, un peu dévié à droite. Ces tumeurs sont résistantes, élastiques et paraissent n'avoir de connexions, ni avec le maxillaire inférieur, ni avec la parotide.

La respiration est très difficile ; le malade fait de grands efforts pour faire pénétrer l'air dans sa poitrine, et on entend un souffle laryngo-trachéal que le stéthoscope semble localiser au niveau de la trachée.

Vu l'âge du malade et le développement rapide de la maladie, on ne peut guère penser à une tumeur ganglionnaire simple. C'est donc très probablement un cancer des ganglions de la région. Mais est-il primitif ou secondaire ? On ne trouve pas de lésions bien nettes des parties avoisinantes ; cependant, en portant le doigt profondément dans l'arrière-gorge, on sent, sur la paroi gauche du pharynx, des granulations et des inégalités. S'appuyant sur la rareté du cancer primitif des ganglions et sur l'exemple d'un autre malade sorti récemment du service et qui, avec des tumeurs ganglionnaires analogues, avait un cancer du pharynx profondément situé, M. Gosselin insiste à sa clinique sur la possibilité d'une lésion semblable chez cet homme.

Restait à expliquer la dyspnée : on pouvait penser à une compression des récurrents ; mais la voix n'était pas éteinte et il y avait de la dysphagie. Les symptômes étant beaucoup plus en rapport avec une compression de la trachée, on procède, le 4 avril, à la trachéotomie.

M. Gosselin choisit la *laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*, suivant la méthode de Vicq d'Azir, récemment remise en honneur et modifiée par M. Krishaber, et sectionne les parties molles avec le cautère Paquelin, en vue d'éviter l'hémorrhagie pendant l'opération, et l'érysipèle pour plus tard. Le cautère étant maintenu au rouge sombre, on incise lentement, couche par couche ; la peau et les tissus sous-jacents ne donnent pas de sang ; mais on arrive bientôt sur une masse assez volumineuse, paraissant être du tissu morbide et qui cache le cricoïde ; l'incision de cette masse donne une assez grande quantité de sang ; on est obligé d'appliquer plusieurs pinces hémostatiques et de faire une ligature ; alors seulement, on peut nettement sentir le cricoïde qui, avec tout le larynx, avait été dévié à droite. Puis, avec le bistouri, on ouvre la membrane crico-thyroïdienne, et, sans dilatateur, on introduit la canule à bec de M. Krishaber. A cause du siège présumé du rétrécissement de la trachée, on avait dû choisir la canule la plus grande, qui a environ 12 milimètres de diamètre. Elle fut introduite sans grande difficulté ; on dut cependant forcer un peu pour la faire pénétrer tout entière.

A la suite de cette opération, le malade éprouve un grand soulagement ; il peut se coucher et se livrer à un sommeil qu'il ne connaissait plus depuis plusieurs jours ; il y a bien encore un peu de dyspnée, mais beaucoup moins qu'avant l'opération.

Les jours suivants, il rejette par la canule une assez grande quantité de mucosités très épaisses. Le 10, au matin, la respiration est de nouveau très gênée ; les deux tumeurs ganglionnaires sont ramollies, plus volumineuses, et la peau est rougeâtre. Deux heures après, le malade s'éteint sans qu'il ait eu le temps d'appeler quelqu'un.

Autopsie le 11. — L'*estomac* et le *péritoine* ne présentent rien de particulier.

Le calibre de l'*intestin* est très réduit, le cœcum ayant à peine le volume d'un intestin grêle normal. *Reins* normaux un peu friables. Poids : 390 gr. *Rate* grosse (P. 380 gr.), dure, avec traces de périsplénite. Le *Foie* est assez volumineux et pèse 2,100 grammes. Les voies biliaires et le lobe gauche sont sains ; mais, au niveau de l'extrémité du lobe droit, existe une cavité pouvant loger un œuf et remplie d'un détritus rougeâtre. Cette poche est très superficielle, séparée du péritoine par une mince couche de tissu hépatique qui se déchire au moment où on enlève le foie. Le diaphragme est adhérent dans une étendue de 5 ou 6 centimètres

Cette cavité est tapissée, dans une partie de son étendue, par une membrane lisse, tandis que le reste de la paroi est tomenteux, couvert de fines végétations noyées dans un détritus grisâtre. Autour de cette cavité, on trouve çà et là, dans le tissu hépatique, des noyaux durs, du volume d'une lentille ou d'un pois, ayant tout à fait l'aspect de nodules cancéreux.

Le *cœur* est légèrement hypertrophié. L'aorte a quelques plaques d'athérome et contient un long caillot fibrineux.

Les *poumons* sont crépitants, un peu emphysémateux. Les ramifications bronchiques contiennent d'abondantes mucosités purulentes ; leur muqueuse est plus rouge qu'à l'état normal.

Les deux *masses ganglionnaires*, séparées des parties avoisinantes, ne pèsent pas moins de 480 grammes. Chacune d'elle est limitée : en avant, par le sterno-mastoïdien dévié en bas ; en arrière, par le faisceau vasculo-nerveux, qu'un prolongement de la tumeur contourne en bas pour arriver jusqu'à la colonne vertébrale ; en dedans, par les muscles sous-hyoïdiens, le corps thyroïde, le larynx, la trachée et l'œsophage. En bas, la tumeur descend jusqu'à la sous-clavière ; en haut, elle va jusqu'à la parotide, sur laquelle elle remonte un peu, mais sans lui adhérer. Il y a une traînée de ganglions le long de la trachée, jusqu'à la bifurcation ; les ganglions inter-trachéobronchiques sont plus volumineux qu'à l'état normal. La tumeur gauche est ramollie et laisse échapper du liquide purulent à la coupe ; la droite est plus consistante ; son tissu, peu dur cependant, est d'un blanc grisâtre ; à sa partie inférieure, il y a également un point ramolli.

Le *corps thyroïde* est un peu hypertrophié. P. 72 gr. ; mais son tissu paraît sain à l'œil nu, ce qui a été confirmé par l'examen microscopique ; il ne présente pas d'adhérences avec la tumeur.

Le récurrent droit longe la tumeur et paraît intact ; le récurrent gauche est soulevé par une partie du néoplasme qui s'est insinué entre lui et la trachée, et le soulève en l'infléchissant, de sorte qu'il se trouve pris entre deux lobes du cancer ; cependant, il n'est pas aplati et ne paraît pas avoir été beaucoup comprimé.

Sur la base de la *langue* et à la partie supérieure gauche du *pharynx*, on aperçoit des nodules blanchâtres assez durs qui soulèvent la muqueuse ; c'est eux que l'on sentait avec le doigt introduit dans la bouche. Mais, plus bas, dans l'angle rentrant formé par le thyroïde et l'arythénoïde, on trouve une ulcération de 3 centimètres de hauteur sur 2 de largeur ; sa surface est inégale et verdâtre ; la muqueuse, à ce niveau, est indurée et adhère aux tissus sous-jacents.

Larynx et trachée. La muqueuse trachéale est injectée dans toute son étendue ; elle est ulcérée superficiellement à la partie postéro-latérale gauche, à 3 centimètres au-dessous du cricoïde. Le cartilage thyroïde est intact ; il présente des points d'ossification au niveau de la pomme d'Adam, du bord inférieur et surtout du bord postérieur, y compris les cornes.

La membrane crico-thyroïdienne a été incisée par le bistouri. En avant d'elle, et recouvrant en partie le cricoïde, il existe un prolongement assez volumineux du tissu morbide, ce qui explique suffisamment les quelques difficultés

qu'a présentées l'opération et, en particulier, la production d'hémorrhagies, malgré l'emploi du thermo-cautère.

Le *cricoïde* est fracturé. Un grand fragment postérieur comprend les quatre cinquièmes du cartilage. Il y a, de plus, trois fragments antérieurs, les deux plus petits ont deux millimètres de largeur et comprennent toute la hauteur du cartilage; une de leurs faces est irrégulière, l'autre, celle par laquelle ils se correspondent, est, au contraire, assez nette. L'autre fragment a 8 millimètres de longueur; ses extrémités présentent une surface irrégulière, avec un petit prolongement formé par du tissu ossifié. Tous ces fragments ne tiennent plus que par des lambeaux de muqueuse. Le cricoïde a quatre points d'ossification : un antérieur, deux latéraux, au niveau de l'articulation des cornes du thyroïde, et un postérieur.

Les aryténoïdes sont ossifiés à leur base.

La *trachée* est peu rétrécie sur le cadavre; cependant, à cinq centimètres au-dessus du cricoïde, les anneaux sont un peu déprimés par la tumeur ganglionnaire.

L'examen microscopique a montré que l'ulcération du pharynx était de nature épithéliomateuse; dans les tumeurs ganglionnaires et dans les nodules du foie, on constatait la présence de cellules d'épithélium absolument analogues à celles du pharynx ou de l'œsophage : donc, épithélioma ganglionnaire et hépatique.

Réflexions. — De cette observation ressort, ce nous semble, ce fait, que, chez des individus un peu âgés, où les cartilages ont perdu de leur élasticité et présentent quelques points d'ossification, on risque, en voulant introduire une canule par l'espace crico-thyroïdien, de produire une fracture simple ou comminutive du cartilage cricoïde. Le procédé de Vicq d'Azyr a donc des inconvénients, lorsqu'on l'emploie sur des sujets qui ont dépassé l'âge adulte.

22. Pyelo-néphrite calculeuse. — Calculs très volumineux;
par MM. Launois et Hache, internes des hôpitaux.

Le nommé D..., âgé de 52 ans, est entré à l'hôpital Laënnec, salle St-André, n° 32, service de M. le Dr Nicaise, le 8 avril 1880. On l'avait ramassé dans la rue. Sa femme raconte que, depuis plusieurs années, il souffrait d'une affection des voies urinaires; il avait eu plusieurs hématuries, la première il y a 15 ans. Il a eu de l'œdème des membres inférieurs il y a trois ans, et aurait été mis à cette époque au régime lacté. Depuis, il avait des douleurs de reins très violentes, de la rétention d'urine, causée par des caillots arrêtés dans le canal. A son entrée, on constate une congestion des deux poumons; le malade tousse; son expectoration est très albumineuse. En plusieurs points des téguments, et en particulier aux cuisses; il y avait des anthrax. L'urine, rendue en petite quantité, contenait beaucoup de pus et d'albumine. Par le cathétérisme on put passer assez facilement; mais le canal était rétréci au niveau du méat et de la portion spongieuse. Le malade ne tarda pas à mourir.

Autopsie. On trouva de la congestion des poumons dans une grande étendue; mais la lésion la plus intéressante était celle des reins.

Le rein gauche, considérablement augmenté de volume, était bosselé à sa surface et comme lobulé. En le prenant dans les mains, on sentait une crépitation analogue à celle que donnent des noix enfermées dans un sac. Cette sensation se retrouvait dans toute l'étendue de l'organe: après avoir fait une coupe longitudinale, passant par le bord convexe, on trouve dans l'intérieur du rein une masse calculeuse très volumineuse, rameuse, emplissant les calices et le bassinet considérablement distendus et s'étendant jusque dans l'orifice supérieur de l'uretère. Ces concrétions peuvent s'enlever facilement, mais certaines portions se détachent de la masse et restent incluses dans les loges. En réunissant les calculs après les avoir extraits, on remarque qu'ils présentent les caractères extérieurs d'un polypier. Sur le plus volumineux, qui mesure 6 centimètres de hauteur, on trouve les points d'implantation des autres fragments.

Ces calculs ne semblent pas formés par les mêmes éléments. Sur une coupe, on trouve plusieurs couches grisâtres superposées, recouvertes par une couche blanche, formée par de petits cristaux rapprochés les uns des autres et séparés en certains points par des stries sinueuses.

Le rein gauche présente des altérations considérables, en rapport avec le volume et la forme de ces concrétions. Les calices et le bassinet sont très dilatés; la substance propre du rein comprimée est amincie; les altérations histologiques seront décrites. Le rein droit est plus petit qu'à l'état normal; la substance corticale est rouge; les calices contiennent un liquide purulent qui s'écoule à la coupe. On ne trouve pas de concrétions.

Les altérations des uretères ne sont pas moins remarquables que celles que nous venons de signaler.

L'uretère droit est très volumineux; il s'agit, non d'une dilatation simple, mais d'une inflammation chronique des parois, inflammation qui s'est étendue au tissu cellulaire voisin qui est induré. La paroi de l'uretère mesure environ 10 millimètres; elle est formée par un tissu dur et difficile à couper. En certains points, l'induration est plus grande et, vers l'extrémité inférieure, le conduit traverse une masse inodulaire, qui devait s'opposer au passage de l'urine dans la vessie. Le calibre du canal rétréci, en ce point, l'était aussi au niveau de son tiers supérieur. Là, il y avait une véritable bride cicatricielle formant un anneau; au-dessus, comme dans tout rétrécissement, dilatation de l'uretère avec ramollissement de la muqueuse.

Ces rétrécissements de l'uretère peuvent peut-être être regardés comme la cause de la formation de calculs dans le rein droit. L'uretère gauche, plus volumineux, présente aussi vers sa partie moyenne un rétrécissement; le tissu semble être en ce point du tissu de cicatrice. La muqueuse présente, dans toute l'étendue de l'uretère, des traces d'inflammation chronique. On trouve, au niveau du tiers inférieur, de petites végétations polypiformes du volume d'un grain de mil.

La vessie est petite et contractée; on ne pouvait du reste y faire pénétrer, pendant la vie, qu'une très petite quantité de liquide. Les parois sont épaissies, surtout la couche moyenne. La muqueuse est saine; les orifices des uretères normaux. On ne trouve dans la vessie aucune concrétion calculeuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er décembre 1880. — Présidence de M. Marjolin.

Traitement de l'épithélioma de la langue. M. Verneuil se félicite de l'adhésion à peu près unanime que ses collègues ont donnée à ses conclusions, et revient sur quelques points de sa première communication. Jusqu'ici, il s'était attaché à démontrer qu'il fallait opérer rapidement les épithéliomas circonscrits; aujourd'hui, il va démontrer que, même lorsque l'épithélioma a marché, qu'il a envahi les ganglions voisins et le plancher de la bouche, le chirurgien ne doit pas se décourager; il a le droit d'opérer : et l'opération donnera une survie assez longue pour justifier l'audace du chirurgien. Mais il importe pour cela que l'opération soit *largement* faite et sans parcimonie.

En 1873, Billroth a communiqué à un Congrès de chirurgiens allemands les résultats d'une série de 10 opérations pratiquées pour des épithéliomas de la langue par la région sous-hyoïdienne : sur ces 10 opérations, Billroth a eu six succès opératoires; et, des six survivants, un n'avait pas encore de récidive, au bout d'un temps déjà long. Il parlait et mangeait comme quiconque. En 1878, il a été fait à Zurich une thèse importante par un élève de Rose. Cette thèse renferme 54 opérations d'extirpation complète de la langue; sur ces 54 opérations, il a été remporté 35 succès opératoires : et, parmi les 12 malades qu'il a été possible de suivre, plusieurs n'ont eu de récidive qu'au bout de 20, 24, et même 36 mois; et encore la récidive n'est-elle pas la mort.

Tous les malades dont il est question dans ces deux im-

portantes statistiques étaient des malades on ne peut plus gravement atteints ; partant, les délabrements devaient être considérables, les procédés opératoires meurtriers. Tantôt on a opéré par le procédé de Roux et de Sédillot (procédé qui consiste à diviser la symphyse du menton afin d'opérer à ciel ouvert), tantôt on a opéré par le procédé de Regnoli et de Billroth, c'est-à-dire par la région sous-hyoïdienne ; mais, résultat consolant, en raison même des sacrifices faits, il n'a jamais été observé de récidives dans la cavité buccale ; et, cependant, combien peu de chirurgiens eussent opéré en pareil cas !

Si l'on a obtenu des résultats passables dans des cas très graves, à plus forte raison devrait-on obtenir de meilleurs résultats dans des cas de gravité moindre. Eh bien, non, erreur profonde ! il n'en est pas ainsi. On remporte, il est vrai, plus de succès opératoires, mais les succès thérapeutiques sont les mêmes. Pourquoi ? Parce que, dans les cas de gravité moyenne, le chirurgien plus confiant ou moins audacieux, opère avec parcimonie, et que, par suite, la récidive suit de près l'opération.

Le cancer et l'épithélioma, dit M. Verneuil, se généralisent de deux façons absolument différentes : le cancer peut se porter d'emblée et comme d'un bond d'un tissu ou d'un organe à un viscère sans qu'on puisse saisir la trace du passage ; l'épithélioma, lui, ne peut arriver à se généraliser que de proche en proche ; il procède par étapes, du tissu malade au viscère dégénéré, il a des intermédiaires obligés, il commence toujours par se répandre dans les éléments voisins. L'épithélioma de la langue, a trois sièges initiaires de récidive : 1° le moignon de la langue : 2° le plancher de la bouche ; 3° les ganglions voisins (sous-maxillaires, cervicaux, occipitaux, sous-claviculaires), et nous venons de voir que les opérations largement faites, par les procédés de Regnoli (1838) et de Billroth, mettent à l'abri des deux premiers foyers de récidives ; restent donc les ganglions ; mais si, pendant l'opération, comme l'a fait M. Terrillon, comme l'a fait Rocher (de Berne), on va à la recherche des ganglions ; si on inspecte soigneusement et si on enlève les ganglions suspects ou douteux, n'est-il pas clair que l'on évite ou que l'on éloigne les chances de récidives dans le 3e foyer. La conclusion de tous ces faits est facile, et s'impose : Il faut *enlever largement* ; là est tout le secret des succès obtenus.

A ce propos, M. Verneuil pose les règles suivantes : si l'épithélioma est circonscrit, s'il n'y a pas de ganglions, s'il siège dans les deux premiers tiers de la langue, sur la face dorsale, à la pointe ou sur les bords, on peut opérer par les voies naturelles ; mais s'il siège à l'union des 2/3 antérieurs avec le 1/3 postérieur ; ou si déjà il a envahi les parties voisines, il importe de recourir à des procédés plus radicaux.

M. Verneuil met depuis longtemps en usage le procédé suivant : Il fait, dans la région sus-hyoïdienne, une incision curviligne étendue de la symphyse du menton à l'angle de la mâchoire, sans se préoccuper autrement de l'artère faciale ; cela fait, il enlève la glande sous-maxillaire, les ganglions sous-maxillaires et examine les ganglions voisins, glanglions sus-hyoïdiens, y compris : une fois débarassé de la glande sous-maxillaire, il lie l'artère faciale, et, à ce moment, rien n'est plus simple que d'apercevoir au fond de la plaie l'artère linguale, et de la lier au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Puis, au moyen de l'écraseur linéaire, il sectionne la langue sur la ligne médiane, parallèlement à son axe ; détache la moitié envahie de ses insertions latérales ; ensuite, la faisant basculer et l'attirant fortement à travers la brèche sus-hyoïdienne, il fait tomber le morceau de langue avec la plus extrême facilité ; par ce procédé, on ne court aucun danger, on ne perd pas de sang, et si l'on panse comme il convient cette plaie cavitaire, on a toujours ou presque toujours un succès opératoire et parfois un succès thérapeutique.

Mais ce procédé ne convient pas toujours : il est des cas où l'on est obligé d'extirper la totalité de la langue, et c'est alors que s'impose le procédé Regnoli-Billroth. Cependant, le procédé de Regnoli n'a pas donné de grands succès à M. Verneuil. Il a eu à déplorer quatre mor il est vrai que l'un des opérés était un vieillard de 80 ans, que deux autres étaient des alcooliques, le dernier albuminurique avancé. Néanmoins, les conclusions de M. Verneuil subsistent pleines et entières.

M. Th. Anger fait remarquer que la lame fibreuse médiane de la langue s'oppose d'habitude à ce que le cancer passe de l'une à l'autre moitié de l'organe ; le cancer unilatéral de la langue est donc la règle ; selon lui, les dégénérescences ganglionnaires ne contre-indiquent pas l'opération ; il est assez d'avis d'enlever toute la moitié de la langue, alors même que l'épithélioma est circonscrit.

M. Desprès est d'accord avec M. Verneuil sur presque tous les points ; mais il se demande comment il est possible d'enlever tous les ganglions dégénérés. Lorsque, en effet, le malade a des ganglions au moment de l'opération, il en est déjà de profonds et que le chirurgien ne peut atteindre ; opérer des malades dans les conditions qu'à définies M. Verneuil, c'est souvent risquer d'opérer en pleine généralisation ; mais cette généralisation, il est possible de la diagnostiquer ; tout malade qui, étant atteint de cancer, a maigri et a perdu de l'appétit, est regardé par M. Desprès comme en état de généralisation, il se garde soigneusement d'opérer en pareil cas,

M. Desprès est convaincu qu'on peut opérer tout aussi radicalement que M. Verneuil, sans recourir aux procédés meurtriers de Regnoli et de Billroth ; il est possible d'enlever toute la langue par la bouche. M. Desprès considère comme très facile d'attirer toute la langue au dehors, au moyen d'érignes, et d'en pratiquer ainsi l'ablation totale par l'écraseur linéaire. M. Després reproche en outre aux procédés radicaux préconisés par M. Verneuil, une excessive mortalité opératoire : dans un cas, il a opéré par le procédé de Roux, et a même réséqué une partie du maxillaire inférieur dégénéré ; le malade est mort d'inanition par alimentation insuffisante, et c'est de la sorte que meurent d'habitude les malades ainsi opérés. En terminant, M. Desprès fait observer que le pronostic du cancer varie suivant les sujets ; c'est une question d'âge ; l'évolution du cancer est lente chez les vieillards ; elle est au contraire très rapide chez les adultes ; elle doit être excessive chez l'enfant.

M. Verneuil reproche à M. Desprès de confondre l'épithélioma avec le cancer, et le mode de généralisation de l'un avec le mode de généralisation de l'autre. Il estime que s'il est possible d'attirer tout entière au dehors une langue saine, cela est impossible pour une langue dégénérée. L'écraseur linéaire, dit M. Verneuil, avec quelque prudence qu'on le manie, est un instrument infidèle lorsqu'on opère au voisinage de la racine des linguales. Avec faits à l'appui, il démontre que l'hémorrhagie est presque la règle en pareille occurence ; un seul instrument met sûrement à l'abri des hémorrhagies, c'est l'anse galvano-caustique, mais il faut avoir toute l'habileté opératoire de M. Trélat pour s'en servir avec sécurité.

M. L. Labbé a vu des hémorrhagies des linguales par l'écraseur linéaire ; mais, il est un moyen de les éviter, c'est la ligature préliminaire de ces artères.

M. F. Terrier n'a aucune expérience des cancers de la langue ; il se contentera donc de demander des éclaircissements à ceux de ses collègues beaucoup plus expérimentés que lui. M. Th. Anger, par exemple, fait jouer un rôle important à la lame fibreuse médiane de la langue, qui empêcherait le cancer de se propager d'une moitié à l'autre de l'organe. M. Terrier a cherché cette fameuse lame fibreuse, non seulement sur l'homme, mais encore sur plusieurs animaux ; or, il ne l'a jamais rencontrée. Comment s'y prendre pour la découvrir ? Il demande en outre, à M. Labbé, en quel point, il fait sa ligature préliminaire des linguales. La fait-il en avant ou en arrière du ventre postérieur du digastrique ? et s'il la fait en avant, comment, sectionnant la langue avec des ciseaux, empêche-t-il l'artère dorsale de saigner ? Comment n'a-t-il jamais eu d'hémorrhagies ?

M. Marc Sée a cherché lui aussi, à plusieurs reprises et avec beaucoup de soins, la lame fibreuse médiane ; il a trouvé du tissu cellulo-graisseux très lâche, qu'il est plus ou moins facile de convertir en membrane par la dessicca-

tion, mais de lame, jamais; elle ne paraît exister que dans les livres. Et si elle existait, comment ces fibres musculaires pourraient-elles s'entrecroiser d'une moitié à l'autre de la langue? Du reste, ne voit-on pas souvent des ganglions bilatéraux dans le cas de cancer unilatéral?

M. CAMPENON présente, en l'absence de son maître M. le professeur TRÉLAT, un malade atteint d'un curieux *abcès froid ganglionnaire du cou*, et chez lequel M. Trélat a fait le grattage de la paroi interne de l'abcès. La guérison a été complète en six jours. P. MÉRICAMP.

Séance du 8 *décembre* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement de l'épithélioma de la langue. M. TERRILLON apporte trois observations d'épithélioma de la langue. Dans deux cas de cancer propagé, il a fait l'ablation totale de la langue par un procédé approchant du procédé de Regnoli; et, pour empêcher le moignon lingual de tomber en arrière et de de déterminer des accès de suffocation, il l'a fixé en avant au moyen d'un fil. Le résultat opératoire a été bon. La troisième observation est celle d'une femme de 3? ans, qui portait sur le bord gauche de la langue une petite tumeur ulcérée. Le diagnostic étant incertain, M. Terrillon hésita fort longtemps à l'opérer: et ce, n'est qu'après sept mois d'attente, que la tumeur se caractérisant assez nettement, il se décida enfin à l'enlever. M. Terrillon n'a pas observé de récidive chez cette malade: mais, se rappelant d'autre part que le patient était une femme, et une femme jeune, il se demande s'il n'a pas fait une erreur de diagnostic. Quant au raphé fibreux médian de la langue, M. Terrillon en fait un cas médiocre.

M. DESPRÈS. Les longues survies sont tellement exceptionnelles après l'ablation des tumeurs épithéliomateuses de la langue, qu'il croit, comme M. Terrillon, et beaucoup plus que lui, à une erreur de diagnostic. C'est une grande faute d'opérer des épithéliomas propagés, d'opérer un malade en état de cachexie cancéreuse. M. Desprès soutient qu'il est tout aussi simple d'enlever une langue par la bouche que par la région sus-hyoïdienne. Les résultats opératoires, et surtout les résultats thérapeutiques, se valent malheureureusement: la récidive est toujours au bout.

M. VERNEUIL trouve singulière l'insistance que met M. Desprès à oublier les nombreux cas de longue survie et même de non-récidive que plusieurs chirurgiens ont cités dans la discussion pendante; comme si, en supprimant le plus de ganglions possible pendant l'opération, on ne supprimait pas de grandes chances de généralisation. Il est vrai que M. Desprès fait volontiers un cachectique de tout épithéliomateux qui a un ganglion.—M. Verneuil annonce que, ce matin, pour la première fois, il a fait l'opération de Roux pour un épithélioma lingual (section de la symphise du menton); il s'en est très bien trouvé, ce qui prouve une fois de plus qu'il n'est pas de mauvais procédés, et que tout procédé, même défectueux, peut devenir à un moment donné le procédé de choix.

Luxation congénitale du genou. M. GUÉNIOT lit un intéressant rapport sur une observation de luxation congénitale du genou. La jambe était totalement renversée sur la face antérieure de la cuisse et pouvait même la toucher. Il était possible de réduire la luxation, mais rien n'était plus facile au chirurgien que de la reproduire. La luxation a été définitivement réduite, et il y a tout lieu de croire que la guérison s'est maintenue. Dans une autre observation, la luxation est reconnue aussitôt après l'accouchement: ici encore, la jambe pouvait toucher la face antérieure de la cuisse; l'enfant avait été retiré par les pieds. La mère n'avait jamais fait de chutes, n'avait jamais reçu de coups sur le ventre. La luxation serait-elle le fait d'une contraction utérine?

M. NEPVEU lit un substantiel rapport sur une observation de M. Pilate (d'Orléans) intitulée: *Kyste dermoïde fibreux et ossifère du testicule chez un jeune homme de* 18 *ans.* Un kyste très volumineux, à épithélium pavimenteux, est appendu au testicule; un second, de moindre volume, s'est pour ainsi dire coiffé du parenchyme testiculaire. Il s'y est tellement coiffé qu'il paraît être intra-testiculaire.— Cette observation serait, d'après M. Pilate, un exemple d'inclusion intra-testiculaire. Mais M. Verneuil n'a-t-il pas, dit depuis longtemps, que les inclusions intra-testiculaires sont encore à démontrer?

M. VERNEUIL. Il n'existe pas encore d'exemples probants d'inclusion intra-testiculaire; l'observation de M. Pilate n'est pas plus concluante que les autres; la vérité est que, dans cette pièce de M. Pilate, le testicule a simplement coiffé l'un des kystes; l'inclusion n'est qu'apparente.

M. DESPRÈS nie également l'inclusion intra-testiculaire. La tumeur paraît s'être développée dans le méso de l'épididyme.

M. FARABEUF. Il est manifeste que, sur la pièce, l'un des kystes est dans le testicule; y est-il venu, en est-il sorti? là est toute la question.

Kyste périostique du maxillaire supérieur. M. MAGITOT lit un rapport sur une observation de M. le Dr Rédier (de Lille), observation intitulée: *Périoste alvéolaire. Kyste périostique de la première molaire supérieure. Envahissement du sinus maxillaire. Suppuration du kyste. Extraction de la dent malade. Ostéite et nécrose du maxillaire supérieur. Guérison.* Voici les détails principaux de l'observation: le kyste a eu une évolution très lente, de trois années; pendant cet intervalle, il a envahi le sinus maxillaire; de là, déformation notable de la joue.

Un jour, le malade reçoit un coup de tête sur la face; la poche suppure; réaction fébrile intense; on extrait une dent, des flots de pus s'écoulent par l'alvéole, en même temps que des débris de la poche.

Mais le drainage de la poche ayant été peu ou point fait, les pansements ayant été interrompus, le maxillaire supérieur a été pris d'ostéite; le canal sous-orbitaire lui-même a été intéressé; d'où, anesthésie du nerf pendant une année environ. M. Magitot insiste sur ce fait que le drainage a été à peu près nul; si, comme cela eut dû être pratiqué, on avait laissé un tube en permanence, tube métallique ou tube élastique, le malade n'aurait point eu d'ostéite et la guérison aurait été incomparablement plus prompte.

M. TERRILLON a également observé un cas intéressant de kyste périostique; le kyste avait un diamètre de 5 à 6 centimètres, des accidents aigus avaient déjà éclaté; ils ont disparus dès que le drainage a été pratiqué, et le kyste s'est effacé.

M. FARABEUF a soigné une malade atteinte de kyste périostique, deux incisions sont pratiquées à de longs intervalles, au niveau de la gencive; le kyste continue à s'accroître, une dernière tentative est faite au bout de plusieurs années. M. Farabeuf se propose non seulement d'ouvrir le kyste, mais encore d'en modifier les parois; il procède donc à une troisième incision, et constate alors que le kyste, qui fait une saillie appréciable du côté de la gencive, a déjà envahi le sinus maxillaire qu'il remplit presque en totalité. Mais il est indépendant des parois du sinus; il flotte dans sa cavité et est susceptible d'engendrer un bruit de drapeau. M. Farabeuf *draine* le kyste, et la guérison est obtenue. M. Farabeuf fait observer que les kystes périostiques peuvent pénétrer de deux façons dans le sinus maxillaire: 1° en traversant la paroi inférieure du sinus; 2° en refoulant cette paroi et en s'en revêtant. P. MÉRICAMP.

REVUE D'ANATOMIE

VI. Traité d'Anatomie générale appliquée à la médecine; par L. O. CADIAT, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Tome Ier, avec 210 figures dessinées par l'auteur. Paris, 1879. V. A. DELAHAYE et LECROSNIER, éditeurs.

VII. Manuel d'anatomie descriptive; par le Dr L. MOYNAC. Tome Ier, avec 236 figures. Paris, 1880. H. LAUWEREYNS, éditeur.

VI. — M. L.-O. Cadiat vient de faire paraître le tome premier d'un traité d'anatomie générale appliquée à la médecine. Ce volume, précédé d'une introduction de M. le professeur Robin, contient un exposé des phénomènes généraux de la formation embryonnaire et l'étude des éléments anatomiques, des tissus et des systèmes.

« La vie n'est pas une émanation d'un principe abstrait, indivisible, animant les êtres, mais la résultante d'une multitude de forces distinctes. Chacune de ces forces a son origine dans les propriétés spéciales des parties élémentaires composant les organismes. » Cette formule-théorie de Bichat est aussi celle de M. Cadiat, qui la place en tête de la préface d'un livre qui tend à la démontrer. Observer avec une méthode consciencieuse les éléments qui constituent ces forces, tirer de cette étude et en s'aidant des données fournies par les autres sciences accessoires de la biologie, les déductions qu'elle paraît légitimement comporter, enfin appliquer ces déductions à la pratique médicale : tel est le but que se propose l'auteur dans le travail qu'il livre à la publicité et aux rigueurs de la critique.

Aussi, ce traité d'anatomie générale ne doit pas être complètement assimilé aux traités déjà parus; il s'en rapproche par la multiplicité et l'extrême vigueur des détails techniques, c'est le manuel d'histologie ; mais il en diffère par les déductions applicables à la pathologie générale et même à la pratique médicale. Car M. Cadiat est un croyant : il pense et vous entraîne à penser avec lui « que toutes les maladies spontanées, toutes celles qui ne sont pas engendrées par une action extérieure violente, sont des maladies de systèmes »: et il ne doute pas que la thérapeutique ne devienne plus efficace, le jour où elle saura s'attaquer, dans toutes les maladies, à la source du mal, au système malade.

L'ouvrage est divisé en deux parties : la première étudie les éléments anatomiques qu'elle envisage et décrit depuis leur naissance jusqu'à leur parfait développement; la seconde a pour objet les systèmes anatomiques.

Le chapitre I est consacré à quelques préliminaires sur les divisions et le but de l'anatomie générale que M. Cadiat définit : « la science qui a pour but l'étude des parties composantes des êtres vivants et la recherche des lois de leur organisation. » Il se termine par les applications médicales de la notion système, écrites avec une foi entraînante.

L'étude des propriétés de la matière organisée, de ses altérations et de sa destruction, fait l'objet du chapitre II. C'est l'occasion pour M. Cadiat de repousser, avec le professeur Robin, à propos de la maladie dans la matière organisée, les théories qui attribuent les maladies miasmatiques et virulentes à l'introduction d'animaux ou de végétaux dans l'organisme.

Le chapitre III étudie la cellule végétale et la cellule animale, semblables en tout, même dans les réactions chimiques de leurs parties constituantes. « Les cellules naissent, dit M. Cadiat, quelquefois par génèse ou génération spontanée, plus souvent par segmentation (épithéliums) ou par gemmation (globules polaires). La cellule naît et meurt, là se borne toute sa pathologie. » C'est le procès à Virchow, qui attribue à la cellule ce qui revient aux organes.

Pour comprendre le développement des systèmes anatomiques, il faut les prendre à leur origine et les suivre dans leur évolution. C'est là un excellent précepte que l'auteur pose et poursuit dans son chapitre IV : notions préliminaires pour servir à l'histoire du développement des systèmes anatomiques. M. Cadiat décrit d'abord les phénomènes dont l'œuf est le théâtre, en prenant comme type l'œuf des oiseaux, le plus facile à vérifier; puis il passe au développement de l'embryon. Pour éclairer un peu ce sujet difficile, il a choisi une méthode excellente qui consiste à décrire d'abord l'aspect extérieur de l'embryon à des époques déterminées, de dix en dix heures, puis, à présenter des coupes correspondantes à ces époques. M. Cadiat appelle cette méthode la méthode des projections et des coupes; de nombreuses figures font saisir les transformations que le texte décrit avec précision et clarté. Deux propositions fondamentales ressortent pour l'auteur de l'étude embryogénique des tissus : 1° un élément, en suivant sa courbe évolutive, ne revient jamais en arrière, c'est-à-dire vers son époque embryonnaire; 2° un élément n'est généralement qu'à une certaine période de son existence.

Le chapitre V contient l'histogénèse des éléments anatomiques, leur description et l'analyse de leurs propriétés physiologiques.

Avec le chapitre VI, commence la deuxième partie du livre qui comprend l'étude des systèmes anatomiques. Système épithélial : M. Cadiat divise les épithéliums en tégumentaire, intestinal, lamellaire, glandulaire, des organes génitaux, en cellules à cils vibratiles. Système lamineux ou conjonctif : les idées de l'auteur à ce sujet sont celles de Velpeau, Chassaignac, Richet et surtout du professeur Robin. M. Cadiat fait suivre l'étude de ce système d'un résumé et d'une discussion des diverses hypothèses émises sur la nature, la constitution et les propriétés physiologiques du tissu conjonctif. Ce paragraphe présente un haut intérêt.

Viennent ensuite : les systèmes tendineux avec la régénération des tendons comme déduction pathologique, fibreux, de la corde dorsale, élastiques, cartilagineux, de la moelle des os à laquelle l'auteur refuse le rôle hématopoiétique, osseux avec son développement et ses maladies.

Le chapitre XV étudie le système des séreuses ; le développement des séreuses splanchniques y est longuement exposé et figuré dans de nombreuses planches. Les trois séreuses, péricarde, plèvre, péritoine, dérivent toutes de la fente pleuro-péritonéale ; elles apparaissent suivant l'ordre de formation des organes dont elles dépendent : le péricarde apparaît le premier comme le cœur, le péritoine vient ensuite, la plèvre en dernier lieu. Le diaphragme se développe aux dépens de la paroi inférieure du péricarde primitif.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des systèmes artériel, veineux et capillaire. M. Cadiat considère le cœur comme une dépendance du système veineux, pour des raisons tirées de l'anatomie de structure, de l'anatomie comparée et de l'embryogénie. Il définit les capillaires par leur situation « les vaisseaux intermédiaires aux artères et aux veines », trouvant irrationnelle la définition tirée de la structure. Avec Henle et Ch. Robin, M. Cadiat décrit : 1° des capillaires de première variété à une seule tunique non contractile ; 2° des capillaires de 2e et 3e variété avec parois contractiles.

L'étude du système lymphatique finit ce premier tome. M. Cadiat fait naître les lymphatiques de *réseaux capillaires fermés*, en tout comparables aux réseaux capillaires sanguins ; il a vu les *capillicules* et les *lacunes* décrits par M. Sappey, mais il n'a pas vu leur communication avec les vaisseaux sanguins.

Nous avons essayé seulement dans cette analyse de donner une idée exacte des opinions de l'auteur sur les points les plus discutés de la science, et de signaler les parties originales de l'ouvrage. Nous devons ajouter que ce livre est écrit d'une plume facile qui en rend la lecture agréable, ce qui a bien son charme dans un ouvrage d'histologie ; les descriptions y sont clairement exposées, didactiques et très générales à la fois.

VII. M. Moynac, qui fait de l'anatomie et des jeux de mots, a pensé qu'il était *opportun* de procéder à une condensation des notions aujourd'hui si complexes de l'anatomie, tant descriptive que chirurgicale, et de l'histologie, et il a publié le premier volume d'un nouveau Manuel.

Nous n'aurions rien à dire de ce Manuel, qui ne vaut ni pire ni mieux que les autres produits du même genre, si on n'avait affublé sa petitesse du titre un peu ambtieux de « Manuel de l'amphithéâtre. » Ce n'est pas à M. Moynac que nous apprendrons que, dans un Manuel, on énumère plutôt qu'on ne décrit. Quand on veut disséquer avec fruit, on emporte son Sappey ou son Cruveilhier : avec un Manuel, on fait de l'anatomie en chambre à la veille d'un examen.

P. Poirier.

Association des médecins de la Seine. — Dans sa dernière séance, la Commission générale a déclaré vacante la bourse fondée par l'Association au Lycée Saint-Louis, à Paris. Cette bourse, conformément à l'acte de donation du Dr Moulin, est fondée « en faveur du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, Français, reçu dans une Faculté française, pauvre et malheureux, membre ou non de l'Association, vivant ou décédé, que l'Association choisira et désignera. » Les demandes avec les pièces à l'appui devront être adressées, avant le 1er février 1881, à M. le Dr Genouville, 47, rue de Rennes, à Paris.

REVUE MÉDICALE

Élongation des nerfs (CRÉDÉ, GEN AND POOLEY : *on Nerve-Stretching*. In *the London Med. Record*. 15 oct. 1880.)

Le Dr Crédé (de Dresde) a présenté à la dernière séance de la Société de chirurgie allemande un malade auquel il a pratiqué l'élongation et la division du nerf maxillaire inférieur, pour une névralgie qui disparut après cette opération.

Cette communication a été suivie d'une longue discussion sur les indications de l'*élongation des nerfs*.

Esmarch a pratiqué sept fois cette manœuvre avec succès; l'élongation du plexus brachial chez un ataxique lui a donné un excellent résultat.

Trendelenburg n'a obtenu qu'un seul succès sur six cas et se demande si l'étirement des nerfs est réellement indiqué dans le tétanos et l'ataxie locomotrice. Sonnenburg l'a toujours vu échouer dans le tétanos. — Vogt fait remarquer qu'il faut faire subir aux nerfs une élongation violente, et qu'on doit s'en tenir aux gros troncs nerveux. Langenbuch a vu survenir des rechutes chez les ataxiques qu'il a opérés; Nussbaum a, d'ailleurs, observé le même fait dans un cas de névralgie intercostale.

Le Dr Gen (*Voyenno Meditsinsky* cité dans le *New-York medical Record*, août 1880) a relevé 73 cas d'élongation des nerfs dont les résultats ont été les suivants ;

	NOMBRE de cas.	GUÉRISON	AMÉLIORATION	DÉCÈS
Névralgies traumatiques . . .	6	4	1	»
Névralgies d'origines diverses	14	10	3	1 par hémorrhagie
Attaques convulsives.	6	4	»	»
Epilepsie partielle	1	1	»	»
Tétanos	16	7	»	6
Lèpre anesthésique.	30	»	30	»

Un certain nombre d'expériences ont été entreprises dans le laboratoire de M. le professeur Tarchanoff dans le but de déterminer le mode d'action de l'élongation des nerfs qui reste jusqu'ici inconnu. Un étirement même violent, avec une force moitié de celle qui produirait la rupture du nerf en augmente l'irritabilité et la conductibilité. L'irritabilité réflexe n'est aucunement modifiée lorsqu'on n'agit qu'avec une force modérée; elle est diminuée si on emploie une force assez considérable. L'élongation d'un nerf influe en outre sur son congénère du côté opposé, ce qui prouve bien qu'elle n'agit pas seulement sur les régions périphériques comme le voudrait Vogt, mais aussi sur les centres spinaux. On trouve, au microscope, des traces d'hyperémie et des hémorrhagies capillaires ; les cylindres-axes et la myéline peuvent être divisés, mais la gaîne de Schwann est intacte.

Le Dr Pooley (*New-York med. Record*. 1880, p. 173) a également rapporté 44 observations d'élongations nerveuses pratiquées dans diverses névralgies et en particulier dans la sciatique, et il paraît aujourd'hui établi que ce traitement doit être essayé dans les cas invétérés; chez tous ces malades, l'élongation du nerf n'a pas seulement pour résultat de faire cesser la douleur, mais encore de modifier très heureusement les troubles trophiques divers qui s'y trouvent fréquemment associés.

L'élongation des nerfs est loin de présenter les mêmes avantages dans les affections convulsives locales que dans les névralgies simples. Quant au tétanos traumatique, M. Pooley estime que, dans l'état actuel de nos connaissances, la chirurgie ne peut considérer l'élongation des nerfs comme un traitement suffisant et doit y ajouter les autres médications en usage, choral, ésérine, etc. H. D'OLIER.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon, vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Vincent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de l'art des accouchements; par NÆGELE et GRENSER. 2e édition française, traduite, annotée et mise au courant des derniers progrès de la science, par AUBENAS. — 1 vol 816 p. avec 229 fig. Paris, 1880, J.-B. Baillière éditeurs.

Une seconde édition du livre de Nœgele et Grenser, traduit par Aubenas, vient de paraître. Cette seconde édition française a été faite sur la huitième édition allemande, la dernière publiée par Grenser avant sa mort. Nous n'avons pas à faire l'éloge du l'éloge du livre de Nægele qui fut longtemps classique en Allemagne. M. Aubenas s'est efforcé, par des notes ajoutées à la première édition (1869) et par d'autres notes ajoutées à l'édition actuelle, de mettre ce livre au courant de la science. Il a obtenu, en grande partie, le but qu'il se proposait, la plupart des questions discutées pendant ces dernières années ont été résumées et exposées d'une façon topique. D'assez nombreuses figures rendent facile à comprendre la description des instruments nouveaux. Il existe cependant quelques lacunes; parmi les plus importantes, nous signalerons les suivantes : aucune allusion n'est faite aux recherches de Verneau sur le Bassin, aux travaux de Ribemont sur l'anatomie topographique du fœtus, aux mémoires de Barnes, de Goodell (de Philadelphie), de Duncan, de Champetier de Ribes, etc. sur le mécanisme de sortie de la tête venant la dernière dans les rétrécissements du bassin, travaux qui ont une grande importance lorsqu'on discute la conduite à tenir dans le cas de viciation du pelvis et qui ont été bien résumés, coordonnés et complétés par le Dr Champetier. Les mémoires publiés par les auteurs anglais et américains sur le placenta prœvia et sur d'autres sujets n'ont peut-être pas toujours obtenu l'attention qu'ils méritent. A part ces quelques reproches, on doit reconnaître que la lecture du livre de Nægele et Grenser traduit et annoté par Aubenas sera utile aux médecins, et surtout leur permettra de se mettre facilement au courant de la science.

P. B.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la bronchite chronique;

Par le Dr D. DUPONT.

Les traités de pathologie les plus récents constituent des guides excellents pour les étudiants ; pour les médecins, ils ne sont qu'un mémento utile.

J'ai dit « utile » ; je voudrais dire « précieux, » mais je suis obligé, à mon grand regret, de m'en tenir à la première épithète, parce qu'une chose manque à ces Manuels : le traitement, la chose importante pour le praticien, est souvent écourté et incomplet.

Suivant en cela une pente trop naturelle de notre temps, les auteurs ont un peu négligé la thérapeutique des affections dont ils décrivent si bien les symptômes, et on est arrivé, en somme, à faire, des lecteurs, des savants toujours habiles en matière de diagnostic, quelquefois embarrassés ou insuffisants quand vient le moment d'opposer au mal la médication qu'il comporte.

Voici un exemple de l'ommission que je signale :

Au chapitre des maladies de l'appareil respiratoire traitant de la bronchite chronique, les auteurs exposent parfaitement et les signes et les causes et les lésions anatomiques de l'affection, puis, quand ils arrivent au traitement, ils se contentent d'indiquer la créosote, l'iodoforme, le goudron, la térébenthine, l'iode et l'arsenic.

Pourquoi omettent-ils la médication sulfureuse, dont l'association avec les balsamiques donne de si beaux résultats ?

Est-ce que ce mode de traitement n'est pas connu depuis un temps immémorial ? son efficacité n'a-t-elle plus pour elle la consécration des siècles ? Giacomini n'a-t-il pas écrit, dans son *Traité expérimental des remèdes*, cette phrase caractéristique : « Le titre de *baume pulmonaire*, donné au soufre par les anciens, dénote la grande confiance qu'ils

avaient dans l'action salutaire de cette substance contre les maladies thoraciques. »

Je ne voudrais pas paraître vouloir rappeler aux auteurs des écrits respectés qu'ils connaissent mieux que moi ; mais il me suffira de redire les noms de Grisolle, de Chomel, d'Orfila, d'Alibert, de Barthez, de Smett, de Stahl et d'Hofman, tous partisans de la médication par le soufre, pour qu'ils veuillent bien reconnaître l'omission qui m'a frappé dans leurs livres,

Si Galien proclamait, il y a près de deux mille ans, l'utilité du soufre contre les vieilles sécrétions bronchiques, en envoyant en Sicile ses malades soupçonnés de phthisie, pour leur faire respirer l'air des volcans ; de notre temps aussi, on reconnaît les avantages du soufre et des préparations qui en dérivent. Dans le dernier monument élevé à la littérature médicale, dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, on lit : « Lorsque le catarrhe se prolonge, sans réaction fébrile, on a utilement recours à l'usage interne des sulfureux. » Aux sulfureux on ajoute, — tous les cliniciens sont d'accord sur ce point, — quelque substance résineuse telle que la térébenthine ou le goudron, association qui est réalisée d'une façon heureuse dans le sirop de Crosnier, dont l'Académie de médecine a approuvé la formule dans sa séance du 7 août 1877.

Les auteurs voudront bien, je l'espère, dans leur prochaine édition, combler la lacune que je leur signale, et ils feront à la médication sulfureuse la place qui lui est justement due (*Gazette des hôpitaux*).

CORRESPONDANCE

Les Universités et les Laboratoires en Allemagne (1).

Bonn sur le Rhin, 13 août 1880.

Mon cher Directeur,

L'Institut anatomique de l'Université de Bonn n'est pas moins remarquable que l'Institut chimique, sur lequel je viens de m'étendre si longuement. De proportions plus modestes que celui-ci, il n'en constitue pas moins un bel et vaste édifice, parfaitement adapté au but pour lequel il a été construit.

Cet Institut est dirigé par deux professeurs, M. von Leydig, qui enseigne l'anatomie comparée et M. le baron de La Valette Saint-George, qui enseigne l'anatomie humaine. Tous deux sont suffisamment connus pour que je n'aie point à rappeler ici leurs titres. M. Leydig s'est rendu célèbre par d'importants travaux d'anatomie et d'histologie comparées. C'est un travailleur infatigable et un histologiste de cette vieille école qu'on cherche tant à dénigrer maintenant, mais qui comptait pourtant des hommes d'une haute valeur. On oublie trop vite que les travailleurs de cette école, sans avoir à leur disposition les méthodes rigoureuses auxquelles on a recours aujourd'hui, ont pourtant fait des découvertes de premier ordre. M. Leydig est de ceux-là. Homme doux et affable autant que savant distingué, il laisse le meilleur souvenir à ceux qui ont pu l'approcher. Pour ma part, je n'oublierai jamais de quelle sollicitude il m'a entouré, pendant les quelques semaines que j'ai passées dans son laboratoire, en 1878.

M. de La Valette Saint-George, ancien assistant de Max Schultze, a succédé à son maître dans la chaire d'anatomie humaine et d'histologie. Il a pris encore, à sa mort, de commun avec M. le professeur Waldeyer (de Strasbourg), la direction de l'*Archiv für mikroskopische Anatomie*. M. de La Valette Saint-George descend d'une famille française qui a émigré en Allemagne, à la suite de la révocation de l'Edit de Nantes. Il parle très élégamment notre langue. Lors de la dernière guerre, il a eu du moins la pudeur de se rappeler que ses ancêtres avaient été des Français et il s'est tenu à l'écart, ne voulant prendre ostensiblement parti ni pour sa nouvelle patrie contre l'ancienne, ni pour son ancienne patrie contre la nouvelle. Semblable réserve n'a pas été observée alors par tous ceux qui se trouvaient dans le même cas que M. de La Valette Saint-George : nous n'en voulons pour preuve que l'attitude prise alors par le professeur de physiologie de l'Université de Berlin, M. E. du Bois-Reymond, qui, dans une circonstance solennelle, en novembre 1870, s'excusait publiquement de porter un nom français et déclarait « en rougir. » M. du Bois-Reymond descend d'une famille française émigrée en Suisse, puis venue longtemps après en Allemagne.

Mais, nous voilà bien loin de l'Institut anatomique de Bonn. Avant d'arriver à sa description, complétons les renseignements relatifs au personnel. En 1878, M. Leydig avait pour assistant M. le Dr Max Weber, actuellement professeur d'anatomie à Utrecht; la place est maintenant vacante. M. de La Valette Saint-George a pour prosecteur M. N. Zuntz, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine, et pour assistant M. Nussbaum, *privat-docent*. Pendant tout le semestre d'hiver, c'est-à-dire depuis le 15 octobre jusqu'à Pâques, MM. de La Valette et Zuntz dirigent tous les jours les dissections, de 9 heures à 4 heures. En été, le matin seulement, à partir de 6 heures et demie ou 7 heures, il dirigent les exercices pratiques d'histologie et d'embryologie.

L'Institut anatomique a coûté environ 450 000 fr. de construction et 25 000 d'installation, soit un total de 475 000 francs (1).

L'Institut se compose d'un rez-de-chaussée élevé sur un sous-sol et surmonté d'un étage. Au sous-sol, se trouvent le logement du portier (composé de cinq ou six vastes pièces tres-claires, très salubres, s'ouvrant de plein pied sur un vaste jardin entouré de murs), un logement analogue occupé par un autre serviteur, les salles où on injecte les cadavres, des salles où l'on conserve les grenouilles pour les recherches histologiques, des aquariums nombreux et alimentés par un courant d'eau ininterrompu, des chambres à macération pour les cadavres, des salles où, en hiver, on garde les cadavres en réserve, les calorifères, etc.

On entre dans l'Institut par un vaste vestibule circulaire, au-dessus duquel se trouve, au premier étage, l'amphithéâtre (*auditorium* ou *Hörsaal, salle où l'on écoute*) que soutiennent d'élégantes colonnes. Quelques marches conduisent à un corridor qui court tout le long de la façade de l'Institut et dans lequel débouchent les salles de dissection : celles-ci, au nombre de trois ou quatre, sont parquetées et d'une rare propreté; de larges fenêtres les éclairent et un excellent système de ventilation fait qu'on n'y respire jamais d'air vicié. Aussitôt la dissection terminée, les cadavres sont du reste enlevés et descendus dans le sous-sol jusqu'au lendemain.

Les cadavres sont suffisamment nombreux, ce qui fait que jamais un étudiant ne dissèque un même corps pendant cinq ou six semaines et même plus, comme cela se voit malheureusement tous les jours à notre École pratique. En moyenne, dans un semestre, chaque élève a pu disséquer un cadavre tout entier. L'étudiant n'est point laissé libre d'étudier telle ou telle partie, mais le professeur, qui ne quitte pas les travailleurs un seul instant et qui préside, pour ainsi dire, à chaque coup de scalpel, distribue lui-même la besogne. L'un devra disséquer la jambe, tandis qu'un autre étudiera le bras ou la tête ; celui qui aura disséqué le bras prendra la jambe du cadavre suivant. De la sorte, on est sûr que, dans un semestre, un étudiant aura vu au moins la plus grande partie de l'anatomie, et il ne pourra jamais se produire de faits du genre de celui que je vais rapporter. Lorsque je disséquais à l'Ecole pratique, comme nous étions entièrement livrés à nous-mêmes, les prosecteurs n'étant alors utiles en général qu'à ceux qui

(1) Voir les nos 44 et 45.

(1) On s'exposerait à de graves erreurs en cherchant à se représenter quel bâtiment et quelle installation on pourrait avoir à Paris ou dans toute autre ville de France pour cette somme de 475000 francs. Il ne faut pas perdre de vue, qu'en Allemagne, le salaire de l'ouvrier est infiniment moins élevé que chez nous, et que la matière première y est à très bon marché. C'est à cela que tient ce fait qu'on peut, pour une somme relativement très faible, faire construire des édifices véritablement grandioses. Ces édifices sont du reste, le plus souvent, construits en briques : la pierre de taille est très rare outre-Rhin.

étaient assez riches pour leur prendre des leçons particulières, nous préparions telle partie qui était à notre convenance. Les premiers venus se réservaient invariablement les membres et laissaient au dernier la tête, plus difficile à étudier. Je connaissais alors un étudiant qui, en deux hivers, avait disséqué cinq fois la tête et n'avait jamais pu toucher à un muscle du bras ou de la jambe! Pour être juste, il convient d'ajouter que, depuis que M. Farabeuf est devenu chef des travaux anatomiques, ce déplorable état de choses a disparu et que l'enseignement de l'anatomie est enfin organisé chez nous aussi.

L'Institut anatomique de Bonn ne tire point ses cadavres des hôpitaux, mais les fait venir des prisons de toute la Westphalie. Ils sont amenés par chemin de fer et voyagent sans qu'on y fasse plus attention qu'à un colis ordinaire. Lorsqu'on reçoit plus de cadavres qu'il n'en faut, on les conserve dans une glacière, construite dans le jardin de l'Institut, et qui peut en contenir au moins trente : ils peuvent rester là indéfiniment, à l'abri de la putréfaction. D'autres sont encore conservés dans de vastes auges en bois doublées de zinc intérieurement, remplies d'alcool très fort. Grâce à ces réserves, on ne se trouve jamais pris au dépourvu, et, en toute saison, quand même la mortalité dans les prisons serait très faible, on peut toujours avoir une ample provision de cadavres, en sorte que les dissections ne sont jamais interrompues.

Pendant le semestre d'été, les salles de dissection (*Präparirsäle*) sont transformées en salles d'histologie. Les microscopes mis à la disposition des étudiants sont la propriété de l'Institut : ce sont des microscopes de Hartnack ou de Zeiss, ayant coûté chacun 110 marks. Les grenouilles, dont on fait alors une ample consommation, sont conservées dans un vaste bassin cimenté, construit dans le jardin et dont les bords à pic sont trop élevés pour permettre aux pauvres bêtes de s'échapper.

Au premier étage de l'Institut anatomique, on trouve, en face de l'escalier, un amphithéâtre pouvant contenir au moins cent auditeurs et dans lequel on peut, au moyen d'un ascenseur, hisser soit du sous-sol, soit des salles de dissection, les cadavres et la table sur laquelle ils sont placés.

Toute l'aile droite du premier étage est réservée à M. de Leydig, l'aile gauche à M. de La Valette Saint-George. La section de chacun de ces professeurs se compose de cinq ou six pièces, dont l'une est réservée au professeur, l'autre à l'assistant et les autres aux travailleurs. Le reste du premier étage est occupé par un musée anatomique qui comprend tout à la fois l'anatomie humaine et l'anatomie comparée. Il est loin d'être aussi riche que notre musée Orfila, mais il renferme quelques belles pièces préparées par Max Schultze, ou par MM. Leydig et Max Weber. C'est encore au premier étage que se trouvent les appartements du prosecteur et de l'assistant.

Deux garçons seulement font le service de cet Institut; tous deux y logent, et l'un d'eux remplit en même temps les fonctions de portier. Un conservateur, chargé spécialement du Musée, sert en même temps de garçon de laboratoire à M. Leydig; il habite en dehors de l'Institut.

Le budget total de l'Institut anatomique est d'environ 18500 marks. C'est sur cette somme que se prennent tous les traitements, sauf ceux des professeurs. Le prosecteur touche 2700 marks, l'assistant 1200 marks, le conservateur 1200 marks, chaque garçon touche environ 1000 marks. Il reste donc, déduction faite des traitements du personnel, environ 11400 marcks par an, et cette somme doit suffire à approvisionner l'Institut de cadavres, d'animaux, d'instruments, etc.

J'ai hâte d'arriver à l'Institut physiologique, à la tête duquel se trouve placé un savant d'un grand mérite, que nos lecteurs connaissent bien, M. le professeur Pflüger. Agé de 51 ans seulement, M. Pflüger est professeur à Bonn depuis l'âge de 30 ans; auparavant, il était attaché à l'Université de Berlin en qualité de *privat-docent* de physiologie. Il avait fait son éducation scientifique dans cette même ville, sous la direction de Joh. Müller. Nous ne dirons point ici les titres de gloire de M. Pflüger : nos lecteurs savent trop bien quelle est la haute valeur de ce savant modeste, qui pourrait prétendre en Allemagne aux plus hautes situations. Rappelons seulement que M. Pflüger est directeur d'un important journal, l'*Archiv für die gesammte Physiologie*, qui en est actuellement à son vingt et unième volume.

M. Pflüger est un travailleur infatigable, qui n'aime guère les visiteurs. Lorsque nous nous présentons chez lui, M. Regnard et moi, il nous reçoit pourtant avec une grande bienveillance et nous fait lui-même les honneurs de son Institut, dans lequel il occupe au rez-de-chaussée un superbe appartement. M. Pflüger est secondé par un seul assistant, M. le Dr Stintzing, qui n'habite pas l'Institut. Le service est fait par deux garçons logés à l'Institut.

L'Institut physiologique de l'Université de Bonn a coûté 342000 mk. de construction et 48 000 d'installation, ce qui fait un coût total de 390 000 mk. Son budget annuel est de 18 300 mk. sur lesquels on prélève 1200 mk. pour l'assistant et le traitement des garçons. En 1878, M. Pflüger avait deux assistants, l'un pour les vivisections, l'autre pour la chimie.

En parcourant l'Institut physiologique, on est tout surpris du peu d'instruments de physiologie qu'il renferme : en revanche, on trouve une installation chimique parfaite et de nombreux appareils pour les recherches de chimie organique. Cela tient à ce que, dans cette partie catholique de l'Allemagne, l'agitation anti-vivisectionniste est plus active que partout ailleurs et aussi à ce que, dans une petite ville comme Bonn, il est très difficile de se procurer des animaux. Le lapin et la grenouille sont à peu près les seules bêtes sur lesquelles le physiologiste puisse expérimenter, et, encore, ne doit-on guère compter sur le lapin, parce que les habitants, ne mangeant jamais cet animal, n'ont aucun intérêt à l'élever. Lorsqu'on veut expérimenter sur le chien, c'est bien une autre affaire : comme il n'y a point de fourrière où on se puisse procurer à bon marché des chiens trouvés errants sur la voie publique, on est obligé de s'adresser à des particuliers qui ne cèdent jamais leurs chiens à moins de 10 à 15 francs. On conçoit que, dans ces conditions, il soit très difficile de s'en procurer, de les avoir à bon marché et, qu'en outre, on ne doit guère trouver que de misérables roquets. C'est là ce qui explique pourquoi l'Institut de M. Pflüger est bien plutôt un laboratoire de chimie qu'un laboratoire de physiologie expérimentale, et pourquoi on n'y trouve ni instruments de vivisection, ni appareils à contention pour les diverses espèces d'animaux. Cet état de choses fait que M. Pflüger et son assistant sont à peu près seuls à travailler à l'Institut physiologique : les vivisections étant à peu près impossibles, et les recherches de chimie physiologique étant seules abordables, les travailleurs qui voudraient faire des recherches personnelles, s'en vont plutôt à l'Institut chimique, chez M. Kekulé.

Pour finir, il me resterait encore à parler de l'Institut physiologique en lui-même, à vous en décrire les salles, etc. Mais ce serait m'exposer à des redites nombreuses, car ce que je vous ai dit de l'Institut chimique peut s'appliquer, à très peu de choses près, à l'Institut physiologique. Il va sans dire que la disposition intérieure de ces deux Instituts n'est pas la même, mais ils semblent pourtant avoir été construits sur le même plan, en ce sens que, en outre d'une élégance et d'une commodité irréprochables, tous deux se composent d'un grand nombre de pièces vastes, bien éclairées, très salubres, toutes extrêmement bien adaptées au but auquel elles ont été destinées. J'aime donc mieux clore ici cette correspondance déjà trop longue et quitter Bonn pour Halle, d'où je vous enverrai ma prochaine lettre.

R. Blanchard.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr Vautrin est nommé chef des travaux anatomiques pour une période de dix ans.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Ardoin est nommé préparateur de chimie et de pharmacie en remplacement de M. Fabre démissionnaire.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Invitation à l'Administration d'étudier la question de l'isolement de la Maison municipale de Santé.

M. Bourneville expose que Mr du Cardonnoy a, par une pétition, signalé au Conseil la possibilité d'acheter un terrain et un immeuble sis, rue du faubourg Saint-Denis, 192, contigus à la Maison municipale de Santé.

La Commission rappelle que, dans sa séance du 8 mai, le Conseil a insisté pour l'acquisition des terrains voisins de la Maison municipale de Santé, afin : 1° d'y placer un laboratoire commun à tout le service médico-chirurgical, et 2° d'isoler complètement cet hôpital, de façon à pouvoir créer un service indépendant de varioleux. L'Administration, à la suite de réclamations, s'est, en effet, décidée à ne plus recevoir de varioleux dans la Maison municipale de Santé. Mais le public ignore cette défense, et il arrive que les malades atteints de variole, conduits à cet hôpital, n'y sont pas admis par le Directeur, et sont dirigés sur les hôpitaux, où ils prennent la place des malades indigents. Ces allées et venues multipliées ne sont pas sans inconvénients, aussi bien pour les malades que pour la population.

C'est pourquoi la 4e Commission saisit cette occasion pour demander au Conseil : 1° De renouveler le vote invitant l'Administration à profiter de toutes les occasions qui se présentent pour isoler la Maison municipale de Santé et pour établir, sur les terrains achetés, un service d'isolement et un laboratoire commun, à moins qu'il n'y ait possibilité de l'adjoindre à la salle d'autopsie ; 2° D'inviter l'Administration à examiner d'urgence le point spécial mentionné dans la pétition.

Ces conclusions sont adoptées. — On sait que le Conseil municipal, à maintes reprises, a invité également l'Administration à profiter de toutes les occasions pour isoler les différents bâtiments de Paris.

VARIA

Décret concernant les aspirants au doctorat en médecine et au titre de pharmacien universitaire de première classe appartenant au corps de santé de la marine.

Le Président de la République française. Sur la proposition du Président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, et du ministre de la marine et des colonies ; Vu les décrets du 14 juillet 1865 et 31 mai 1875 sur l'organisation du service de santé de la marine ; Vu l'article 41 du décret du 1er juin 1875, portant règlement sur les allocations de solde des officiers du département de la marine et des colonies ; Vu les décrets des 20 juin et 12 juillet 1878, portant règlement d'aministration publique sur les études et examens des aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de première classe ; Vu les décrets du 10 avril 1869 et 3 juin 1879 sur les conditions à remplir par les aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de première classe qui appartiennent au service de santé de la marine ; Vu la loi du 18 mars 1880, relative à la liberté de l'enseignement supérieur ; le Conseil d'amirauté entendu ; Décrète :

Article premier. — Les aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien universitaire de première classe appartenant au corps de santé de la marine en qualité de médecins ou de pharmaciens de deuxième classe pourront obtenir : 1° la concession simultanée des inscriptions nécessaires pour parvenir, soit au doctorat soit au titre de pharmacien universitaire de première classe ; 2° la dispense des droits de bibliothèque et des frais relatifs aux travaux pratiques, aux examens de fin d'année et semestriels, aux certificats d'aptitude pour les examens et la thèse, et aux diplômes, de sorte qu'ils n'aient plus à acquitter, par eux-mêmes ou par le ministère de la marine et des colonies, que les frais relatifs aux examens de fin d'étude pour les pharmaciens, et, pour les médecins, ceux concernant les examens ou épreuves, et la thèse. Ces avantages ne leur seront accordés que sous la condition de se vouer, pendant cinq années au moins, au service de santé de la marine, condition qui sera garantie au moyen d'un engagement souscrit par le candidat et dûment accepté par le ministre de la marine et des colonies. Un double dudit engagement sera transmis au département de l'instruction publique avec les autres pièces établissant le droit aux dispenses prévues par le présent décret. Les médecins et les pharmaciens de première classe qui, au moment de la promulgation du présent décret, ne seront pas pourvus des diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe, pourront obtenir les mêmes avantages sur la proposition des autorités maritimes, sans être obligés de souscrire l'engagement de cinq ans. — Les congés à solde entière pour se présenter devant les Facultés seront exclusivement accordés désormais aux médecins et pharmaciens de deuxième classe qui auront accompli dans leurs grades une période régulière de service à la mer ou aux colonies.

Art. 2. — L'engagement que les postulants ont à souscrire, en exécution des dispositions ci-dessus, est conçu dans les termes suivants « Je soussigné, médecin (ou pharmacien de deuxième classe de la marine), ayant l'intention de me présenter aux examens du doctorat (ou de pharmacien universitaire de première classe) devant la Faculté de médecine de .... (ou l'école supérieure de pharmacie de..... ou la Faculté mixte de médecine ou de pharmacie de .....), ai l'honneur de solliciter la concession simultanée des inscriptions et la remise des frais universitaires mentionnés en l'article 1er du décret du 27 novembre 1880.

Je déclare m'engager à continuer pendant cinq années, après ma réception, mes services dans le corps de santé de la marine. Si des circonstances indépendantes de ma volonté me forçaient à offrir ma démission avant l'expiration de cette période, et dans le cas où elle serait acceptée, je m'engage à restituer au Trésor public la totalité des frais qui auront été la conséquence de la présente demande.

Fait à....., le ..... 188 .

(Signature.)

Vu pour la légalisation de la signature de M. ....., apposée en ma présence.

Le directeur du service de santé.

(Signature.)

(Timbre et cachet du port.)

L'engagement dont la formule précède est écrit tout entier de la main du postulant sur papier timbré et en double expédition.

Art. 3. — Quatre ans de service constatés, soit en qualité d'élève, soit en qualité de médecin ou de pharmacien dans un des hôpitaux de la marine, à bord des bâtiments de l'État ou dans les colonies, donneront droit à l'équivalence des seize inscriptions prescrites dans les Facultés de médecine ou des douze exigées dans les écoles supérieures de pharmacie.

Art. 4. — Les aspirants aux diplômes universitaires qui auront été l'objet des concessions prévues par les articles 1er et 3 du présent décret seront admis à subir sans interruption et successivement les examens exigés par les décrets des 20 juin et 12 juillet 1878. — Le service dans les hôpitaux de la marine, à bord des bâtiments de l'Etat ou dans les colonies, leur tiendra lieu de stage dans les hôpitaux ou dans les officines et donnera droit : 1° pour les aspirants au doctorat, à la dispense des travaux pratiques prescrits par le décret du 20 juin 1878 ; 2° pour les aspirants au titre de pharmacien universitaire de première classe, à la dispense des travaux pratiques et des examens semestriels et de fin d'année prescrits par le décret du 12 juillet suivant.

Art. 5. — Tout élève, médecin ou pharmacien de la marine, qui aura obtenu la concession des inscriptions prescrites pour le doctorat en médecine ou le titre de pharmacien universitaire de première classe doit, pour être admis aux examens desdits grade et titre, devant une Faculté de médecine ou une Ecole supérieure de pharmacie, justifier préalablement des diplômes de baccalauréats prescrits par les règlements universitaires en vigueur.

Art. 6. — En aucun cas, ne seront remboursées par l'Etat les inscriptions qui auraient été acquises ou les examens qui auraient été subis, à titre onéreux, avant l'admission dans le service de santé de la marine.

Art. 7. — L'officier du corps de santé de la marine dont la démission est acceptée avant l'expiration de l'engagement mentionné aux articles 1 et 2 du présent décret, ou qui est mis en réforme dans l'un des cas prévus par l'art. 12 de la loi du 19 mai 1834, est tenu de restituer au Trésor public la totalité des frais dont il aura été dispensé ou qui lui auront été remboursés par le département de la marine. Les départements de l'instruction publique et de la marine signalent, chacun en ce qui le concerne, à l'agent judiciaire du Trésor, le montant de la dette dont le remboursement doit être poursuivi.

Art. 8. — Il est fait mention de la disposition de l'article 7 ci-dessus sur les registres d'inscriptions de la Faculté de médecine ou de l'Ecole de pharmacie, près desquelles l'officier du corps de santé de la marine aura pris ses grades. — Le département de la marine transmet au département de l'instruction publique avis immédiat de la cessation difinitive de service d'un médecin ou d'un pharmacien avant l'accomplissement des cinq années prescrites en l'article premier, ou pour une des causes prévues en l'article 7 du présent décret.

Art. 9. — Les dispositions contenues à l'art. 3 du présent décret peuvent être appliquées aux médecins et aux pharmaciens auxiliaires, suivant qu'ils ont été attachés au service de santé de la marine en qualité d'élève, d'aide-médecin ou d'aide-pharmacien auxiliaire, de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe, dans un des hôpitaux de la marine, à bord des bâtiments de l'Etat ou dans les colonies.

Art. 10. — Les aides-médecins et les aides-pharmaciens titulaires ne pourront prétendre qu'à la concession simultanée des inscriptions universitaires ; ils auront à supporter tous les frais qu'entraîne la recherche du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe.

Art. 11.—Les étudiants du service de santé de la marine qui quittent ce service avant d'avoir obtenu le grade d'aide-médecin ou d'aide-pharmacien ont droit à la concession d'un nombre d'inscriptions égal au nombre de trimestres passés dans les écoles de méde-

cine navale, à la charge par eux de subir dans les Facultés de médecine et dans les écoles supérieures de pharmacie les examens de fin d'année ou semestriels correspondant aux inscriptions concédées, excepté, toutefois, ceux de la première année, dans le cas où ils les auraient passés déjà avec succès dans les écoles de médecine navale.

ART. 12.—Toutes les demandes relatives aux immunités universitaires sont présentées au ministère de l'instruction publique par le ministère de la marine et des colonies, et accompagnées de pièces justificatives.

ART. 13. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles du présent décret, et notamment celles des décrets du 10 avril 1862 et 1er juin 1875.

ART. 14. — Les ministres de l'instruction publique et des beaux-arts et de la marine et des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Asiles d'aliénés.

Sur la proposition de MM. les inspecteurs généraux, M. le ministre de l'intérieur vient de prendre un arrêté établissant les nominations et promotions qui suivent dans le service des asiles d'aliénés.

M. le Dr Espiau de Lamaestre, directeur-médecin de l'asile de Ville-Evrard, est promu à la classe exceptionnelle de 8,000 fr. — M. le Dr Bigot, directeur-médecin de l'asile de Châlons est nommé directeur médecin de l'asile de Vaucluse en remplacement de M. Billod, admis à la retraite. Il est également promu à la classe exceptionnelle de 8,000 fr. — M. le Dr Henri Bonnet, directeur-médecin de l'asile de Mayenne, est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons, en remplacement de M. Bigot. — M. le Dr Reverchon, directeur-médecin de l'asile d'Alençon est nommé directeur-médecin de l'asile de Mayenne en remplacement de M. H. Bonnet. — M. le Dr Parret, médecin en chef de l'asile de Bailleul, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Alençon en remplacement de M. Reverchon. — M. le Dr Pons, médecin de l'asile privé de Nice, est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul en remplacement de M. Parret, et promu à la 3e classe, 5,000 fr. — M. le Dr Henri Védic, médecin adjoint de l'asile de Pau, est nommé médecin de l'asile de Saint-Pons, à Nice. — M. le Dr Camuset, interne à l'asile de Bonneval, est nommé médecin adjoint de l'asile de Pau, en remplacement de M. Henri Védic. — M. le Dr Danis, médecin de l'asile de Saint-Alban, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant et à la 3e classe, 5,000 fr. — M. le Dr Almandon, médecin adjoint de l'asile de Bailleul, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban. — M. le Dr Adam, interne à l'asile de Châlons, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bailleul en remplacement de M. Almandon. — M. Raynaud, interne à l'asile de la Roche-sur-Yon, est nommé médecin préposé responsable de l'asile de Niort. — M. le Dr Pierret, professeur à la Faculté de médecine de Lyon et médecin adjoint de l'asile de Bron, est nommé médecin en chef de la section des femmes dans le même asile, en remplacement de M. le Dr Taguet, qui passe directeur-médecin de l'asile de Dijon. — M. le Dr Campagne, médecin en chef de l'asile de Mont de Vergues (Vaucluse), est promu à la classe exceptionnelle de 8,000 fr. — M. le Dr Hildebrand, directeur-médecin de l'asile de la Charité-sur-Loire, est promu à la 1re classe, 7,000 fr. — M. le Dr Belle, médecin adjoint de l'asile de Dijon, est promu à la 3e classe, 5,000 fr.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 13. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Trélat; Duplay, Terrillon. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Baillon, Henninger, Gay; — 2e *Série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 3e *de Doctorat* (Charité) : MM. Verneuil, Potain, Pinard.

MARDI 14. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Hayem, Grancher. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Richet, Pajot, Troisier ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Gosselin, Peter, Chantreuil.

MERCREDI 15. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Béclard, Duplay, Cadiat ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Guyon, Rémy. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Henninger, de Lanessan ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Gariel, Hanriot. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Depaul, Trélat, Ollivier ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Verneuil, Parrot, Chantreuil ; — 3e *Série* (Charité) : MM. Guyon, Fournier, Pinard.

JEUDI 16. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Sappey, Panas, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Gosselin, Robin, Richelot. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Ball, Bouilly. — 3e *de Doctoral* : MM. Laboulbène, Henninger, Gay. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Lasègue, Bouchard, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Peter, Hayem, Hallopeau

VENDREDI 17. — 2e *de Doctorat* : MM. Charcot, Guyon, Ollivier. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnault, Gariel, de Lanessan ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Henninger, Gay. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Depaul, Parrot, Marchand; — 2e *Série* : MM. Trélat, Fournier, Pinard.

SAMEDI 18. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Lefort, Peyrot. — 2e *de Doctorat* : MM. Lefort, Ball, Humbert. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Richet, G. Sée, Chantreuil; — 2e *Série* (Charité) : MM. Pajot, Panas, Debove.

THÈSES. — *Lundi* 13 : 478. M. Balland ; — 479. M. Cassin. — *Mardi* 14 : 480. M. Alibert ; — 481. M. Boulay. — *Samedi* 18 : 482. M. Bruneau ; — 483. M. Robin.

Enseignement médical libre.

Hôpital de la Charité. Clinique médicale. M.— le Dr M. RAYNAUD a commencé son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité le vendredi 10 décembre à 9 heures et le continuira les vendredis suivants à la même heures. — Visite et interrogatoire des malades tous les jours à 8 heures et demie.

FORMULES

72. Traitement hygiénique des calculs biliaires. BOUCHARDAT.

1° S'abstenir de pain, de graines, d'œufs, d'aliments azotés en excès, d'oseille, de tomates, de liqueurs fortes, de poissons, de crustacés, de coquillages, de fromages avancés ; remplacer le pain par des pommes de terre ; manger les légumes ordinaires, les herbes qui renferment de la potasse, préférable ici à la soude. Faire de la médication alcaline indirecte sous la forme de malates, citrates, tels qu'ils sont contenus dans les fruits ; fruits oléagineux en quantité modérée ; vin rouge léger étendu d'eau. — 2° Entretenir la liberté du ventre en prenant au réveil depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude, parties égales, dans un verre de macération de réglisse, de limonade ou d'orangeade fortement sucrée. — 3° Exercice modéré. — 4° Activer les fonctions de la peau par des lavages, frictions fréquentes et massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile parfumée. Chaque semaine, un à trois bains avec :

Carbonate de potasse	100	grammes.
Essence de lavande	2	—
Teinture de benjoin, vanille. . . .	5	—

Suivis de longues frictions et massage. — 5° *a*) Dans un but d'expulsion, matin et soir, 1 à 3 perles d'essence de térébenthine et 1 à 2 perles d'éther. On peut les prendre aux repas, préférablement entre ; — *b*) Pour empêcher la formation des calculs, pendant dix jours, matin et soir avant chaque repas, une pilule de 0, 1 décig. de tartrate de potasse et de lithine ; pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche de :

Sirop des cinq racines apéritives	400	grammes
Acétate de potasse	20	—

Pendant dix autres jours, un litre d'eau chaque jour contenant 10 gram. de tartrate de potasse et de soude. Au printemps, le matin au réveil, pendant un mois, 120 gr. de suc d'herbes (laitue, chicorée, pissenlit, parties égales), plus 5 gr. d'acétate de potasse; — *c*) Saison à Pougues, Vals, Vichy (*Bulletin de thérapeutique*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du vendredi 26 novembre au jeudi 2 décembre 1880, les naissances ont été au nombre de 1103, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 395 ; illégitimes, 150. Total, 544. — *Sexe féminin* : légitimes, 409 ; illégitimes, 149. Total, 558.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 26 novembre au jeudi 2 décembre 1880, les décès ont été au nombre de 941, savoir : 497 hommes et 444 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 22. F. 4. T. 25. — Variole : M. 14. F. 9. T. 23. —Rougeole : M. 2. F. 10. T. 12. — Scarlartine : M. 3. F. 1. T. 4. — Coqueluche : M. 6. F. 5. T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 23. F. 17. T. 40. — Dysentérie : M. 1. F. .. T. 1. — Erysipèle : M. 7. F. .. T. 7. — Méningite (tubercul. et aiguë) : M. 14. F. 24. T. 38. — Infections puerpérales : 5. —Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Phthisie pulmonaire : M. 93. F. 74. T. 167. — Autres tuberculoses : M. 5. F. 2. T. 7. — Autres affections générales : M. 21. F. 38. T. 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 21. F. 27. T. 48. — Bronchite aiguë : M. 23. F. 25. T. 48. — Pneumonie : M. 36. F. 36. T. 72. — Athrepsie : M. 32. F. 23. T. 55. — Autres maladies des divers appareils : M. 147. F. 134. T. 281. — Après traumatisme : M. 3. F. 3. T. 6. — Morts violentes : M. 20. F. 7. T. 27. — Causes non classées : M. 4. F. .. T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 90 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 18. Total, 57. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 15. Total, 40.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour l'internat en pharmacie*. — Le vendredi 28 janvier 1881, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de

l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'Elèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices. Lés élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au sécrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 20 décembre 1880 et fermé le mercredi 12 janvier 1881, à trois heures.

Concours de l'Internat. — La lecture des compositions écrites est terminée. A la suite de cette épreuve, 114 candidats ont été déclarés admissibles. Les épreuves orales ont commencé le mercredi 7, à 4 heures ; La question donnée à été la suivante : *Glotte. Diagnostic du croup.*

Concours de l'Externat. — Les épreuves de pathologie et de petite chirurgie continuent. Les questions données ont été les suivantes : Mardi 29 : *Anthrax.* — Jeudi 1 : *Signes de la rougeole.* — Samedi 3 : *Phlegmon diffus.* — Mardi 6 : *Saignée du bras.*—Mercredi 7 : *Signes de la pneumonie.*

Hôpitaux de Paris. *Concours pour le prosectorat.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Quénu et Lebec.

Ecole de médecine de Nantes. — MM. Boiffin et Guillet sont institués aides de clinique en remplacement de MM. Josso et Dortel, dont le temps d'exercice est expiré.

Asiles d'aliénés de la Seine. *Concours pour quatre places d'internes en médecine.* — Ce concours commencera le lundi 13 décembre à midi à l'asile Saint-Anne, rue Cabanis, 1. Le jury est composé de : MM. Bourneville, Dagonet, Delasiauve, Legrand du Saulc, Magnan, Depaul, Gaillard-Lacombe.

Concours pour une place d'interne en pharmacie.—Ce concours s'est ouvert le 6 décembre, à midi à l'asile Sainte-Anne. Le jury est composé de MM. Quesneville, Bourquelot, Baudrimont, Degraeve, Yvon. — Les candidats sont MM. Astier, Coué, Delaporte, Hubault, Morin, Planche, Roguet.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le Ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à l'honneur d'informer MM. les médecins du xviiie arrondissement que, le dimanche 12 décembre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Par arrêté du Ministre de l'intérieur et des cultes ont été nommés médecins des bureaux de bienfaisance : M. Boussi dans le iie arrondissement ; M. Payraud dans le xviiie arrondissement.

Clinique Nationale Ophthalmologique des Quinze Vingts. — La clinique ophthalmologique qui a été adjointe à l'hospice des Quinze vingts à la suite d'un vote du Parlement ouvrira ses portes le 15 décembre prochain. Un Docteur-médecin interne et huit élèves en médecine externes y seront attachés. Une Bibliothèque spéciale sera mise à leur disposition.

Société de Médecine Légale. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le lundi 13 décembre 1880, à 3 heures précises, au Palais de Justice (Salle d'Audiences de la 5e Chambre du Tribunal Civil);—Ordre du jour : 1° Elections pour le renouvellement du Bureau ; — 2° Rapport de la Commission de Jurisprudence (Mr Guerrier, rapporteur);—3° Mr Hanot : *Sur un cas de simulation de mutité* ; — 4° Mr Barthélemy : *Sur un cas d'empoisonnement par les vapeurs de charbon*;—5° Mr Brouardel : Discussion sur l'*antagonisme de l'opium et de la belladone* ;—6° Rapport de la Commission d'élection sur les titres des candidats à trois places de membres titulaires.

Société Médico Psychologique.—Cette Société se réunira en séance ordinaire le lundi 13 décembre 1880, à 4 heures. Ordre du jour : Suite de la discussion sur le *délire de persécution*, par M. le professeur Lasègue.

Muséum d'Histoire Naturelle. *Cours de pathologie comparée.*— M. Bouley commencera ce cours le samedi 11 décembre, à 11 heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Le professeur traitera des *maladies contagieuses dans les différentes espèces* et de *l'influence du laboratoire sur les progrès de la médecine d'observation.*

Nouveaux Journaux. — Nous venons de recevoir le premier numero du journal *Le Médecin praticien*, répertoire de thérapeutique médico-chirurgicale. Ce journal, publié sous la direction du Dr Paul Labarthe, paraît tous les samedis. Bureaux, 14, Boulevard-bonne-nouvelle.

Rectification. — M. le Dr Adolphe Piéchaud nous prie d'insérer la note suivante :

« Dans l'*Encyclopédie* de Pierre Conil, qui vient de paraître, mon nom figure à la liste des collaborateurs principaux, en tête et sur la couverture de l'ouvrage, avec un titre qui ne m'a jamais appartenu. Le dictionnaire étant mis en vente, et une rectification étant impossible à obtenir pour les volumes en circulation, je me fais un devoir de protester contre une désignation qui m'a été attribuée par erreur. »

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. Maladies du système nerveux. — M. Charcot continue ses conférences le dimanche à 9 h. 1/2.

Hôpital St-Louis. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.— M. A. Fournier. Vendredi et mardi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. Clinique des maladies des enfants.— M. Parrot, mardi et samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Pitié.—M. Gallard. Visite tous les jours à 9 heures. Leçon à l'amphithéâtre à 10 heures, le mardi et le samedi. Consultation pour les *maladies de femmes*, exercices pratiques avec examen au spéculum le jeudi.

Hôpital de la Charité. Laboratoire. — Le laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité est ouvert de 8 heures du matin à 4 heures du soir. Les étudiants et les médecins pourront y faire, sous la direction des chefs de laboratoire, des travaux d'anatomie pathologique, d'histologie et de chimie biologique. — Les chefs de laboratoire ont commencé leurs cours élémentaires le lundi 29 novembre. M. Rémy traite de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. les mercredis et samedis, à 5 heures du soir. — M. A. Robin traite de l'urologie clinique les mardis et jeudis à 5 heures.

Hôtel-Dieu. Chirurgie : Service du professeur Richet. — Visite à 8 heures et demie. — Salle St-Landry : 1, Fracture de la rotule ; 2, ostéite du grand trochanter ; 3, fracture compliquée de la jambe ; 11, coxalgie ; 12, chondrome de l'extrémité supérieure du tibia ; 14, blessure par arme à feu de l'aisselle ; hémothorax ; 26, épithélioma du rectum. — Salle St-Jean. 25, gangrène de la verge ; 23, épithélioma de la langue.

Médecine : Service de M. Oulmont, suppléé par M. Raymond. Visite à 9 heures. — Salle St-Augustin : 1, 2, Hémiplégie avec contracture secondaire ; — 5, colique hépatique, ictère ; 8, cirrhose atrophique ; 13, poluyrie ; 16, rétrécissement mitral ; 19, ictère hémorrhagique ; 20, fièvre typhoïde, abcès multiples ; 26, kyste hydatique du foie. — Salle St-Monique. 1 tumeur cérébrale ; — syphilis cérébrale, choréo-rétinite ; 8, endocardite ulcéreuse puerpérale ; 10, chorée hystérique ; 12, ictère, rhumatisme, psoriasis palmaire ; 17, obstruction intestinale ; 20, cirrhose hypertrophique ; 14, caverne tuberculeuse de la base des poumons ; 21, myélite transverse ; 22, rhumatisme chronique, périostose du fémur droit.

Service de M. Hérard. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Charles : 8, fièvre catarrhale ; 9, néphrite interstitielle ; 13, paralysie générale ; 14, athétose ; 18, néphrite parenchymateuse. — Salle Sainte-Madeleine ; 3, épilepsie ; 5, œdème de la glotte ; laryngite tuberculeuse ; 5, insuffisance aortique ; 12, hystérie ; 13, éclampsie puerpérale ; 22, insuffisance mitrale albumineuse ; 24, hémiplégie, contracture secondaire.

Service de M. Frémy, suppléé par M. Dreyfus-Brisac. — Salle Saint-Louis : tabès ataxique ; atrophie des membres inférieurs ; 2, grippe, broncho-pneumonie ; 4, néphrite interstitielle et cirrhose ; 6, lésion mitrale consécutive à une fièvre typhoïde ; asystolie ; 7, péricardite et pleurésie double rhumatismale ; 11, cancer du foie ; 14, diabète ; 17, cancer des voies biliaires ; ictère chronique ; 18, œdème ; 24, myélite par compression. — Salle Sainte-Marie, 2 : hémiplégie gauche, névrite descendante ; 3, tabès ataxique, crises gastriques ; 5, hémiplégie droite ; aphasie guérie ; contraction secondaire ; 9, maladie de Basedow ; 10, cirrhose hypertrophique devenue atrophique ; 19, hémiplégie gauche avec aphasie ; 24, néphrite interstitielle ; poussée aiguë ; 30, névralgie du trijumeau avec hémianesthésie faciale et troubles de la vue ; 32, tabès ataxique ; 33, pleurésie gauche.

Service de M. Empis. Visite à 8 heures. — Salle Saint-Anne : 23, fièvre typhoïde ; 5, avortement ; 7, ataxie locomotrice ; 11, phthisie pulmonaire ; 12, granulie ; 18, hémiplégie gauche ; 15, lésion mitrale ; 25, chorée. — Salle Saint-Thomas. 2, fièvre typhoïde ; 3, pneumonie ; 6, rhumatisme articulaire aigu ; 9, ictère catarrhal ; 14, cancer du rectum ; 20, néphrite interstitielle.

Service de M. Cusco suppléé par M. Bouilly. Visite à 9 heures. — Salle Sainte-Marthe : 1, Fracture du col du fémur ; 2, arthrites multiples ; 3, fistule recto-vaginale ; 12, phlegmatia alba dolens ; 13, arthrite blennorrhagique ; 14, arthrite syphilitique ; 15, fractures du tibia ; 19, bubons inguinaux ; 24, brûlures multiples ; 23, fractures du tibia ; absence de consolidation. — Salle Saint-Côme. 24, extirpation d'un sarcôme du sciatique ; troubles trophiques consécutifs, mal perforant multiple ; 119, contusions de la hanche : troubles trophiques consécutifs.

Hôpital Saint-Louis. — *Chirurgie* : Service de M. le Dr PÉAN. — Consultations les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures. — Opérations tous les samedis à 9 heures. — Salle Saint-Augustin (H.) : 3, fractures des deux jambes; 75, ostéo sarcome du maxillaire supérieur. — Salle Sainte-Marthe (H.) : 15, plaie ancienne du poignet, troubles trophiques de la main ; 23, luxation du coude en arrière ; 24, carie de l'omoplate, trépanation. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 38, kyste de l'ovaire; 40, corps fibreux de l'utérus ; 46, kyste hydatique du foie; 51, fistule recto-vaginale.

Service de M. le Dr LE DENTU. — Consultations les mardis, jeudis, samedis à 9 heures. — Opérations tous les mercredis à 9 heures. — Salle Saint-Augustin (H.) : 16, hypertrophie de la prostate, catarrhe vésical ; 25, calcul vésical ; taille prérectale ; 36, fracture de la clavicule ; 67, fracture de la jambe. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 57, nécrose du tibia ; 58, fracture du radius ; 65, tumeur blanche du poignet ; 72, fracture du crâne.

Médecine : Service de M. le Dr BESNIER. — Consultations tous les lundis à 9 heures. — Salle Saint-Léon (H.) : 8, eczéma des jambes, 26, syphilides papulo-squameuses ; 35, psoriasis généralisé ; 44, syphilides érythémateuses. — Salle Saint-Thomas (F.) : 24, psoriasis guttata ; 32, syphilis, plaques muqueuses ; 36, eczéma de la face ; 38, lichen.

Service de M. le Dr HILLAIRET. — Consultations tous les mardis à 9 heures. — Salle Saint-Louis (H.) : 54, cancroïde du nez ; 56, gommes de la jambe ; 59, psoriasis. — Salle Henri IV (F.) ; 55, syphilides ulcéreuses ; 59, prurigo ; 71, eczéma généralisé ; 75, plaques muqueuses de la vulve.

Service de M. le Dr LAILLER. — Consultations le mercredi à 9 heures. — Salle Saint-Mathieu (H.) : 23, syphilides papulo-tuberculeuses ; 25, eczéma de la face ; 31, lupus erythémateux. — Salle Sainte-Foy (F.) : 19, syphilides papuleuses : 25, nécrose syphilitique du frontal ; 26, psoriasis ; 6, plaques muqueuses des lèvres, syphilis papuleuse.

Service de M. le Dr VIDAL. — Consultations tous les jours à 9 heures. Salle Saint-Jean (H.) : 20, psoriasis inveterata ; 27, lichen agrius. — Salle Saint-Jean (F.) : 60, syphilome en nappe de la lèvre inférieure ; 65, impétigo ; 72, prurigo ferox.

Service de M. le Dr GUIBOUT. — Consultations tous les vendredis à 9 heures. — Salle Saint-Charles (H.) : 2, eczéma des jambes ; 15, cancroïde du nez ; 37, icthyose ; 46, scrofulide rupiforme. — Salle Henri IV (F.) : 19, épithélioma de la peau ; 25, syphilides pigmentaires ; 38, lupus vorax.

BÉHIER. **Études de quelques points de l'urémie** (clinique, théories, expériences), leçons recueillies par H. LIOUVILLE et I. STRAUS. In-8° de 24 pages, 60 cent. — Pour les abonnés du *Progrès médical*. 40 cent.

AIGRE (D.). **Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie.** Un vol. de 86 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr. 57.

Service de M. le professeur FOURNIER. — Consultations tous les samedis à 9 heures. — Clinique tous les vendredis, à 9 heures. — Salle Saint-Louis (H.) : 5, gommes des jambes; 10, syphilides papulo-squameuses; 25, eczéma de la face. — Salle Saint-Thomas (F.) ; 41, nécrose syphilitique des os du nez ; 52, syphilis cérébrale; 56, lupus de la face ; 62, syphilome ano rectal.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.
Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE

Le Progrès Médical

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

De la nutrition.

Conférences faites au Collège de France, par CH. RICHET, agrégé de la Faculté de médecine.

De l'acide carbonique du sang et de son rôle dans l'organisme.

Messieurs,

Dans une des leçons précédentes, je vous ai dit que l'analyse des gaz par la pompe à mercure avait cet avantage de donner à la fois les volumes d'oxygène et d'acide carbonique contenus dans le sang. Sans cet avantage, la méthode de M. Schützenberger pour le dosage de l'oxigène serait préférable. Aussi ai-je cherché à remplacer le dosage volumétrique de l'acide carbonique du sang par un dosage colorimétrique. Je vais vous donner quelques détails sur ce procédé.

Vous voyez comment j'ai disposé l'appareil. Il est assez analogue à l'appareil de M. Schützenberger pour le dosage de l'oxygène. Dans ces deux burettes graduées, en rapport directement avec le flacon à trois tubulures, se trouvent d'une part, une solution titrée de baryte, d'autre part, une solution titrée d'acide sulfurique très dilué; à une des ouvertures latérales du flacon est adapté un bouchon en caoutchouc, traversé par un tube effilé à son extrémité; l'autre ouverture du flacon est munie également d'un bouchon en caoutchouc, traversé aussi par un tube de verre qui ne plonge pas dans le liquide du flacon; ce tube communique avec un appareil à boule, analogue à celui qui sert communément pour le dosage de l'azote.

Voyons maintenant la marche de l'expérience : nous introduisons dans le flacon à trois tubulures une quantité d'eau chaude assez considérable, puis quelques gouttes de la teinture alcoolique de phtaléine. Nous faisons ensuite tomber quelques gouttes de la solution de baryte, qui n'a pas besoin d'être préalablement titrée. Quand la liqueur est alcaline, la phtaléine donne une coloration rouge intense qui disparait dès que la liqueur devient acide. De cette manière, nous pouvons d'abord titrer avec l'acide sulfurique la valeur alcaline de notre solution de baryte, et, en second lieu, ramener le liquide à un état de neutralité parfaite. Cela étant terminé, nous introduisons dans le flacon une quantité connue de liqueur barytique en excès, de manière à ce qu'il y ait au moins vingt fois plus de baryte qu'il n'en faut pour saturer l'acide carbonique qui pourrait se dégager. Nous remplissons ainsi presque tout le flacon. Il faut encore faire passer une certaine quantité du liquide alcalin et coloré en rouge dans le tube à boule, ce qu'on réalise facilement en enfonçant le tube de verre dans le flacon, et en aspirant ensuite par l'autre bout du tube à boule. On fera de cette manière passer environ vingt à trente grammes de la solution dans le tube terminal qui servira de témoin.

Toutes ces dispositions, plus longues évidemment à décrire qu'à prendre, étant terminées, plaçons dans un petit ballon de verre bien bouché un cristal de spath calcaire pur et ajoutons de l'acide sulfurique concentré. En chauffant le ballon, l'acide sulfurique décomposera ce spath calcaire et dégagera l'acide carbonique qui y est contenu. Cet acide carbonique, sortant bulle à bulle par l'extrémité du tube effilé qui plonge au fond de la liqueur alcaline, sera absorbé par la baryte surtout si l'on a soin : 1° de maintenir l'eau chaude; 2° d'agiter fréquemment le flacon; 3° de ne pas avoir un dégagement trop rapide. Si quelque bulle du gaz acide carbonique échappait à l'action de la baryte du flacon, elle n'échapperait pas à l'action de la baryte du tube à boule où les gaz se dégagent en barbotant. Cette dernière liqueur doit rester colorée, ce qui indiquera que l'acide carbonique a été entièrement absorbé dans le grand flacon.

Quand l'expérience est terminée, on introduit dans le grand flacon le liquide contenu dans le tube à boule. En versant alors goutte à goutte l'acide sulfurique titré, on peut apprécier le titre final de la liqueur, soit ce titre égal à 40 c. c. d'acide sulfurique, par exemple : si la baryte totale répondait d'abord à 60 c. c. d'acide sulfurique, on en conclura qu'il y a eu dégagement d'une quantité d'acide carbonique qui répond à 20 c. c. d'acide sulfurique titré, quantité qui est par conséquent bien connue.

En procédant ainsi, j'ai pu faire un certain nombre d'expériences de contrôle qui m'ont montré que ce procédé de dosage était suffisamment exact. Ainsi, avec le carbonate de chaux (spath calcaire pur) nous avons eu les chiffres suivants :

Calculé. . . .	0,044.	Trouvé. . . .	0,046.
—	0,022.	—	0,020.
—	0,022.	—	0,023.
—	0,025.	—	0,026.
—	0,016.	—	0,019.

Vous voyez, d'après ces chiffres, que l'erreur est minime, et, qu'avec les autres méthodes, il serait difficile d'obtenir une plus grande approximation.

Nous avons aussi essayé de doser de cette manière l'acide carbonique de l'urine. Dans une expérience, nous avons trouvé par la méthode de la pompe à mercure 0,0123 (en poids) de CO^2 pour 100 gr. d'urine. Par la méthode colorimétrique, nous n'avons trouvé que 0,0104; il y a donc un écart de 0,002, écart qui n'est pas considérable.

Dans une autre expérience (par la méthode de la pompe à mercure) nous avons trouvé pour 100 gr. d'urine 0,020 d'acide carbonique, et par la méthode colorimétrique 0,023. L'écart est encore assez faible.

D'ailleurs, au moment où l'urine est émise, la tension de l'acide carbonique y est très considérable, de sorte qu'exposé à l'air libre le liquide perd constamment de l'acide carbonique. En dosant par la méthode colorimétrique de l'urine à différents moments après son émission, nous avons trouvé, tout d'abord, 0,0232, une heure plus tard 0,0182; une heure plus tard encore 0,0157. On pourrait objecter que ce procédé de dosage ne convient pas au sang, qui, lorsqu'on le chauffe, se coagule, en sorte que le coagulum empêche l'acide carbonique de se dégager, mais on peut remédier à cet inconvénient par un moyen spécial très simple.

Si on mélange le sang avec trois ou quatre fois son

volume de glycérine, le sang ne se coagulera plus, ou du moins sa coagulation sera très lente, et permettra à la presque totalité de l'acide carbonique de se dégager. Nous faisons l'expérience devant vous, et, dans ce bain-marie rempli d'eau bouillante, nous plaçons un flacon contenant du sang mélangé à trois fois son volume d'eau, et un autre flacon contenant la même quantité de sang mélangé à trois fois son volume de glycérine; le sang mélangé à l'eau se coagule presque immédiatement, tandis que le sang mélangé à la glycérine ne se coagule pas tout de suite. Cependant, si nous prolongions pendant plus d'une heure cette température de 100°, nous finirions par avoir une sorte de coagulation.

Je n'ai malheureusement pas fait d'expériences directes sur la valeur de cette méthode pour le dosage de l'acide carbonique du sang, mais j'espère qu'elle pourra être appliquée à ce liquide avec avantage, ainsi qu'aux autres humeurs de l'économie.

Il est possible, cependant, que cette méthode ne donne pas les mêmes résultats que la méthode d'extraction par le vide; car, en chauffant le sang, on produit des altérations qui influeront peut-être sur la quantité d'acide carbonique dégagé.

L'état dans lequel se trouve l'acide carbonique dans le sang est encore assez mal connu, et il y a plusieurs théories en présence. M. Fernet a montré que, dans le sérum, se trouvaient des phosphates alcalins capables de retenir l'acide carbonique. Ainsi, dans le vide, le phosphate de soude dans lequel s'est dissoute une grande quantité d'acide carbonique perd cet acide carbonique absolument comme le sérum du sang. Mais il n'est pas impossible que les globules contiennent une certaine quantité d'acide carbonique. Ainsi, M. Schmidt (1) admet que les globules contiennent toujours de l'acide carbonique, et que l'acide carbonique formé par le sang est combiné avec les globules. Cet acide carbonique des globules serait chassé par un courant d'oxygène, lequel diminuerait l'affinité des globules pour l'acide carbonique. Vous savez que le même fait avait été observé par M. Preyer, qui en donnait une explication différente. Pour lui, les globules jouent le rôle d'un acide faible, chassant l'acide carbonique des carbonates.

MM. Mathieu et Urbain ont imaginé une théorie ingénieuse, appuyée sur un grand nombre d'expériences intéressantes et destinées à montrer le rapport qu'il y a entre la formation d'acide carbonique et la coagulation du sang. Si on dose l'acide carbonique du sang avant la coagulation, on trouve une quantité supérieure à celle qu'on trouve dans ce même sang après la coagulation. Il s'ensuit, d'après MM. Mathieu et Urbain, que la fibrine, en se précipitant, se combine pour ainsi dire à l'acide carbonique pour former en quelque sorte du *carbonate de fibrine*, expression dont MM. Mathieu et Urbain ne se sont pas servis, et que je prends seulement pour vous faire comprendre en un mot leur théorie.

Quoi qu'il en soit, l'acide carbonique existe dans le sang sous deux états bien différents; il y a de l'acide carbonique qui ne peut pas être chassé par le vide, et qui est combiné aux bases; il y a aussi l'acide carbonique qui est chassé par le vide, et qui est à l'état de combinaison faible dans le sérum.

M. Bert (2) a fait récemment des expériences très intéressantes qui l'ont amené à donner un résultat nouveau. Si on prend du sang, contenant, par exemple, 45 volumes d'acide carbonique pour 100 volumes de sang, et si on l'agite avec de l'acide carbonique, on voit qu'une grande quantité de gaz est absorbée, en sorte qu'au lieu de 45 volumes on en trouve 160. Or, à la température de l'expérience, le coefficient de dissolution était 90. Il fallait donc 70 volumes pour saturer les alcalis, il s'en manquait donc de 15 volumes qu'ils aient été primitivement saturés. M. Bert a fait un grand nombre d'expériences, tant sur le sang artériel que sur le sang veineux, et, dans tous les cas, il a constaté que jamais le sang, même veineux, n'est saturé d'acide carbonique, que l'acide carbonique n'est jamais à l'état de dissolution, mais toujours à l'état de combinaison avec les bases. Il en est de même pour les tissus qui ne contiennent jamais d'acide carbonique libre.

Je vous donne textuellement les conclusions du mémoire important de M. Bert : 1° La sortie de l'acide carbonique pendant l'acte respiratoire exige une dissociation des sels surcarboniqués du sang; 2° ces sels n'étaient saturés d'acide carbonique ni dans le sang artériel ou veineux, ni dans les tissus; 3° la vie des éléments anatomiques ne peut être entretenue qu'en présence d'acide carbonique à l'état de conbinaison. Quand les alcalis sont saturés, et que ce gaz apparaît en excès à l'état de simple dissolution, il donne rapidement la mort. — Cette dernière conclusion est précisément celle à laquelle M. Bert était arrivé pour l'autre gaz du sang, l'oxygène.

Nous pouvons donc savoir pour quelles causes, au contact de l'atmosphère, le sang veineux de l'artère pulmonaire perd son acide carbonique. Ces causes sont peut-être multiples, mais, en tout cas, ce qui domine, c'est ce fait que la tension de l'acide carbonique dans le sang, même alors qu'il y a un excès de base, est supérieure à la tension de l'acide carbonique dans l'atmosphère. Alors, comme la loi de Dalton l'indique, il se fait un échange; l'acide carbonique du sang passe dans l'atmosphère; quant à l'oxygène, ainsi que nous l'avons vu dans les précédentes leçons, il passe dans le sang par suite de son affinité pour l'hémoglobine.

L'échange gazeux respiratoire, tout en étant réglé par la loi de Dalton, est donc en réalité plus complexe : 1° parce que l'oxygène a de l'affinité pour l'hémoglobine; 2° parce que l'acide carbonique est à l'état de combinaison faible et dissociable dans le sérum; 3° parce que les globules combinés à l'oxygène exercent probablement leur action sur les carbonates du sérum (Pflüger, Preyer) ou parce que l'oxygène chasse l'acide carbonique combiné aux globules (Schmidt).

Bien d'autres théories ont été proposées; je ne peux les exposer et les discuter devant vous. M. Robin a admis que l'acide contenu dans le poumon ? décompose les carbonates. M. Setschenoff (1) a pensé que l'albumine et la paraglobuline avaient la même action sur les carbonates alcalins.

M. Wolffberg (2) a fait une expérience assez curieuse qui reste évidemment à tenter de nouveau. Si, dans le poumon d'un animal mort, on fait passer un courant de sang veineux chargé d'acide carbonique, la dissociation ne se fait plus, et il n'y a plus d'élimination de l'acide carbonique du sang. Cette expérience montre bien qu'il y a des conditions multiples qui, pendant la vie. facilitent l'excrétion du gaz carbonique de l'artère pulmonaire. De fait, il y a encore bien des recherches à faire sur ce point.

(1) Travaux du laboratoire de Ludwig, 1877, p. 30.
(2) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 20 octobre, 1878, p. 628.

(1) An. dans le *Jahresbericht* de Hofmann et Schwalbe für 1877. p. 250. Phys. Abth.
(2) *Archiv. de Pflüger*, t. IV, p. 465.

Il est très probable que la production d'acide carbonique se fait là où l'oxygène est absorbé, c'est-à-dire dans les capillaires. C'est à l'illustre Spallanzani qu'est due cette expérience fondamentale. Une grenouille dans le vide, ou dans un milieu dépourvu d'oxygène, produit de l'acide carbonique; par conséquent, cet acide carbonique n'est pas le résultat de la combustion de l'oxygène dans les poumons, mais bien le résultat de la combustion interstitielle dans les tissus.

Nous reproduisons devant vous cette expérience. Ces grenouilles, placées depuis 24 heures sur la cuve à mercure dans une éprouvette remplie de mercure, ont excrété une petite quantité de gaz. Vous voyez que ce gaz est absorbé par la potasse presque en totalité. Ces grenouilles ont donc produit de l'acide carbonique sans avoir absorbé de l'oxygène.

Cet acide carbonique formé dans les tissus dégage-t-il de la chaleur en se combinant aux alcalis du sang ? C'est une question que nous avons cherché à juger par l'expérience directe, de même que nous avons essayé de voir si la combinaison de l'oxygène avec l'hémoglobine dégageait de la chaleur. Pour nous placer autant que possible dans des conditions analogues aux conditions que nous avons dans le sang, nous avons pris une solution de pyrophosphate de soude au 5/1000, et nous avons constaté qu'en faisant passer un courant d'acide carbonique dans la solution, il se dégageait une certaine quantité de chaleur, quantité de chaleur assez faible, mais relativement plus considérable que la quantité de chaleur produite par la combinaison de l'oxygène avec l'hémoglobine. Ainsi, il faut tenir compte de la chaleur dégagée par la combinaison de l'acide carbonique avec les phosphates alcalins du sérum.

Certainement, cette quantité de chaleur est faible, mais nous connaissons si peu la nature des réactions chimiques qui produisent l'acide carbonique dans l'organisme, que nous devons nous estimer heureux de pouvoir préciser quelqu'une de ces réactions.

On dit généralement que le sang chargé d'acide carbonique est noir, tandis que le sang chargé d'oxygène est rouge. Mais on peut se demander si c'est bien là l'expression exacte de la vérité. Lorsqu'on dégage par le vide les gaz du sang, on voit que le sang, primitivement rouge vermeil, devient foncé, et cependant ce sang a perdu de l'acide carbonique. De même, quand on fait passer de l'oxygène, dans du sang, sans qu'il se dégage de l'acide carbonique, le sang rougi devient vermeil. Par conséquent, la coloration vermeille du sang tient à la présence de l'oxygène et la coloration noire tient à l'absence de l'oxygène. L'acide carbonique ne joue dans la coloration du sang qu'un rôle accessoire, et c'est parce qu'il ne contient pas d'oxygène que le sang veineux est noir.

Claude Bernard, qui, sur cette question, a fait un grand nombre d'expériences capitales (1), a fait remarquer que, dans certaines conditions, le sang des veines glandulaires était rouge, surtout lorsque le passage du sang à travers le tissu de la glande était très rapide. Cela est vrai, en particulier pour la glande salivaire lorsqu'on excite la corde du tympan. De même, le sang veineux des muscles contractés est extrêmement noir, ce qui tient à ce que tout l'oxygène du sang a été consommé par le fait de la contraction musculaire.

Quant au sang rouge des veines glandulaires, il n'a pas la coloration du sang veineux ordinaire, parce qu'il contient encore beaucoup d'oxygène.

(1) *Leçons sur les liquides de l'organisme*, t. I, p. 252 et suiv.

Un dernier point nous reste à mentionner parmi tant d'autres que je dois passer sous silence. Il s'agit du rapport qui existe entre la quantité d'oxygène absorbé et la quantité d'acide carbonique produit. On a coutume de présenter ce rapport sous la forme suivante : $\frac{CO^2}{O^2}$ c'est-à-dire que si nous avons, je suppose, 22 gr. d'acide carbonique produit pour 16 gr. d'oxygène absorbé, le rapport sera de 1. En effet, 22 gr. d'acide carbonique représentent 16 gr. d'oxygène.

Un grand nombre d'auteurs ont cherché à savoir quel était exactement ce rapport de $\frac{CO^2}{O^2}$ MM. Regnauld et Reiset (moyenne de 36 expériences) ont trouvé que ce rapport était de $\frac{2,3664}{3,022}$ c'est-à-dire de 0,78. Ce chiffre nous montre que la quantité d'oxygène absorbée est plus considérable que la quantité d'oxygène contenue dans l'acide carbonique produit. Cependant, d'autres expérimentateurs sont arrivés à des résultats un peu différents, quoique toujours l'absorption d'oxygène soit plus considérable que la production d'acide carbonique.

D'une manière générale, on peut considérer ce rapport de $\frac{CO^2}{O^2}$ comme oscillant entre 0.7, 0.8 et 0.9. D'ailleurs, je vous renverrai pour l'étude de cette question aux mémoires spéciaux et aux traités de physiologie (1).

PATHOLOGIE EXTERNE

Tumeur kystique occupant la face linguale de l'épiglotte (2);

Par le Dr E.-J. MOURE (de Bordeaux).

Le 20 novembre 1879, Mlle Anna Mad...., âgée de sept ans et demi, nous fut amenée par sa mère, à la Clinique du Dr Ch. Fauvel, pour des picotements qu'elle éprouvait à l'arrière-gorge et de violentes quintes de toux. Elle nous raconte qu'il y a deux ans, elle a éprouvé pour la première fois comme un chatouillement au niveau du larynx, et, qu'à dater de cette époque, elle a aussi commencé à tousser sans jamais avoir d'expectoration. La toux était surtout fréquente la nuit, au point de l'empêcher de dormir et de respirer; elle avait, de plus, un caractère d'intermittence difficile à expliquer. Ainsi, il arrivait que, pendant une période de temps plus ou moins longue, le sommeil était paisible, et la petite fille n'éprouvait nullement le besoin de tousser; d'autres fois, les quintes devenaient presque continuelles, l'enfant pouvait à peine se reposer et sa santé ne tardait pas à s'altérer. Elle maigrissait à vue d'œil.

La déglutition a toujours été facile; l'enfant n'a jamais eu de régurgitation. La voix n'a été nullement altérée; elle était haute, criarde, claire et assez timbrée: lorsqu'elle se mettait en colère, survenait parfois une simple quinte de toux.

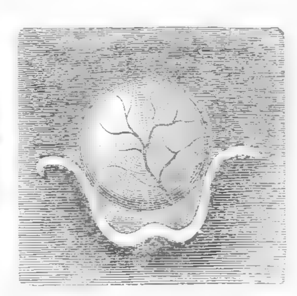
Après lui avoir fait subir divers traitements restés inefficaces, la mère vint nous montrer son enfant. Depuis huit jours, les picotements à l'arrière-gorge ont augmenté, la toux survient par accès sous forme de quintes (toux coqueluchoïde), la petite n'éprouve aucune gêne pour respirer, mais elle a, comme d'habitude, beaucoup maigri depuis que la toux est revenue; le sommeil est agité, souvent impossible; la malade est un peu chétive, mais son aspect général est bon. Elle ne porte aucune trace de lymphatisme exagéré, elle n'est entachée d'aucune diathèse.

(1) Voyez les mémoires de Pflüger, Schültz, Colasanti, etc. *Archives de Pflüger*, XIV, p. 1, 76 et 92. — Jolyet et Regnard. *Recherches sur la respiration des animaux aquatiques. Archives de physiologie*, 1877, p. 584.

(2) Travail communiqué à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 15 octobre 1880.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. L'examen de la bouche et du pharynx ne révèle rien d'anormal ; mais l'application du miroir laryngien fait constater la présence d'une *tumeur* uniformément arrondie, ayant environ le volume d'une belle graine de raisin (*fig.* 84). Sa surface est

Fig. 84.— Base de la langue. — 2. Tumeur kystique (grosseur naturelle). — 3. Vaisseau sanguin parcourant sa surface. — 4. Face linguale (supérieure) de l'épiglotte. — 5. Bord libre de l'épiglotte appliqué sur la partie postérieure du larynx, empêchant de voir l'orifice glottique.



lisse, unie, brillante, d'une teinte blanc-jaunâtre (cartilagineuse), et l'on aperçoit nettement un petit vaisseau rouge, très délicat, qui contourne le centre de la tumeur, envoyant de chaque côté quelques fines ramifications se divisant à leur tour à la surface du néoplasme.

Ce dernier est inséré par une *large base*-au-dessus de la partie médiane du ligament glosso-épiglottique, dans l'angle dièdre formé par la base de la langue et la base de l'épiglotte ; la muqueuse environnante est rosée et d'aspect normal : la tumeur, comprimant la soupape glottique, empêche cette dernière de se relever pendant la phonation, et il est impossible d'apercevoir les cordes vocales ; à peine si l'on peut voir la partie antérieure des éminences aryténoïdes, qui sont, du reste, absolument saines.

La palpation avec le doigt révèle que la tumeur, dont la paroi est fortement tendue, offre cependant une rénitence bien nette, et la présence de liquide à l'intérieur paraît incontestable. La voix de la malade est toujours *claire*, assez timbrée, la déglutition facile.

Le 4 *décembre*, le Dr Ch. Fauvel opère la tumeur, qu'il excise par sa base avec des ciseaux courbes destinés à cet effet, et, aussitôt, il s'écoule une petite quantité de liquide citrin, un peu opalescent, qui jaillit dans la bouche de la malade. Toute la calotte de la tumeur est enlevée, et nous la plaçons aussitôt dans l'acool pour en faire l'examen histologique.

Le 7 *décembre, sans cautérisation consécutive* de la tumeur, la toux et les autres symptômes ont presque entièrement disparu, il reste à peine quelques traces de la production morbide.

La malade revient nous voir le 5 *janvier* 1880, et nous constatons qu'il est *absolument impossible* de reconnaître le point d'implantation du néoplasme. Il ne reste aucune cicatrice. L'épiglotte se relève facilement pendant la phonation et laisse voir l'intérieur du larynx et les cordes vocales, qui sont absolument sains.

La voix de l'enfant, qui n'avait jamais paru altérée parce qu'elle était claire, est devenue beaucoup plus vibrante : la petite malade éprouve encore la sensation d'un vide à l'arrière-gorge ; « il lui manque quelque chose ».

La toux et les picotements n'ont plus reparu ; en un mot, la malade est guérie.

Cette observation est un bel exemple du peu d'intensité des symptômes occasionnés par les tumeurs kystiques de l'épiglotte.

De simples picotements à l'arrière-gorge, quelques quintes de toux, telles étaient les seules sensations dont se plaignait la malade, et, sans le miroir, il eût été facile de songer à toutes les affections du larynx, sauf à une tumeur de l'organe.

Le cas est d'autant plus intéressant qu'il existait chez une enfant de sept ans et demi, et que l'affection remontait au moins à deux ans ou même à une époque plus éloignée. Peut-être la tumeur avait-elle débuté quelques mois après la naissance. s'étant développé lentement, ne faisant soupçonner sa présence qu'au moment où elle avait déjà acquis un certain volume.

Les tumeurs de cette nature sont loin d'être communes, et *cette observation n'est que le second fait de ce genre rapporté en France* (1).

Ayant l'intention de publier sur cet intéressant sujet un travail plus complet, nous nous bornons aujourd'hui à signaler ce cas, avec les détails histologiques de la paroi du kyste.

Examen histologique. — Après avoir fait subir au lambeau du kyste, enlevé à cette jeune malade, les préparations préliminaires d'usage pour obtenir le durcissement de la pièce (alcool, puis gomme picriquée et alcool de nouveau), nous avons pratiqué l'examen micrographique dans le laboratoire du Dr Latteux, à Paris, et voici le résultat de notre examen.

D'après cette analyse et celle dont nous avons lu la description pour des cas à peu près analogues, tout nous porte à croire que les kystes de l'épiglotte et même du larynx ne diffèrent pas des kystes situés sur la muqueuse buccale ou autre.

En effet, il était formé :

1° D'une paroi nettement circonscrite, organisée, dont la cavité ne communiquait ni avec l'extérieur, ni avec un conduit vasculaire, ni avec une muqueuse ou une séreuse (caractères des kystes en général) : 2° D'un liquide incolore. Ce liquide contenait quelques cellules rondes, pâles, des cellules épithéliales régulières et déformées, en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, et quelques granulations graisseuses libres (2).

La poche du kyste était formée d'une membrane assez épaisse et résistante, d'une coloration jaunâtre-sale, parcourue à sa surface par quelques fins réseaux vasculaires, délicats et plus ou moins sinueux.

L'examen histologique à un faible grossissement (80 D., Obj. 1, Oc. 1 de Nachet) permet de remarquer, en allant de dehors en dedans (*fig.* 85.) :

1° Une couche épithéliale très épaisse, dans laquelle on distingue deux zones : l'une externe formée de cellules épithéliales aplaties contenant encore un noyau également aplati ; l'autre interne, à cellules polyédriques à peu près uniformes, avec des noyaux ronds et granuleux.

Cette couche correspond à la zone épithéliale de la muqueuse linguale, qui forme, par conséquent, le revêtement externe de la poche du kyste, et a été simplement soulevée par ce dernier ; à son bord interne se trouvent à peine quelques ondulations, et l'épaisseur de cette première couche est apparemment plus considérable qu'à l'état normal. Il s'est fait un véritable travail hypertrophique de la couche épithéliale qui recouvre la tumeur.

2° Au dessous de cette première zone, on rencontre une couche conjonctive (derme de la muqueuse) évidemment hypertrophiée et montrant des fibres élastiques très accentuées et très volumineuses, colorées vivement en jaune par le picro-carminate. Ces fibres sont disposées sans ordre, mais en nombre très considérable. On trouve également des cellules embryonnaires, surtout abondantes dans les points qui correspondent à l'hypertrophie de la couche épithéliale.

3° Enfin, à la partie interne, on constate une deuxième zone épithéliale formant le revêtement interne du kyste et également composée de deux couches distinctes (*fig.* 86).

L'une, vivement colorée en rouge par le picro-carminate, est formée de cellules granuleuses sans noyaux ; l'autre,

(1) Le premier cas se trouve mentionné dans le livre du Dr Charles Fauvel. — *Traité des maladies du larynx*, obs. CCIX, p. 569, Paris, 1876.

(2) Le liquide dont Schrotter avait déjà pratiqué l'examen histologique contenait à peu près les mêmes éléments, c'est-à-dire des cellules ovales, avec un ou deux noyaux, de la matière granulée et un grand nombre de granulations graisseuses. (Schrotter, *Mediz, Jahrbüch*, XII vol., 6 fasc. Vienne, 1866, p. 188.)

interne, à cellules polyédriques plus ou moins aplaties, contenant des noyaux allongés et montrant en certains points des phénomènes de desquamation.

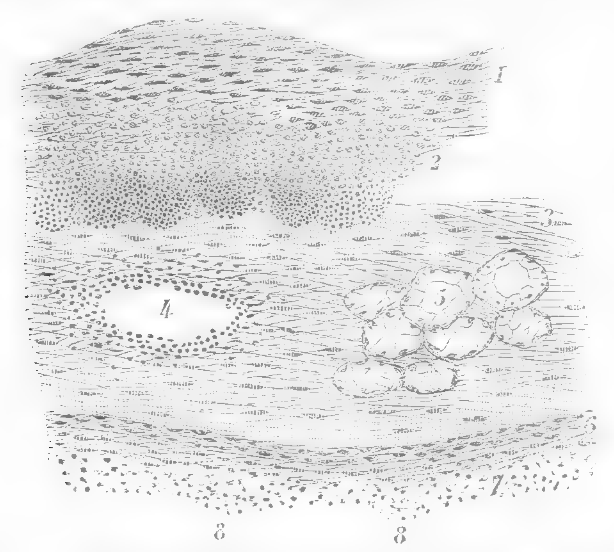


Fig. 85. — Grossis. 80 D. Obj. 1. de Nachet. — 1 Couche épithéliale, portion superficielle, formée de cellules aplaties, contenant un noyau aplati. — 2. Couche épithéliale à cellules polyédriques avec noyau rond et granuleux. — 3 Couche conjonctive (derme de la muqueuse) avec cellules embryonnaires — 4. Vaisseau sanguin coupé perpendiculairement à l'axe vertical. — 5. Culs-de-sacs glandulaires plus ou moins altérés. — 6-7-8. Couche interne (voir fig. 86).

Cette dernière couche est absolument identique avec la couche la plus externe de la muqueuse. Ajoutons que, sur

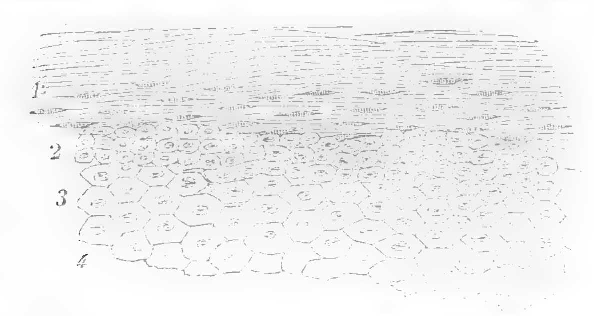


Fig. 86. — Grossis. Obj. 3. Oc. 1. de Nachet. — 1. Couche de cellules granuleuses sans noyaux, vivement colorée par le picro-carminate. — 2. Zone de cellules polyédriques plus ou moins aplaties contenant un noyau allongé — 3. Même zone que la précédente où les cellules et les noyaux ont leur forme normale. — 4. Cellules épithéliales en voie de déformation et prêtes à tomber dans l'intérieur de la poche du kyste; en plusieurs points les noyaux ont déjà disparu.

plusieurs de nos coupes, nous avons trouvé, dans la zone conjonctive (2me couche, voir *fig.* 85), quelques culs-de-sacs glandulaires en voie de dégénérescence, appartenant sans nul doute à la muqueuse linguale soulevée par la tumeur, avec tous ses éléments. Chacune de nos coupes contenait également un ou plusieurs petits vaisseaux, dont les parois étaient formées de cellules embryonnaires tassées les unes à côté des autres.

Un curieux procès. — Un pharmacien d'Aberdeen (Ecosse), avait exposé dans sa vitrine, conservés dans l'alcool, d'interminables tœnias ayant « appartenu » à des personnages de l'aristocratie. Or, la famille de lord L..... avait sommé l'industriel de faire disparaître l'inscription suivante : *ver solitaire ayant appartenu à lord L....*, membre du Parlement. Le pharmacien refusa net. Un procès lui fut intenté, et comme il s'est terminé à l'avantage de l'original négociant, celui-ci vient d'ajouter sur le bocal de lord L...., le compte rendu *in intenso* des débats du procès (*Lyon-Médical*).

Faculté de médecine de Nancy. *Prix de fin d'année.*—Les prix pour l'année scolaire 1879-80, ont été décernés comme suit : 1re *année* : Prix, M. Lebon, mention honorable, M. Demange. — 2e *année* : Prix, M. Petitbien; mentions honorables, MM. Collinet, Knoepfler, Barbier. — 3e *année* : Prix, M. Hutin; mentions honorables, MM. Petit et Mosimann. —4e *année* : Prix, M. Simon; mention honorable, M. Dufour. — *Prix de l'internat* (Prix Bénit) : M. Granzinolly. — *Prix de thèse* : M. Remy ; mentions honorables, MM. Schmitt, Garnier, Rhomer Berruzier, Etienne, Maillard, Dorvaux et Blaising.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants. — M. **ARCHAMBAULT**.

Tumeur du foie chez un enfant de 6 ans ; lésions analogues à celles du foie cardiaque, sans maladie du cœur ;

Par **SAVARD**, interne des hôpitaux.

La nommée Pous...., Lucie, âgée de 6 ans 1/2, se présente le 6 avril à la consultation de l'hôpital des enfants, avec un développement énorme du ventre. A la palpation on sent, malgré l'ascite qui paraît considérable, que le foie est très volumineux et descend à plus d'un travers de main au-dessous des fausses côtes, à quelques centimètres au-dessus de l'épine iliaque droite. Les veines sous-cutanées de la poitrine et de l'abdomen sont fort distendues et marquent la gêne de la circulation porte ; il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs. Avec ces symptômes locaux, l'état général est excellent ; la malade a bonne mine, le teint rose, il n'y a aucune trace d'ictère : elle mange bien, ne vomit pas et n'éprouve aucune douleur.

On ne trouve aucun antécédent syphilitique chez les parents, et, d'après les renseignements fournis par eux, on apprend que cette enfant n'a jamais eu de maladie et qu'il n'y a que deux ou trois mois que son ventre a pris rapidement ce grand développement ; cependant, depuis longtemps, elle aurait eu l'abdomen légèrement saillant. Cette petite malade est reçue dans le service de M. Archambault. Quand on l'examine au lit, on constate que l'ascite se déplace suivant les positions qu'on fait prendre à l'enfant ; l'abondance du liquide gêne un peu l'exploration du foie ; on sent pourtant le bord tranchant au-dessous de l'ombilic, et la face antérieure, dont la consistance paraît un peu ferme et sur laquelle on ne peut trouver aucune bosselure. Il est bien difficile de savoir s'il y a de la fluctuation, car l'organe hépatique, mobile dans le liquide ascitique, se déplace à la moindre pression et fuit au-devant de la main.

Les urines sont foncées, mais ne contiennent pas plus d'urates qu'à l'état normal. Les fonctions digestives se font bien et les autres organes sont en bon état ; l'auscultation du cœur ne fait constater aucun bruit de souffle ; les pulsations sont régulières ; la malade n'a jamais eu d'hémorrhagie.

8 *avril.* Ponction de l'ascite pour diminuer la tension de l'abdomen et permettre un examen plus complet du foie. Cette ponction est pratiquée avec un trocart moyen, mais il ne s'écoule que deux ou trois gouttes de liquide. Une seconde ponction est alors pratiquée par M. Rathery, mais elle ne donne pas un résultat plus satisfaisant. En tout cas, à peine le trocard retiré, on voit, par les deux orifices des piqûres, du liquide s'écouler ou plutôt suinter le long des parois abdominales. On peut en recueillir une petite quantité et on constate qu'il a tous les caractères du liquide de l'ascite. En raison de l'état parfait de santé de la malade, on pense à un kyste hydatique avec ascite par compression.

9 *avril.* Depuis la veille, le liquide a constamment coulé par les piqûres autour desquelles on constate un œdème assez étendu, qui remonte jusqu'au niveau des côtes ; car le liquide s'est écoulé non seulement au dehors, mais s'est infiltré dans les mailles du tissu cellulaire ; la pression, à ce niveau, est un peu douloureuse, mais il n'y a pas de rougeur ni de chaleur des téguments. Le ventre est beaucoup moins distendu, on peut apprécier plus facilement le volume et la consistance du foie : il n'y a pas d'inégalités, le tissu est lisse, mais on ne trouve pas de fluctuation. Une ponction exploratrice est pratiquée dans le foie, à 4 centimètres environ au-dessous des côtes, au milieu de l'hypochondre droit. On se sert pour faire cette ponction de l'aspirateur Potain ; le trocard est fin, on l'engage profondément, mais il ne sort rien. Aucun accident ne suit cette ponction.

12 *avril.* Le liquide ascitique coule toujours par les trajets fistuleux ; la peau autour d'eux est rouge et chaude,

es parties infiltrées commencent à s'enflammer; la langue est un peu sèche, un léger mouvement fébrile apparaît.

M. Labric examine la malade, pense aussi à l'existence d'un kyste hydatique et conseille une nouvelle ponction exploratrice.

15 *avril.* On fait deux ponctions exploratrices à quelques centimètres au-dessous de la première: il ne sort pas une seule goutte de liquide. Pas d'accident dans la journée.

17 *avril.* L'inflammation autour des trajets fistuleux est encore plus vive, le ventre est plus tendu, il y a une fièvre violente et des vomissements surviennent dans la journée (glace, extrait thébaïque).

19 *avril.* Ces symptômes aigus sont dus à l'apparition d'un érysipèle phlegmoneux autour des trajets fistuleux, car, du coté du foie, le ventre n'est pas douloureux, il n'y a pas de tympanisme, pas de péritonite.

20 *avril.* L'érysipèle phlegmoneux s'étend jusqu'au milieu du dos, des plaques ecchymotiques se montrent au voisinage de l'aine, du même côté; les vomissements cessent, ils sont remplacés par des hoquets; la malade s'affaiblit et tombe dans le collapsus; elle ne reconnaît plus ses parents qui sont venus la voir dans la journée; vers trois heures, les extrémités sont froides, la mort survient à 4 heures.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un litre et demi environ d'un liquide transparent, au milieu duquel surnagent les anses intestinales qui ne présentent aucune adhérence entre elles et aucune trace de péritonite. En regardant la paroi abdominale du côté du péritoine, on voit nettement la trace des ponctions qui ont été faites pour vider l'ascite; le trocart a dû pénétrer parfaitement dans la cavité séreuse, et on ne s'explique pas pourquoi le liquide ne s'est pas écoulé librement; peut-être un des pelotons graisseux qui sont très prononcés sur le mésentère est-il venu se mettre au-devant de la canule et empêcher l'issue du liquide? En tout cas, on constate qu'il n'y a pas de kyste hydatique; le foie, très volumineux, offre des dimensions doubles au moins de celles qu'il a à l'état normal; il est d'un rouge assez sombre. A la coupe, sa consistance est un peu ferme; il présente par places une couleur un peu jaunâtre. Les veines sus-hépatiques sont très dilatées et renferment de gros caillots assez durs qui, à la coupe et à un examen superficiel, pourraient faire croire à la présence de petits noyaux lardacés. On ne trouve pas de caillots dans la veine porte, en dehors du foie, ni dans la veine cave.

Les autres organes sont sains; le cœur, examiné avec soin, ne présente aucune lésion.

Réflexions. — Quelle est la nature d'une semblable tumeur?

On ne peut admettre l'existence d'une cirrhose simple atrophique avec un foie aussi développé; du reste, l'aspect qu'il présente à la coupe n'est nullement celui d'une sclérose hépatique. Quant à la cirrhose hypertrophique, elle donne lieu à des symptômes tout différents et à une apparence tout autre du foie. L'examen histologique, fait au laboratoire de M. Vulpian par MM. Déjerine et Cossy, montre que les lésions ressemblent assez à celles que l'on trouve dans le foie cardiaque. Les cellules hépatiques sont déformées, aplaties, et presque complètement atrophiées par le développement énorme et la distension des canalicules veineux et des capillaires; elles sont légèrement pigmentées. Les dilatations vasculaires forment la plus grande partie de la masse du foie; elles sont remplies par les globules sanguins dont les contours sont très nets.

Cet aspect du foie se rapproche de celui qu'on observe dans les lésions cardiaques; mais comment expliquer ici les altérations, puisque le cœur est parfaitement sain?

Hôpitaux de Nancy. — *Concours pour l'internat.* A la suite des derniers concours ont été nommés: *Internes titulaires*: MM. Jacquinot, Parisot, Dufour; — *Internes provisoires*: MM. Vallois et Ricoux. — *Concours pour l'externat.* Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Collinet, Nicolas (E), Schull, Bruncher, Schurer, Petitbien, Knœpfler, Lajoux, Croux, Pilon, Stoffet, Brallet, Nicolas (A.), Hugueny, Lamoureux, Krauss, Boley, Magnin, Hanriot, Richart, Dommartin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Des zones hystérogènes : Résumé d'une leçon de M. Charcot.

Il y a longtemps déjà que M. Charcot a insisté, dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, sur l'existence fréquente, chez les malades atteintes d'hystérie grave ou d'hystéro-épilepsie, d'une douleur iliaque spéciale qu'il rapporte à une hyperesthésie de l'ovaire et qu'il désigne sous le nom d'hyperesthésie ovarienne ou ovarie.

Sans partager les théories anciennes qui placent dans les organes du petit bassin le siège principal ou exclusif de la maladie, M. Charcot, d'accord en cela avec Schutzenberger, Piorry et Négrier, combat l'opinion de Briquet qui ne veut voir dans la douleur iliaque des hystériques qu'une simple névralgie des muscles abdominaux, et il attribue à la douleur ovarienne un rôle important dans la symptomatologie *de l'une des formes de l'hystérie.*

Dès cette époque, M. Charcot a mis en relief l'influence de la compression de la région ovarienne sur les attaques, au double point de vue de l'arrêt ou du développement des convulsions. Il a montré comment cette compression de l'ovaire pouvait déterminer la production de l'*aura hysterica* et même parfois l'accès complet, et comment aussi une compression plus énergique était capable d'enrayer le développement de l'accès lorsqu'il en était à son début, ou même d'y couper court lorsque déjà l'évolution des accidents convulsifs était plus ou moins avancée.

Dans ses dernières Conférences cliniques (1879), M. Charcot attira l'attention sur un point nouveau de l'histoire de la grande hystérie et qui se rattache à celui que nous venons de rappeler. De nouvelles recherches entreprises sur les différents moyens d'arrêter les attaques convulsives vinrent confirmer pleinement les données déjà acquises à ce sujet, mais en même temps les complétèrent, en montrant qu'il existait souvent à la surface du corps des hystéro-épileptiques des zones limitées d'hyperesthésie, dont l'excitation pouvait produire des effets analogues à ceux de la compression de la région ovarienne.

Sans doute, on connaissait depuis longtemps l'existence des points d'hyperesthésie chez les hystériques; mais on connaissait moins, pensons-nous, les particularités qui s'y rattachent et qui vont être signalées.

Le rapprochement entre ce qui se passe ici et les expériences de M. Brown-Séquard sur la zone épileptogène des cochons d'Inde est frappant. Aussi les points hyperesthésiques dont il est question méritent-ils le nom de *zones hystérogènes.*

L'existence des zones hystérogènes chez les malades atteintes d'hystérie grave n'est pas un fait rare. Mais c'est un phénomène qui demande à être cherché expressément, et l'on conçoit fort bien que sa présence puisse facilement passer inaperçue, si l'attention du médecin n'est pas particulièrement attirée de ce côté.

On trouve le fait signalé par quelques auteurs. Willing et Turk ont constaté qu'une pression exercée sur les apophyses épineuses pouvait provoquer des convulsions et même des attaques. Dans sa thèse sur le *sommeil magnétique dans l'hystérie* (Strasbourg, 1868), Baillif rapporte que, chez une malade, il produisait une attaque par une légère friction au dessus de l'appendice xiphoïde, et que, chez une autre, par la même friction, il la faisait revenir à elle; puis elle retombait. « Chez certaines hystériques, ajoute-t-il, on trouve nombre de points assez sensibles pour que, par des frictions assez vives, ils devien-

nent le point de départ de douleurs réflexes pouvant occasionner l'attaque. »

Plusieurs des hystéro-épileptiques actuellement placées dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, possèdent une ou plusieurs zones hystérogènes. Nous ne parlons pas ici du point ovarien, qui existe chez toutes les malades que nous allons citer.

Gen... possède entre les deux omoplates, au niveau des apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales, une zone hyperesthésiée dont le simple attouchement suffit pour provoquer une attaque (*fig.* 88, 1.)

Alph. B..., présente la même particularité. Elle raconte qu'au moment où on lui touche l'épine dorsale, entre les deux épaules, elle ressent une violente douleur dans le ventre, puis une suffocation qui amène de suite la perte de connaissance. Il semble que, dans cette circonstance, les différents points douloureux de l'aura hystérique, au lieu de se développer successivement et dans l'ordre connu comme

même malade possède à la partie postérieure du tronc un autre point hystérogène, qui se trouve situé sur les limites de la région lombaire et de la région dorsale, du côté gauche, à un travers de doigt de la ligne médiane et à trois travers de doigt environ au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate (*fig.* 88, 3.)

Witt..., au point de vue des zones hystérogènes, ressemble beaucoup à Gl... Elle présente une zone hystérogène double et limitée de chaque côté du corps en deux points symétriques situés un peu en dehors des seins, presque sous les aisselles (*fig.* 87, 3 et 3'.)

Chez Marc..., la zone hystérogène est également bilatérale. Elle siège un peu plus bas, au niveau du rebord des fausses côtes (*fig.* 87, 6 et 6'), et aussi au niveau des épines iliaques antérieures (*fig.* 87, 7 et 7').

Juliette D... possède trois zones hyperesthésiques capables, par leur excitation, de donner naissance aux attaques. L'une est située en arrière, sur la ligne médiane. Semblable à celles de Gen... et de Bar..., elle siège le long de la colonne

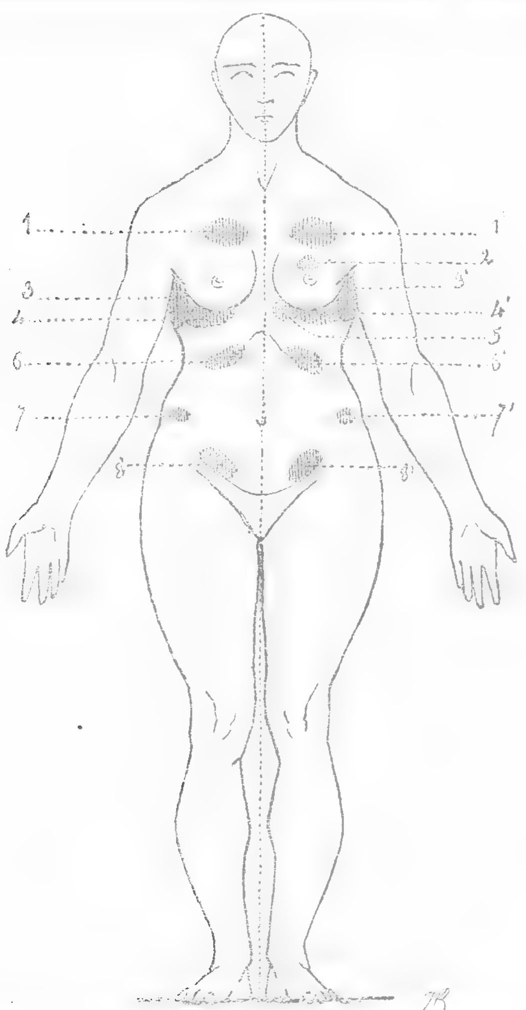


Fig. 87. — Principales zones hystérogènes, face antérieure du corps. — 1, 1', Zones sus-mammaires. — 2. Zone mammaire. — 3, 3'. Zones sous-axillaires. — 4, 4,' 5, Zones sous-mammaires. — 6, 6', Zones costales. — 7, 7', Zones iliaques. — 8, 8', Zones ovariennes.

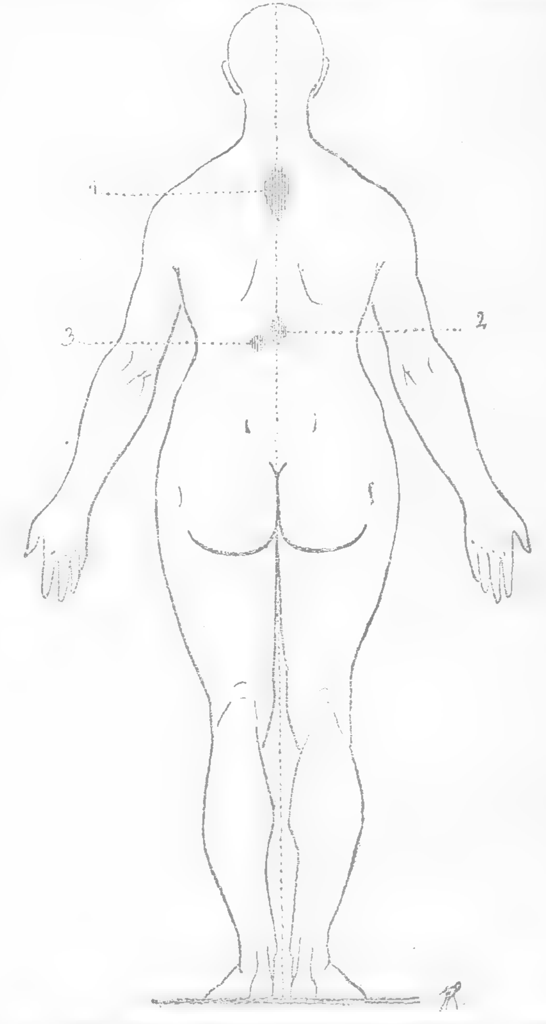


Fig. 88. — (1) Principales zones hystérogènes, face postérieure. — 1, Zone dorsale supérieure. — 2, Zone dorsale inférieure. — 3. Zone latérale postérieure de Suz. N.

il arrive lorsque l'accès est spontané, surviennent tous à la fois et avec une grande intensité.

L. Gl... possède une zone hystérogène différente. La zone est double, il faut toucher à la fois deux points symétriques, situés en dehors et un peu en dessous des seins, pour provoquer les convulsions hystéro-épileptiques (*fig.* 87 4 et 4'.) L'attouchement d'un seul point ne produit aucun résultat.

Chez Suzanne N..., au contraire, une zone hystérogène existe vers la même région, mais d'un seul côté. Il suffit de toucher un point situé du côté gauche au-dessous du sein pour provoquer les convulsions (*fig.* 87, 5.) L'excitation du point symétrique du côté droit demeure inefficace. La

vertébrale, entre les deux épaules (*fig.* 88, 1.) Les deux autres sont antérieures et sont placées symétriquement de chaque côté du sternum, au-dessus des seins (*fig.* 87, 1 et 1'.) L'excitation d'un seul de ces points est efficace. Portée sur le milieu du sternum, l'excitation demeure sans effet.

Ernestine Pil... possède une zone hystérogène sur la partie antérieure de la poitrine et du côté gauche seulement. Elle est située sur le sein, à deux centimètres environ au-dessus du mamelon (*fig.* 87, 2.)

Léonore Rob..., comme Dub..., possède une zone antérieure et une zone postérieure. Antérieurement, la zone est

(1) Ces figures sont empruntées à l'ouvrage actuellement sous presse : *Etudes sur l'hystéro-épilepsie*, par P. Richer.

double, placée presque immédiatement au-dessous des seins, en deux points symétriques (*fig.* 87, 4 et 4'). Le point à gauche est beaucoup plus sensible qu'à droite. Un simple attouchement suffit à gauche, tandis qu'à droite il faut insister davantage. Postérieurement, la zone est unique, située sur la ligne médiane, mais beaucoup plus bas que chez Gen... Bar... et Dub..., elle occupe la partie inférieure de la région dorsale, près de la limite de la région lombaire (*fig.* 88, 2).

Il résulte, de ce qui précède, que les zones hystérogènes occupent une situation variable. Mais si elles varient d'une malade à l'autre, elles persistent toujours aux mêmes places chez une même malade.

La simple inspection des *figures* 88 et 87 permet de constater que, d'après les faits que nous avons eu l'occasion d'observer, les zones hystérogènes occupent le tronc exclusivement; qu'elles sont plus fréquentes en avant qu'en arrière; qu'en avant, elles occupent les parties latérales et sont le plus souvent doubles et symétriques; qu'en arrière, elles sont le plus souvent uniques et médianes; qu'enfin, elles existent plus fréquemment à gauche qu'à droite, et que les zones unilatérales que nous avons rencontrées ont toujours été situées à gauche.

Les zones hystérogènes ne sont pas en tout temps également excitables. Elles le sont d'autant plus que l'attaque convulsive est plus imminente. A la suite des attaques, au contraire, les zones hystérogènes s'amoindrissent ou même disparaissent complètement. En dehors de cette influence bien connue des attaques convulsives sur l'excitabilité des zones hystérogènes, on peut voir cette excitabilité s'atténuer ou même disparaître, momentanément toutefois, dans des circonstances encore mal définies — une émotion vive, par exemple — et dont le mode d'action nous échappe complètement.

De même que la compression de la région ovarienne, l'excitation des zones hystérogènes ne se borne pas à déterminer l'éclosion des convulsions. Les ressemblances que nous avons signalées ne s'arrêtent pas là. La même manœuvre qui a provoqué le début de l'accès, peut, lorsqu'elle est exécutée avec un peu plus d'énergie, en déterminer l'arrêt complet.

La différence d'action des zones hystérogènes, suivant le degré de l'excitation, peut être ainsi graduée. Chez Bar..., par exemple, un très léger attouchement sur le point hystérogène dorsal amène immédiatement une violente secousse de tout le corps et principalement des membres supérieurs, mais qui ne dure qu'un instant et ne se reproduit pas sans nouvelle excitation. Si la friction portée sur le même point est un peu plus vive, l'accès complet en est la conséquence, mais il peut être instantanément enrayé par une nouvelle excitation du même point, encore plus intense. La même chose se reproduit chez toutes les malades dont nous avons parlé.

L'observation a montré, qu'en général, l'excitation qui arrête la convulsion doit être plus forte que celle qui la détermine. Un frottement même léger réussit dans le premier cas; dans le second, il faut donner la préférence à la pression.

Quand la malade possède plusieurs zones hystérogènes, l'attaque occasionnée par l'excitation de l'une peut être arrêtée par l'excitation portée sur une autre. Par exemple, chez Dub..., l'attaque donnée par le frottement sur les apophyses épineuses est arrêtée par la pression sur les côtés du sternum et réciproquement. Chez Bar.., l'attaque donnée par le frottement sur les apophyses épineuses est arrêtée par la pression ovarienne et réciproquement. L'expérience peut être variée de bien des façons chez chacune des malades, suivant la situation et le nombre des zones hystérogènes.

Jusqu'ici, nous n'avons relevé que les analogies qui existent entre l'ovarie et les zones hystérogènes. Il existe cependant quelques différences, mais qui ne portent que sur une question de degré. Dans la généralité des cas, en effet, l'action de la compression ovarienne a toujours été beaucoup plus prompte et plus efficace. Si l'ovarie peut être mise au nombre des zones hystérogènes, elle mérite à coup sûr une place à part, aussi bien en raison de sa fréquence que des effets plus accusés de son excitation.

Ce qui se passe pendant l'hypnotisme, au sujet du degré d'excitabilité des zones hystérogènes, est bien fait pour mettre en relief cette différence d'action de la compression de la région ovarienne et de l'excitation des autres points hyperesthésiques.

Pendant le sommeil hypnotique, l'excitation de la zone hystérogène provoque l'attaque qu'arrête une nouvelle excitation portée sur le même point, et la malade, pendant ce temps, n'est point sortie de l'état hypnotique, les convulsions ne cessent que pour faire place à l'état de sommeil tel qu'il existait au début de l'expérience. Si, au contraire, l'arrêt de l'attaque est déterminé par la compression de la région ovarienne, l'action portée sur l'organisme est plus profonde, car, du même coup, le sommeil hypnotique cesse et la malade reprend connaissance. P. RICHER.

Pour compléter les renseignements qui précèdent, nous devons signaler au lecteur une monographie de cette question, parue dans l'*Iconographie photographique* de la *Salpêtrière* (T., III. p. 36-88), où l'on trouvera exposés en détail le plus grand nombre des faits qui viennent d'être rapidement passés en revue.

De plus, M. Bourneville, dans ce travail, a particulièrement insisté sur le *rôle des régions hystérogènes dans les attaques*, l'état de la sensibilité au niveau des régions hyperesthésiées, etc.

En rassemblant les documents contenus dans le résumé de la leçon de M. Charcot, dans le mémoire de M. Bourneville, et dans quelques-unes des observations publiées, soit dans le *Progrès médical*, soit dans l'*Iconographie* de la *Salpêtrière*, il serait aisé de faire, en un temps relativement court, une thèse qui offrirait un réel intérêt.

A. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 décembre 1880.—PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Effets des applications du chloroforme chez les cobayes. M. BROWN-SÉQUARD signale un fait nouveau des plus curieux. On injecte du chloroforme dans l'oreille d'un cochon d'Inde : dix minutes après, l'animal est pris de convulsions et de tournoiement du même côté, comme si l'on avait lésé les canaux demi-circulaires. Il y a anesthésie complète du même côté. Ces phénomènes peuvent durer six à huit jours. M. Brown-Séquard rappelle, à ce propos, l'histoire rapportée par sir James Paget, d'un grand personnage qui alla consulter un charlatan pour un mal d'oreille. Celui-ci injecta dans le conduit auditif du patient quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent. Comme il y avait perforation, les canaux demi-circulaires furent lésés, et le grand personnage se mit à tourner sur lui-même pendant plusieurs jours, ce qui ne l'empêcha pas du reste de retourner chez le charlatan.

M. Brown-Séquard complète ensuite ses communications antérieures sur les effets des applications locales de chloroforme chez les animaux. Pour que les phénomènes inhibitoires se produisent dans leur totalité, il faut que l'application de chloroforme soit très large. L'application sur une p tite étendue ne donne pas de résultats complets. Répondant à une question de M. Houel, M. Brown-Séquard déclare encore que les chirurgiens qui se versent du chloroforme sur les doigts ne sont exposés à aucun accident. La surface est trop restreinte. On peut plonger les quatre pattes d'un animal dans du chloroforme sans produire aucun effet à distance. Toutefois, on peut observer une irritation locale chez l'homme comme chez les animaux.

M. Dumontpallier cite un fait à l'appui des idées défendues par M. Brown-Séquard. Ayant eu un abcès à ouvrir sur le bras droit, il pulvérisa de l'éther dans le point correspondant du bras gauche. L'anesthésie fut momentanément assez complète à droite pour permettre l'incision sans douleur. Mais ces phénomènes d'anesthésie croisée sont extrêmement passagers.

Electrisation de l'intérieur de l'estomac. M. Leven rapporte plusieurs cas de vomissements incoercibles traités avec succès par l'électrisation de l'intérieur de l'estomac. On pratique l'électrisation en conduisant, à l'aide d'une sonde œsophagienne, l'un des fils conducteurs dans l'estomac. M. Leven a pu, par ce moyen, faire cesser au bout de quinze séances des vomissements qui avaient résisté jusque-là à tous les traitements.

Fonctions de la rate. M. Malassez cite une expérience qui semble prouver, contrairement à une opinion défendue récemment, que la rate ne préside pas seule à la digestion des matières albuminoïdes. Sur un chien dératé depuis plus de deux ans, on a pu s'assurer que le pancréas continuait à digérer la fibrine.

Séance du 11 *décembre* 1880.—Présidence de M. P. Bert.

Parasitisme de la lèpre. M. E. Gaucher, communique, au nom de M. Hillairet et au sien, le résultat de recherches sur le parasitisme de la lèpre. Il rappelle les travaux de Neisser (de Breslau), de Cohn, de Eklund et de Armauer Hausen (de Bergen), qui ont trouvé des bactéries dans les tubercules lépreux. M. Gaucher a examiné le sang d'une lépreuse traitée par M. Hillairet. Il a extrait le sang au moyen d'une simple piqûre, d'abord au niveau d'un tubercule, puis au bout d'un doigt, dans un point où il n'existait pas de lésion. La lancette et les lames de verre qui ont servi à ces recherches avaient été préalablement lavées à l'alcool et flambées. Le sang des tubercules renfermait une grande quantité de bactéries mobiles, les unes à l'état de bâtonnets, les autres à l'état de monades isolées ou en chaînettes articulées au nombre de deux ou trois. Les mêmes microphytes existaient en nombre beaucoup moindre, mais très appréciable, dans le sang du bout du doigt. M. Gaucher fait ressortir l'importance de ces faits, au point de vue de l'origine parasitaire des lésions cutanées de la lèpre ; d'une part, l'accumulation des bactéries dans les tubercules, et, d'autre part, leur dissémination dans la circulation générale.

Il a conservé entre deux lames de verres, lavées et flambées, du sang desséché au-dessus de la flamme d'un bec de gaz, dans des préparations immédiatement fermées à l'aide de la parafine et de la cire. Après s'être ainsi prémuni contre l'introduction de germes venus de l'extérieur, il a vu les bactéries de la lèpre se multiplier et se développer, donnant naissance à des chaînes de micrococcus articulés et à des filaments simples ou ramifiés, présentant l'apparence ordinaire du mycélium des champignons inférieurs.

MM. Hillairet et Gaucher ont commencé aussi une série d'expériences de cultures et d'inoculations, dont ils communiqueront le résultat dans une note ultérieure.

Catalepsie provoquée chez les cobayes. Après avoir rappelé les expériences de Preyer sur les effets de l'hypnotisme chez les animaux, et l'expérience classique de Goltz qui, en frappant le ventre d'une grenouille, déterminait l'arrêt du cœur, M. Laborde fait devant la Société des expériences plus curieuses encore. Il prend un cobaye femelle : il renverse d'abord l'animal sur une table, puis il exerce quelques frictions légères sur le ventre, et termine par une chiquenaude au même endroit. Le cobaye reste immobile dans cette position, mais sans fermer les yeux ; il n'y a donc pas de sommeil. Le même phénomène s'obtient également si l'on gratte doucement la zone épileptogène de l'animal. Plus on prolonge le grattage, plus la situation se maintient. Tous les cochons d'Inde femelles subissent cette influence, mais les mâles sont absolument réfractaires. Il y a là quelque chose d'intéressant au point de vue des applications expérimentales. M. Laborde rapproche ces phénomènes de ceux obtenus par M. Brown-Séquard à l'aide des applications locales de chloroforme. Il termine en disant que le grattage prolongé de la peau de la région sterno-mastoïdienne chez les femmes nerveuses, provoque quelquefois aussi un état cataleptique.

M. P. Bert fait remarquer que, pour étudier plus complètement la question, il serait utile, après avoir constaté la sensibilité d'une femelle, d'enlever les ovaires, et d'examiner ensuite. Ou bien encore, on pourrait enlever les organes génitaux à de jeunes femelles ou à de jeunes mâles, pour expérimenter plus tard sur ces animaux devenus adultes.

M. d'Arsonval se rappelle avoir vu dans le laboratoire de M. Brown Séquard des phénomènes cataleptiques survenir chez les chiens, à la suite de l'application de quelques gouttes de chloroforme au niveau de la zone épileptogène.

Maladie des faisans. M. Mégnin fait la communication suivante : « Il règne depuis quelques années en France, dans les parquets d'élevage de faisans, et depuis bien longtemps en Angleterre et en Amérique, non seulement sur les gallinacés sauvages, mais aussi sur les gallinacés domestiques, une épizootie qui tue ces oiseaux par milliers. Cette maladie est causée par un parasite, un *ver rouge* qui se développe dans la trachée, en assez grande quantité pour faire mourir ses victimes par asphyxie. Ce parasite est le *syngamus trachealis*, qui est déjà connu zoologiquement, mais qui l'est très peu au point de vue de son anatomie et de sa physiologie, et qui ne l'est point du tout au point de vue de son développement et de son mode de propagation.

« Il résulte des études auxquelles je me suis livré pendant plusieurs années sur ce ver, si curieux par le mode d'accouplement permanent du mâle et de la femelle qu'il présente, que tous les deux sont actifs et sucent le sang à la manière des sangsues au moyen de leur bouche coriace qui constitue un véritable *bdellomètre*. Au point de vue du développement de ces vers et de leur mode de propagation, j'ai constaté :

1° Que les œufs, dans un milieu humide mais froid, conservent leur vitalité pendant des années ; 2° Que les embryons contenus dans ces œufs se développent et éclosent, si le milieu humide dans lequel ils baignent atteint une température de 25° ; 3° Que ce développement et cette éclosion sont d'autant plus rapides que le milieu humide qui les contient se rapproche plus de la température intérieure d'un oiseau, c'est-à-dire de 40° ; 3° Que les embryons du Syngame, qui sont anguilluliformes, peuvent vivre dans l'eau à la température ordinaire, pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines, mais sans y subir de changement notables ; 4° Que les faisans se contaminent en absorbant soit les œufs, soit les embryons contenus dans leurs aliments ou dans leurs boissons ; 5° Que les faisans se contaminent encore en absorbant directement les vers adultes et bourrés d'œufs qui sont expectorés dans des accès de toux par des faisans malades, vers qui ressemblent alors soit à de petits lombrics terrestres, soit à des larves rouges de tipules dont les gallinacés sont très friands ; 6° Que les larves de fourmis ou d'autres insectes qui servent de pâture aux faisans ne contiennent pas d'embryons de syngames et ne peuvent être une cause de propagation de la maladie que ces vers déterminent ; 7° Enfin, que l'ail et l'assa fœtida mêlés aux aliments et l'acide salicylique aux boissons sont les meilleurs agents pour détruire les embryons de syngame et arrêter la maladie que ce parasite détermine. »

Noir animal et sels toxiques. M. d'Arsonval avait remarqué que, si l'on mélange du noir animal avec une solution de sulfate de cuivre, le noir animal assimile en partie le sulfate de cuivre. En filtrant ce mélange, on s'aperçoit qu'il ne passe pas de cuivre. Le même effet a lieu si l'on met en présence, du noir animal et de l'acétate de cuivre.

De là résulte qu'une injection de sulfate de cuivre mêlé de noir animal n'est pas toxique. De même, d'autres substances très actives, telles que la strychnine, perdent leur toxicité quand elles sont mélangées avec du noir animal.

Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *décembre* 1880. — Présidence de M. Legouest.

M. Maurice Raynaud présente un nouveau mémoire de M. Desplats (de Lille) sur l'*action antipyrétique de l'acide phénique*. Ce mémoire, appuyé sur treize observations nouvelles, confirme et complète les conclusions données le 8 septembre dernier. Nous les reproduisons d'après l'auteur : 1° L'acide phénique est un antipyrétique sûr, prompt, et dont l'action est courte. Il peut être employé dans toutes les maladies fébriles ; 2° Il doit être manié avec hardiesse, quoique ses effets, au début surtout, doivent être surveillés : 3° L'administration intermittente, à doses massives, donne de meilleurs résultats que l'administration continue; 4° S'il est probable que les sueurs interviennent pour une part dans l'abaissement de la température, on ne peut dire qu'elles le produisent seules, puisqu'elles manquent souvent ; 5° Lorsqu'on recourt pendant longtemps à l'acide phénique, il faut surveiller l'état du cœur et du rein, quoique, jusqu'ici, aucun fait positif ne permette de dire que l'administration longtemps continuée de l'acide phénique amène des dégénérescences de ces organes.

Election d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale. Sont présentés : en première ligne, M. Brouardel; en deuxième ligne, M. Ernest Besnier; en troisième ligne, M. Lunier; en quatrième ligne, M. Vallin; en cinquième ligne, M. Gallard; en sixième ligne, M. Legrand du Saulle. Votants 80, majorité 41. Au premier tour de scrutin, M. Brouardel obtient 62 voix, M. Gallard 13, M. E. Besnier 3, M. Legrand du Saulle 1, M. Lunier 1. En conséquence, M. Brouardel ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Méhu lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Personne.

M. Peter fait la lecture de son rapport sur un travail de M. J. Worms, ayant pour titre : *Des névralgies symétriques chez les diabétiques*. M. Worms a observé deux cas de névralgies symétriques; dans l'un, il s'agissait des deux nerfs sciatiques, dans l'autre, des deux nerfs dentaires inférieurs. Les deux malades de M. Worms avaient dépassé la cinquantaine et étaient diabétiques ; de ces deux malades, l'un a succombé à une affection organique du foie, l'autre est mort de cette forme de tuberculisation pulmonaire tardive, que M. le professeur Peter a appelée la tuberculisation de la cinquantaine. Jusqu'à ce jour, on regardait la névralgie sciatique double comme symptomatique d'une lésion des centres d'origine des sciatiques ; aujourd'hui, M. Worms déclare qu'elle peut être symptomatique d'une altération du sang créée par le diabète. M. Peter ne doute pas que l'attention médicale appelée sur les névralgies symétriques du diabète, on ne sache désormais les voir.

M. Hardy n'a observé que des cas de sciatique simple chez des diabétiques. Ces sciatiques persistaient, rebelles à tout traitement. Il ne faudrait donc pas généraliser avec deux exemples seulement.

M. Peter déclare que M. Worms n'a voulu exprimer qu'une chose, l'importance étiologique de la sciatique symétrique.

M. Boucheron fait la lecture d'un travail intitulé : *De la surdi-mutité par compression du nerf acoustique ou par otopiésis. De sa curabilité sur un certain nombre de tout jeunes enfants.* M. Boucheron rapporte deux cas de surdi-mutité observés chez de jeunes enfants qui ont recouvré l'ouïe dans une proportion suffisante pour apprendre à parler. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune sourde-muette de 2 ans 1/2, bien constituée, assez intelligente, issue de parents non consanguins, non sourds, bien portants eux et leur famille. L'enfant n'a pas eu de convulsions bien constatées et ne présente aucune difformité congénitale. M. Boucheron diagnostiqua un catarrhe naso-pharyngien à répétition, avec propagation de l'inflammation dans la caisse du tympan par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, oblitération de ce conduit par le gonflement de la muqueuse et, comme conséquence, compression du nerf acoustique ou otopiésie avec surdité consécutive. Les petites apophyses du marteau étaient saillantes, les tympans déprimés, et, dans les poussées aiguës du catarrhe naso-pharyngien (l'une avec abcès du voile du palais), la vascularisation interne observée autour du tympan et le long du manche du marteau confirma le diagnostic. Après un mois de traitement, ont crut reconnaître un réveil de l'ouïe, qui se perfectionna peu à peu. Après un an, l'enfant entend la voix forte, la montre au contact, articule très nettement les mots qu'elle apprend et les prononce sans regarder les lèvres. Le second cas est celui d'une jeune sourde-muette déjà âgée malheureusement de 4 ans 1/2. Elle fut examinée à 2 ans par un auriste distingué qui conseilla, paraît-il, de s'en tenir à l'éducation par les signes.

Cette enfant présente les mêmes conditions d'intelligence vive, de santé, d'absence d'antécédents, de convulsions, de parenté consanguine et sourde. On retrouve chez elle les signes caractéristiques d'un catarrhe naso-pharyngien avec propagation du côté de la caisse, avec phénomènes de compression sur le nerf acoustique ou otopiésis et surdité consécutive. Soumise au même traitement que la première enfant, elle parut aussi commencer à recouvrer l'ouïe, après un mois environ. Après cinq mois et demi, elle avait appris 40 mots dont elle connaît le sens, mais qu'elle prononce en regardant les lèvres. Elle entend le remontoir d'une montre au contact. L'ouïe s'améliore encore, le résultat n'est donc pas définitif et il est inespéré, vu l'âge avancé de l'enfant. M. Boucheron compare le mécanisme de ces surdités par compression du nerf acoustique à celui de la cécité par compression du nerf optique dans le glaucome, et propose de désigner ce processus par le mot otopiésis pour ne pas employer pour l'oreille le mot métaphorique de glaucome. Au glaucome aigu, avec cécité aiguë et guérison complète, après relâchement de la pression intraoculaire, correspondrait l'otopiésis aiguë avec possibilité de guérison également complète. Au glancome chronique progressif correspondrait l'otopiésis chronique progressive conduisant à la surdité progressive. Au glaucome hémorrhagique correspondrait la maladie de Ménière avec hémorrhagie labyrinthique, otopiésis hémorrhagique. Cette conception du processus de la surdité par compression du nerf ou otopiésis indique la nécessité de lever au plus tôt la compression, sous peine de voir le nerf acoustique dégénérer et la surdité devenir incurable à un certain âge, ce que tout le monde a constaté sur les élèves des asiles de sourds-muets. Le moment le plus favorable au traitement est celui où l'on s'aperçoit que l'enfant est sourd, environ de un à deux ans. Plus tard, on n'observe que des guérisons exceptionnelles. L'influence mystérieuse de la consanguinité et de l'hérédité s'explique en partie par l'hérédité du catarrhe naso-pharyngien. C'est lui qui se transmet presque fatalement, mais tantôt avec complication vers l'oreille, tantôt sans complication. — Les indications thérapeutiques dans la surdi-mutité par otopiésis, sont : 1° de lever la compression du nerf acoustique, ce qu'on obtient par les insufflations d'air dans la caisse ; 2° diminuer le gonflement inflammatoire de la muqueuse des trompes par les cautérisations pharyngées ; 3° modérer et éloigner les crises aiguës du catarrhe diathésique par un traitement approfondi. — Le cathétérisme nécessaire, pour les insufflations d'air, nécessite l'emploi du chloroforme chez les enfants indociles.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 *avril* 1880. — Présidence de M. Charcot.

23. Péricardite tuberculeuse. Variole. Mort ;
par A. Brault, interne des hôpitaux.

Pigeon, Jean, 41 ans, journalier, entré le 22 février 1880, à l'hôpital Saint-Antoine, lit n° 17. Service de M. Cornil.

Antécédents. A été traité pour une pleurésie il y a deux ans, et, depuis ce moment, il a toujours toussé un peu, mais c'est surtout depuis deux mois qu'il a remarqué qu'il toussait davantage. En même temps, il perdait ses forces et maigrissait.

Depuis un mois, il accuse un point de côté à droite, assez intense, avec frisson de fièvre de temps à autre, surtout vers le soir.

La nuit, il a des sueurs abondantes et, pendant la journée, de la diarrhée ; il se plaint également de palpitations.

Etat actuel. Le poumon offre, en avant et au sommet gauche, de l'expiration prolongée ; à droite, la respiration est obscure ; en haut, vers la partie moyenne on entend quelques râles, frottements secs et très fins. Rien au cœur.

Les jours suivants, ces symptômes disparaissent et l'on n'entend plus, de temps à autre, que des râles de bronchite localisés au sommet droit ou gauche et disparaissant du soir au matin et toujours en avant, très peu de signes en arrière.

Expectoration muco-purulente peu abondante.

11 *mars.* Le malade est oppressé et n'a pas dormi la nuit ; son pouls est petit, irrégulier. — A l'auscultation du cœur, on perçoit un bruit de frottement péricardique très superficiel et assez râpeux.

13 *mars.* Le frottement péricardique a augmenté, les battements du cœur sont très irréguliers, très intermittents, le pouls est filiforme ; les nuits se passent sans sommeil, les sueurs sont plus abondantes.

16 *mars.* Le frottement a disparu, les battements du cœur sont lointains et irréguliers.

25 *mars.* Les bruits du cœur sont toujours irréguliers, mais ils sont devenus plus nets. Il existe une douleur légère au niveau de la région hépatique. Douleur se prolongeant en avant et en arrière et répondant assez bien aux insertions du diaphragme.

30 *mars.* A la base du poumon, du côté droit et en dehors dans la ligne axillaire, on perçoit dans un espace très limité, un souffle avec quelques froissements pleuraux. On remarque, qu'à ce niveau, la paroi thoracique subit un certain retrait au moment de l'inspiration.

Du 1er au 9 *avril.* Rien de particulier, la douleur du côté droit disparaît. Le 9, le malade est agité, il accuse des douleurs lombaires et a une fièvre intense.

12 *avril.* On constate une éruption de variole et on fait passer le malade au pavillon d'isolement.

15 *avril.* Il meurt dans la nuit à une heure du matin.

Autopsie faite le 16. — Le poumon droit présente quelques tubercules crayeux au sommet, a très peu d'adhérences à la partie inférieure, avec quelques tubercules à la surface. Le poumon gauche présente des lésions analogues peu accusées.

Le cœur est volumineux ; les deux feuillets du péricarde sont *légèrement* adhérents (symphyse cardiaque au début). Les deux feuillets sont couverts de granulations tuberculeuses fermes, miliaires, très serrées les unes contre les autres.

La rate présente un infarctus récent, jaunâtre.

Les bronches sont congestionnées et présentent des pustules varioliques. Les reins sont volumineux.

Remarques. — Cette observation montre que la tuberculose avait envahi surtout le péricarde, en donnant lieu à une péricardite facile à diagnostiquer pendant la vie. Partout ailleurs, les tubercules étaient rares, surtout dans le poumon ; les plèvres étaient atteintes plus que le parenchyme pulmonaire. Si le malade n'avait pas été enlevé par la variole, la péricardite aurait probablement abouti à une symphyse cardiaque complète.

24. Cystite, pyélo-néphrite, orchite tuberculeuses. — Mort par Urémie; par Vermeil, interne des hôpitaux.

Le nommé Gambard, Eugène, âgé de 48 ans, profession de peintre, entré le 14 avril 1880, salle Saint-Athanase, lit n° 46, service de M. Gallard.

Le malade entre le 14 avril avec une grande dyspnée, sans cyanose, sans œdème, dans un état d'affaissement intellectuel, d'étonnement, qui ne nous permet d'obtenir aucun renseignement précis. Tout ce qu'il nous apprend c'est qu'il est peintre, qu'il n'a cependant jamais eu d'accidents saturnins, qu'il est d'une bonne santé habituelle et qu'il n'est malade que depuis deux jours.

Etat actuel. Le sujet est pâle et assez maigre, mais n'a pas l'apparence cachectique. Il ne se plaint de rien que de sa dyspnée. — Cependant la percussion, et l'auscultation de la poitrine nous apprennent peu de chose ; partout on entend le murmure vésiculaire, au sommet droit seulement on entend quelques râles sous-crépitants ; mais, rien dans cet examen ne nous explique la dyspnée à laquelle nous assistons.

Pas de toux, pas d'expectoration. A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de galop à la pointe, pas de souffle. La pointe bat sensiblement en dehors de la ligne mamelonnaire et assez bas : T. 36,°8.

La langue est sèche, la pression sur l'abdomen ne détermine aucune douleur. Les urines sont claires, pâles, abondantes et renferment une assez grande quantité d'albumine. Pas d'œdème d'aucune partie du corps. L'examen à l'ophthalmoscope ne révèle aucune lésion appréciable du fond de l'œil. L'état mental du malade ne permet d'attacher aucune importance aux renseignements qu'il peut fournir sur l'état de la vision.

Les testicules sont volumineux, et la paltation nous montre que cette augmentation de volume est due presque uniquement aux deux épididymes qui sont durs, plus gros que les pouces et entourent des testicules assez mous, présentant un volume à peu près normal. On n'y sent ni adhérences, ni nodosités ; la pression ne semble pas être douloureuse. Traitement : 15 grammes d'eau-de-vie allemande.

Depuis hier soir, la dyspnée a encore augmenté, malgré la diarrhée déterminée par l'eau de vie allemande.

A l'auscultation, gros râles sous-crépitants aux bases. *Coma* presque complet. Injection sous-cutanée de 0,02 c. de pilocarpine.

Mort à 11 heures du matin.

Autopsie. Au sommet du *poumon droit*, infiltration tuberculeuse dans une étendue équivalente au volume d'une noix. Au centre de cette masse indurée, on voit une petite cavernule. La plèvre qui entoure le sommet droit est très épaisse et adhérente au feuillet pariétal.

Au *sommet gauche*, quelques très petits noyaux de granulations grises. Le reste des deux poumons crépite bien ; aux bases seulement le parenchyme est d'un rouge sombre et laisse écouler à la coupe une assez grande quantité de sang, mais partout il est souple et surnage dans l'eau. Le *cœur* est volumineux ; cette augmentation de volume est due surtout au ventricule gauche dont les parois sont très épaisses. Les valvules ne présentent rien d'anormal.

Le *foie* et la *rate* sont sains. Le *cerveau* a la consistance normale ; mais les vaisseaux de la *pie-mère* sont presque vides. Elle se détache avec la plus grande facilité. Le *rein gauche* est petit, largement lobulé, non granuleux et d'une consistance assez molle. Sa surface est très rouge ; la décortication, sans être facile, est partout possible. A la coupe, on trouve la substance corticale réduite à la base des pyramides à une mince couche d'environ 0,001 mill. d'épaisseur. Les colonnes de Bertin semblent formées surtout par de la graisse et par un tissu grisâtre d'apparence lardacée. Dans la substance médullaire, qui est d'un rouge foncé, on voit plusieurs petites cavités grosses comme des pois. 2 ou 3 de ces cavités contiennent une masse jaunâtre (citron) de consistance gélatineuse. Les autres contiennent un liquide blanchâtre purulent.

A l'examen histologique fait par M. Barth, la lésion paraît consister exclusivement dans une néphrite interstitielle très

avancée. On ne distingue pas de granulations tuberculeuses: en quelques points seulement, le tissu conjonctif est épaissi : les tubuli atrophiés sont masqués par une infiltration embryonnaire diffuse. Les tubes urinifères ne renferment pas de cellules cubiques. Leur épithélium est en dégénérescence granulo-graisseuse et se colore en noir par l'acide osmique. Les calices, le bassinet et l'uretère n'ont rien d'anormal.

Le *rein droit* est beaucoup plus volumineux : son volume est presque deux fois supérieur à celui du rein gauche. La surface est lisse, blanchâtre et présente aussi quelques divisions lobulaires peu profondes. La consistance est molle, le bassinet et l'uretère, jusqu'à la vessie, sont considérablement dilatés. A la coupe, on voit que, par suite de la dilatation des calices, la substance rénale est réduite à l'état d'une coque peu épaisse autour de chaque calice, coque dans laquelle il est impossible de distinguer les deux substances et formée d'un tissu assez consistant d'un rose pâle, marbré de traînées blanchâtres, lardacées.

A première vue, le rein paraît être le siège d'une néphrite interstitielle très prononcée ; mais il est facile de distinguer sur la coupe un grand nombre de petits nodules, présentant la forme et les caractères des granulations tuberculeuses adultes, les granulations disposées en grand nombre dans le parenchyme sont volumineuses, englobant tout un faisceau de tubuli. La prolifération embryonnaire paraît se faire aussi bien dans l'intérieur des tubes que dans le tissu conjonctif interstitiel, et il en résulte un amas indistinct offrant vers son centre des cellules géantes, nettement reconnaissables, se confondant par sa périphérie avec l'infiltration embryonnaire diffuse, dont le tissu du rein est le siège. Dans l'intervalle des tubercules, le tissu du rein offre, comme il a été dit déjà, les caractères d'une néphrite interstitielle avancée. Les cloisons conjonctives sont énormément épaissies, formant des bandes de tissu embryonnaire, dans lesquelles on trouve plus ou moins de cellules fusiformes suivant les points. Les tubes urinifères sont atrophiés ; leur épithélium est dégénéré, offre en certains points l'état cubique : ailleurs, il a subi la dégénérescence graisseuse. Les glomérules ratatinés, à peine reconnaissables, sont réduits à une petite masse de tissu fibreux embryonnaire, renfermé dans une capsule considérablement épaissie.

La surface interne des calices, du bassinet et de l'uretère est d'un blanc grisâtre, inégale, rugueuse, on y voit des saillies arrondies et de véritables ulcérations peu profondes, à bords nets. Les parois sont épaissies, blanchâtres et résistantes. Nulle part on ne trouve traces des calculs.

Le contenu est de l'urine légèrement trouble dans les calices. L'uretère est sinueux et présente le volume de l'index. La vessie est petite, elle contient une urine limpide. La muqueuse, à surface très rugueuse, présente une coloration d'un blanc verdâtre. Elle est hérissée de saillies hémisphériques, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Ces petites masses incisées ont un aspect lardacé. Dans l'intervalle de ces saillies, on trouve des ulcérations arrondies, assez régulières, peu profondes, à bords nets, à fond déchiqueté.

A l'examen micrographique, dans la couche sous-muqueuse, on distingue des granulations tuberculeuses arrondies, les unes isolées, les autres agglomérées, qui soulèvent la couche épithéliale. Celle-ci est intacte dans la plus grande partie de son étendue, exulcérée en quelques points qui correspondent à des amas tuberculeux en partie éliminés. Au point de vue de leur structure intime, les granulations ne présentent rien de particulier, elles sont caséeuses au centre, fibreuses à la périphérie, de nombreux vaisseaux oblitérés se voient dans leur voisinage. La couche musculaire est intacte et n'est pas envahie par les tubercules.

La prostate est volumineuse. On y trouve 2 ou 3 noyaux caséeux. L'utricule prostatique, largement béant, sous forme de fente allongée, contient un liquide blanchâtre, laiteux.

Les 2 testicules sont volumineux, encadrés par des épididymes plus gros que le pouce. Les épididymes sont durs, assez réguliers, non bosselés; à la coupe, on les trouve entièrement formés par une matière caséeuse, d'un blanc laiteux, d'une consistance assez grande. La substance testiculaire est infiltrée dans toute la partie qui est en rapport avec les épididymes par des granulations grisâtres, semi-transparentes, très faciles à distinguer du parenchyme testiculaire. Une coupe faite au niveau du corps d'Highmore montre d'énormes granulations, agglomérées en groupes considérables, qui envahissent et étouffent les canaux séminifères. Ceux-ci ont entièrement disparu dans le centre des granulations. Vers la périphérie il sont reconnaissables, mais déformés et affaissés.

L'endothélium qui les tapisse est détaché des parois et transformé en un magma graisseux qui remplit toute la lumière du canal.

25. Orchite tuberculeuse ; par M. Gibier, interne des hôpitaux.

Le nommé X... a eu, en juillet 1874, une inflammation spontanée du testicule droit ayant abouti à un abcès ouvert, dans le service de M. Horteloup, et auquel succéda une fistule qui ne s'est fermée qu'à la fin de 1878. Le testicule gauche s'est pris en septembre 1878. En janvier 1879, le testicule est gros; l'épididyme du même côté est très-volumineux et bosselé. La peau n'adhère pas, elle est un peu rouge. Douleur modérée. Légère douleur à la fin de la miction qui n'est pas plus fréquente que normalement. Dans les premiers jours de février 1879, les dernières gouttes d'urine contenaient un peu de sang. Le lobe gauche de la prostate est volumineux et présente quelques nodosités. — Le poumon est sain. Huile de foie de morue. Capsules phosphorées. Un abcès a été ouvert sur le scrotum, à cette époque. — Le malade n'a jamais eu aucune affection vénérienne.

Etat actuel. 10 *mars* 1880. On constate sur le scrotum, du côté droit, une cicatrice déprimée. Il y a quatre mois, le malade sentit son testicule gauche devenir douloureux. — Depuis le 4 mars, cette orchite a pris une allure aiguë; le scrotum est gonflé, rouge et très douloureux. — Il existe un point fluctuant à sa partie inférieure.

11 *mars*. Le gonflement et la rougeur se continuent sur le trajet du cordon, jusqu'à la partie interne de l'aine, où l'on constate l'existence d'un petit abcès dont le début remonte à un mois. Cet abcès est ouvert et l'exploration de sa cavité démontre qu'il n'existe aucune communication avec l'abcès du scrotum. La prostate n'est pas douloureuse au toucher, elle ne présente aucune bosselure. L'auscultation de la poitrine fait entendre un murmure vésiculaire affaibli, au niveau du sommet droit, où l'on trouve une matité appréciable.

12 *avril*. Ablation du testicule gauche. — A la coupe, il présente une dizaine de petits abcès séparés par de la substance saine. Cette pièce a été présentée à la Société anatomique le 16 avril.

6 *mai*. La guérison de la plaie est presque complète, et l'état général du malade est beaucoup plus satisfaisant.

Depuis plusieurs jours il se lève et aide aux gens de service.

Primitivement, la plaie opératoire était pansée à l'huile phéniquée. — Après quelques jours, on fit un pansement à l'iodoforme, et, depuis ce temps, la cicatrisation s'est effectuée beaucoup plus rapidement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *décembre* 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Traitement de l'épithélioma de la langue. M. Le Dentu rapporte plusieurs observations personnelles d'épithélioma de la langue. Chez un premier opéré, la récidive a été presque immédiate et la mort est survenue au bout de deux mois; un second a été emporté par une hémorrhagie foudroyante; un troisième était atteint d'un épithélioma à ichor très fétide, ayant tout l'aspect d'une gomme ulcérée, et qui rapidement avait envahi les deux tiers antérieurs de l'organe, il n'existait point de dégénérescence ganglionnaire, en apparence du moins. M. Le Dentu enlève du même

coup et la langue et l'un des piliers antérieurs du voile du palais: l'opération réussit à merveille; le malade, grâce surtout à un certain œdème du moignon lingual, parle avec une facilité relative; malheureusement, quatre mois après l'opération, apparaissait un petit ganglion qui ne devait pas rester seul; quoi qu'il en soit, l'opération a toujours eu un résultat, celui de rendre la vie supportable au patient, de supprimer les douleurs intolérables qu'il accusait, et si l'on observe d'autre part que ce malade a devant lui plusieurs mois d'existence, l'opération lui aura procuré une survie de près d'une année.

Tous les opérés dont il vient d'être question étaient gravement atteints; l'histoire d'un dernier malade, opéré plus à temps quoique tardivement encore, est particulièrement intéressante.

Cet homme, porteur d'un *psoriasis lingual* et d'un psoriasis *buccal*, avait en même temps un épithélioma lingual, véritable fongus cancéreux: ce cancer, situé sur la partie latérale droite de l'organe, commençait à un centimètre de la pointe et finissait à deux centimètres de la base; il est bon d'ajouter que le malade avait subi, pour cette tumeur même, mais en vain, un traitement antisyphilitique des plus complets. M. Le Dentu se met en devoir d'enlever, au moyen du thermo-cautère, le tiers de la langue; il l'attire au dehors et opère largement quoique avec quelque difficulté; peut-être eût-il été préférable, en l'absence même de tout ganglion, d'opérer par la voie sushyoïdienne. Mais, résultat remarquable, l'opération ayant eu lieu en 1876, le malade n'a point encore la moindre récidive. M. Le Dentu est certain du fait, il a revu l'opéré il y a 4 jours, et, si le malade a pu rester guéri pendant *quatre ans* et quatre mois, quelle raison s'oppose à ce que la guérison se maintienne ? Peut-être contestera-t-on le diagnostic; mais M. Le Dentu l'affirme sans hésitation, car il a été porté par des chirurgiens de la plus grande valeur et, entre autres, par M. le professeur Verneuil.

Faute de temps, M. Le Dentu n'abordera pas la question de la ligature préliminaire des linguales ; mais il présente une aiguille courbe, de forme spéciale, construite par Collin, et qui, lorsqu'on opère par la région sus-hyoïdienne au moyen de l'écraseur linéaire, permet d'introduire le fil avec la plus grande facilité.

M. Perrin a, dans l'espace de 11 ans, enlevé 6 épithéliomas de la langue, dans son ancien service du Val-de-Grâce. L'une de ces opérations a été faite, et bien faite, par M. Poncet (de Cluny). Les malades étaient dans des conditions à peu près semblables; ils étaient presque tous des gens âgés, officiers supérieurs pour la plupart, en retraite ; chez tous, l'épithélioma était circonscrit, unilatéral, limité à l'un des bords de la langue, sans dégénérescence ganglionnaire; c'est dire que l'opération a toujours été des plus simples; elle a été pratiquée tantôt par l'écraseur linéaire tantôt au moyen du thermo-cautère, ou du galvano-cautère soit en une, soit en plusieurs séances, mais toujours par la cavité buccale. Le résultat a été généralement bon, et, pour plusieurs des opérés, le succès a été de deux et même de trois années.

La dernière des observations racontées avec détails par M. Perrin est, sans contredit, la plus intéressante. Elle a trait à un lieutenant-colonel de cavalerie atteint d'épithélioma et de psoriasis lingual; or, comme détail, sur un point du psoriasis les squames étaient tombées, et, à ce niveau, la surface blanche et nacrée du psoriasis, avait été remplacée par une surface lisse du plus beau rouge ; mais, cette surface d'abord indemne, en apparence du moins, avait fini par s'indurer à son tour, et c'est à ce moment, que M. Perrin a opéré. L'épithélioma s'était surtout développé en surface, en nappe ; mais quelque soin, qu'eût pris M. Perrin pour tout enlever du premier coup, l'examen histologique, fait dans la journée même, révéla que l'extirpation avait été incomplète ; fort heureusement, il ne tarda pas à se produire une hémorrhagie qui lui fournit une occasion et d'arrêter le sang et de parachever l'opération. Le résultat opératoire fut bon, mais, deux ans après, le malade était emporté par une récidive effroyable.

Des faits qu'il a observés, M. Perrin se croit en droit d'établir deux catégories d'épithéliomas de la langue, la catégorie des cancers opérables, la catégorie des cancers à ne pas opérer. Ne seront pas opérés : 1° le cancer avec dégénérescence ganglionnaire ; 2° ce cancer plutôt muqueux qu'interstitiel, qui se développe en superficie. M. Perrin n'opérera jamais les cancers propagés. En raison de petites manœuvres opératoires qui lui sont tout à fait spéciales, il ne recourra qu'exceptionnellement à la voie sus-hyoïdienne; enfin, il préfère l'écraseur linéaire au couteau incandescent. Les dissemblances sont, on le voit, assez grandes entre l'opinion de M. Perrin et celle de M. le professeur Verneuil.

M. Le Fort n'opère plus les épithéliomas de la langue pour peu que le néoplasme ait envahi la muqueuse de la face inférieure de l'organe. Cette muqueuse était-elle envahie chez les malades de M. Perrin.

M. Perrin. L'épithélioma était limité aux bords de la langue. La muqueuse de la face inférieure et celle du plancher de la bouche étaient intactes.

M. Desprès partage sur beaucoup de points l'opinion de MM. Le Dentu et Perrin ; mais il croit les longues survies exceptionnelles. Il ne pense pas que l'écraseur linéaire puisse avoir un instrument rival dans l'extirpation des tumeurs de la langue ; rien n'égale l'écraseur de Chassaignac. Pour introduire le fil conducteur de la chaîne, une chose, en outre, vaut mieux que toutes les aiguilles du monde, droites ou courbes, c'est le vulgaire trocart. Chassaignac introduisait le trocart à travers la langue : il prenait prudemment soin de ne pas blesser le voile du palais avec la pointe de l'instrument ; puis, à travers la canule, il introduisait autant de fils que cela lui était nécessaire. La chose est des plus simples et le procédé de Chassaignac pourrait éviter aux chirurgiens de se mettre en frais d'invention.

M. Trélat. Il est bien définitivement admis que le traitement topique ou pharmaceutique de l'épithélioma de la langue est un traitement détestable ; il est définitivement admis qu'il importe d'opérer promptement et rapidement ; qu'il faut à tout prix dépasser les limites du mal, et que, par ce moyen, on peut obtenir de très longues survies ; il a été, en effet, rapporté ici *onze* observations de survies de trois ans et au-dessus, et ces survies se sont faites dans un état parfait de santé. M. Perrin a cité l'observation d'un malade qui, atteint d'épithélioma, avait en même temps un psoriasis buccal ; sur un point, a dit M. Perrin, le psoriasis s'était desquamé ; M. Trélat est convaincu que la surface desquamée était déjà atteinte par l'épithélioma ; qu'elle était déjà envahie lorsqu'elle s'est indurée ; que la chute des squames indique à coup sûr la propagation du néoplasme. Pour soutenir cette importante opinion, M. Trélat s'appuie non seulement sur les observations recueillies dans les auteurs, mais encore sur une opération faite par lui sur un colonel d'artillerie.

Faut-il opérer quand le malade a des ganglions ? Les uns disent oui, les autres disent non ; la vérité est entre ces deux opinions extrêmes ; cela dépend des cas et des malades. — Quand aux divers procédés opératoires, ils se valent tous ; ils ont chacun leurs indications.

M. Verneuil. Faut-il opérer les malades qui ont des ganglions ? Cela dépend, comme l'a si judicieusement dit M. Trélat ; cela dépend surtout du siège des ganglions atteints : il est certain, par exemple, que si toutes la chaîne ganglionnaire cervicale est prise, s'il y a des ganglions jusque dans le creux sus-claviculaire, l'opération est inutile ; dans la plupart des autres cas, le chirurgien doit opérer. De même qu'on opère un cancer du sein avec infection ganglionnaire, de même on doit enlever un épithélioma lingual. Sans doute, on n'aura que rarement un résultat thérapeutique ; mais n'existerait-il donc plus des *opérations palliatives ?*

Des épithéliomas de la langue, en dehors de ce cas où la langue est soudée au plancher buccal, la plupart peuvent être enlevés par les voies naturelles ; et si M. Verneuil préconise la voie sus-hyoïdienne, c'est parce qu'elle permet de visiter et d'enlever du même coup les ganglions.

Résection du coude. M. MARC SÉE présente une jeune fille de 21 ans à laquelle il a pratiqué, il y a 6 ans, la résection du coude : les surfaces articulaires ne se sont pas refaites ; les mouvements de latéralité sont énormes ; le membre est un véritable membre de polichinelle, et cependant, par une contradiction curieuse, les résultats fonctionnels sont merveilleux ; la malade se sert du membre opéré avec une facilité et une aisance incomparables.

Macrodactylie éléphantiasique. M. LANNELONGUE présente un petit malade chez lequel l'index et le médium ont pris un développement monstrueux : l'hypertrophie se prolonge jusque dans l'éminence thénar. Les usages de la main sont abolis. — Faut-il opérer ? et s'il faut opérer, quelle opération faire ? M. Verneuil conseille d'amputer l'index et de faire tomber les deux dernières phalanges du médium ; on rétablirait de la sorte l'harmonie de courbure de la main.

M. MARC SÉE conseille l'amputation des deux doigts éléphantiasiques.

M. FARABEUF. L'amputation oblique du 2e métacarpien et la désarticulation du médius.

M. DESPRÉS. L'amputation de l'avant-bras. — Une discussion s'engage sur la nature de l'affection.

M. MARC SÉE qui a soigné le petit malade, et qui, il y a trois ans, a opéré de *syndactylie* les deux doigts éléphantiasiques, affirme que l'éléphantiasis ne s'est développé qu'*après* l'opération; il est très affirmatif sur ce point.

M. TRÉLAT, au contraire, qui a étudié de très près la question avec M. MONOD, affirme que la lésion est *congénitale*, qu'elle est d'ordre nerveux. Il se rallie au procédé opératoire de M. Farabeuf.

P. MÉRICAMP.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 décembre 1880. — PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

M. Debove fait une communication sur l'*élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice* (1).

Suite de la discussion sur la scrofule et la tuberculose. M. CORNIL lit une note à ce sujet. M. Cornil fait remarquer que la tuberculose est une maladie bien définie sur laquelle on est d'accord, tandis que les accidents scrofuleux sont multiples, plus disparates, variables quant à l'âge des sujets atteints, aux conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouveront, aux traitements qu'ils auront déjà subis. Souvent la scrofule sera acquise de toutes pièces. Il faut du reste comparer la scrofule et la tuberculose à deux points de vue, celui de l'histologie, celui de l'étiologie et de la clinique.

Distinction histologique. Au point de vue microscopique, on observe des analogies telles entre les maladies scrofuleuses et tuberculeuses qu'on ne peut les différencier. La lésion élémentaire offre une identité apparente que l'on retrouve dans beaucoup de cas. M. Cornil compare le lupus et la tuberculose du voile du palais, les séreuses tuberculeuses et les arthrites fongueuses, les lésions des abcès froids, des caries osseuses, des ganglions, et il montre que partout, aussi bien dans la tuberculose que dans la scrofule, on peut observer des lésions analogues. On peut donc avoir des tumeurs blanches tuberculeuses, par exemple, sans admettre pour cela que toutes les tumeurs blanches seront tuberculeuses. Il en est de même pour les ganglions. Les processus d'induration ganglionnaire, après les lésions cutanées ne sont pas des processus tuberculeux, et cependant les terminaisons caséeuses de ces inflammations, quand elles ont lieu, se rapprochent de ceux de la tuberculose. Pour ce qui est des tuberculoses locales, M. Cornil admet des tuberculoses limitées, éventuelles, en dehors des manifestations tuberculeuses générales. Ce fait s'observe même dans le poumon. M. Cornil ne croit pas qu'une maladie puisse être caractérisée par une seule particularité histologique, il cite à ce propos l'engouement, peu justifié depuis, que l'on eut pour la cellule cancéreuse, pour le corpuscule tuberculeux. Il faut pour définir une maladie, pour lui donner sa place relative dans le cadre nosologique, tenir compte de toutes ses particularités et faire entrer, pour une large part, l'élément clinique qui résulte de l'observation continue des générations qui nous ont précédés. Du reste, s'il ne fallait chercher que des identités histologiques, ce n'est pas avec la scrofulose qu'il faudrait comparer la tuberculose, mais bien avec la syphilis et la morve. Les gommes dans le rein, le testicule, le cerveau, ressemblent plus que quoi que ce soit au tubercule solitaire de ces organes, et cependant, personne ne songera à considérer ces manifestations syphilitiques comme l'expression de la diathèse tuberculeuse. De même, la granulation morveuse ressemble fort au tubercule, sans que, dans ce cas encore, la confusion clinique soit un seul instant possible. Des maladies différentes par leurs symptômes et par leur marche peuvent donner lieu à des manifestations semblables, ajoute M. Cornil, car l'analyse histologique est, dans certains cas, plus apte à faire constater les analogies que les différences de quelques diathèses. L'anatomie pathologique n'en est pas moins la base des recherches cliniques, mais elle doit être guidée par la connaissance des conditions étiologiques.

Distinction étiologique. En comparant ensemble la syphilis, la tuberculose et la scrofule, on voit que la première de ces affections est contagieuse, inoculable, spécifique. Pour la tuberculose, on peut admettre qu'elle est inoculable de l'homme à l'animal et de l'homme à l'homme. C'est là un fait aujourd'hui démontré. Est-elle contagieuse, cela paraît au moins probable, il semble même que cette contagion puisse s'exercer par l'intermédiaire de l'air respiré : on expliquerait ainsi que les grandes villes, que les agglomérations d'hommes puissent produire plus de tuberculeux que les campagnes. L'on ne résiste dans les villes que si l'on est doué d'un organisme assez solide pour résister à ces chances de contagion. La tuberculose serait donc une véritable maladie infectieuse. Dans la scrofule, il n'a jamais été question de contagion. Au point de vue étiologique, dit en terminant M. Cornil, on ne peut pas non plus, jusqu'à plus ample informé, établir une distinction absolue entre la scrofule et la tuberculose, mais on peut différencier ces deux états pathologiques par l'ensemble de leurs caractères.

M. DAMASCHINO lit quelques considérations qui se rapprochent de celles que M. Cornil vient de présenter. La scrofule et la tuberculose, dit M. Damaschino, ont une évolution comparable; à la période terminale de la scrofule il y a un état *cacochyme* qui est avant tout favorable au développement de la tuberculose. Il y a donc dans la scrofule une circonstance étiologique qui prédispose à la tuberculose, plus que ne le font même la plupart des autres états cachectiques; la tuberculose survient, alors que l'hérédité innée est transmise par l'un des ascendants. M. Damaschino semble donc admettre que le scrofuleux peut devenir tuberculeux et que c'est ainsi que l'on trouve des lésions véritablement tuberculeuses chez les scrofuleux. M. Damaschino considère la scrofule et la tuberculose comme deux diathèses distinctes; tantôt elles sont séparées, tantôt la tuberculose est l'aboutissant de la scrofule, comme c'est celui de toutes les maladies dystrophiques.

M. J. SIMON présente ses *conférences de thérapeutique et de clinique sur les maladies des enfants.*

M. FERRAND présente de la part de M. Favre (de Marseille) des leçons *de clinique médicale.*

Henry DE BOYER.

REVUE DENTAIRE

V. **De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la Carie dentaire**; par le Dr Anthelme COMBE. — Thèse de Paris, 1879.

V. M. Combes a été bien inspiré en consacrant sa thèse inaugurale à l'acide arsénieux ; une lacune importante se trouve ainsi comblée en thérapeutique. L'acide arsénieux joue un tel rôle en chirurgie dentaire, son emploi est tellement fréquent, qu'il n'était pas trop d'une monographie faite avec soin pour nous faire connaître ce précieux agent avec tous les développements que comporte le sujet. C'est près de M. le Dr Magitot que M. Combes a pu étudier les

(1) Voir le n° 50, p. 1,015.

applications de l'acide arsénieux à la thérapeutique de la carie dentaire, et c'est en résumé le résultat de ses propres observations et de l'expérience de son savant maître que nous avons sous les yeux.

Nous pouvons passer rapidement sur les pages consacrées à l'étude des propriétés physiques et chimiques, le mode de préparation, etc., et arriver immédiatement au chapitre des applications thérapeutiques. C'est dans les caries du second degré et principalement dans celles du troisième degré que l'on emploie l'acide arsénieux. M. Combes le préconise, de préférence à tous les autres caustiques, dans les caries du second degré profondes, où la pulpe n'est plus protégée que par une mince couche d'ivoire ; il s'agit alors de provoquer de la part de la pulpe une réparation physiologique, c'est-à-dire une irritation, qui se traduit par la production d'une certaine quantité d'ivoire secondaire qui augmente la force et l'épaisseur de la paroi protectrice. Est-ce là une bonne pratique ? nous ne le croyons pas, et, en tous cas, l'expérience que nous avons pu faire de ce procédé thérapeutique ne nous a guère encouragé à l'employer. L'acide arsénieux appliqué ainsi sur le fond des caries du second degré donne des résultats rapides, mais trompeurs. Au bout de quelques jours, l'insensibilité est complète et l'on fait un plombage ; mais la pulpe est frappée d'un coup dont elle ne se relèvera pas ; sans douleur, presque sans réaction, elle se meurt, et au bout d'une période qui varie de quinze jours à quelques mois, on voit apparaître les signes de la mort pulpaire et bientôt une périostite alvéolo-dentaire dont la guérison sera d'ailleurs extrêmement laborieuse. En effet, si alors on déplombe la dent, et qu'on veuille nettoyer les canaux dentaires, on les trouve obstrués par l'ivoire secondaire qui met obstacle à l'entrée des instruments et à la sortie de la suppuration périostique. C'est donc aux caustiques moins énergiques, à l'acide phénique, à l'oxy-chlorure en mince couche, qu'il nous semble préférable d'avoir recours dans ces caries profondes du second degré ; le dirons-nous, d'ailleurs, dans un grand nombre de ces caries, le traitement conservateur expose le plus souvent à des échecs presque irréparables par la raison que nous avons donnée; aussi employons-nous l'acide arsénieux, mais pour détruire réellement la pulpe après avoir, par une perforation, transformé la carie du second degré en une carie du troisième.

M. Combes est, ici, d'accord avec la majorité des dentistes, pour préférer l'acide arsénieux à tous les autres caustiques dans le but de détruire la pulpe, lorsqu'il s'agit de caries du troisième degré. Par des considérations fort justes et qu'il est inutile d'énumérer, il écarte une série de caustiques ou trop faibles ou trop violents et s'arrête définitivement à l'acide arsénieux. La plupart des conseils qu'il donne touchant le mode de son emploi, les précautions qu'il exige sont excellents à suivre, sans qu'il faille toutefois en exagérer l'importance. C'est ainsi que nous avouons très bien ne pas employer le procédé dit *du bouchon* et nous contenter de rouler dans l'acide arsénieux une petite boulette de coton imbibée de créosote, comme on roule un beignet dans la farine, et n'avoir presque jamais observé de périostite consécutive à l'emploi de l'acide arsénieux: c'est dire que nous n'attachons pas autant d'importance que l'auteur à la quantité, lorsque, toutefois, la pulpe est encore entière dans la dent. En revanche, nous sommes absolument de l'avis de M. Combes lorsqu'il conseille d'appliquer la poudre libre de tout mélange soit avec la morphine, soit avec toute autre substance qui ne peut qu'entraver son action ou la compliquer.

L'auteur n'applique point immédiatement l'acide arsénieux sur les pulpes enflammées, mais il conseille de faire précéder l'application du caustique de pansements émollients qui calment la douleur et l'irritation de l'organe. Il nous semble que c'est là faire perdre au malade le bénéfice d'un traitement rapide qui peut abréger de beaucoup ses douleurs: d'accord en cela avec Tomes, nous pensons que la cautérisation immédiate est sans inconvénients, qu'elle est, d'ailleurs, moins douloureuse qu'on ne pourrait le croire au premier abord, et toujours alors extrêmement rapide. Il faut reconnaître aussi que, dans quelques caries dont la situation rend les manœuvres opératoires très-difficiles, la méthode temporisatrice peut offrir de grands avantages, ou même être la seule possible.

Nous en aurions fini avec la thèse de M. Combes, s'il ne nous fallait répondre ici à deux assertions de l'auteur nous mettant en cause ; nous avons expliqué par la communauté vasculaire du périoste et de la pulpe la congestion périostique et le léger soulèvement de la dent qui succède à la cautérisation ; mais nous avons dit que la *périostite* était le résultat de l'irritation directe du périoste par le caustique portant son action trop loin. M. le D[r] Combes ne pense pas que la présence d'eschares pulpaires puisse déterminer la périostite ni qu'il soit nécessaire d'extraire le contenu mortifié des canaux dentaires. Il faut s'entendre ; s'il s'agit d'eschares renfermées sous un plombage, nous maintenons notre opinion que la périostite est presque inévitable ; s'il s'agit simplement de débris de pulpe non mortifiés, la chose est différente et nous avons dit nous-mêmes qu'il nous était souvent arrivé de pratiquer avec succès un plombage sur une dent dont les canaux contenaient encore de la pulpe vivante. Si nous conseillons d'extraire la pulpe à la suite de la cautérisation, c'est qu'il nous semble que c'est là le meilleur moyen de ne rien laisser de suspect dans la dent et de ne pas agir par à peu près. Il est d'ailleurs très difficile de saisir la pensée de l'auteur, alors que la précision devient absolument nécessaire, et l'on ne voit pas très bien quelle conduite il tient après la cautérisation d'une dent. Il ne s'agit pas seulement de cautériser une dent, il faut la plomber, et la cautérisation même n'a pour but que le plombage. L'auteur néglige de nous dire quel est le mode de plombage qu'il emploie, combien de temps après la cautérisation il pratique cette opération, comment il remplit le vide des canaux dentaires. Ce sont là des questions capitales pour le praticien. D'après ce que nous croyons comprendre, la règle de l'auteur serait l'insensibilité absolue de la pulpe à l'instrument explorateur. Mais cela ne suffit guère pour être autorisé à plomber. En un un mot, nous aurions été reconnaissants à l'auteur de nous faire, pour ainsi dire, suivre pas à pas la série des opérations qui commencent à la cautérisation pulpaire et finissent à l'obturation. Peut-être l'auteur n'a-t-il pas cru que cela rentrait dans son sujet, qui eût cependant ainsi été plus complet et plus pratique ? Sous ces réserves, nous devons reconnaître que l'acide arsénieux a été étudié par M. Combes avec tous les détails que justifie son importance, et que son excellente monographie sera à consulter par tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie dentaire. L. CRUET.

BIBLIOGRAPHIE

Botanique Cryptogamique ; par L. MARCHAND, professseur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie. Vol. in-8°. Paris, 1880, O. Doin, éditeur.

Voici un ouvrage dont nous nous empressons de recommander la lecture. Dans la première partie, l'auteur, après avoir défini la *Cryptogamie* et nettement indiqué les caractères différentiels des *Cryptogames* et des *Phanérogames* insiste sur l'utilité et les avantages de cette étude, et met au service de ses convictions un style plein de charme et une éloquence toute persuasive. Il nous montre ces plantes dans leurs différentes résidences, l'*eau*, la *terre*, l'*air*, et dans leurs différentes fonctions, les unes *fabriquant*, *créant* ; les autres, *détruisant* et *consommant* la matière.

Une classification est nécessaire : mais combien elle est difficile, étant donnés les caractères négatifs des *Cryptogames* ; combien sont artificiels les caractères de séparation de ces plantes d'avec les *Phanérogames*, combien sont insuffisantes les dénominations proposées. M. Marchand range les représentants des deux règnes en deux séries ; les plus compliqués en haut, les plus simples en bas : *série animale*: *série végétale*, à la fin de ces séries, une matière quaternaire vivante, le *Protoplasma* (végétal) le *Sarcode*

(animal) point de départ des deux règnes. Un schéma ingénieux retrace cette progression.

Paléontologiste plein d'intérêt, l'auteur étudie les régions de l'écorce terrestre qui ont vu les ancêtres des cryptogames actuels, et esquisse à grands traits l'histoire de notre planète depuis sa naissance jusqu'à nos jours. Bien plus, la question de l'être de la création, les théories de Darwin, inextricables quand on veut les étudier sur des êtres complexes, se poseront certainement, et se résoudront peut-être, si on les étudie chez les Cryptogames. De cette étude, et à un point de vue plus pratique, sortira pour le médecin un grand enseignement : La lecture de ce livre, lui fera connaître les *Cryptogames utiles*, productrices des boissons fermentées, agents de purification et d'assainissements des eaux, de l'atmosphère, comme aussi les *Cryptogames nuisibles*, qui altèrent les boissons, les aliments, les eaux, empoisonnent l'atmosphère et s'attaquent aux produits industriels, et souvent à l'homme lui-même, car elles sont causes de nombreuses maladies.

Ce court aperçu nous montre combien est utile le livre de M. Marchand, le style en est facile, la lecture attrayante, et ajoutons qu'il renferme de nombreuses figures, dessinées avec le plus grand soin. Le lecteur partagera notre désir de connaître le second fascicule, qui doit contenir l'histoire des protorganisés, c'est-à-dire des agents de fermentation et de maladies. (1) P. YVON.

VARIA

Chauffage des habitations.

M. le préfet de police vient d'ordonner que l'instruction du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, adoptée dans la séance du 16 avril 1880 et concernant le mode de chauffage des habitations, sera imprimée, publiée et affichée tant à Paris que dans les communes du ressort de la préfecture de Police.

Voici en quels terme est conçue cette instruction : « Les combustibles destinés au chauffage et à la cuisson des aliments ne doivent être brûlés que dans des cheminées, poêles et fourneaux qui ont une communication directe avec l'air extérieur, même lorsque le combustible ne donne pas de fumée. Le coke, la braise et les diverses sortes de charbon qui se trouvent dans ce dernier cas, sont considérés, à tort, par beaucoup de personnes, comme pouvant être brûlés impunément à découvert dans une chambre abritée, c'est là un des préjugés les plus fâcheux ; il donne lieu, tous les jours, aux accidents les plus graves, quelquefois même il devient cause de mort. Aussi, doit on proscrire l'usage des braseros, des poêles et des calorifères portatifs de tout genre qui n'ont pas de tuyaux d'échappement au dehors. Les gaz qui sont produits pendant la combustion par ces moyens de chauffage, et qui se répandent dans l'appartement, son beaucoup plus nuisibles que la fumée de bois.

« Il ne suffit pas que les poêles portatifs soient munis d'un bout det tuyau destiné à être simplement engagé sous la cheminée de la pièce à chauffer. Il faut que cette cheminée ait un tirage convenable. Il importe, pour l'emploi de semblables appareils, de vérifier préalablement l'état de ce tirage, par exemple à l'aide de papier enflammé. Si l'ouverture momentanée d'une communication avec l'extérieur ne lui donne pas l'activité nécessaire, on fera directement un peu de feu dans la cheminée avant d'y adapter le poêle ou, au moins, avant d'abandonner ce poêle à lui-même. Il sera bon, d'ailleurs, dans le même cas, de tenir le poêle un certain temps en grande marche, avec la plus grande ouverture du régulateur.

« On prendra scrupuleusement ces précautions chaque fois que l'on déplacera un poêle mobile. Le poêle mobile devra être surveillé constamment, surtout s'il est en petite marche (le régulateur donnant la plus petite issue au gaz de la combustion) ; alors, surtout, la pièce où il est placé recevra régulièrement du dehors l'air nécessaire à son assainissement en même temps qu'à l'entretien de la combustion, sans qu'on cherche à faire des emprunts à des pièces voisines, à raison de la dépendance qui peut exister entre les cheminées de ces pièces sous le rapport du tirage. Si une pièce voisine à un chauffage propre, son foyer pourrait déterminer un appel en sens inverse. Pour une raison semblable, lorsqu'on transporte un poêle d'une pièce a une autre voisine, on devra éviter de laisser une communication ouverte entre ces deux pièces. On se tiendra en garde, principalement dans les cas où le poêle est en petite marche, contre les perturbations atmosphériques qui pourraient venir paralyser le tirage et même déterminer un refoulement des gaz à l'intérieur de la pièce. Lorsque les produits de la combustion doivent être portés au dehors par un tuyau spécial fixe auquel s'adapte celui du poêle mobile, il est essentiel que la hauteur, la section et les dispositions de ce tuyau lui assurent un tirage convenable.

« A moins de dispositions exceptionnelles qui assurent un tirage d'une manière absolument certaine, on s'abstiendra de laisser séjourner un poêle mobile, la nuit, dans une chambre à coucher, surtout un poêle en petite marche ; il faut toujours se défier de la fermeture partielle d'un régulateur placé sur le tuyau d'un appareil de chauffage. On ne saurait trop s'élever contre la pratique dangereuse de fermer complètement la clef d'un poêle ou la trappe intérieure d'une cheminée. C'est là une des causes d'asphyxie les plus communes. On conserve il est vrai la chaleur dans la chambre ; mais c'est aux dépens de la santé et quelquefois de la vie. »

Assistance publique. Laïcisation.

Dans la séance du 2 décembre, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a reçu de M. Quentin communication d'un arrêté, pris par M. le préfet de la Seine, pour la laïcisation de deux hospices, les petits Ménages et la Rochefoucauld. A propos de cette communication, le président de ce conseil, M. Davillier, a cru devoir protester contre la façon d'agir de M. Hérold, et a dit que cet arrêté était une atteinte aux prérogatives du Conseil de surveillance, dont on aurait dû demander l'avis en cette circonstance. A la suite de cet incident, M. Davillier a envoyé directement sa démission à M. le Président de la République. Nous croyons savoir que cet exemple serait suivi par MM. Péan de St-Gilles, Pont et Teissonnière.

A la dernière séance du Conseil, qui a été tenue jeudi dernier et de laquelle nous parlerons prochainement, il a été donné lecture d'un décret qui nomme M. Griollet, membre du Conseil de surveillance, en remplacement de M. Davillier.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Charcot, Cadiat. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Duplay, Reclus. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Baillon, Henninger, Gay ; — 2e *Série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* : (Charité) : MM. Depaul, Potain, Pozzi ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Trélat, Fournier, Pinard.

MARDI 21 — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Bouilly ; — (Examen) : MM. Robin, Lefort, Richelot. — 4e *de Doctorat*. 1er *Série* : MM. Bouchardat, Brouardel, Joffroy. — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Ball, Raymond ; — 3e *Série* : MM. Lasègue, Hayem, Troisier. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Pajot, G. Sée, Peyrot ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Richet, Jaccoud, Chantreuil.

MERCREDI 22. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Duplay, Rémy. — 2e *de Doctorat* : MM. Charcot, Guyon, Landouzy. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, de Lanessan ; — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Depaul, Parrot, Marchand ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Fournier, Pinard ; — 3e *Série* : MM. Verneuil, Potain, Chantreuil.

JEUDI 23. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Sappey, Panas, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Gosselin, Richet, Peyrot. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Hardy, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Lasègue, Lefort, Raymond.

VENDREDI 24. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Duplay, Remy. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Baillon, Henninger, Gay ; — 2e *Série* : MM. Regnault, Gariel, de Lanessan ; — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Charcot, Guyon, Pinard ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Trélat, Potain, Chantreuil ; — 3e *Série* : MM. Depaul, Parrot, Terrillon.

SAMEDI 25. — Pas d'actes.

THÈSES. — *Mercredi* 22 : 484. M, Faucheron. — 485. — M. Trésoret, — *Jeudi* 23 : 486. M. Goizet. — 487. M. Rivet. — 488. M. Poulin. — 489. M. Rondu. — *Vendredi* 24 : 490. M. Vermeil. — 491. M. Barthez.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. RIBEMONT commencera le 3 janvier 1881, à 4 h. 1/2 un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra 4 parties : 1° grossesse normale et pathologique. — 2° Accouchement ; — 3° Opérations et dyslocie ; — 4° Exercices cliniques et opératoires. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Électricité médicale. M. le Dr APOSTOLE commencera son cours le mercredi 22 décembre à deux heures, amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 3 décembre au jeudi 9 décembre 1880, les naissances ont été au nombre de 1044, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 397 ; illégitimes, 133. Total, 530. — *Sexe féminin* : légitimes, 359 ; illégitimes, 155. Total, 514.

(1) L'ouvrage comprendra 5 fascicules : 1° Introduction ; 2° Etude des protorganisés ; 3° Les champignons et les lichens ; 4° Les algues ; 5° Les fougères et les conclusions

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 3 décembre au jeudi 9 décembre 1880, les décès ont été au nombre de 1051, savoir : 32 hommes et 519 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 23. F. 16. T. 39. — Variole : M. 14. F. 10. T. 24. — Rougeole : M. 8. F. 8. T. 16. — Scarlatine : M. 5. F. 1. T. 6. — Coqueluche : M. 4. F. 7. T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 24. F. 21. T. 45. — Dysentérie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. 4. F. .. T. 4. — Méningite (tubercul. et aiguë) : M. 20. F. 26. T. 46. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Phthisie pulmonaire : M. 104. F. 85. T. 189. — Autres tuberculoses : M. 3. F. 6. T. 9. — Autres affections générales : M. 28. F. 43. T. 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 21. F. 26. T. 47. — Bronchite aiguë : M. 23. F. 24. T. 47. — Pneumonie : M. 35. F. 42. T. 77. — Athrepsie : M. 39. F. 30. T. 69. — Autres maladies des divers appareils : M. 153. F. 151. T. 304. — Après traumatisme : M. .. F. 2. T. 2. — Morts violentes : M. 17. F. 11. T. 28. — Causes non classées : M. 7. F. 4. T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 85 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 19. Total, 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 23 ; illégitimes, 18. Total, 41.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour l'internat en médecine* : L'épreuve écrite a eu lieu Lundi dernier. La question était la suivante : *Nerf de la 5e paire. Anatomie et physiologie.* Les deux autres questions restées dans l'urne étaient ainsi conçues : *Moelle épinière. Anatomie et physiologie.—Artères du cerveau. Circulation cérébrale.*

Concours pour l'internat en pharmacie. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Hubeau, interne titulaire ; Planche, interne provisoire.

Nomination d'un directeur. — Par arrêté en date du 8 Décembre, M. Prieur a été nommé directeur de l'asile Saint-Anne, aux appointements de 7000 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Ont été nommés lauréats de l'année scolaire 1879-80. — *Médecine* : *1re année* : Prix, M. Ferrier ; mentions honorables, MM. Ramey et Tricot. — *2e année* : pas de prix. — *3e année* : Prix, M. Sébileau ; mentions honorables, MM. Bertrand et Loumeau. — *4e année* : Prix, M. Marcondès. — *Thèses* : 1er Prix, M. Boisserie Lacroix ; 2e Prix, M. Eyssautier. — *Pharmacie* : *1re année* : Prix, M. Boignier. — *2e année* : Prix, M. Dupetit. — *3e année* : Prix, M. Secousse ; mention honorable, M. Damecy. — *Prix du conseil général* : M. Dupetit ; mention honorable, M. Secousse. — *Prix des travaux pratiques* : *1re année* : Prix, M. Augereau ; mention honorable, M. Boignier. — *2e année* : Prix, M. Arbez.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1879-80 : *Médecine. 1re année* : Pas de prix. Mention très honorable *ex æquo* : MM. Gauthier et Guillaume. — *2e année* : 1er prix, M. Le Roy ; 2e prix, M. Lécuyé : mention honorable, M. Drapier. — *3e année* : 1er prix, M. Doyen ; 2e prix, *ex æquo*, MM. Braine et Deligny ; mention honorable *ex æquo*, MM. Godet et Verut. — *Clinique* : Prix, M. Doyen ; mentions honorables, MM. Braine et Godet. — *Pharmacie. 1re année* : Pas de prix. Mention honorable : M. Baillon. — *2e année* : Prix, M. Lannoy ; mention honorable *ex æquo*, MM. Lambert et Vercollier. — *3e année* : Prix, M. Farabeuf ; mention honorable, M. Herbert. — *Travaux pratiques. 1re année* : Prix, M. Baillon. — *2e année* : Prix, MM. Lannoy ; mention honorable, M. Lambert. — *3e année* : Prix, M. Herbert ; mention honorable *ex æquo*, MM. Harez et Champeaux.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. — Nous avons l'honneur de les prévenir, qu'à partir de ce jour, ils pourront nous adresser le montant de leur renouvellement par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'auront aucuns frais à payer en sus du montant de leur renouvellement. En raison de la grande facilité que ce nouveau mode d'abonnement leur donnera, nous prions nos abonnés, dont l'abonnement prendra fin* **le 31 décembre**, *de bien vouloir nous adresser de suite leur renouvellement.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1880 de nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. Maladies du système nerveux. — M. CHARCOT continue ses conférences le dimanche à 9 h. 1/2.

Dans sa dernière leçon, M. Charcot a entretenu ses auditeurs du myxœdème ou cachexie pachydermique. Nos lecteurs trouveront des renseignements sur ce sujet dans le *Progrès médical*, nos 30, 31 (Mémoire de M. Hadden, résumant les cas anglais, et observations du malade adulte présenté par M. Charcot) ; no 35 (Obs. de l'enfant idiot, dit le *Pacha*).

Hôpital St-Louis. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. A. FOURNIER. Vendredi et mardi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. Clinique des maladies des enfants. — M. PARROT, mardi et samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Pitié. Médecine : Service de M. GALLARD. — Visite à 9 heures — Clinique des maladies des femmes. Mardi et Samedi. — Salle Rosaire : 3, métrite chronique ; 6, retrécissement de l'œsophage ; 9, leucocythémie intestinale ; 12, phlegmasie péri-utérine ; 19, phlegmon iliaque ; 20, tumeur fibreuse ; 21, phlegmasie péri-utérine ; 28, coliques hépatiques ; distension de la vésicule biliaire ; 31, kyste hydatique du foie (?) ouvert dans les voies urinaires. — Salle Saint-Athanase : 1, emphysème, dilatation du cœur droit ; 6, néphrite interstitielle ; 12, érysipèle de la face ; 40, laryngite tuberculeuse, œdème de la glotte, trachéotomie ; 42, lymphangite phlegmoneuse chez un alcoolique.

Service de M. LANCEREAUX. — Visite à 9 heures, consultation le samedi. — Salle Ste-Geneviève : 1, hystéro-épilepsie ; 3, péritonite tuberculeuse ; 11, lupus de l'anus ; 16, calculs biliaires, ictère chronique ; 31, cancer de la petite courbure de l'estomac ; 36, onyxis syphilitique ; 39, hystéro-épilepsie, catalepsie ; 41, hystéro-épilepsie. — Ste-Marthe : 5, pleurésie gauche a frigore ; 18, athérome des membres, gangrène sèche ; 26, absinthisme ; 28, endopéricardite rhumatismale ; 42, testicule tuberculeux ; 49, dyspepsie, crises gastralgiques ; 52, ataxie locomotrice.

Service de M. BROUARDEL. — Visite à 8 heures 1/2. — Salle Sainte-Claire : 1, insuffisance et rétrécissement mitral ; 5-43, pleurésie aiguë ; 12-19, diabète maigre ; 23, cirrhose atrophique ; 24, lithiase biliaire, ictère chronique ; 31, hématocèle rétro-utérine ; 41, chlorose ; 48, broncho-pneumonie rubéolique. — Salle St-Benjamin : 10, paraplégie syphilitique ; 15, sciatique ; 23 pneumonie du sommet.

Service de M. le Dr DUMONTPALLIER. — Visite tous les matins à 8 heures 1/2. — Salle Ste-Eugénie : 1, 7, 12, 15, 18, fièvre typhoïde ; 3, 10, 25, 50, hystérie, métallothérapie ; 6, ulcère simple de l'estomac, 8, 43, insuffisance mitrale ; 16, mal de Pott, tuberculose pulmonaire ; 20

hémiplégie à droite, aphasie. — Salle St-Raphaël : 3, néphrite interstitielle; 6, asystolie d'origine pulmonaire; 14, scarlatine; 15, fièvre typhoïde, rechute; 23, pleurésie purulente, empyème? 24, zona du côté gauche du cou; 29, colique saturnine; 30, pleurésie du côté gauche; 34, ataxie locomotrice progressive; 38, rhumatisme blennorrhagique.

Chirurgie : Service de M. Verneuil. Cliniques chirurgicales, lundi, mercredi, vendredi. — Consultations, mardi, jeudi, samedi. — Salle St-Augustin : 1, fistule à l'anus, poussée phlegmoneuse dans le cours d'une grossesse; 3, coxalgie hystérique; 6, tumeur de la paroi postérieure du vagin; 9, arthrite fongueuse du genou; 14, fistule ano-vulvaire; 15, fistule recto-vaginale; 19, épithélioma du col, envahissement et perforation de la paroi postérieure de la vessie; 22, fistule pyostercorale; 23, coxalgie.

Service de M. Polaillon. — Visite à 9 heures. — Consultation, lundi, mercredi, vendredi. — Salle St-Jean : 1, 6, 7, kyste de l'ovaire; 8, 11, tumeur blanche: 9, fracture de cuisse; 15, rein mobile; 20, fistule vésico-vaginale. — Salle St-Gabriel : 8, résection du coude; 13, érysipèle gangréneux; 20, tumeur de la parotide; 21, épithélioma de la face; 32, périarthrite scapulo-humérale; 40, fract. de la clavicule; 44, disjonction du pubis, infiltration d'urine; 46, fract. du 1/3 sup. du tibia.

Hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres. — Service de M. de Saint-Germain. — Salle Saint-Côme, visite à 9 heures 1/4 : 10, abcès région occipitale; 11, hydarthrose aiguë; 12, ongle incarné; 31, ulcère de jambe; 28, abcès axillaire; 26, corps étranger, gros orteil; 25, fracture sus-condylienne, fémur gauche, avec plaie de tête; 23, abcès par congestion; 17, 18, fracture du coude, arrachement de l'épicondyle; 15, hydrocèle enkystée. — Salle Sainte-Pauline, visite à 9 heures. 4, fracture sus-malléolaire, jambe droite; 9, adénite suppurée; 16, dactylite strumeuse; 28, fracture avec cal vicieux, donnera lieu à une ostéotomie prochaine.

Service de M. Archambault. — Salle Saint-Louis : 2, péritonite tuberculeuse; 3, diphthérie; 4, diphthérie; 5, diphthérie; 6, chorée; 7, coqueluche; 13, syphilis; 14, fièvre typhoïde; 15, scarlatine; 16, fièvre typhoïde; 18, fièvre typhoïde; 20, rougeole; 21, fièvre typhoïde; 22, diphthérie; 23, diphthérie. — Salle Sainte-Geneviève : 5, coqueluche; 6, fièvre typhoïde; 8, tuberculose; 11, coqueluche; 15, rougeole; 21, chorée; 23, péricardite.

Service de M. J. Simon. — Salle Sainte-Marie : 26, mal de Pott; 34, coxalgie; 32, rachitisme; 2, hystérie. — Salle Sainte-Marthe, Sainte-Elisabeth : teigne. — Salle Saint-Vincent, Sainte-Lucie, varioleux.

Service de M. Labric. — Salle Saint-Jean. — Service à 8 heures et demie — Consultation le vendredi. — 2, stomatite aphtheuse; 3, 13, 15, 25, 34, fièvre typhoïde; 5, 6, 23, 28, 52, coqueluche; 7, 8, 39, croup; 32, 40, angine diphthéritique; 16, 17, 19, 30, 31, scarlatine; 18, 22, rougeole; 27, pneumonie; 37, affection cardiaque; 51, granulie; 53, paralysie faciale.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

8e ANNÉE. — N° 52. BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 25 DÉCEMBRE 1880.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Lèpre anesthésique. — Sclérodermie. — Hémiatrophie faciale progressive ;

Par Gilbert BALLET, interne des hôpitaux.

Dans une des récentes conférences cliniques de la Salpêtrière, M. Charcot a appelé l'attention des auditeurs sur deux affections intéressantes : la lèpre anesthésique et la sclérodermie, dont il a présenté deux spécimens instructifs.

La lèpre anesthésique est assez rarement observée en France, la sclérodermie assez brièvement décrite dans la plupart des ouvrages classiques, pour qu'il ne nous paraisse pas inutile de revenir ici sur les traits les plus saillants des deux cas qui ont fait l'objet de la leçon de notre maître.

Le premier des deux malades dont il s'agit est un jeune homme de 24 ans, né au Caire. Il est grand et bien proportionné, ne présente aucun antécédent héréditaire se rattachant à l'affection dont il est atteint, et ne connaît dans son entourage personne qui soit affecté de la même maladie.

Celle-ci remonte à six années, c'est dire qu'elle a débuté à l'âge de dix-huit ans. Depuis plusieurs années, le malade se livrait à des excès de tous genres. Il buvait d'une façon régulière, environ deux litres de Raki par jour (le Raki est une sorte d'eau-de-vie d'un degré assez bas), du vin, du cognac et de l'absinthe en assez grande quantité. Il faisait, en outre, une énorme consommation de haschich, sous forme de cigarettes et de pastilles. Il fumait régulièrement, nous dit-on, environ cinquante cigarettes par jour (chaque cigarette contenant cinquante centigrammes de chanvre indien) et mangeait une pastille renfermant 1 gr. 50 d'extrait de haschich.

Sous l'influence de la surexcitation nerveuse provoquée par ces excès, le malade a pu, durant une longue période, se livrer à des abus de coït réguliers et véritablement étonnants.

La maladie actuelle a débuté (il y a six ans) par l'anesthésie des membres inférieurs ; puis, la tête et le cou sont devenus insensibles ; enfin, le pourtour des mamelons. Deux ans plus tard, les mains ont commencé à s'atrophier.

Actuellement, l'état du malade est le suivant : ce qui frappe au premier abord, lorsqu'on a soin de déshabiller le patient avant de l'examiner, c'est l'existence de larges plaques, de niveau avec les parties saines des téguments, présentant d'ailleurs la même coloration que ces dernières, mais circonscrites à leur pourtour par un bourrelet légèrement saillant, et assez fortement pigmenté. L'insensibilité est complète dans tous ses modes, au niveau des plaques entourées par le bourrelet. Ces plaques ou zones d'anesthésie s'étendent à une assez grande étendue du corps. Une première zone comprend toute l'étendue du cuir chevelu, de la face, des téguments du cou et se termine par une ligne légèrement ondulée à la partie inférieure de cette dernière région. Les membres supérieurs jusqu'à leur racine en avant, jusqu'au bord interne de l'omoplate en arrière, sont également compris dans une zone anesthésique. Les mamelons, de chaque côté, sont circonscrits par un cercle de peau insensible ; enfin, une dernière zone comprend les organes génitaux externes et les membres inférieurs jusqu'au-dessus du pli de l'aine.

Bien que l'anesthésie soit absolue, comme nous l'avons dit, au niveau des plaques insensibles, elle n'est pas permanente. On peut la faire disparaître localement et transitoirement à l'aide de l'aimant et du vent électrique. La sensibilité, ainsi revenue, persiste pendant plusieurs jours.

Outre l'anesthésie, il existe une atrophie musculaire très prononcée dans les parties sous-jacentes aux plaques anesthésiques.

Cette atrophie est très avancée, elle occupe les jambes et les pieds, les avant-bras et les mains, au niveau desquelles elle est surtout marquée, à ce point que le malade est arrivé en France avec le diagnostic : atrophie musculaire progressive des interosseux, et les muscles des éminences thénar et hypothénar ont presque complètement disparu. A la face, l'orbiculaire des paupières, le sourcillier, le grand zygomatique sont très atrophiés.

M. R. Vigouroux, qui a exploré avec soin l'état de la contractilité électrique, a noté les faits suivants, que nous rapportons d'après la note qu'il a eu l'obligeance de nous remettre.

Dans tous les muscles atteints, le processus morbide a terminé son cours. Il y a abolition complète de toute excitabilité directe ou indirecte, et, vu le changement de volume apparent, probablement disparition effective du tissu musculaire.

En deux ou trois points seulement (long péronier latéral, pyramidal du nez, etc.), on constate la réaction de dégénérescence dans cette forme ; absence de toute excitabilité faradique directe ou indirecte au courant galvanique, excitabilité directe par l'accode qui, à la fermeture, donne une contraction lente et faible. La difficulté de trouver des muscles en voie d'altération, et le fait que la plupart des muscles sont manifestement à la fin de leur existence, semble montrer que la maladie générale est depuis quelque temps stationnaire.

Signalons enfin, comme dernier symptôme chez notre malade, l'existence d'une kératite ulcéreuse avec opacité de la cornée, sans vascularisation notable, s'accompagnant de conjonctivite. Cette kératite, qui s'est reproduite à différentes reprises, et s'est présentée avec un appareil symptomatique inquiétant, a paru s'amender sous l'influence du traitement par l'électricité statique.

Le fait dont on vient de lire la relation est un type très net de lèpre anesthétique ou maculeuse, maladie qu'on désigne en Norwège sous le nom de *spedalsked.*

Il est difficile, en l'état de la question, de dire si la maladie correspond à des lésions nerveuses périphériques ou médullaires qui constitueraient le substratum anatomique de la lèpre.

Danielsen et Bœck, dans leur traité de la *spedalsked* (1848), décrivaient déjà certaines altérations de la moelle : raréfaction des cellules ganglionnaires de la substance

grise, changement de consistance de la moelle et diminution du calibre de cette dernière.

La question a été reprise récemment.

Dans un intéressant travail, M. Tschiriew, de St-Pétersbourg (1), a étudié avec soin les lésions de la moelle épinière et de la peau dans un cas de lèpre anesthésique. Bien que, dans le fait de Tschiriew, les détails de l'observation clinique fassent défaut, les altérations constatées par l'auteur n'en présentent pas moins un réel intérêt. Nous ne saurions rapporter ici dans ses détails l'étude anatomique à laquelle s'est livré l'auteur, et qui a paru il y a quelque mois dans les Archives de physiologie. Nous relèverons seulement les traits principaux du travail de M. Tschiriew. — Un premier fait négatif qui a une réelle importance, c'est l'absence de toute lésion des cornes antérieures dans le cas analysé par l'auteur. L'intégrité des grandes cellules de la moelle est un fait qui a lieu de nous étonner, si l'on se rappelle l'étroite subordination, aujourd'hui nettement établie en pathologie médullaire, entre les lésions des cornes antérieures de la moelle et l'atrophie musculaire. Peut-être, dans le cas de M. Tschiriew, cette atrophie n'existait-elle pas. Il est noté que les divers muscles examinés avaient leur coloration et leur consistance normales. Toutefois, l'absence d'observation clinique ne permet pas de tirer de conclusions décisives.

Les lésions positives observées par M. Tschiriew occupaient les cornes postérieures. Il s'agissait, dans l'espèce, d'un « processus parenchymateux destructif..... avec atrophie dégénérative simple des cellules des cornes postérieures. » Ces lésions, qui ne s'étendaient pas aux racines (les antérieures et les postérieures étaient intactes), pourraient, dans une certaine mesure, rendre compte des troubles de la sensibilité observée dans la lèpre.

Quoi qu'il en soit, et quelque vif intérêt que présentent les faits précédents, l'histoire des lésions du système nerveux dans la lèpre est à reprendre, tout au moins à vérifier et à compléter. Il faut dire, d'ailleurs, qu'alors même qu'on aurait établi la réalité et la constance d'une lésion médullaire, l'existence de cette lésion rendrait insuffisamment compte des conditions pathogéniques de la maladie et de la symptomatologie complexe qui la constitue.

Le second cas présenté par M. Charcot est relatif à une malade atteinte de sclérodermie.

Il s'agit d'une femme, âgée de 36 ans, la nommée Pouz... qui est à la Salpêtrière depuis plusieurs années déjà. Cette malade, qui ne présente pas d'antécédents héréditaires, a joui d'une assez bonne santé jusqu'en 1870. A l'âge de 12 ans, elle a fait une fièvre typhoïde légère, et, plusieurs années après, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a duré 2 mois et s'est accompagnée de manifestations cardiaques dont il ne reste d'ailleurs aucune trace, mais pour lesquelles on a eu recours à des applications de vésicatoires.

Dans sa jeunesse, la malade avait déjà *les doigts très sensibles*. Elle fait remonter à l'année 1870 le début des accidents dont elle est actuellement atteinte. Dès le début, la sclérodermie aurait envahi simultanément les paupières et les doigts, et, depuis cette époque, les accidents seraient allés en progressant.

On constate actuellement ce qui suit. Au niveau des doigts, la peau est lisse, adhérente aux tissus sous-jacents, les saillies papillaires ont disparu. Les altérations sont surtout prononcées aux 2[e] et 3[e] phalanges; à la 1[e] phalange, la peau est beaucoup moins altérée. Les phalangines sont atrophiées, il en reste à peine un vestige au niveau des petits doigts; les ongles subsistent, mais déformés et usés.

La malade a éprouvé aux doigts des douleurs assez vives en 1873. Elle compare ces douleurs à des picotements. Ces picotements se reproduisent encore de temps en temps. Les extrémités des doigts sont froides. La malade a parfaitement conscience du fait. « Elle a toujours froid au doigts, nous dit-elle. Mais le feu lui fait trop mal, elle ne se chauffe jamais les mains. »

Les extrémités ont conservé leur sensibilité; il existe même un certain degré d'hyperesthésie. La malade nous raconte que, quand elle veut saisir un objet, parfois « ça lui porte au cœur. »

La peau des joues, du front, est lisse, dure. Elle est souvent le siège de picotements. A certains moments, la malade « s'arracherait la figure. » Les paupières sont raccourcies; l'iris, moins recouvert que normalement. Les yeux mal protégés pleurent facilement, surtout par les temps froids. Les lèvres sont amincies, la muqueuse plus adhérente, comme tannée sur quelques points.

Les autres parties du corps ne présentent pas d'altérations.

En somme, dans le cas dont il s'agit, les lésions sont limitées à la face et aux doigts. On sait que les choses ne se passent pas toujours ainsi. La sclérodermie peut envahir primitivement la peau du tronc, et, dans quelques cas, se généraliser.

Jusqu'à présent, il règne sur l'anatomie pathologique de la maladie, une obscurité profonde, et il est impossible d'avancer avec certitude si la sclérodermie est d'origine périphérique ou d'origine centrale. Les rares examens microscopiques qui ont été jusqu'à ce jour pratiqués, tendraient cependant à confirmer la première hypothèse.

Dans une thèse intéressante, Lagrange (1) a fait, en collaboration avec Duret, l'étude attentive de l'état du système nerveux, dans un cas de sclérodermie avec arthropathies et atrophie osseuse. La moelle, les nerfs, les muscles ne présentaient aucune altération. L'auteur a constaté les lésions constitutives d'une inflammation chronique de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Il considère que les artropathies et l'atrophie osseuse sont la conséquence de la propagation en profondeur, aux os et aux articulations, des lésions inflammatoires. Quant aux altérations des filets nerveux se rendant aux téguments malades, et qui, dans le cas particulier, consistaient dans la lésion habituelle de la névrite, il est vraisemblable qu'elles étaient elles-mêmes d'origine périphérique, et la conséquence des lésions cutanées. — En somme, l'anatomie pathologique, et par suite la nature de la sclérodermie reste encore entourée d'obscurité, mais il est vraisemblable que le substratum anatomique réside en dehors des centres nerveux.

On a, dans ces derniers temps, cherché à rapprocher de la sclérodermie une affection qui présente avec elle, en effet, de réelles analogies cliniques : c'est la maladie que Romberg parait avoir le premier décrite, en 1846, et à laquelle on a, tour à tour, donné le nom d'hémiatrophie faciale progressive, de trophonévrose faciale, d'atrophie unilatérale de la face et que Bitot et Laude (de Bordeaux) ont proposé d'appeler : aplasie lamineuse progressive. M. Charcot a montré en projection, dans sa leçon cli-

(1) S. Tschiriew. — *Lésions de la moelle épinière et de la peau dans un cas de lèpre anesthésique. Archiv. de physiol. normale et pathologique,* 1880.

(1) Lagrange. — *Contribution à l'étude de la sclérodermie avec arthropathies et atrophie osseuse.* Th. de Paris, 1874.

nique, la photographie de deux malades atteints d'hémiatrophie faciale. L'une de ces photographies était empruntée au traité de Romberg, l'autre représentait un malade bien connu, qui colporte en Europe, de clinique en clinique, sa trophonévrose. Au point de vue symptomatique, il y a plus d'une ressemblance entre la sclérodermie et l'aplasie lamineuse. M. Hallopeau s'est particulièrement attaché, il y a quelques années, à faire ressortir les grandes analogies qui existent entre les deux affections : même aspect scléreux de la peau, même atrophie des os sous-jacents. Ce qui semble distinguer surtout la sclérodermie de l'hémiatrophie faciale progressive, c'est la singulière localisation de cette dernière à un côté de la face. Mais, ce simple caractère ne saurait légitimer une distinction tranchée entre les deux maladies, surtout si l'on voit se multiplier les cas analogues à ceux de Emmingham (1) et de Lépine (2), dans lesquels on a constaté la coïncidence de la sclérodermie et de l'hémiatrophie faciale.

D'ailleurs, le problème pathogénique se pose dans les mêmes termes, pour la dernière de ces affections, que pour la sclérodermie et la lèpre.

La maladie est-elle d'origine centrale ou périphérique? et si la dernière hypothèse est vraie, tient-elle à des lésions des troncs nerveux ou à une altération primitivement cutanée, comme Bitot et Laude l'ont soutenu? Il faut bien le dire, la plupart des hypothèses qui ont été émises ne reposent sur aucun fondement solide. Tout au plus, pourrait-on dire qu'il existe pour les unes ou les autres un degré plus ou moins grand de probabilité. On a tour à tour invoqué un trouble primitif de l'innervation vaso-motrice (Bergson, Stilling), la paralysie (Seeligmüller) ou l'excitation du sympathique (Brunner); une altération du facial (Moore); une lésion du trijumeau que les uns ont localisée au ganglion de Meckel (Barurnhel), les autres au ganglion de Gasser (Ennuisghans). Le grand nombre des théories démontre tout au moins que la question est litigieuse et que, pour l'hémiatrophie faciale comme pour la sclérodermie et la lèpre, la solution de la question pathogénique nécessite de nouvelles recherches.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Myome hydrorrhéique de l'utérus. — Ablation d'un polype utérin. — Péritonite purulente ;

Par BERTHAULT, interne des hôpitaux.

La nommée Delz.., âgée de 52 ans, entre le 30 juin, salle Sainte-Rose, n° 1, service de M. TRÉLAT.

Femme maigre, de petite taille, se portant ordinairement bien. Sa mère est morte d'un cancer de l'utérus à l'âge de 41 ans. Apparition des premières règles à l'âge de 12 ans. Menstruation régulière. Mariage à 17 ans. Cette femme a eu six grossesses. L'une de ces grossesses, l'avant-dernière, s'est terminée par une fausse couche. Les cinq autres se sont terminées par un accouchement à terme. La dernière grossesse a eu lieu il y a 14 ans. L'accouchement a été facile mais suivi d'une hémorrhagie considérable, facilement arrêtée. La guérison a été plus lente qu'après les autres accouchements.

Pendant cinq ou six ans, les règles ont été plus abondantes qu'auparavant. Au bout de ce temps, la malade a éprouvé des douleurs abdominales et a commencé à s'affaiblir un peu. Elle consulta, à cette époque, Nélaton, qui constata, dit-elle « un commencement de tumeur ». Pendant trois ans, augmentation de volume du ventre et douleurs abdominales. Elle entre alors dans le service de M. Richard, à l'hôpital Beaujon, où elle reste un mois. M. Richard reconnaît l'existence d'une tumeur et parle d'opération sérieuse. La malade, effrayée, quitte l'hôpital et ne revient pas. Pendant son séjour à l'hôpital Beaujon, elle a eu une métrorrhagie assez abondante. Après, elle a eu de fréquentes métrorrhagies (trois ou quatre par mois), et son ventre a continué à grossir. Cette augmentation de volume du ventre a cessé, il y a trois ans. Il y a quatre ans, apparaît l'écoulement par le vagin d'un liquide souvent trouble, bleuâtre, parfois limpide, verdâtre. La quantité du liquide expulsé était variable, souvent égale à trois ou quatre cents grammes. L'expulsion du liquide avait lieu à des époques variables. Pendant que la malade était dans le service de M. le professeur Trélat, il y a eu des périodes de deux semaines à deux mois pendant lesquelles l'émission de ce liquide manquait complètement. Ce liquide a été examiné à plusieurs reprises. Il était glutineux, collant comme une solution de gomme, très riche en albumine. Il renfermait des globules de pus, des globules de sang, des éléments épithéliaux appartenant aux différentes parties du conduit génital et ne caractérisant aucune production pathologique.

L'écoulement de ce liquide se faisait ordinairement sans douleur aucune et souvent sans avertissement aucun, la malade était tout d'un coup inondée. Parfois, cependant, des sensations particulières la prévenaient que le liquide allait être expulsé. — Entrée dans le service de M. le professeur Trélat le 30 juin 1879. Examen au spéculum trois semaines après.

Toucher vaginal. Vagin libre, très profond, col utérin élevé, peu saillant, mince, n'admettant que l'extrémité de l'hystéromètre qui ne peut pénétrer dans la cavité utérine.

Tumeur abdominale dépassant l'ombilic, située surtout du côté droit de l'abdomen, régulièrement arrondie, d'une mollesse particulière, pseudo-fluctuante, fluctuante même, pour quelques-uns de ceux qui ont examiné la malade.

Diagnostic. Kyste tubo-ovarien ou ovarien, en communication avec la cavité utérine, et constitué par plusieurs alvéoles dont la rupture donnerait lieu à l'écoulement d'un liquide particulier. Le séjour à l'hôpital apporta une modification dans l'état général de la malade, qui reprit son humeur gaie et son appétit d'autrefois. Les métrorrhagies peu abondantes et l'émission du liquide l'incommodaient fort peu. Cet état dura quelques mois.

Au mois d'octobre, en examinant la malade, M. Trélat put introduire l'hystéromètre tout entier dans la cavité utérine. Il pensa alors que le kyste, en se développant, avait déterminé un allongement de l'utérus et il expliquait ainsi l'agrandissement de la cavité utérine, indiqué par l'exploration à l'aide de l'hystéromètre.

Après cet examen, la malade a eu une hémorrhagie légère ; puis, pendant deux mois l'utérus n'a laissé écouler autre chose que le liquide, qui était devenu fétide. Vers le mois de décembre, apparaissent des écoulements sanguins, légers et fréquents, accompagnés de tranchées utérines avec expulsion de caillots. Les douleurs abdominales deviennent violentes, il y a des vomissements, de la diarrhée. Ce qui indique une poussée inflammatoire autour de l'utérus.

Le 3 *mars*, M. Terrier examine la malade que M. Trélat n'avait pas examinée depuis quelque temps, parce qu'elle avait eu de petites poussées de péritonite, à diverses reprises. M. Trélat et M. Terrier constatent alors la présence dans le vagin d'une tumeur de la grosseur du poing. Cette tumeur remplissait le vagin, et, à cause de sa grosseur, rendait l'exploration difficile. Il était évident qu'on se trouvait en présence d'un polype fibreux engagé dans le col utérin. Malgré le déplacement de ce polype, la tumeur abdominale n'avait pas diminué de volume.

Nouvel examen six jours après; M. Trélat reconnaît le col utérin entourant le polype, mais il ne peut arriver jusqu'à son point d'insertion. Après cet examen, nouvelle poussée de péritonite.

(1) *Emmingharis arch. f. klinih Med.* XI.
(2) Lépine. — *Société de Biologie*, 1878.

23 *mars.* – M. Trélat se décide à enlever le polype. Quelques mouvements de tension ont suffi pour le détacher. Après l'ablation du polype, M. Trélat a exploré la cavité utérine. Il l'a trouvée agrandie, mais libre, et il a constaté la présence d'un énorme myome dans la partie droite de l'utérus. Poids du polype 300 grammes.

Consécutivement à cette opération, il s'est développé une péritonite aiguë et la malade est morte le 26 mars à neuf heures du soir.

Autopsie pratiquée le 28 mars. — *Poumons* légèrement congestionnés aux deux bases. — *Reins* congestionnés. — *Foie* gros (foie muscade à coloration citrine). — *Péritoine* injecté et présentant par place des suffusions sanguines. Un grand verre de pus dans la cavité péritonéale. Une petite cuillerée de pus dans la gaîne du psoas iliaque gauche. Adhérences anciennes constituées par de nombreux tractus fibreux et celluleux unissant la face antérieure de l'estomac à la face antérieure du foie et à la vésicule biliaire.

Membranes larges et minces ou étroites et arrondies, en forme de cordons organisés très vasculaires, unissant les anses de l'intestin grêle entre elles, avec le péritoine pariétal, avec l'S iliaque, le côlon transverse et même avec la trompe droite et la face postérieure du ligament large correspondant.

Utérus très augmenté de volume, de forme ovoïde, à grosse extrémité tournée en haut (Poids 750 grammes).

La surface externe est régulière, lisse et saine, mais sa forme et sa disposition anatomiques sont beaucoup modifiées par la présence d'une tumeur développée dans la paroi latérale droite. C'est ainsi que la trompe droite, allongée et étalée, commence au sommet de l'utérus, tandis que la gauche naît du tiers supérieur du bord gauche de l'utérus. La trompe droite mesure 10 centimètres, tandis que la gauche mesure 13 centimètres. — Les ovaires sont sains.

La cavité de l'utérus, ouverte par sa face antérieure, est notablement agrandie et déformée. Elle est repoussée à gauche par la tumeur développée à droite. Elle est limitée par deux parois, une antérieure qui regarde en arrière et à droite, et une postérieure qui regarde en avant et à gauche. La paroi antérieure est fortement concave pour s'appliquer sur la paroi postérieure rendue convexe par la saillie de la tumeur. En haut, la cavité utérine se termine en pointe au niveau de l'orifice de la trompe droite. En bas, elle se continue avec la cavité du col par un orifice assez large. L'orifice de la trompe gauche se trouve sur la paroi antérieure qui présente, au voisinage du bord droit de la cavité, une petite tumeur du volume d'une amande. Cette tumeur n'est autre chose que le pédicule du polype enlevé le 23 mars. Hauteur de la cavité utérine, 16 centimètres. Le col utérin a 5 centimètres de longueur. Sa limite inférieure est marquée seulement par un rebord saillant, on dirait un col utérin après l'accouchement. La paroi utérine a 2 centimètres d'épaisseur, et, au niveau du col, diminue graduellement de volume.

La tumeur qui occupe la partie droite de l'utérus est très volumineuse et à peu près sphérique (diamètre 15 à 16 centimètres). Elle est comprise dans l'épaisseur de la paroi utérine dédoublée, et formant une enveloppe épaisse de un centimètre à peu près. Elle est constituée par une partie supérieure solide, hémisphérique, ayant l'aspect d'un myome très vasculaire (c'est un myome télangiectasique), et par une partie inférieure cavitaire renfermant le liquide séro-sanguinolent. Cette cavité ou géode est anfractueuse et tapissée par des membranes d'apparence fibreuse, finement découpées et en partie disposées en colonnes. Il n'y a pas de communication entre cette cavité et la cavité utérine. Une partie du myome, à droite, tendait à s'isoler du reste de la tumeur.

Remarques. — En résumé, il s'agit ici d'un myome utérin qui a donné lieu, à diverses époques, à l'écoulement d'un liquide particulier qui provenait probablement de la cavité utérine. Aussi, M. Trélat le désigne-t-il sous le nom de myome hydrorrhéique. Cette lésion pathologique a présenté une marche clinique spéciale qui n'a été observée que par M. Worms. M. Worms a fait une communication à ce sujet à la Société clinique, dans la séance du 16 mai 1876, mais il n'a pas eu à faire l'autopsie de ses malades. Le cas que nous rapportons est donc unique, puisqu'il est complet.

CLINIQUE MÉDICALE

Péritonite par propagation chez un vieillard atteint de fièvre typhoïde. — Ulcérations sur la muqueuse gastro-intestinale ;

Par Albert Josias, interne des hôpitaux.

Le nommé Marcilly Constant, âgé de 60 ans, exerçant la profession de garçon marchand de vins, est entré le 17 février 1880, à l'hôpital Tenon, dans le service de Mr H. Rendu; il occupait le lit n° 17 de la salle Gérando.

Cet homme n'a jamais été gravement malade : il y a deux mois, il commença à tousser; mais cette toux fut de courte durée et ne présenta rien de particulier. Depuis quinze jours à trois semaines, le malade raconte qu'il est sujet à avoir des douleurs abdominales très vives, accompagnées de diarrhée; ces douleurs se montraient principalement au niveau de la région hypogastrique. Dès le début, il ressentit une courbature, une lassitude générale. — Comme traitement, il a pris trois purgatifs.

Etat Actuel. Facies souffrant : pas de stupeur, ni de bourdonnements d'oreilles, ni de troubles de la vue, ni d'épistaxis. Langue saburrale, haleine fétide. Soif intense. Pas de vomissements. L'abdomen est uniformément ballonné, douloureux à la pression et à la percussion.

La douleur siège principalement au niveau de la fosse iliaque droite. Diarrhée. Le malade « a la sensation très pénible d'une brûlure intérieure. » Pas de taches rosées sur l'abdomen; fièvre modérée.

Oppression très marquée. Les poumons ne présentent rien d'anormal. Les urines très chargées ne contiennent ni sucre, ni albumine; traitées par l'acide azotique et l'éther, puis par quelques gouttes d'alcool, elles décèlent une assez grande quantité d'indican. — Traitement. Cataplasmes en permanence sur le ventre, Limonade vineuse, potages, lait, potion avec ext. mou de q. q. 4 gr., sirop diacode 20 gr.

18 *février.* Même état. Douleur diffuse de l'abdomen ayant son maximun d'intensité au niveau de la fosse iliaque droite. Diarrhée légère. Fièvre modérée. Langue sèche.

19 *février.* Garde-robes sanguinolentes, très fétides. Diarrhée. T. M. 37°,4. S. 39°,2. Application d'un vésicatoire sur la fosse iliaque droite. 1/4 lav. amidon laudanisé.

20 *février.* Les douleurs abdominales sont moins vives et siègent surtout au niveau de l'ombilic. Le foie est relativement petit. A la percussion, on trouve une matité peu étendue à la partie inférieure de l'abdomen (ascite). T. M. 37°,2. S. 37°,6. Traitement : Ext. théb. 0, g. 10 dans une potion glacée.

21 *février.* La matité occupe surtont la fosse iliaque du côté droit. Diarrhée moins fréquente. Vomissements verdâtres, bilieux, porracés (péritonite). T. M. 37°,5. S. 37°,6.

22 *février.* La douleur de la fosse iliaque persiste. Vomissements. Hoquet. Diarrhée plus intense. T. M. 37,°7. S. 38°. Trait : onguent belladoné, glace.

23 *février.* Facies hippocratique. Hoquet. Douleur abdominale extrêmement vive. Diarrhée diminuée. Pouls petit, fréquent. T. 37°,6. Trait. thé au Rhum, 10 sangsues loco dolenti. 1 pil. ext. théb.

Soir. Facies décomposé. Refroidissement périphérique. Douleurs abdominales intolérables. Vomissements. Pouls filiforme. T. 37°,6.

24 *février.* Mort à 9 heures du matin.

Autopsie. — *Œsophage.* Coloration jaune verdâtre de la muqueuse. Quelques arborisations. Pas d'ulcérations. — *Estomac.* La muqueuse de l'estomac est très amincie et présente, en un grand nombre de points, des ulcérations inégales, irrégulières, d'un gris noirâtre: les unes sont circulaires, les autres ovalaires et plus ou moins étendues. Elles

siègent principalement au niveau de la petite courbure et de la région pylorique.

Au niveau de ces ulcérations, il semble y avoir de véritables eschares noirâtres; en dirigeant un filet d'eau sur leur surface, on se rend nettement compte de leur aspect tomenteux et on constate qu'elle est déchiquetée. En outre, toute la muqueuse de l'estomac est très congestionnée et parsemée d'arborisations, véritables suffusions sanguines. Sur le *pylore*, mêmes ulcérations, rosées, lisses, ovoïdes, à grand diamètre transversal. Le *duodénum* présente les mêmes lésions. La muqueuse est, en effet, criblée d'ulcérations arrondies, à fond rougeâtre et à bords lisses, blanchâtres. Dans l'intervalle de ces ulcérations, existe un pointillé hémorrhagique.

L'*intestin grêle* contient les mêmes lésoins ulcératives de la tunique muqueuse. Quelques-unes de ces ulcérations sont excavées. En approchant de la valvule iléo-cœcale, les ulcérations sont plus étendues; et, au voisinage de cette même valvule, se trouvent quatre ou cinq ulcérations ayant cinq à six centimètres de diamètre; elles sont tapissées d'eschares gangréneuses qui intéressent toutes les tuniques de l'intestin. A ce niveau, le péritoine, qui répond à cette portion de l'intestin ainsi altéré, est tapissé de fausses membranes épaisses. Il est probable, étant donné l'absence de perforation intestinale, que la péritonite à laquelle a succombé le malade, a pris son origine en ce point précis de l'intestin. *Péritonite par propagation.* Le gros *intestin* ne présente pas d'ulcérations.

Les *ganglions mésentériques* sont tous infiltrés, hypertrophiés; ils présentent dans leur partie centrale une consistance qui confine à l'état caséeux.

Foie cirrhotique. — *Rate* petite, molle, diffluente.— *Poumons.* Le droit est congestionné, le gauche moins congestionné est emphysémateux. — *Péricarde.* Très adhérent au cœur.—*Cœur.* Surchargé de graisse, flasque. Muscle cardiaque décoloré, aspect brun foncé. Valvules mitrale et tricuspide saines. Valvule aortique très injectée. Quelques plaques d'athérome sur l'aorte. — *Cerveau* sain. Méninges congestionnées.

RÉFLEXIONS.— Cette observation nous a paru intéressante en raison du diagnostic clinique qui a été porté et des lésions anatomiques rares que nous avons constatées. Et, en effet, lorsque le malade est entré à l'hôpital Tenon, il ne présentait pas les symptômes d'une fièvre typhoïde; son visage n'exprimait pas la stupeur; la fièvre était modérée, et il n'y avait pas de taches rosées sur l'abdomen. Par contre, l'abdomen était ballonné uniformément et douloureux à la moindre pression. Une diarrhée persistante depuis plusieurs jours, jointe aux symptômes abdominaux déjà mentionnés, nous fit songer à une péritonite sub-aiguë, par propagation, et causée par une ulcération intestinale sur la nature de laquelle il n'était pas aisé de se prononcer avec certitude. La persistance de douleurs diffuses du côté de l'abdomen et accompagnées de selles sanguinolentes, de vomissements porracés, de hoquet, etc., confirma de plus en plus le diagnostic de péritonite par propagation.

Quant à la nature de l'ulcération, comme cause génératrice de tous les accidents péritonéaux, nous ne pouvions guère songer à des ulcérations typhoïdes, puisque nous nous trouvions en présence d'un vieillard chez lequel les symptômes de cette affection manquaient; il est vrai, toutefois, de remarquer, si nous nous reportons à l'autopsie, que les lésions intestinales devaient remonter à un mois environ.

Restaient donc les ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses; or, l'ausculation révéla que les poumons étaient sains, indemnes de râles ; rien ne permettait d'admettre une lésion tuberculeuse de l'intestin; par contre, l'âge du malade et son teint cachectique étaient plus en rapport avec l'idée d'un carcinome intestinal que nous ne pouvions pas également affirmer, mais en faveur duquel nous portâmes de fortes présomptions.

L'autopsie est non moins intéressante que l'examen clinique, car elle nous montre une série de lésions inattendues et peu communes, c'est-à-dire des ulcérations plus ou moins profondes, irrégulières, et siégeant sur la muqueuse congestionnée de l'estomac et de tout l'intestin grêle. Les ulcérations gastriques nous firent supposer un empoisonnement par les corrosifs, mais l'absence de lésions semblables sur l'arrière gorge, le pharynx et l'œsophage ne permettait pas de s'arrêter longtemps à cette hypothèse. L'aspect des ulcérations nous entraînait plutôt à l'idée d'une entérite ulcéreuse de nature typhoïde. La multiplicité des lésions de la muqueuse intestinale, lésions occupant les plaques de Peyer au niveau de la valvule iléo-cœcale, ainsi que les follicules clos, l'absence de lésions de la muqueuse du gros intestin et l'hypertrophie considérable des ganglions mésentériques, nous firent admettre la variété typhoïde, d'autant plus que nous traversions en ce moment une véritable épidémie de fièvre typhoïde. Ainsi, ce que nous tenons à mettre en relief dans cette observation, c'est la présence d'ulcérations sur la muqueuse gastrique, la région pylorique et la muqueuse duodénale, ayant exactement les mêmes caractères que ceux que nous avons mentionnés sur la muqueuse de l'instestin grêle et qu'on a coutume de rencontrer à l'autopsie des individus morts de fièvre typhoïde. Ces ulcérations gastriques et duodénales sont très rares, si nous nous en rapportons à nos traités classiques et principalement au mémorable livre de Murchison sur la fièvre typhoïde. Murchison ne les a pas rencontrées une seule fois dans plus de 40 cas de fièvre typhoïde dans lesquels il a examiné l'estomac. Les cas d'ulcérations gastriques de cette nature, rapportés par Jenner et Louis, ont trait à des ulcérations limitées à une partie quelconque de l'estomac, et varient de la grosseur d'une tête d'épingle à deux ou trois millimètres.

Telles ne sont pas les dimensions des ulcérations que nous relevons dans notre cas particulier, car elles peuvent être comparées à des pièces de vingt, de cinquante centimes et de un franc; quelques-unes même sont ovalaires et ont un diamètre longitudinal de deux centimètres environ. Il en est absolument de même des ulcérations duodénales. En terminant, nous ferons remarquer que M. le professeur Jaccoud, dans son traité de pathologie interne, a signalé également ces ulcérations en les qualifiant de curiosités pathologiques. La lésion spéciale, dans les cas recueillis par M. Jaccoud, était bornée au jéjunum et au duodénum, ou s'étendait à la portion pylorique de l'estomac.

Concours des prix de l'internat.

Les questions données à ce concours ont été les suivantes : 1re *division.* Question écrite : *Structure des ganglions lymphatiques. Leucocythémie* ; — Questions orales : 1re épreuve : *Du rétrécissement de l'œsophage* ; 2e épreuve : *Causes, signes et diagnostic de l'éclampsie puerpérale.* — 2e *division.* Question écrite : *Anatomie et physiologie des glandes de l'intestin grêle* ; — Questions orales : 1re épreuve : *Anévrysme artérioso-veineux* ; 2e épreuve : *Rhumatisme cérébral.*

Les résultats de ce Concours sont :

Première Division. — 1° *Médaille d'or* : M. Mercklen, interne de 4e année à l'hôpital Beaujon ; 2° *Médaille d'argent* : M. G. Ballet interne de 4e année à la Salpêtrière (les membres du Jury ont demandé à l'Administration de l'Assistance publique qu'il fut accordé, exceptionnellement, une cinquième année d'internat à ce lauréat ; — 3° 1re *Mention* : M. Chauffart, interne de 3e année à la Pitié); — 2e *Mention* : M. Poulain, interne de 4e année à l'hôpital des Enfants malades.

Deuxième division. — 1° *Médaille d'argent* : M. Netter, interne de 2e année à Lariboisière ; — 2° 1re *Mention* : M. Michaud, interne de 2e année à Lariboisière ; — 2° *Mention* : M. Thibierge, interne de 1re année à la Charité ; — 3e *Mention* : M. Duplay, interne de 2e année à Necker.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.

Nos lecteurs ont pu voir, d'après un des derniers bulletins du *Progrès médical* (1), quel bénéfice les ataxiques atteints de douleurs fulgurantes pouvaient retirer de l'élongation des nerfs. L'excellence de la méthode paraît se confirmer d'une manière définitive. Nous avons revu cette semaine, à Bicêtre, dans le service de M. Debove, le malade que M. Charcot a montré récemment à ses auditeurs de la Salpêtrière. Cet homme qui, depuis des années, souffrait dans les membres inférieurs de douleurs atroces à peine atténuées par la morphine à haute dose (0,16 centig. par jour), n'a pas ressenti depuis son opération, c'est-à-dire depuis environ un mois, la moindre douleur fulgurante dans les membres inférieurs ni même dans les membres supérieurs; les *crises gastriques* que présentait ce malade ont également disparu. De plus, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, l'incoordination motrice a presque entièrement disparu des deux côtés.

Le 16 décembre dernier, M. Debove, avec le concours de M. Gillette, a tenté un nouvel essai sur un autre ataxique qui, encouragé par la guérison de son camarade réclamait lui-même l'opération. Cette fois, il s'agissait de douleurs fulgurantes incessantes, avec exacerbations, occupant les membres supérieurs. On élongea le médian et le radial du côté droit. Le manuel opératoire très simple adopté par M. Gillette est le suivant : une incision de 7 centimètres environ est faite sur le trajet du faisceau nerveux qui est mis à découvert ; une sonde cannelée est passée sous les nerfs à élonger, le côté convexe de la sonde étant tourné vers le nerf ; puis, l'instrument étant pratiquées par ses deux extrémités, des tractions sont exercées perpendiculairement à l'axe du nerf, avec assez de force pour soulever celui-ci de 5 à 6 centimètres. On peut dire au sujet de ces tractions qu'elles peuvent être pratiquées sans crainte de rupture; quelques expériences faites sur le cadavre ont montré qu'une force de 42 kil. est nécessaire pour rompre le radial; les tractions faites sur le vivant restent bien au dessous de ce chiffre. L'opération est terminée par quelques points de suture à la peau et un pansement phéniqué. La réunion, chez le malade qui nous occupe, a eu lieu par première intention.

Chez ce malade comme chez le premier, les douleurs fulgurantes ont considérablement diminué dans le membre supérieur droit et disparu dans le membre supérieur gauche, ainsi que dans les membres inférieurs. L'*anesthésie plantaire* a beaucoup diminué du côté gauche; enfin, l'incoordination motrice a été très améliorée; la marche est devenue possible sans appui. Le malade a recouvré un sommeil régulier ; il refuse la morphine et affirme que « ses douleurs actuelles ne sont rien auprès de celles qu'il endurait auparavant. »

Le résultat de ces deux opérations est assez remarquable pour être soigneusement enregistré. Si le procédé n'est qu'un palliatif qui, selon toute vraisemblance, n'enraye pas la marche de l'ataxie, les deux exemples précédents prouvent du moins son efficacité contre deux phénomènes importants de la maladie, la douleur et les troubles du mouvement et peut-être aussi ceux de la sensibilité. H. d'Olier.

(1) Voir le nº 50.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance de novembre.

M. Pasteur fait connaître à l'Académie une lettre écrite, en janvier 1865, par M. de Siebach, ministre de Saxe à Paris, qui confirme absolument, par les déductions pratiques qu'elle contient, les théories que dernièrement il a fait connaître. La *bactérie charbonneuse* pouvant émerger du sein de la terre où sont enfouis les cadavres d'animaux morts par le charbon, et venir souiller les chaumes secs et piquants que mangeront ensuite les animaux, on comprend pourquoi l'inoculation du charbon se fait si souvent par la bouche et justement lorsqu'on commence le pacage sur les chaumes après la moisson.

MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont injecté *dans le sang* des animaux, des bactéries qui, inoculées dans le tissu cellulaire, produisent toujours sur ces animaux les *tumeurs charbonneuses* et la mort. Ils ont vu que, dans cette sorte d'inoculation, il survenait seulement un peu de malaise et jamais la mort. Bien mieux, les animaux inoculés de cette manière sont à tout jamais indemnes du charbon. Il y a là un procédé tout particulier de vaccination

M. Ch. Richet présente une note sur l'*onde secondaire du muscle*. D'après lui, il y a, après chaque contraction musculaire, une modification du muscle telle qu'il peut, sans excitation nouvelle, se contracter de nouveau. L'onde primitive est suivie d'une onde secondaire. Si celle-ci est difficile à constater, c'est que la force du muscle étant alors extrêmement faible, les poids les plus faibles peuvent masquer le phénomène.

M. Trastour communique l'observation d'infirmiers et d'infirmières, atteints de *furoncles* qu'ils recevaient par contagion d'un malade qu'ils étaient chargés de soigner.

M. Gréhant continue ses recherches sur les doses mortelles d'*oxyde de carbone*. Il étudie aujourd'hui l'action de l'oxyde de carbone sur les diverses espèces d'animaux. Il trouve là des différences sensibles qui peuvent aussi expliquer pourquoi il y a des différences entre les individus ; pourquoi, par exemple deux personnes étant dans une même chambre, l'une succombe pendant que l'autre reste indemne. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 *décembre* 1880.—Présidence de M. de Sinéty.

Troubles profonds de l'œil à la suite de la section optico-ciliaire. M. Poncet fait la communication suivante : « En dehors des phénomènes extérieurs et nerveux déjà bien connus, la section optico-ciliaire pratiquée immédiatement contre le bulbe, a pour conséquence des désordres profonds qui peuvent être divisés en trois périodes :

1º Troubles de circulation rapidement effacés, grâce aux anastomoses antérieures, mais amenant déjà une migration péri-vasculaire de globules blancs, à la lésion tout interne de la rétine. —2º (du 8e au 30e jour) Inflammation des vaisseaux coupés, se propageant dans l'intérieur de la rétine, de la choroïde et du nerf optique : papillite, périartérite, endartérite. Légère organisation fibreuse de leucocytes dans le corps vitré à l'infundibulum de la papille et le long des vaisseaux. — 3º (18 mois) *Sclérose absolue de la rétine avec imprégnation pigmentaire, hémorrhagique ou choroïdienne. Passage des blocs pigmentaires dans le corps vitré.*

Ces phénomènes, constatés sur des yeux d'animaux choisis parmi les plus sains en apparence et restés transpa-

rents, acquièrent souvent une intensité qui amène la fonte atrophique. Chez l'homme, la desquamation choroïdienne, le passage des mollécules pigmentaires dans le corps vitré, sont en général suivis de la phthisie du bulbe.

Outre ces désordres chroniques, il se produit encore des lésions inflammatoires immédiates, vers le pôle postérieur. Elles sont démontrées par la dégénérescence rapide de la rétine et de la choroïde dans cette région; les parties équatoriales restant relativement saines. Ces troubles directs sont attribuables à la section des artères trop rapprochées de l'œil; la sclérotique résiste à ce processus inflammatoire. Ils peuvent être évités en respectant les insertions musculaires et en reportant la section du N O environ à 6 millimètres du bulbe, ce qui donne encore une sécurité suffisante pour couper tous les nerfs ciliaires.

Développement de l'oreille. M. Gellé étudie le développement de l'oreille sur les fœtus de 2 mois, de 4 mois et de 5 mois. Aujourd'hui, ses recherches porteront sur la *membrane du schrapnoll* ou *flaccide*. Cette portion du tympan qui, chez l'adulte, placée au-dessus de l'apophyse externe du marteau, forme une membrane grisâtre, opalescente, saillante vers le dehors, à l'encontre du reste du tympan, concave, lisse et translucide, en diffère autant par son origine, ses rapports et son développement que par son aspect, sa constitution et sa fonction.

Elle sert aux mouvements en dehors ou en dedans du marteau, dont l'apophyse externe s'élève ou s'abaisse, suivant que la membrane tympanique est tendue ou se relâche. L'intégrité de la fonction auditive exige aussi l'isolement complet de l'osselet chargé de transmettre les vibrations sonores. Le col du marteau, coudé en dedans, évite le bord du cadre osseux temporal : c'est la membrane flaccide qui remplit ce vide.

Au moyen de coupes transversales dans la direction verticale du manche du marteau, on obtient, chez les fœtus humains (de 2 à 5 mois), des préparations en tranches fines, sur lesquelles il est possible d'étudier la superposition des diverses couches de tissus de dehors en dedans (Nachet n° 2) :

1° On trouve d'abord, à la surface, le derme, dont l'épaisseur s'atténue de haut en bas, du crâne vers le tympan. Les faisceaux ondulés de tissu conjonctif du derme s'accroissent, au niveau du bord inférieur de l'écaille temporale, de plusieurs groupes descendants de fibres serrées, nées de la surface osseuse, et qui se confondent plus bas avec celles du derme. — 2° Au-dessous, l'os temporal, écaille osseuse en mince lamelle, très nette déjà à 2 mois, se termine par un bord tranché. — 3° Cependant, ce bord inférieur se continue sans solution de continuité avec une épaisse lame de fibres, denses, tassées, verticales, qui descend vers l'apophyse externe du marteau saillante à la partie supérieure du tympan, où elle s'insère. Çà et là quelques plaques d'ossification. Cette couche se confond presque avec la précédente ou dermique, vers le bas. La distance du bord de l'écaille temporale à l'apophyse externe du marteau est presque égale à la hauteur du tympan qui apparait au-dessous. Epaisse au niveau du bord de l'écaille, cette lame fibreuse doublée et tenant par le derme va s'amincissant jusqu'au tympan. La coupe a la forme d'un triangle dont le sommet est à l'apophyse externe du marteau; elle s'ossifie en partie, graduellement de haut en bas. — 4° Au contact de cette couche fibreuse d'ossification, on trouve en dedans une masse molle de tissu cellulaire embryonnaire, semi liquide, qui remplit la cavité tympanique, englobant la tête du marteau et les autres osselets dépourvus de périoste à cette époque. Ce tissu cellulaire, lâche, s'étend jusqu'à la paroi crânienne de la base, et s'attache en bas et en dehors à la face interne du tympan, dont l'isole un épithélium pavimenteux élégant. — 5° La tête du marteau et un peu de celle de l'enclume, cartilagineuse à la périphérie, osseuse à leur centre et au niveau du col surtout, remplissent la plus grande partie de l'espace compris entre l'écaille temporale et la partie fibreuse qui lui fait suite et la paroi méningée et la cavité crânienne. — 6° Directement en dedans de l'apophyse externe, on voit épanouir en éventail les fibres striées du *muscle interne du marteau* ; et autour du tendon un plexus de vaisseaux. Passant au-dessus de ce tendon un filet nerveux libre : c'est la *corde du tympan*. — 7° Au-dessous de l'apophyse externe, la coupe verticale du tympan et le manche du marteau qui le sous-tend, très nettement isolés de l'épithelium de la muqueuse tympanique. Comme le tympan, le manche du marteau est libre, alors que sa tête unie à celle de l'enclume fait partie intégrante du contenu tympanique, qui n'est autre chose que le derme muqueux embryonnaire extrêmement divisé et gorgé de liquide.

La membrane du schrapnoll ou flaccide est donc, en résumé, la partie du tissu fibreux sus-apophysaire que je viens de décrire, que l'ossification n'envahit pas.

Cette partie restée fibreuse se compose donc : 1° du derme cutané ; 2° du périoste, ou mieux, du reste du tissu ostéogène primitif ; 3° il faut y ajouter, en dedans, une lamelle du tissu conjonctif, le derme muqueux, à laquelle se trouve réduit par l'évolution ce tissu muqueux gélatiniforme qui disparaît à la naissance, après avoir englobé toute la chaîne des osselets à l'état fœtal.

Cette évolution et ces rapports intimes entre les diverses portions de l'organe auditif pendant la vie intra-utérine éclairent la pathogénie auriculaire. On comprend mieux comment agissent et se propagent les processus inflammatoires, par exemple, de la muqueuse de la paroi interne de la caisse à la chaîne des osselets, jusqu'à la membrane flaccide, seule accessible à la vue. On s'explique aussi pourquoi le tympan reste quelquefois longtemps en dehors du mouvement pathologique, et est souvent atteint très faiblement ou tardivement. On voit mieux la gravité exceptionnelle des affections congénitales ou précoces de l'organe de l'ouïe. Ch. Avezou.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 décembre 1880. — Présidence de M. Roger.

M. H. Roger annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Chauffard (d'Avignon), membre associé national de l'Académie.

Élection d'un membre correspondant national dans la section de médecine vétérinaire. Sont présentés : en première ligne, M. Boutet; en deuxième ligne, M. Saint-Cyr ; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Abadie et Mégnin. Votants : 72, majorité 37. Au premier tour de scrutin, M. Boutet obtient 49 voix, M. Mégnin 16, M. Saint-Cyr 4, bulletins nuls 2, bulletin blanc 1. En conséquence, M. Boutet ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national.

Election du vice-président de l'Académie de médecine pour l'année 1881. Votants 77, majorité 39. Au premier tour de scrutin, M. Gavarret obtient 51 voix, M. Berthelot 8, M. Regnauld 4, M. Vulpian 3, M. Hardy 1, M. Lasègue 1, M. Wurtz 1, M. Sappey 1, M. J. Guérin 1, bulletins blancs 6. En conséquence, M. Gavarret, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé vice-président de l'Académie pour l'année 1881.

Election du secrétaire annuel de l'Académie. M. Bergeron est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

Election des deux membres annuels du Conseil. 1° *Election du membre appartenant à l'une des sections de la médecine.* — Votants 67, majorité 34. Au premier tour de scrutin, M. Bourdon obtient 64 voix, M. J. Guérin 1, M. Oulmont 1, M. Tarnier 1. En conséquence, M. Bourdon ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu. — 2° *Election du membre appartenant à la section de chirurgie.* Votants 58, majorité 30. Au premier tour de scrutin, M. Tarnier obtient 55 suffrages, M. Guéniot 1, M. Bourdon 1, bulletin blanc 1. En conséquence, M. Tarnier est élu.

M. Guéniot fait une communication, avec pièces à l'appui, sur un cas obstétrical. Il s'agit d'un *nœud de cordons ombilicaux*, ayant déterminé la mort des deux fœtus. — A propos de cette grossesse gémellaire, M. Guéniot raconte que le temps de la grossesse ne paraissait rien présenter d'anormal, lorsque les mouvements des fœtus se ralentirent d'abord, puis disparurent complètement. Dès la rupture des membranes, il s'écoula un liquide séro-sanguin. Lorsque la dilatation du col fut complète, M. Guéniot put diagnostiquer une présentation du siège et extraire un fœtus de 7 mois et demi; ce fœtus était macéré et la macération pouvait remonter à huit jours. Le deuxième fœtus se présentait en O. I. G. P. et était également macéré, mais à un moindre degré. N'ayant rompu qu'une seule fois les membranes, M. Guéniot fut amené à croire que les fœtus

se trouvaient dans la même poche. L'examen ultérieur du placenta confirma cette idée et montra qu'il existait un nœud dû à l'entrecroisement des deux cordons. Les fœtus, d'après M. Guéniot, ont amené ce résultat, en tournant deux fois l'un autour de l'autre, puis en passant entre les deux cordons.

A cinq heures l'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture d'un rapport sur les titres des candidats au titre de membre correspondant dans la section de médecine opératoire. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 *avril* 1880. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

26. Persistance du canal excréteur du corps de Wolff, chez une femme de 60 ans ; par OZENNE, interne des hôpitaux.

Cette pièce, que nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, provient d'un cadavre de l'Ecole pratique, servant aux exercices de médecine opératoire.

En enlevant les viscères de ce cadavre (femme de 60 ans environ) et en particulier le rein droit, nous nous trouvons arrêtés dans l'extraction de cet organe, bien que l'uretère fût déjà coupé par un autre cordon, organe supplémentaire, qui va s'insérer à l'un des organes de la cavité pelvienne. Après avoir enlevé en masse tout l'appareil génito urinaire, nous constatons ce qui suit :

Le rein droit est uni au bord droit du col utérin par un cordon qui mesure 35 centimètres de longueur : situé, en haut, en arrière du rein ; en bas, en arrière du ligament large. Il offre la même direction que l'uretère dont il longe, dans la plus grande partie de son étendue, la face supérieure. Il s'attache à la partie postérieure de l'extrémité supérieure du rein par un court pédicule, tordu sur lui-même. En bas, ce cordon vient se fixer au bord droit du col de l'utérus, immédiatement au-dessus de la réflexion de la muqueuse vaginale, par un autre pédicule un peu plus long.

En incisant ce conduit près de son extrémité inférieure, nous reconnaissons qu'il est creusé d'une cavité vide, limitée par une membrane d'enveloppe transparente, mince, mais cependant assez résistante ; sa surface interne est lisse, blanchâtre et sans aucun pli. En l'insufflant, il acquiert un calibre qui n'est pas uniforme et qui est d'autant moins considérable que l'on se rapproche davantage de l'utérus, offrant ainsi une forme conique ; en haut, il présente le volume du pouce, au milieu, celui du médius et, en bas, celui du petit doigt tout au plus.

Nous avons dit plus haut que ce canal était rattaché au rein et à l'utérus par deux pédicules : or, celui qui le relie au rein est plein, non canaliculé, d'une longueur de 1 centimètre, offrant une certaine résistance et de la grosseur d'une bougie n° 10. L'autre pédicule est également plein, mais aplati et long de 2 à 3 centimètres.

Ces deux pédicules, nous le répétons, ne sont pas creusés d'un canal et ils ne communiquent nullement, le premier avec la cavité utérine, le second avec l'intérieur du rein, ce que l'on peut facilement reconnaître au moyen de deux incisions ; en un mot, ils s'attachent aux faces externes de ces organes, sans se mettre en rapport avec leurs cavités.

L'uretère, les vaisseaux rénaux et le rein du côté correspondant n'offrent rien de particulier ; il en est de même à gauche, et toute recherche ne peut faire découvrir de cordon anormal. La vessie, l'utérus et ses annexes ne présentent aucune particularité à noter.

Notre collègue et ami, M. Bruchet, a bien voulu examiner ce cordon au microscope, et a constaté que la paroi était constituée par des fibres de tissu conjonctif, remarquables par leur développement et par leur volume. Quant à la couche épithéliale, s'il en existait une, elle n'a pu être mise en évidence, ses éléments étant depuis longtemps probablement détruits.

RÉFLEXIONS. — En nous reportant au développement embryogénique, il nous semble, bien que les auteurs sur ce point ne soient pas très explicites, que nous sommes en présence d'un conduit de Wolff, qui aurait persisté. En effet, la structure et le mode d'origine et de terminaison de ce cordon éloignent toute idée d'uretère supplémentaire. On ne doit pas davantage admettre que l'on a sous les yeux le canal de Müller, les annexes de l'utérus étant complètement développés des deux côtés. Nous pensons donc que ce cordon, prenant son origine au rein, se terminant à l'utérus près du vagin, n'est autre chose que le conduit excréteur du corps de Wolff qui, au lieu de s'atrophier, ainsi que cela a lieu ordinairement chez la femme, a persisté ; l'anatomie comparée vient d'ailleurs à l'appui de cette opinion, nous montrant qu'assez souvent ce canal ne disparaît pas chez les ruminants, et constitue le canal de Gœrtner.

27. Leucocythémie splénique à forme latente, hématémèses. — Mélœna. — Mort ; par A. BRAULT, interne des hôpitaux.

Riche, Jeanne, âgée de 48 ans, couturière, entrée le 18 février 1880, salle Sainte-Adélaïde, n° 9, dans le service de M. CORNIL, à l'hôpital Saint-Antoine.

Antécédents. A eu le choléra en 1859 et une rétention d'urine consécutive, plus tard une anasarque. Il y a deux ans, son ventre a augmenté de volume pendant quelques jours, puis s'est affaissé, et la malade s'est aperçue qu'elle portait une tumeur. A partir de cette époque, les forces diminuèrent, la malade maigrit, perdit l'appétit et eut des nausées fréquentes, mais sans vomissements. C'est seulement il y a deux mois et demi que se produisirent, pendant la nuit, plusieurs hématémèses ; les jours suivants, ces accidents cessèrent et les vomissements furent alimentaires ou bilieux.

Etat actuel. Le ventre est ballonné, douloureux à la palpation ; on perçoit une tumeur très nette dans l'hypochondre gauche, tumeur légèrement lobulée, et répondant exactement à la grande courbure et à la grosse tubérosité de l'estomac. Par la pression, on ne provoque pas de douleur vive, et cependant, il existe, depuis quelques mois déjà, une douleur épigastrique spontanée. La langue est blanche et épaisse, l'haleine forte, il existe du pyrosis. Les autres organes ne présentent rien d'anormal ; il n'existe pas d'albumine dans les urines, mais un souffle léger au premier temps et à la pointe, auquel correspond un peu de frémissement cataire. Pendant un mois environ, les symptômes observés ne présentèrent que peu d'intérêt. La malade avait peu d'appétit, maigrissait, mais sans diarrhée, sans vomissements, accusant toujours une douleur épigastrique. La tumeur présentait toujours le même siège, le même volume et la même consistance.

17 *mars.* Pendant la nuit, la malade a eu une hématémèse de sang rouge-noir contenant des caillots. Ce matin, elle accuse une soif vive et a de la diarrhée.

18 *mars.* Délire continu, agitation extrême, très grande pâleur de la face ; les vomissements se sont renouvelés et ont été suivis de mélœna.

19 *mars.* Même état.

20 *mars.* Persistance de la diarrhée, toujours noirâtre.

22 *mars.* Depuis deux jours, la malade n'est pas allée à la selle, le délire a disparu, elle accuse de la douleur aux mollets. Cette douleur est produite par des thromboses cachectiques siégeant dans les saphènes, mais sans œdème.

27 *mars.* Ascite en assez grande quantité, la tumeur ne peut plus être perçue à cause de l'abondance du liquide et du ballonnement du ventre.

30 *mars.* La malade accuse une douleur épigastrique limitée au-dessous de l'appendice xyphoïde, une douleur dorsale dans le point diamétralement opposé. Constipation opiniâtre.

1er *avril.* Râle de bronchite, tuméfaction énorme du ventre.

2 *avril.* La douleur du ventre s'irradie à l'épaule et au bras gauche, la malade a vomi de nouveau du sang et des caillots.

8 *avril.* Les vomissements sont très rapprochés et ne contiennent souvent que des aliments, l'ascite est énorme. L'appétit est complètement perdu, la couleur du visage est jaune-paille, la faiblesse est extrême ; il existe de l'œdème pulmonaire aux deux bases, avec râles sous-crépitants.

Cœur irrégulier, sueurs abondantes.

13 *avril.* Le mélœna a reparu depuis hier et s'est continué jusqu'au surlendemain, où la malade meurt.

15 *avril.* Mort à 10 heures du matin.

Autopsie faite le 16.—Il existe dix à douze litres de liquide dans la cavité abdominale; le liquide est puriforme. Le gros intestin présente tout le long de son parcours des indurations mamelonnées.

Le *poumon* gauche est emphysémateux.

Le *poumon* droit est adhérent et également emphysémateux.

Le *cœur* est de volume normal, et présente quelques végétations sur le bord libre de la valvule mitrale.

La *rate* est de volume considérable : elle envoie en avant une pointe bilobée qui s'applique exactement sur la grande courbure de l'estomac, à laquelle elle est très adhérente. Elle présente des indurations fibreuses à sa surface, sous forme de plaques. A la coupe, on reconnaît qu'il existe des tractus fibreux grisâtres en abondance, tranchant sur le tissu rouge de l'organe. A peine l'ongle peut-il entamer le parenchyme, dont la consistance rappelle celle du foie cirrhosé. Pas de pigmentation.

Le *gros intestin* est revenu sur lui-même, dur, petit ; l'*estomac* paraît également rétracté, et présente à la surface interne des plis longitudinaux qu'on ne peut effacer par la distension, car ils sont adhérents à la surface profonde. Le péritoine, le pancréas ne présentent rien de particulier.

Le *foie* est petit, la surface de section est lisse, et on ne distingue pas facilement les lobules, sa couleur est jaune cuir de botte.

Les *reins* sont pâles, petits, un peu granuleux.

Nulle part on ne trouve de trace de cancer.

Il existe plusieurs foyers hémorrhagiques assez petits dans l'épaisseur des muscles de l'abdomen. L'examen du sang, pratiqué après la mort, sur du liquide pris dans la veine fémorale, montra que les globules blancs existaient en très grande quantité, de même que les globulins.

Remarques.— L'observation précédente est un type de leucocythémie splénique à forme latente. Les symptômes gastriques et intestinaux avaient donné le change, et, en présence de cette réunion de signes (hématémèses, mélœna, tumeur très nette occupant la grande courbure), on était autorisé à admettre l'existence d'un cancer de l'estomac. Si l'examen du sang avait été pratiqué au début, l'erreur aurait été évitée certainement, mais on n'avait pas été amené à le faire, parce que la tumeur abdominale faisait corps avec l'estomac et semblait lui appartenir.

Ce n'est qu'à l'autopsie que le volume de la rate et les hémorrhagies intra-musculaires firent penser à une leucocythémie splénique, surtout lorsque, après l'examen le plus attentif du tube digestif, on se fut assuré qu'il n'existait aucune trace de tumeur.

Nous ferons remarquer également que l'estomac et l'intestin présentaient une pâleur très marquée de leur surface, bien qu'ils eussent été le siège d'hémorrhagies abondantes.

D'un autre côté, la rate était surtout scléreuse et ne présentait pas de néo-formations de tissu lymphoïde comme cela s'observe habituellement. Mais le foie et les reins présentaient, dans certains points, des infiltrations de globules blancs.

28. Tumeur cérébrale occupant le ventricule moyen, ayant présenté les allures cliniques d'une méningite tuberculeuse; par Variot, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique une tumeur cérébrale provenant d'une malade qui a succombé dans le service de M. Damaschino, à l'hôpital Laënnec, le 10 avril 1880.

Trois semaines avant son entrée (5 avril), cette femme avait commencé à s'amaigrir, à perdre ses forces et à souffrir violemment dans la tête. D'après des renseignements indirects, qui nous ont paru positifs, un peu avant cette époque, son caractère se serait modifié, elle serait devenue triste, et elle aurait perdu la mémoire.

On n'avait rien remarqué d'anormal dans son état, si ce n'est un mois environ avant son entrée à l'hôpital, où elle a présenté les phénomènes ci-dessus indiqués.

A son entrée, la malade est dans un état de stupeur profonde, elle ne répond qu'à grand'peine aux questions qu'on lui pose; elle localise bien ses douleurs au sommet de la tête. Constipation opiniâtre. Parésie générale sans phénomènes paralytiques proprement dits, ni convulsifs, ni anesthésiques.

Pouls faible et lent, 58. Respiration, 16. Raie méningitique très accentuée.

8 *avril.* L'abattement et la stupeur augmentent, elle refuse de répondre, elle se plaint toujours de douleurs dans la tête, un peu d'albumine dans les urines.

9 *avril.* On remarque un peu de dilatation de la pupille gauche, l'affaissement augmente, incontinence des matières.

Dans la nuit du 10, elle succombe. Pendant ces quelques jours, la température a oscillé entre 38° et 36°, 8.

Autopsie.— Il s'écoule beaucoup de liquide à l'ouverture de la cavité arachnoïdienne.

La pie-mère cérébrale est très injectée ; les réseaux vasculaires, à la surface des circonvolutions, sont distendus par le sang.

Le couteau, en séparant les deux hémisphères cérébraux, après avoir coupé le corps calleux et le trigone, partage en deux portions symétriques une tumeur contenue dans la cavité du ventricule moyen, et qui ne faisait nullement saillie à l'extérieur du ventricule, le trigone était intact ; on retrouve les deux lambeaux de chaque côté de la section, tout au plus était-il soulevé.

Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, est d'une couleur gris-rosé, d'une consistance extrêmement molle.

Un séjour de plusieurs jours dans l'alcool ne lui a pas donné une dureté suffisante pour qu'on puisse pratiquer des coupes pour l'examen histologique (1).

Cette tumeur, à sa partie antérieure et sur ses parties latérales, ne présente aucune adhérence avec les parois du ventricule moyen qu'elle a cependant un peu écartées, on peut la renverser en arrière, et ce n'est qu'au niveau de la couche optique et même à sa partie postérieure qu'elle semble se pédiculiser : là encore, les adhérences sont très molles. Le dessin annexé à l'observation montre la tumeur renversée en arrière, avec sa couleur et son aspect; sa mollesse était telle qu'elle n'avait pas de forme à proprement parler.

Les ventricules latéraux sont très dilatés et pleins de liquide. A part une congestion intense des poumons à la base et un noyau d'apoplexie assez étendu dans le poumon gauche, en arrière, les autres organes ne nous ont rien présenté à noter. Comme origine probable de cette tumeur, M. Damaschino met en cause la toile choroïdienne.

29. Anévrysme de l'aorte. — Mort par compression de la trachée; par H. Stackler, interne des hôpitaux.

Colly, Jean, âgé de 56 ans, journalier, est entré le 9 avril 1880 à l'hôpital Tenon, n° 20, salle Bretat, service de M. Hallopeau.

Comme antécédent qui mérite d'être noté, nous ne trouvons qu'un chancre, qu'il aurait eu il y a très longtemps. Encore les renseignements que le malade fournit à cet égard, ne nous inspirent que fort peu de confiance : il n'existe chez lui aucune trace évidente de syphilis. Le premier phénomène qui attire son attention est la *toux*. Elle débute il y a 3 mois; depuis cette époque, elle ne fait qu'augmenter. Il y a un mois, à cette toux vient s'ajouter de l'oppression. Aussi cet homme est-il obligé fréquemment de suspendre son travail. Enfin, depuis quelques jours, l'oppression a pris de telles proportions, qu'il se trouve forcé d'entrer à l'hôpital.

L'interrogatoire et l'examen du malade rappellent la respiration des asthmatiques. L'auscultation du poumon nous révèle une diminution de la respiration aux deux sommets, surtout à gauche.

(1) M. Damaschino se propose d'en faire ultérieurement l'examen.

Cet homme est assis dans son lit, le corps penché en avant : toute autre position est impossible. Le décubitus dorsal augmente aussitôt la dyspnée, la face se cyanose... etc... la respiration est anxieuse, pénible, profonde, bruyante, accompagnée d'un bruit de cornage trachéal. La voix est intacte.

A l'auscultation, quelque râles sous crépitants disséminés dans les deux poumons. Jamais le malade n'a éprouvé cette douleur vive qui est constituée le plus souvent par un anévrysme de l'aorte. Aucun trouble ni du côté du récurrent, ni du côté du sympathique.

12 *avril*. Grâce aux signes précédents, et à la présence d'une certaine gêne de la circulation veineuse de la paroi thoracique et des veines du cou, nous avions jusqu'à ce jour soupçonné la présence d'une tumeur du médiastin, sans en avoir perçu les signes certains. Aujourd'hui, dans le troisième espace intercostal droit, nous percevons des battements distincts des battements du cœur. On les trouve sur une longueur de 4 centimètres, et limités à ce troisième espace. Ils s'accompagnent d'un certain mouvement d'expansion. Dans la même région, la percussion donne de la submatité, et l'auscultation un double bruit; le premier est légèrement soufflé.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace et dans la ligne mamelonnaire. Nous ne trouvons de bruit de souffle ni à la base, ni à la pointe. Les deux pouls sont synchrones, très faibles. Les veines jugulaires sont dilatées.

12 *avril*. Soir. Respiration soufflante à droite et en arrière, au niveau du lobe moyen. Expectoration abondante, mousseuse. Toux fréquente, pénible. Pas d'albumine dans les urines.

Ventouses sèches. Injection de morphine.

13 *avril*. La respiration se ralentit, la face se cyanose. Délire tranquille. Pouls petit, veines jugulaires plus saillantes que la veille. Le délire et l'oppression présentent un caractère particulier d'intermittence. La respiration affecte un type analogue au type de Cheyne-Stokes : 1° ralentissement progressif des mouvements respiratoires ; 2° le malade ne respire que 2 ou 3 fois par minute; en même temps, il semble s'endormir et rêvasser; 3° au bout d'une minute, la respiration reparaît, se répète de plus en plus, reprend à peu près son type normal (quoique plus lente cependant), le délire se dissipe, le malade nous entend de nouveau et nous parle. Quelques minutes se passent et le même ordre de faits se représente sous la même forme.

Dans la journée, le trouble de la respiration et de la circulation augmentent encore. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. Dans le médiastin antérieur, se présente une poche anévrysmale, qui remonte en haut jusqu'au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, et qui s'étend de chaque côté jusqu'aux 2e et 3e articulations chondro-sternales. Dans le point où l'on sentait les battements, au niveau du 3e espace droit, la poche est coiffée d'une lame de poumon qui la sépare de la paroi ; cette lame de poumon est aplatie et forme comme une enveloppe supplémentaire, qui mesure environ 1 centimètre de haut en bas et de gauche à droite, et 3 centimètres transversalement. La poche est divisée en deux parties, dont la plus petite est plus saillante et constitue une vraie poche secondaire, située au-dessus et à droite de l'autre. Son volume apparent est celui d'une petite pomme; sa consistance est très dure : la consistance du reste de la poche est relativement molle. Examinée par sa face interne, la poche nous apparaît remplie de caillots rouges et mous. Débarrassée de ces caillots, la paroi se montre à nous inégale, rugueuse, plaquée de taches d'endartérite chronique, plaques blanches, jaunâtres, les unes molles, les autres dures, crétacées. Au niveau de la partie de la poche qui est située en haut et à droite, et qui se distinguait du reste de la tumeur, par son aspect et sa consistance, nous trouvons une paroi épaisse, dure, avec laquelle font intimement corps des dépôts fibrineux abondants et stratifiés. Toute la tumeur est entourée d'une sorte de coque blanchâtre, que l'on enlève assez facilement.

L'anévrysme commence à environ 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 au-dessus des valvules de l'aorte. Il s'étend jusqu'à l'origine des gros vaisseaux du cou. Le tronc brachiocéphalique part de la poche elle-même; l'artère carotide gauche est située exactement au niveau de sa limite. L'artère sous-clavière est en dehors du collet de la tumeur. L'anévrysme est sacciforme. Il tendait à se développer surtout en arrière et en haut. Il mesure environ 22 centimètres de tour au niveau de sa plus grande largeur. Le poumon droit est refoulé par lui; mais une lame assez épaisse de ce poumon le recouvre, et devait, pendant la vie, en s'avançant à chaque mouvement inspiratoire, contribuer à refouler la tumeur en arrière. Une partie de cette lame fait corps avec la paroi même de l'anévrysme : on ne peut l'en détacher.

A l'anévrysme est accolé le nerf pneumo-gastrique droit, dont la consistance et la couleur paraissent normales La bronche gauche était très légèrement comprimée ; mais la trachée, située en arrière de la poche, est refoulée par elle un peu vers la gauche et évidemment comprimée : dans toute l'étendue de ses rapports avec l'anévrysme, la trachée offre une muqueuse d'un rouge sombre.

La veine cave supérieure est allongée, aplatie. Les orifices du cœur sont sains. Le cœur lui-même est augmenté de volume. Il pèse 400 gr, L'aorte offre, jusqu'à une distance de 10 centimètres de la tumeur, des plaques d'endartérite chronique, analogues à celles qui existent au niveau de son origine.

Les reins, le foie, la rate n'offrent rien de particulier. Le poumon gauche est congestionné et adhérent. Le poumon droit est très vivement congestionné, surtout dans son lobe supérieur.

RÉSUMÉ.—Anévrysme de l'aorte. Mort par compression de la trachée. C'est vers elle que la tumeur tendait à se développer : la lame de poumon qui recouvrait l'anévrysme faisait qu'à chaque mouvement inspiratoire, la tumeur était repoussée contre la trachée. La dyspnée a offert un type particulier analogue au type de Cheyne Stokes : elle s'accompagnait d'un délire tranquille, qui apparaissait, augmentait, diminuait avec elle.

30. Tumeur du cervelet; par DEFONTAINE, interne des hôpitaux.

Le 15 avril 1880, est mort dans le service de M. FERNET, à l'hôpital Lariboisière, un jeune homme dont voici l'histoire.

Agé de 16 ans 1/2, employé de commerce, n'a eu aucune maladie dans son enfance, et ses antécédents recherchés avec soin ne permettent de noter que des excès d'onanisme de 12 à 15 ans. Aucune trace de syphilis. Son père est fou depuis 14 ans. Sa maladie actuelle a débuté, il y a un an, par des maux de tête, des étourdissements et des troubles de la vue ; il a eu de plus, pendant quelques jours, à diverses reprises, de la raideur du cou. Traité dans le service de M. Siredey par du bromure de potassium et des douches, son état s'améliora, mais les troubles de la vue persistèrent toujours. Il sortit en août 1879.

Au mois de janvier 1880, sa vue s'affaiblissant de plus en plus, il alla consulter M. Galezowski, qui diagnostiqua une névrite optique double et prescrivit de l'iodure de potassium et des vésicatoires.

Dans le courant des mois de janvier et de février, il eut quelques vomissements.

Le 27 février, il entra dans le service de M. Fernet, on constata l'état suivant : Le malade éprouve des douleurs dans toute la tête, sous forme d'élancements. Il a une légère raideur du cou qui rend difficiles les mouvements de la tête. La marche est difficile et le malade accuse de la faiblesse dans les jambes et un notable défaut d'équilibre. Le malade ne s'avance pas directement devant lui mais dévie toujours du côté droit. Sa jambe droite paraît traînante. La tête est légèrement inclinée à droite et tourne dans la rotation à gauche. La force des membres, appréciée par la résistance qu'ils opposent aux efforts destinés à empêcher leurs mouvements, semble conservée. La sensibilité des membres et du tronc est intacte. Les yeux présentent une exophtalmie très accentuée, ils sont généralement dirigés tous deux vers le côté gauche mais leurs mouvements sont possibles

dans tous les sens et il n'existe pas de paralysie des muscles moteurs du globe. A certains moments, on constate un nystagmus horizontal des deux yeux. La sensibilité de la conjonctive est égale des deux côtés; il n'en est pas de même pour les cornées, la cornée gauche présente une anesthésie incomplète, mais évidente.

Le côté gauche de la langue est à peine sensible, sa piqûre ne cause pas de douleur, mais, dès qu'on passe la ligne médiane et qu'on arrive sur le côté droit, le malade ressent une douleur vive. L'anesthésie du côté gauche de la langue est si manifeste, que le malade dit de lui-même qu'il lui semble que sa langue est coupée en deux et qu'il n'a que la moitié droite de sa langue.

L'odorat paraît moins sensible dans la narine du côté gauche. L'ouïe présente les mêmes caractères des deux côtés. On administra au malade de l'iodure de potassium. Son état paraissait stationnaire, lorsque, dans les premiers jours, il devint abattu, perdit l'appétit, eut de la fièvre; bientôt les symptômes d'une fièvre typhoïde s'accentuèrent (taches rosées lenticulaires) et il eut plusieurs hémorrhagies intestinales et mourut le 15 avril.

Autopsie. — Elle permit de constater les lésions de la maladie qui lui avait donné la mort.

A l'examen de l'encéphale, on trouva dans le cervelet une tumeur qui siégeait dans son hémisphère gauche et à la partie antérieure de cet hémisphère. Du volume d'un œuf de pigeon, elle proéminait seulement à la face inférieure du cervelet et venait reposer sur les origines des nerfs glosso-pharyngien et pneumo-gastrique; c'est ce dernier qui était en rapport avec la partie la plus saillante. Elle ne touchait en rien aux tubercules quadrijumeaux. Sa consistance était molle. A la coupe, on la trouvait constituée par des kystes contenant un liquide transparent et filant. L'examen microscopique, fait par M. Mayor, a montré que cette tumeur était un gliome.

31. Anomalie d'une côte; par Ch. Féré, interne des hôpitaux

Cette pièce a été trouvée à l'autopsie d'un homme de 64 ans; c'est une quatrième côte droite. Elle ne présente rien de particulier dans toute sa partie postéro-externe; mais, arrivée à 20 centimètres du sternum, elle se bifurque en deux branches, dont chacune a, à peu près, la même largeur que l'os lui-même, et se continue avec un cartilage costal spécial, pour arriver jusqu'au sternum où les deux cartilages viennent s'accoler, bord à bord, mais sans se confondre. Les deux branches de bifurcation de la côte et les cartilages qui leur font suite limitent un espace fusiforme, allongé dans le sens transversal, et offrant environ quatre centimètres de hauteur au niveau de l'écartement maximum des deux arcs qui le constituent. Cet espace est rempli par deux muscles, un interne et un externe, dont les fibres présentent exactement le même trajet que celles des muscles intercostaux. Ces muscles avaient sur le sujet frais la même coloration rouge que les muscles intercostaux; et il semble qu'ils aient eu, pendant la vie, la même activité fonctionnelle; c'est là un point qui a son importance, car ces muscles ne pouvaient servir ni à élever, ni à abaisser les deux segments du cadre fixe sur lequel ils s'insèrent, on ne peut guère leur attribuer d'autre rôle que celui de résister, soit à la pression de l'air extérieur, soit à la pression de l'air intérieur dans les mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration: et cette anomalie peut venir à l'appui de la théorie de Küss qui ne reconnaît point d'autre fonction aux muscles intercostaux.

La cage thoracique n'offrait point d'autre particularité, les côtes étaient en nombre normal et égal des deux côtés, et il existait sept côtes sternales, du côté de l'anomalie comme de l'autre côté.

32. Abcès de la couche optique et du corps strié; ouverture dans les ventricules; par Savard, interne des hôpitaux.

Le nommé L..., âgé de douze ans, est entré le 13 avril dernier à l'hôpital des Enfants dans le service de M. Archambault. Cet enfant est d'une constitution assez vigoureuse, et il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde pour laquelle il a été soigné, il y a trois ans, dans le même service. Ses parents paraissent forts et bien portants. Il a été pris pour la première fois, il y a quinze jours, sans cause appréciable, de maux de tête violents et incessants, il est devenu triste, abattu, et s'est mis à vomir à plusieurs reprises. Le 5 avril, il a été obligé de prendre le lit, et a eu alors quelques convulsions. Le 13 avril, comme il n'y avait aucune amélioration dans son état, il fut conduit à l'hôpital des Enfants; on le trouvait alors plongé dans une prostration extrême, indifférent à tout ce qui se passait autour de lui, couché toujours dans la même attitude en chien de fusil, la tête renversée en arrière, la nuque raide. Il n'y avait pas de contracture dans les membres, mais une légère faiblesse dans le bras et la jambe du côté gauche, sans trouble aucun de la sensibilité; les pupilles étaient égales.

Au milieu de cet état grave, de cet abattement si prononcé, le malade avait conservé toute son intelligence, et répondait très nettement aux questions qui lui étaient adressées. T. 38°.

15 *avril*. Quelques vomissements dans la journée, le ventre se creuse en bateau; pâleur et rougeur alternatives de la face. T. 37°,5.

16 *avril*. Le malade tombe subitement dans le coma, la température s'élève brusquement à 40°. En même temps, de la contracture et quelques mouvements convulsifs apparaissent dans le bras et la jambe gauche; la pupille du même côté est très dilatée, et insensible à l'action de la lumière.

17 *avril*. Même état, T. 39°, la respiration s'embarrasse et la mort survient le 18 au matin.

Autopsie.—A l'ouverture du crâne, on frouve les méninges un peu rouges, légèrement louches, surtout vers la base du cerveau, mais on n'y peut trouver aucun tubercule. A peine le cerveau enlevé, on voit s'écouler de la base et provenant des ventricules, une énorme quantité de pus verdâtre crémeux. En séparant les deux hémisphères, on les trouve remplis de pus, et on constate que le foyer purulent a pris naissance dans la couche optique et le corps strié du côté droit qui sont complètement détruits et réduits à l'état de bouillie purulente. L'hémisphère gauche est parfaitement sain.

Remarques. — Il est probable que la contracture du côté gauche et les phénomènes comateux qui ont apparu brusquement, ont été occasionnés par l'ouverture de la collection purulente dans les ventricules latéraux. Quant à expliquer la formation de l'abcès, cela est assez difficile, car on ne trouve aucune lésion osseuse de la base du crâne, pas d'otite, pas de noyaux tuberculeux dans le cerveau. Les autres organes sont sains.

Séance du 23 avril 1880. — Présidence de M. Charcot.

33. Péritonite aiguë survenue à la suite de la compression de l'ovaire gauche chez une hystérique. — Mort; par J. Comby, interne des hôpitaux.

D... Alphonsine, 18 ans, couturière, entre le 6 avril 1880, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Proust, salle Sainte-Marie, n° 21. — Cette jeune fille, habituellement bien portante, a été réglée à 16 ans. Depuis un an, elle a des attaques d'hystérie, boule hystérique, grands mouvements, etc. Elle est entrée déjà à l'hôpital Necker et à l'hôpital Tenon. Elle présente une hémianesthésie complète du côté gauche, portant sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux vue, ouïe, goût, odorat. Parmi les couleurs, l'œil gauche ne peut distinguer que le rouge. L'ovaire gauche est très sensible à la pression; on peut, en exerçant une pression sur cet ovaire, provoquer une attaque, de même qu'on peut l'arrêter, lorsqu'elle s'est déclarée spontanément.

8 *avril*. L'application de deux aimants, à gauche, ramène en quelques minutes la sensibilité générale et spéciale de ce côté; mais, par contre, l'hémianesthésie passe à droite; il y a transfert. Les aimants sont enlevés, et bientôt l'hémianesthésie repasse à gauche.

14 *avril*. La malade a une grande attaque; on lui comprime l'ovaire gauche, avec beaucoup de modération, en se

servant de la main. L'attaque cesse, mais il persiste un peu de sensibilité dans le ventre.

15 *avril*. La douleur abdominale est plus aiguë, elle se généralise, le ventre se ballonne, et des vomissements bilieux apparaissent.

16 et 17 *avril*. Tous les accidents s'aggravent, le ventre devient extrêmement sensible à la moindre pression ; la face est pâle et anxieuse, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides. La malade n'ayant pas uriné depuis plus de 24 heures, nous pratiquons le cathétérisme et nous ne retirons que quelques gouttes d'urine. La mort arrive le 17 avril, à 4 heures du soir, trois jours après la compression de l'ovaire.

Autopsie le 19 avril. — Péritonite généralisée avec épanchement purulent dans la cavité péritonéale. Dans le petit bassin, le pus est plus abondant et plus épais, et l'on aperçoit des fausses membranes récentes et très vasculaires qui unissent l'utérus à la vessie. Le maximum des lésions a nettement pour siège l'appareil utéro-ovarien. Les ovaires et les trompes, ainsi que la partie supérieure de l'utérus, sont recouverts de fausses membranes vasculaires : ces lésions prédominent sur l'ovaire gauche. Les ganglions lombaires sont altérés ; à l'union de la veine rénale gauche et de la veine cave, existe un gros ganglion suppuré. La dissection des ligaments larges, faite avec le plus grand soin par M. Mayor, qui a bien voulu nous prêter son précieux concours, montre, du côté droit, une traînée lymphatique suppurée. Les ovaires sont manifestement ramollis et congestionnés à un fort degré. Le cul-de-sac utéro-rectal présente le déplissement du péritoine, sans fausses membranes et sans exsudats d'aucune sorte. Incisant l'utérus, nous voyons sa cavité remplie par un liquide grisâtre, peut-être purulent. La muqueuse utérine présente en certains points, notamment au niveau des orifices des trompes et des arbres de vie, une injection vive. La pression sur les trompes donne issue à un liquide analogue à celui de la cavité utérine. Le vagin offre aussi, dans son intérieur, le même liquide sale, mais ne présente pas de lésions de la muqueuse, de telle sorte que, pour nous, ces altérations sont cadavériques ou récentes, et dans tous les cas d'ordre secondaire.

Remarques. — Le point de départ de la péritonite est évidemment dans les ovaires, et surtout dans l'ovaire gauche. La pression exercée sur le ventre a-t-elle été la cause des accidents ? Nous nous contenterons de relever la coïncidence : 14 avril, compression de l'ovaire gauche chez une hystérique, jusqu'à ce moment très bien portante ; 15 avril péritonite ; 17 avril, mort.

34. Abcès du cervelet consécutif à une otite avec carie du rocher et pachyméningite caséeuse ; par Ch. Talamon, interne des hôpitaux.

S... Catherine, âgée de 18 ans, caissière, entrée le 10 avril 1880 à l'Hôtel-Dieu, service de M. Frémy, suppléé par M. Labadie-Lagrave. Ecoulement de l'oreille gauche à l'âge de sept ans ; la malade ne croit pas avoir eu la rougeole ; elle ne sait à la suite de quoi cet écoulement s'est produit. Depuis lors, l'otorrhée a toujours persisté ; parfois pourtant elle se supprimait et alors la malade devenait sourde du côté gauche et avait de la céphalalgie.

Il y a un an, fièvre typhoïde ; elle est restée cinq mois malade et s'est remise lentement. A la suite de cette fièvre, depuis sept à huit mois, elle a fréquemment des *attaques épileptiformes* qui durent deux ou trois heures ; elle tombe sans connaissance, se débat avec de l'écume à la bouche, puis tombe dans un sommeil comateux ; elle a deux ou trois de ces attaques tous les soirs.

Il y a huit jours, douleurs violentes dans la tête et dans le cou, accompagnées de vomissements. Les douleurs étaient surtout vives dans le cou, « comme si, dit-elle, on lui tordait la nuque. » Elle vomissait tout ce qu'elle prenait. Obligée de s'aliter il y a trois jours.

Etat actuel. On l'apporte ce matin sur un brancard. Aspect typhique : prostration, abattement ; lèvres sèches, croûteuses, langue rôtie. La malade, malgré cette prostration, a toute son intelligence, et répond très nettement aux questions. Elle se plaint surtout de la nuque et de la partie postérieure de la tête ; elle a là comme des élancements, des battements très douloureux. Les mouvements de la nuque sont très gênés. Depuis deux jours, elle dit avoir des contractions involontaires dans les doigts de la main droite, qui se ferme malgré elle. Pas de fourmillements, ni de douleur dans le bras. Aucun trouble de la vue ; pupilles égales. Elle a vomi une fois le matin, dans le transport à l'hôpital. Constipation depuis le début de la maladie. Ventre plat, douloureux à la pression. Tousse un peu ; respiration normale. Rien au cœur ; pouls fréquent, avec quelques inégalités. Les urines sont claires et ne contiennent ni sucre ni albumine. T. S. 38°. L'écoulement de l'oreille gauche serait plus abondant, d'après la malade, depuis quelques jours, mais d'une manière intermittente ; l'ouïe est diminuée de ce côté, mais non abolie. Douleur excessive à la pression de l'apophyse mastoïde.

11 *avril*. Insomnie. Se plaint toujours de la tête, dans la région occipitale. T. M. 37°,4. Dans la soirée, frisson violent ; élancements dans la tête et dans la nuque. Un vomissement. T. S. 40°.

12 *avril*. Agitation dans la nuit, délire. Se plaint continuellement de la partie postérieure de la tête et de la nuque. L'oreille gauche coule abondamment. T. M. 38°.2. T. S. 39°.2.

13 *avril*. La glace appliquée sur le crâne a produit un peu de calme, mais ce matin, la malade accuse des élancements violents dans le derrière de la tête, qu'elle tient à deux mains, ne cessant de gémir et de pousser des cris violents. Le pouls est inégal et ralenti. Langue toujours sèche et croûteuse. T. M. 37°.4. Dans la journée, nouveau frisson. T. S. 40°.

14 *avril*. Continue à gémir ; assoupissement interrompu par des cris aigus. Ce matin, extrémités froides, un peu cyanosées. T. M. 37°.4. Dans la soirée, crise douloureuse violente. Nous la trouvons à cinq heures, tenant sa tête de la main gauche ; le côté droit de la face est agité de contractions spasmodiques, comme de grimacements convulsifs qui tirent en haut et à droite la bouche, l'œil, la joue. Mouvements convulsifs analogues de la nuque, qui soulèvent la tête de l'oreille par une sorte de mouvement rhythmique et la fléchit sur la poitrine. Par moments, le bras droit s'étend, la main se ferme et se soulève, comme si elle montrait le poing à quelqu'un. Ces mouvements durent depuis près de deux heures. L'intelligence est intacte ; elle répond aux questions d'une voix entrecoupée par les secousses. Convulsion de la tête. T. S. 40°,2.

15 *avril*. Les mouvements convulsifs se sont arrêtés hier soir vers huit heures. Le matin, demi-assoupissement, yeux clos, regard vague quand on soulève les paupières, pupilles dilatées et oscillantes. Pouls inégal, 52 pulsations. Elle a toute son intelligence, se plaint toujours de la douleur occipitale et demande qu'on l'aide à mourir. T. M. 38°. T. S. 39°.

16 *avril*. Extrémités froides ; coloration violacée des mains et des poignets, plus marquée à droite. Pouls inégal, ralenti. Yeux demi-clos ; pupilles inégales, paresseuses, restant dilatées un instant, puis oscillant lentement sous l'influence de la lumière. T. M. 38°.8. — T. S. 39°.

17 *avril*. Etat semi-comateux, entrecoupé de gémissements et de cris aigus. Coloration violacée de la face dorsale des mains et des poignets. T. M. 37°.8. — T. S. 38°.2.

18 *avril* Coma ; connaissance abolie ; extrémités glacées et violettes. T. M. 36°.8. — T. S. 37°. Mort à dix heures du soir.

Autopsie faite 36 heures après la mort. — Les hémisphères cérébraux sont à l'état normal. Aucune trace de méningite, ni d'exsudat à la convexité du cerveau, non plus qu'à la partie antérieure de la base. Ventricules non dilatés. A la coupe, intégrité absolue de la substance cérébrale.

Mais, en enlevant l'encéphale au moment où on soulève la protubérance, on voit apparaître une couche verdâtre de pus qui baigne le mésocéphale et, de chaque côté, la face inférieure du cervelet. Le pus n'est pas infiltré dans les mailles de la pie-mère ; il s'enlève facilement par le lavage. Les méninges, à ce niveau, sont rouges et congestionnées. La couche purulente, assez épaisse, s'étend du bord supérieur

de la protubérance jusque vers le milieu du bulbe, et, de chaque côté, sur la face inférieure des hémisphères cérébelleux, beaucoup plus épaisse sur l'hémisphère gauche.

A la coupe du cervelet, rien à droite. — A gauche, on tombe sur un abcès de la grosseur d'une grosse noix, formé d'un pus vert, visqueux, qui affleure la partie gauche de l'hémisphère; il paraît s'être rompu à ce niveau. Il n'y a pas de membrane limitante; le tissu du cervelet, au pourtour, est ramolli et diffluent.

A ce niveau, le cervelet est en contact avec une plaque de pachyméningite caséeuse, de la largeur d'une pièce de un franc, hérissée de petits mamelons, jaunâtres et rougeâtres. Le sinus latéral gauche et le sinus pétreux supérieur sont oblitérés par des caillots fibrino-cruoriques. — La dure-mère se décolle facilement des os sous-jacents au pourtour de cette plaque.

Le rocher est carié, friable; le bistouri en détache de petits débris osseux et des fragments de matière caséeuse. On en enlève facilement avec le rachitome la plus grande partie, qui présente les mêmes caractères de friabilité et d'infiltration caséeuse.

Poumons, très congestionnés; au sommet gauche, petit nodule caséeux, de la grosseur d'une noisette. Imbibition cadavérique très marquée des valvules du cœur. Congestion intense du foie, de la rate, des reins. L'intestin est à l'état normal.

35. Croup. Trachéotomie. Ulcération de la trachée. Perforation du tronc artériel brachio-céphalique; par Henri Leroux, interne des hôpitaux.

Olivier Lucien, âgé de 4 ans, entre le 11 avril, à l'hôpital des Enfants malades, salle Saint-Jean n° 8, dans le service de M. Labric.

Il présente les signes caractéristiques du croup, et est opéré le 11 avril au soir. Les jours qui suivent l'opération, nous n'avons à noter que les deux points suivants; pendant 2 à 3 jours, les pourtours de la plaie ont présenté une rougeur érysipélateuse.

Au bout de 3 à 4 jours, les crachats, d'abord pseudo-membraneux, avaient été remplacés par une expectoration muco-purulente.

La courbe thermique prise après l'opération donne les résultats suivants:

12 *avril*	T.R.	matin.	40°.	soir	40°.2.
13 —	T.R.	—	39°.	—	39°.2.
14 —	T.R.	—	40°.2.	—	40°.
15 —	T.R.	—	38°.2.	—	39°.
16 —	T.R.	—	38°.4.	—	39°.
17 —	T.R.	—	38°.4.	—	39°.6.

Le 18, on trouve le malade avec une fièvre vive, 40°,6, une oppression très marquée, et une matité très nette au sommet gauche de la poitrine. Il y a donc là un point de pneumonie. T. R. S. 40°,3.

19 *avril.* Matin T. R. 40°,6. Même état général et local. Dans l'après-midi, l'enfant est pris soudain d'une hémorrhagie foudroyante, il rend du sang à flots par la canule, plus d'un litre en 5 minutes, et meurt.

Autopsie pratiquée le 21 avril.

L'incision avait été faite au-dessous du premier anneau de la trachée et portait sur 5 anneaux.

Un caillot sort par l'orifice trachéal, se continue par deux branches bifurquées dans les grosses bronches, jusqu'au delà du hile pulmonaire. A la partie antérieure de ce caillot on voit un petit prolongement qui se porte en avant, traversant les parois de la trachée.

La paroi antérieure du canal aérien presente une vaste ulcération, qui n'est séparée de la plaie due à l'incision que par un anneau ramolli, cette ulcération est disposée en fer à cheval, à concavité inférieure; dans sa partie inférieure, elle est profonde, taillée à l'emporte-pièce. Au centre, sur la ligne médiane, se trouve un petit orifice, permettant le passage d'un fin stylet, et débouchant dans le tronc artériel brachio-céphalique, juste au-dessous de sa bifurcation en carotide primitive et sous-clavière. Pas de caillot dans ces artères. Coagulations sanguines dans les veines jugulaires internes, les troncs brachio-céphaliques, et la veine cave supérieure.

Nous devons noter que, au-devant de la trachée et descendant jusqu'à la limite supérieure de l'ulcération, se trouvait un cul-de-sac, avec décollement des parties molles prétrachéales, dû à des essais réitérés pour introduire la canule.

L'examen de l'ulcération post mortem a montré qu'elle était due au frottement du bord antérieur et des bords latéraux de l'extrémité inférieure de la canule. Les canules employées sont toutes mobiles sur l'écusson qu'elles traversent.

36. Trachéotomie. Ulcération, par la canule, de la paroi de la trachée et du tronc brachio-céphalique artériel; par P. Bruchet, interne des hôpitaux.

Le nommé D. P., âgé de 32 ans, cocher, fait un premier séjour dans le service de M. le professeur Verneuil, aux mois de janvier et février de cette année; il était, depuis plusieurs mois, atteint d'une sorte de laryngite qui, après avoir altéré la voix, avait peu à peu causé une grande gêne de la respiration: et c'est en raison de la dyspnée continuelle qu'accompagnaient un cornage bruyant et par instants des accès très menaçants de suffocation, que ce malade avait demandé son entrée à l'hôpital. M. Krishaber, qui voulut bien pratiquer lui-même l'examen laryngoscopique, confirma ce diagnostic de laryngite chronique avec tuméfaction considérable de la muqueuse laryngée, entraînant un rétrécissement très prononcé de l'ouverture glottique, réduite à une fente très minime. Le malade fut soumis au traitement antiphlogistique et à des applications révulsives répétées; au bout d'un mois de séjour et de l'emploi de ces moyens, il était très amélioré et il se sentait en état de rentrer chez lui.

Il revenait nous trouver le 30 mars, dans un état plus inquiétant que jamais; à la suite de fatigues et de tracas de toute sorte qu'il avait eu à subir pendant cet intervalle, la dyspnée avait de nouveau reparu plus violente encore que la première fois: les efforts de l'inspiration produisaient du tirage à la base de la poitrine, et le cornage existait aux deux temps de la respiration.

M. Verneuil fait appliquer aussitôt sur les côtés du larynx des sangsues, puis un vésicatoire, etc. Mais, le 2 avril, l'asphyxie étant devenue, malgré tout, imminente, la trachéotomie est décidée.

Cette opération se présentait dans des conditions particulièrement difficiles: le malade, en raison de cette dyspnée qui durait depuis plus de 8 mois, avait ses muscles inspirateurs auxiliaires en contraction pour ainsi dire permanente; ainsi, les sterno-mastoïdiens étaient continuellement tendus et durs; il en était résulté une élévation de l'ouverture supérieure du thorax devenue également permanente, en même temps que, comme dans toute dyspnée, il y avait abaissement du larynx.

A elles deux, ces conditions avaient changé complètement les rapports de la trachée avec le cou, si bien que la fourchette sternale et le cartilage cricoïde se trouvaient à peu près au même niveau, et que, par conséquent, la trachée était inabordable. De plus, les gros vaisseaux du cou avaient sans doute été déplacés, car, bien qu'il n'y eût aucun signe d'anévrysme, tout autour du larynx et au-devant de lui, surtout immédiatement au-dessous de la fourchette sternale, on percevait des pulsations artérielles très fortes.

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne, remise en honneur par M. Krishaber et que M. Verneuil avait l'intention de pratiquer, devenait presque de nécessité.

M. Verneuil fait l'incision des parties molles, seulement, au thermo-cautère, il ne s'écoule pas une goutte de sang et on put voir distinctement au fond de la plaie le larynx descendre et monter à chaque effort d'inspiration et d'expiration.

L'espace intercrico-thyroïdien se trouvant beaucoup trop étroit chez ce malade, la laryngotomie fut complétée par l'incision au bistouri, non seulement de la membrane crico-thyroïdienne, mais du cartilage cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée que M. Verneuil put aborder

en plongeant son doigt derrière la fourchette sternale. — Etant donné le rapprochement de tous les espaces inter-cartilagineux, comme on peut le constater sur la pièce, cette ouverture fut juste suffisante pour admettre une canule d'adulte.

Aussitôt l'introduction faite de la canule, la respiration devint facile et complète, et, pendant toute la semaine qui suivit l'opération, le malade fut aussi bien que possible.

Le 10 *avril*, il est pris brusquement, au moment de la visite, d'une hémorrhagie considérable : le sang est rendu à la fois par la canule, par la bouche et même par les narines; il est rejeté à très court intervalle avec un petit effort de toux ou simplement d'expulsion. Par l'irrigation froide de la poitrine, M. Verneuil parvient à arrêter cette hémorrhagie, — après avoir enlevé la canule, et s'être assuré que le sang ne venait pas de la plaie.

Le malade resta assez calme jusqu'au soir à 7 heures, à ce moment, l'hémorrhagie reparaît, et si foudroyante qu'il succombe avant qu'on eût pu lui porter aucun secours.

Nous n'avons pas été autorisés à faire l'autopsie complète, mais nous avons pu enlever le larynx et la trachée avec les gros vaisseaux qui leur sont appliqués, la crosse de l'aorte et ses branches de division.

En examinant les rapports de ces vaisseaux avec le tube laryngo-trachéal, nous avons eu l'explication des battements artériels si violents qu'on sentait autour du larynx et qui imprimaient à la canule, comme à un levier de sphymographe, des mouvements très prononcés. — La crosse de l'aorte, athéromateuse et légèrement dilatée sans anévrysme, remontait très haut au-devant de la trachée; son bord supérieur, ainsi que celui du tronc brachio-céphalique qui s'en détache à angle droit, ne sont qu'à 3 centimètres du bord inférieur du cartilage cricoïde, à un centimètre environ de l'extrémité inférieure de l'incision faite à la trachée.

De plus, cette incision est prolongée et continuée par une large perte de substance moulée sur la canule, produite par une ulcération de toute l'épaisseur de la paroi de la trachée, sous la pression de la canule, augmentée évidemment par l'action du cartilage cricoïde, dont les deux moitiés de l'arc, séparées par cette canule et faits sur élastiques, tendaient constamment à se rejoindre et ainsi à refouler le tube métallique en bas; si bien que celui-ci avait fini par reposer sur le tronc brachio-céphalique au moment où il croise la trachée.

C'est ainsi que s'est produite une ulcération de ce gros vaisseau qui présente, sur sa face antérieure et près de la naissance de la carotide primitive, une perte de substance du diamètre d'une lentille, par laquelle s'est faite l'hémorrhagie qui a tué notre malade. Nous devons ajouter que les tuniques de l'artère nous ont paru absolument saines et que c'est bien au contact de sa paroi peu à peu dénudée, avec le corps étranger constitué par la canule, qu'est due l'altération dont elle a été le siège.

Quant à la lésion qui avait donné lieu à la dyspnée, elle nous a paru siéger à la fois dans les replis aryténo-épiglottiques, manifestement épaissis, et surtout dans la muqueuse même du larynx qui était rouge, tuméfiée, et rétrécissait considérablement l'orifice de la glotte.

Il n'y avait rien dans le médiastin qui pût comprimer les récurrents, en sorte que l'affection semble bien avoir été une laryngite primitive, non tuberculeuse.

37. Gastrite chronique ulcéreuse d'origine toxique. — Inanitiation, tuberculose pulmonaire acquise. — Pneumothorax; par M. Alph. Robert, interne des hôpitaux.

Le nommé Nolais, Louis, âgé de 32 ans, marchand ambulant, entré le 1er janvier 1880, salle Saint-Philippe, lit n° 6, service de M. Bucquoy, à Cochin. — Pas d'antécédents héréditaires.

Cet homme, qui n'avait jamais été malade auparavant, avala par mégarde, le 10 mars 1879, un verre d'acide nitrique. Il tomba foudroyé et resta toute la nuit sans secours, vomissant du sang. Admis à la Pitié, il fut soigné chez M. le Dr Lancereaux pour une gastrite toxique suraiguë qui avait suivi l'accident. Plus tard, il dut entrer chez M. le professeur Verneuil, où il fut soumis à une dilatation progressive nécessitée par des symptômes de rétrécissement de l'œsophage.

Il sortit de l'hôpital au commencement du mois d'août, souffrant toujours de l'estomac. Il essaie alors de reprendre ses occupations, mais, incapable de tout travail régulier, il est forcé de se reposer de temps en temps. Les fonctions digestives ne s'exécutaient pas normalement, tant s'en faut : le vin devenant aigre aussitôt ingéré, il ne prenait que du lait et du bouillon avec un peu de viande.

Il y a un mois, sous l'influence du froid (à ce que dit le malade), et aussi de la fatigue, il se remit à vomir et le lait même ne se digérait plus. Crises gastralgiques par intervalles.

Vers le 25 décembre, il est pris de vomissements de sang en caillots ; en même temps, les douleurs augmentent notablement ; il entre à Cochin le 1er janvier. Aspect profondément cachectique (il dit avoir maigri de 80 livres environ).

Langue blanche et saburrale. Le malade rend une quantité considérable de liquide filant et pituiteux assez clair. Par le cathétérisme œsophagien, on constate un double rétrécissement très relatif (car il admet des sondes assez volumineuses), l'un au voisinage du cardia, l'autre au-dessous de l'anneau cricoïdien. L'estomac, visiblement distendu, forme une saillie très reconnaissable à l'épigastre et empiétant sur les deux hypochondres; la percussion confirme les présomptions basées sur l'injection. Douleur assez vive au palper de la région épigastrique. Dans les crises, les douleurs spontanées irradient dans l'hypochondre et l'épaule gauches. Bruit de glou-glou manifeste.

Le foie est, pour ainsi dire, insensible à la percussion. Un fait également remarquable, c'est l'affaissement des deux fosses iliaques et de la région ombilicale, qui semble indiquer que l'intestin n'ayant plus de rôle en quelque sorte dans la digestion, est revenu sur lui-même d'une façon considérable. Constipation très opiniâtre. Urines rares et claires, presque toujours suspendues pendant les crises douloureuses.

Le diagnostic est gastrite ulcéreuse chronique, d'origine toxique, avec des symptômes très atténués de rétrécissement de l'œsophage. — Traitement. Lavages avec de l'eau de Vichy deux fois par jour. Diète lactée.

L'appareil Faucher est mis en usage, mais le malade, à cause de la légère diminution du calibre œsophagien, est forcé de se passer une assez grosse olive pour déglutir ensuite facilement le tube de caoutchouc que comporte cet appareil.

Dès le 6 janvier, le malade mange un peu de pain dans du lait.

8 *janvier*. Après le lavage alcalin, second lavage avec une solution de chloral au 1/1000 dans le but de combattre les fermentations qui donnent aux liquides issus de la cavité stomacale une horrible fétidité.

9 *janvier*. A partir d'aujourd'hui, le malade prend deux œufs crus dans du bouillon. L'intestin reprend son volume normal.

10 *janvier*. Première pesée : 54 kilogr.

17 *janvier*. L'amélioration a été telle que le malade pèse 56 kilogr.

18 *janvier*. Un peu de viande finement hachée a été bien digérée.

20 *janvier*. Léger malaise. Nolais se met à tousser.

25 *janvier*. Depuis que le malade mange de la viande, il digère moins facilement, les fermentations redeviennent plus acides que jamais, malgré des lavages au chloral à 1/300. De plus, les liquides ramenés de l'estomac, mal digérés après le premier lavage, augmentent de quantité ; le lait même est incomplètement digéré. La constipation reparait. Le poids total a baissé d'une livre depuis huit jours : 55 kilogr. et demi.

26 *janvier*. On cesse donc le régime azoté pour revenir au lait seul.

Deux pesées pratiquées le 7 et le 14 février montrent que le malade est retombé au poids de 54 kilogr. et s'y maintient.

16 *février*. Le malade toussant toujours, on l'examine avec soin ; l'examen révèle des signes évidents de tuberculose aux deux sommets, prononcés surtout à droite (submatité, râles sous-crépitants fins, etc.). Craquements secs et humides à gauche. Affaiblissement rapide. Sueurs la nuit.

22 *février*. Un peu de poussière noire, analogue à de la suie, se voit dans le liquide que ramène le siphon stomacal de Faucher.

1[er] *mars*. La cachexie s'accuse de plus en plus. Toux fréquente, expectoration muco-purulente.

Râles sous-crépitants aux deux sommets, plus gros à droite.

Pendant le mois de mars, la tuberculose continuait son évolution assez rapidement. Rien cependant ne faisait prévoir que le terme fatal était proche, lorsque la dyspnée s'accuse considérablement le 28 mars. Interrogé, le malade dit souffrir d'un point de côté qui a débuté déjà depuis deux ou trois jours.

M. Bucquoy constate une distension considérable avec immobilité de la partie gauche du thorax. Tympanisme. Pour abréger, disons que l'on trouve, sauf le tintement métallique, tous les signes d'un pneumothorax étendu à toute la cavité pleurale gauche, en avant comme en arrière. Le bruit de flot manque aussi ; il n'y a pas de liquide. — Nolais succombe le 30 mars au matin.

AUTOPSIE le 31 mars.

Tube digestif. Saillie des glandules de la base de la langue, glandules confluentes qui sont entourées de veinosités variqueuses très développées. Dilatation très accentuée des veines des parois latérales du pharynx. Sur la face postérieure de l'épiglotte, vascularisation qui paraît récente et semble devoir se rattacher à la tuberculose.

Tout le long de l'œsophage, pas d'autres lésions que, çà et là, quelques marbrures. Cependant, à la partie supérieure du canal, vers l'anneau cricoïdien, la muqueuse présente un aspect blanchâtre, cicatriciel ; mais la lésion n'entame pas le derme muqueux.

Avant son ouverture, l'estomac offrait l'aspect d'une outre immense, à grand diamètre oblique en bas et à droite, occupant l'épigastre, la région ombilicale et les deux hypocondres. Les mensurations donnent pour le grand axe 0,35 centimètres et 0,24 pour le petit, perpendiculaire au précédent.

A l'incision de l'organe, on le trouve rempli d'une quantité énorme de liquide, sorte de bouillie blanc-grisâtre, renfermant des grumaux caillebotés de lait imparfaitement digéré. Çà et là, dans ce liquide, mais en très petit nombre, quelques flocons gris noirâtres de sang transformé. — Il y a en tout deux litres de liquide. Au milieu de la petite courbure, existe une ulcération en forme de cœur de carte à jouer, des dimensions d'une pièce de 5 francs, entourée de bords indurés, saillants, formés par des fibres musculaires. Le fond de l'ulcère est séparé de la séreuse par un lit encore épais de fibres musculaires, il est inégal et irrégulier.

La petite courbure n'est pas augmentée de longueur dans son ensemble.

Le pylore présente un rétrécissement des plus accentués avec hypertrophie des fibres musculaires. Non seulement l'anneau pylorique lui-même, mais la partie voisine du duodénum forme une sorte de canal étroit d'une longueur de 3 à 4 centimètres. La circonférence mesure 3 centimètres à peine. Du côté de la cavité stomacale, un repli de la muqueuse forme en quelque sorte valvule. Amincie et incomplète, elle n'est que le vestige de la disposition normale. Au niveau de l'entrée du rétrécissement, qui est allongé, comme nous l'avons dit, existent deux petites érosions hémorrhagiques.

Dans tout le reste de l'organe, il y a également hypertrophie des fibres musculaires, mais nulle part celle-ci n'est plus considérable qu'au voisinage de l'ulcération. L'aspect normal des mamelons et des sillons de la muqueuse gastrique ne se retrouve qu'avec peine et par points isolés. Ce n'est pas qu'il y ait eu autodigestion, mais il y a plutôt une sorte de *macération* de la muqueuse au milieu d'un enduit gélatineux, épais, qui la recouvre partout et qui est évidemment d'origine muqueuse. Sous un filet d'eau, cette substance visqueuse se dissocie en longs filaments.

Çà et là, des arborisations marbrées courent sous la muqueuse, mais il est difficile de discerner si c'est là un aspect normal ou une apparence cadavérique. A gauche de l'ulcération, érosion hémorrhagique.

En somme, l'ampliation excessive de l'organe s'est effectuée presque exclusivement au dépens de la grande courbure et des deux faces.

Le foie, gras, pèse 1,600 gr.

Pas de lésion apparente de l'intestin grêle.

Appareil respiratoire. A gauche, pneumothorax dont il n'a pas été possible de retrouver la source, la fistule ayant échappé aux recherches. Le poumon adhérent au sommet est réduit à un moignon informe, du volume du poing, et présente au sommet des groupes de tubercules à l'état de crudité. Dans les 2 tiers inférieurs de l'organe, quelques tubercules tout à fait isolés et très rares.

A droite, poumon farci de tubercules dans toute son étendue. Le lobe supérieur est absolument encombré dans toute sa hauteur ; il présente à la coupe des îlots de bronchio-pneumonie tuberculeuse, à la période caséeuse. Un bon nombre sont déjà ramollis — quelques cavernes. Les lobes moyen et inférieur ne présentent pas de cavernes, mais des tubercules crus, agglomérés au milieu d'un tissu fortement congestionné.

Le *cœur* est petit. — Rien à noter.

Rein droit. Substance corticale un peu jaunâtre, ramollie, graisseuse. Au milieu de l'une des pyramides existe un petit point blanc jaunâtre, du volume d'une lentille, entouré d'une légère zone d'hyperémie et qui paraît être un tubercule.

A gauche, aspect graisseux encore plus accentué.

RÉFLEXIONS. — Nous ne pouvons pas insister longuement sur ce fait intéressant, auquel M. le D[r] Bucquoy a consacré deux leçons cliniques qui seront publiées.

Cependant, il importe de mettre en lumière les points saillants de cette observation.

Chez un malade ayant avalé par accident un verre d'acide nitrique, nous notons :

1° L'*absence* de rétrécissement œsophagien ;

2° Une gastrite catarrhale avec un *ulcère* siégeant au milieu de la petite courbure. Au voisinage, une hypertrophie musculaire considérable, paraissant avoir produit par sa propagation au pylore un rétrécissement de cet orifice ;

3° Donc *rétrécissement* canaliculé du pylore ;

4° Enfin, une *dilatation* énorme de l'estomac, relevant sans doute primitivement de la lésion stomacale elle-même, mais certainement entretenue et accrue par le rétrécissement de l'orifice pylorique.

38. Epithélioma de l'œsophage. — Gangrène du sommet du poumon droit ; par M. BRUNON, externe des hôpitaux.

Le 18 avril 1880, entrait dans le service de M. le professeur VULPIAN, le nommé Desmoulins Jacques, âgé de 68 ans.

Le malade ne donnait aucun renseignement ; son abattement, sa faiblesse considérables faisaient penser que, depuis plusieurs jours, il était resté chez lui sans nourriture et sans soins. Il était toute la journée couché sur le côté droit ; l'auscultation du poumon et du cœur ne donnait aucune indication, on notait seulement le refroidissement et la cyanose des extrémités. Le nez, les oreilles étaient teintés de marbrures violettes.

Le lendemain de son entrée, les vomissements apparurent et persistèrent jusqu'à la fin ; le malade rendait tout ce qu'on essayait de lui faire prendre, mais, en somme, il n'y avait absolument rien de caractéristique, ni dans l'acte du vomissement lui-même, ni dans les matières vomies, dont l'examen microscopique a été fait.

Le 23, le malade était dans le même état. La cyanose des extrémités était plus apparente encore ; les malléoles

étaient œdématiées; le pouls extrêmement faible. Le malade mourut le soir même.

Autopsie. — *Tube digestif*. Le pharynx est intact. L'œsophage est envahi par un épithélioma qui commence à 6 centimètres du pharynx, forme une première plaque, large de 3 centimètres environ, puis une deuxième plaque, un centimètre au-dessous de la première. Cette deuxième plaque est beaucoup plus étendue, elle mesure 6 centimètres de diamètre dans les deux sens ; elle paraît avoir détruit presque complètement la paroi œsophagienne dans sa portion postéro-supérieure. La colonne vertébrale répond immédiatement à l'ulcération, quoique, cependant, on trouve à ce niveau, fusant vers le pharynx, une collection purulente qui remonte jusqu'à la partie supérieure de l'œsophage. Quelques masses, probablement ganglionnaires, s'interposent entre la colonne vertébrale et cette collection purulente. Entre les deux ulcérations, il y a un point de muqueuse qui paraît indemne.

A la hauteur de la partie terminale de la crosse aortique, l'ulcération inférieure confine absolument à la paroi de l'aorte et le tissu cellulaire péri-aortique est certainement envahi. De plus, au niveau de la deuxième artère intercostale droite, on trouve un bourgeon cancéreux qui vient faire saillie dans la cavité de l'aorte, en s'étalant sous la forme d'un petit champignon d'un rose pâle, un peu irrégulier.

La muqueuse de la trachée est intacte. Le larynx est normal. Les bronches droite et gauche le sont aussi, sauf cependant au point de contact de l'ulcération cancéreuse avec la bronche gauche ; en cet endroit, les tissus péri-bronchiques sont considérablement épaissis, infiltrés, ramollis, la bronche n'est pas mise à nu, et, cependant, on trouve au fond de l'ulcération un ganglion anthracosique, en partie détruit, et qui semble avoir protégé la paroi bronchique.

Le long de la chaîne ganglionnaire médiastine postérieure, on trouve plusieurs ganglions cancéreux ; en particulier, un sous-bronchique gauche.

Poumons. Quelques adhérences pleurales à gauche. Pas de tubercules dans le poumon gauche. Dans le poumon droit, on trouve au sommet quelques noyaux caséeux anciens ; et, en avant de ces noyaux, un îlot de gangrène pulmonaire récent, gros comme une grosse noisette, présentant une odeur caractéristique.

Les bronches de ce côté sont un peu dilatées. Le *cœur* est petit, mais normal.

Les *reins* sont légèrement congestionnés et pèsent 270 grammes. — La *rate* est normale. — Le *foie* est congestionné, mais n'est pas gros. P. 1,320 gr. — *Pancréas* normal. — *Estomac* normal. Les ganglions de la petite courbure sont envahis par des masses cancéreuses. — *Encéphale* absolument indemne.

REVUE DENTAIRE

VI. **Études de chirurgie dentaire; applications du polyscope aux affections de l'appareil dentaire;** par M. Brasseur, médecin-dentiste. Paris, 1879.

VII. **Considérations sur quelques anomalies des dents canines;** par le Dr Perrolaz. Thèse de Paris, 1878.

VIII. **Considérations sur les abcès sous-périostiques, consécutifs à la carie dentaire;** par le Dr Vinsac. Thèse de Paris, 1875.

VI. L'ingénieux auteur de tant d'appareils déjà utilisés en chirurgie, M. Trouvé, a donné le nom de polyscope à un nouvel appareil électrique capable de produire de remarquables effets lumineux, en même temps qu'il peut être une source de chaleur suffisante pur amener au rouge vif une série de petits cautères. M. Brasseur a consacré une brochure à l'étude du polyscope et principalement de ses applications à la thérapeutique des affections dentaires et gingivales. Nous ne sommes pas de ceux qui repoussent *a priori* un instrument nouveau, et nous ne comprenons pas, par exemple, les rares dentistes qui s'obstinent encore à ne pas employer le tour dentaire de White ; nous avons donc lu avec intérêt la description de l'appareil que préconise M. Brasseur, et nous sommes des premiers à reconnaître les grands services qu'il peut rendre chaque jour au praticien, qui, il faut bien le dire, n'avait point jusqu'ici d'instrument aussi peu encombrant et aussi facile à manier. Nous devons seulement faire quelques réserves au sujet de quelques assertions émises par l'auteur dans le chapitre des applications thérapeutiques. C'est ainsi que nous ne saurions admettre qu'on puisse, même avec le fil du polyscope chauffé au rouge, cautériser la pulpe *sans que le malade s'en aperçoive*. C'est toujours, à notre avis, une opération douloureuse que la destruction de la pulpe par le fer rouge, et, sans nier le cas signalé par M. Brasseur, nous pensons que la malade qu'il a eue à traiter avait une prédisposition particulière. Un peu plus loin, l'auteur dit que l'on peut reconnaître l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire, soit à la sensation du chaud et du froid, soit à la percussion de la dent. Le premier signe nous paraît fort douteux, car il indique à coup sûr la présence de la pulpe, qui n'existe plus lorsqu'il y a périostite. Nous sera-t-il permis de dire encore que la théorie de la périostite, succédant à la cautérisation que développe l'auteur, se rapproche beaucoup de celle que nous avons émise dans notre travail sur les caries dentaires compliquées? Tout cela est de peu d'importance ; il n'en faut pas moins remercier M. Brasseur de nous avoir donné une excellente description du polyscope, et surtout de nous avoir montré quels services il peut rendre à la chirurgie dentaire, qui ne saurait jamais être trop riche d'instruments commodes.

VII. La thèse de M. Perollaz est un chapitre détaché et développé du grand et beau travail de M. Magitot sur les anomalies dentaires, auquel l'auteur a ajouté quelques observations intéressantes et quelques conclusions pratiques touchant les moyens de remédier à quelques-unes de ces anomalies.

Après quelques considérations sur les anomalies dentaires en général, l'auteur passe en revue toutes les variétés d'anomalies de la canine et particulièrement celles de siège, de direction et d'éruption ; il montre très bien que ces trois dernières peuvent se confondre sous le terme général d'éruption vicieuse par insuffisance de place. Nous pouvons ajouter que c'est en face de ces différents modes d'éruption vicieuse, que trouve à s'exercer la sagacité du chirurgien qui doit diriger la dentition et prévenir souvent des accidents graves, et toujours une difformité fâcheuse. Ce n'est pas, certes, une question facile de décider s'il faut enlever une dent dont la direction ou le siège sont vicieux, ou si, au contraire, il peut être préférable de conserver l'organe, soit en employant un appareil, soit en sacrifiant une dent voisine. L'auteur examine la question sous ses différentes faces, mais il ne nous paraît pas avoir de règle bien fixe pour se guider. Il est une considération qui semble lui avoir échappé, c'est que l'on peut faire subir à la couronne d'une canine des changements de direction seulement autour d'un axe fixe qui est le sommet de la racine, mais qu'il n'est pas possible de déterminer un mouvement de translation totale de l'organe ; d'où il suit que c'est moins la situation de la couronne que la position du sommet de la racine qu'il faut considérer lorsqu'il s'agit de prendre une détermination dont les conséquences peuvent être assez graves. C'était là une observation importante à faire, mais nous aurions mauvaise grâce à insister sur les considérations pratiques, car l'auteur a eu surtout en vue de faire une étude théorique aussi complète que possible, et nous reconnaissons qu'il y a réussi.

VIII. Depuis le travail de M. le Dr Vinsac sur les abcès périostiques, de nombreux travaux ont été publiés sur le même sujet, soit sous forme de thèses, soit sous forme d'articles de journaux, et les observations d'abcès sous périostiques consécutifs à la carie dentaire ou plutôt à la périostite alvéolo-dentaire sont devenues banales. Mais, il y a quelques années seulement, la pathogénie de ces abcès n'était pas encore bien connue ni surtout bien décrite, et le travail de M. Vinsac apportait d'utiles matériaux à la question. Nous devions donc le signaler, surtout au point de vue historique, que, sans nous y arrêter, toutefois, car nous avons eu mains

tes fois déjà et aurons peut-être encore l'occasion de parler avec détail, dans notre revue, de travaux plus importants et plus récents touchant les accidents de la carie dentaire.

L. CRUET.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales; par MM. A. LAVERAN et J. TEISSIER, professeurs agrégés. Tome II, avec figures intercalées dans le texte. Paris, 1880, J. B. Baillière, éditeur.

Ce second volume se recommande par les mêmes qualités que le premier, aussi pouvons-nous lui présager le même succès qu'à son devancier (1).

Comme M. Laveran avait pris soin de le faire pour les maladies du système nerveux, M. Teissier, avant d'aborder l'histoire des maladies des appareils circulatoire, respiratoire et digestif, a eu l'idée bonne et féconde de consacrer quelques pages à rappeler les notions d'anatomie et de physiologie indispensables pour bien comprendre les lésions et l'évolution des maladies de chacun des organes.

C'est ainsi, que l'histoire des affections du cœur, par laquelle s'ouvre ce tome second, est précédée, ou, pour mieux dire, éclairée par des considérations anatomiques et physiologiques dans lesquelles est résumé, avec autant de clarté que de méthode, tout ce qui a trait au jeu des valvules, au fonctionnement du cœur, à son innervation, au mode de production des bruits normaux ou anormaux dont il est le siège. C'est seulement après avoir bien préparé le terrain sur lequel il doit engager le lecteur que M. Teissier décrit successivement la péricardite, l'hydropéricarde, la symphyse cardiaque, les myocardites, les endocardites, puis chacune des lésions valvulaires, envisagées, tant dans leurs causes que dans leur appareil symptomatique simple ou complexe.

Aux affections du cœur fait suite l'étude des palpitations, du goître exophthalmique et de l'angine de poitrine. Cette dernière mène, par une transition toute naturelle, à l'histoire des maladies des vaisseaux parmi lesquelles nous tenons à citer l'artérite et l'anévrysme de l'aorte, comme ayant été l'objet d'une description exacte et complète dans laquelle sont bien appréciés les derniers efforts thérapeutiques dirigés contre la plus terrible des affections aortiques.

A la pathologie cardiaque font suite les maladies de l'appareil respiratoire, à l'intelligence desquelles le lecteur est préparé, non seulement par un résumé d'anatomie et de physiologie laryngées et pulmonaires, mais encore par un exposé de chacun des signes fournis par l'inspection, la mensuration, la palpation, la percussion et l'auscultation.

Ne pouvant ni tout citer ni tout analyser, nous signalerons parmi les chapitres les plus complets et reflétant au mieux l'état actuel de la science, les pages consacrées à l'histoire de la broncho-pneumonie et de la phthisie pulmonaire.

C'est de même manière et après mêmes préliminaires d'anatomie et de physiologie médicales que sont traitées les affections du foie et du rein, auxquelles font suite la cystite, le phlegmon hypogastrique, les péritonites, l'ascite et l'hématocèle péri-utérine. Le volume se termine par l'histoire de la paralysie musculaire hypertrophique, du rachitisme et de l'ostéomalacie.

Cette analyse que nous aurions voulu pouvoir faire plus complète, suffira, toute écourtée qu'elle soit, pour montrer que MM. Laveran et Teissier ont réussi dans la tâche qu'ils s'étaient imposée : de tenir leur livre au courant des acquisitions les plus récentes de la science médicale, en s'efforçant de ne rien omettre des travaux si nombreux qui donnent à l'anatomie et à la physiologie pathologiques de notre temps une valeur et une portée chaque jour croissantes.

L. LANDOUZY.

(1) Voir l'analyse du Tome I, in *Progrès Médical*, 1879, page 530.

CORRESPONDANCE

Les Universités et les Laboratoires en Allemagne (1).

Halle sur la Saale, 16 août 1880.

Mon cher Directeur,

L'Université de Halle est une des plus jeunes de l'Allemagne: sa fondation remonte à l'année 1697. En 1817, on lui adjoignit l'Université de Wittenberg, fondée, en 1502, par le Grand-Electeur Frédéric le Sage. Cette petite Université de Wittenberg, aujourd'hui disparue, est célèbre dans l'histoire d'Allemagne: c'est d'elle qu'est partie la Réforme et c'est là que Martin Luther publia ses fameuses thèses qui devaient être le point de départ d'une nouvelle secte religieuse, et exercer une si grande influence sur la marche de la civilisation.

Halle possède à peu près autant d'étudiants que Bonn. Pendant le semestre d'été de l'année 1880, le nombre total des étudiants immatriculés s'élevait à 1129, et, de plus, 21 auditeurs libres (*Hospitanten*) suivaient encore les cours de l'Université. Ces 1129 étudiants se décomposaient comme suit : la Faculté de théologie évangélique comptait 304 étudiants : la Faculté de droit, 83 ; la Faculté de médecine, 159 ; la Faculté de philosophie, 583. Sur ces 1129 étudiants, 954 sont Prussiens, 120 appartiennent à d'autres parties de l'Allemagne, 55 sont étrangers, et parmi ces derniers, je ne trouve qu'un seul Français, appartenant à la Faculté de théologie évangélique, M. Emile Bertrand, de Nyons.

Jusqu'à ces derniers temps, l'Université, les laboratoires et les musées étaient installés dans un vieux bâtiment baigné d'un côté par la Saale et qui servait autrefois de résidence aux évêques de Halle. C'est là, il y a trois ans, lors de mon premier voyage à Halle, qu'étaient encore installés l'anatomie, l'histologie, la physiologie, le musée d'anatomie, etc. Aujourd'hui, l'anatomie est en train de s'installer dans un Institut grandiose, qui fait avec l'ancien laboratoire, exigu, sombre et humide, le plus singulier contraste. L'Université de son côté, a été transférée dans une vaste et élégante construction dont nous aurons à parler plus tard. La physiologie, enfin, va bientôt avoir aussi son palais.

Il n'y a donc plus grand'chose à voir maintenant dans l'ancienne résidence des évêques : elle mérite cependant encore d'être visitée. M. le Dr Bernard Solger, *privat-docent* d'anatomie, nous accompagne ou plutôt nous guide dans cette visite, comme il nous guidera dans la visite des autres établissements scientifiques de l'Université de Halle. Puisque l'occasion s'en présente ici, je me plais à remercier publiquement M. Solger de l'amabilité avec laquelle il s'est mis à ma disposition et des renseignements nombreux qu'il a bien voulu me donner relativement aux divers Instituts de l'Université de Halle.

En 1878, l'anatomie humaine, l'anatomie comparée et l'histologie, constituant toutes trois un même laboratoire, placé sous la direction de M. le professeur Welcker, occupaient dans l'ancienne Université quatre ou cinq petites salles basses, humides, sombres, insalubres, assez comparables à certains laboratoires dépendant de notre Faculté de médecine. Deux salles étaient réservées à l'histologie : une vingtaine de microscopes du système Seibert, de Wetzlar, étaient mis à la disposition des étudiants; chaque microscope était composé de deux oculaires et de deux objectifs, donnant des grossissements de 70, 100, 305 et 450 diamètres. L'une des salles destinées aux études histologiques contenait en même temps le musée, très pauvre, les animaux invertébrés. Au premier étage se trouvait le musée d'anatomie comparée fondé par Meckel. Actuellement cette pauvre installation a disparu ou est en train de disparaître : aujourd'hui, même, les salles d'histologie restent seules dans le même état qu'en 1878 et encore le déménagement en a-t-il été retardé par un événement fortuit, la mort du professeur d'histologie, M. Fr. Steudener.

Parmi les choses les plus intéressantes qu'il y ait à voir

(1) Voir les nos 44, 45 et 50.

à l'ancienne Université, il faut assurément compter les « *Carcer* » ou cachots dans lesquels on renferme les étudiants condamnés à la réclusion par le tribunal universitaire. Ces cachots sont au nombre de 4 ou 5; ils sont rarement vides, parfois même on est obligé de renfermer plusieurs étudiants dans le même. Le plus grand de ces cachots représente une chambre longue de 4 à 5 mètres sur une largeur de 3 à 4 mètres. Une fenêtre donne sur la Saale, mais elle est entourée d'une cage en bois qu'on tient fermée à clef dans tous les cas où le tribunal universitaire n'a point stipulé qu'elle pourrait être ouverte: cette cage empêche le prisonnier d'approcher de la fenêtre. Comme mobilier, un lit et une simple paillasse, une table rustique et quelques chaises en bois. Si l'étudiant doit passer la nuit dans le *Carcer*, il doit se faire apporter un lit du dehors, à moins qu'il ne se contente de coucher tout habillé sur la paillasse. Il doit aussi se faire apporter à manger, l'Université ne lui donnant qu'une cruche d'eau.

Un règlement relatif à la police des cachots est placardé dans chacun d'eux: les étudiants sont tenus de s'y conformer, sous peine de voir se prolonger leur détention, et il est juste de dire qu'ils l'observent le plus généralement. Ce règlement interdit les chants, le bruit, l'usage du tabac, à moins qu'un certificat médical ne le prescrive expressément, l'usage de l'alcool, etc. Les étudiants doivent enfin ne rien dégrader, ne pas écrire leur nom sur les murs: toute dégradation se répare à leurs frais et, pour cela, ils sont tenus à la sortie de remettre entre les mains du gardien une certaine somme destinée, s'il y a lieu, à payer les réparations.

Un étudiant condamné au cachot ne peut recevoir de visites d'aucune sorte; s'il doit passer plusieurs jours dans le *Carcer*, il n'a chaque jour qu'une heure de promenade dans la cour pour voir ses amis.

Si un étudiant refuse de se rendre au cachot après y avoir été condamné par le tribunal universitaire, l'appariteur (*Pedell*) va l'inviter à s'y rendre; s'il refuse encore, la police ou les soldats l'arrêtent et l'y conduisent.

La Faculté de médecine de l'Université de Halle compte actuellement 11 professeurs ordinaires, 3 professeurs extraordinaires et 8 *privat-docenten*.

a) *Professeurs ordinaires*. — MM. J. Vogel, histoire de la médecine, maladies de peau; L. Krahmer, thérapeutique et pharmacologie; Th. Weber, clinique et policlinique médicales; R. Olshausen, clinique gynécologique; Th. Ackermann, anatomie pathologique et pathologie générale; H. Welcker, anatomie et embryologie; R. Volkmann, clinique chirurgicale et médecine opératoire; J. Bernstein, physiologie; A. Gräfe, clinique ophthalmologique; E. Hitzig, maladies nerveuses et psychiatrie. La chaire d'histologie est actuellement vacante par suite de la mort de M. Steudener; il semble probable qu'on y appellera le professeur Eberth, de Zurich.

b) *Professeurs extraordinaires*. — H. Schwartzi, clinique et policlinique des maladies de l'oreille; E. Kohlschütter, pathologie interne; H. Fritsch, gynécologie.

c) *Privat-docenten*. — A. Jahn, anatomie et chirurgie; L. Holländer, art dentaire; R. Pott, maladies des enfants; A. Seeligmüller, neuropathologie et électrothérapie; B. Solger, anatomie humaine et anatomie comparée; A. Genzmer, pathologie externe; P. Kraske, pathologie externe; B. Küssner, pathologie interne.

Comme on le voit, cette petite Université de Halle compte parmi ses professeurs quelques hommes d'une grande valeur, puisqu'elle possède, entre autres, MM. Welcker, Volkman, Gräfe, Hitzig et Solger, qui ont su, chacun dans sa spécialité, se faire un nom universellement connu dans le monde scientifique.

La ville de Halle est parcourue d'un côté par un large boulevard, la *Neue Promenade*, sur lequel s'élèvent les nouveaux bâtiments de l'Université, les nouveaux Instituts, la nouvelle Clinique chirurgicale. Tous ces monuments, chacun d'aspect grandiose, forment un ensemble véritablement imposant, et ne le cèdent à ceux de Bonn ni en correction architecturale, ni en importance, ni en comfort.

L'Université, comme partout ailleurs, est habitée par le *Pedell* et quelques autres employés. Elle renferme l'*Aula* et huit salles de cours pour les étudiants en droit, en philosophie, en pharmacie, etc.; ces salles sont assez petites et les tables sur lesquelles les étudiants prennent des notes ne sont pas disposées en gradins.

L'*Aula* est une grande salle, élégamment décorée, qui sert aux solennités, aux fêtes académiques, à la soutenance des thèses. Au fond de cette salle se trouvent deux tribunes superposées, dont la supérieure, lors de la soutenance d'une thèse, est occupée par le doyen; l'inférieure est alors occupée par le *Doctorand*, qui se défend contre ses deux contradicteurs (*Opponenten*) assis devant lui sur des chaises. L'argumentation d'une thèse de doctorat n'est point, comme chez nous, faite par des professeurs, mais elle se fait plutôt comme l'argumentation de nos thèses d'agrégation, c'est-à-dire que les professeurs assistent au débat sans y prendre part et que les *Opponenten* sont des étudiants ou des docteurs chargés par la Faculté du soin de la controverse.

La soutenance de la thèse terminée, le doyen descend de son siège et salue le candidat de ces mots: « *Salve, vir doctissime !* » qui le sacrent docteur. Le nouveau docteur monte alors à la tribune supérieure pour prêter serment et prononcer un discours; ce discours est en latin pour les philologues, en allemand pour les médecins.

Comme en France, chaque Faculté a sa couleur (rouge pour les médecins, violet pour les philosophes, etc.); les exemplaires de la dissertation inaugurale qui sont, au moment de la soutenance, entre les mains des professeurs, du candidat, des argumentateurs, doivent avoir un cartonnage anglais de la couleur de la faculté à laquelle appartient le candidat. Celui-ci ne revêt point une robe pour soutenir sa thèse, mais se présente simplement en habit noir et cravate blanche; le doyen, qui préside, est au contraire en robe. Le candidat doit remettre au secrétariat de l'Université 180 exemplaires de sa dissertation; ceux-ci sont distribués à tous les professeurs et à tous les *privat-docenten* de l'Université, puis, ce service assuré, les exemplaires restants sont donnés à la fin de l'année, aux bibliothèques des autres Universités.

En outre des salles de cours et de l'*Aula*, les bâtiments de l'Université de Halle renferment encore, au rez-de-chaussée, la salle du Sénat académique, dans laquelle se passe l'examen d'état (*Staatsprüfung*) et où se trouve une galerie de portraits des anciens professeurs des Universités de Halle et de Wittenberg. A côté, se trouve encore une salle d'examens, un parloir et un vestiaire qui renferme les costumes du recteur, des doyens et des professeurs des diverses Facultés. Nous avons pu voir en détail tous ces costumes et nous aurons à en parler dans une autre correspondance.

Tout près de l'Université s'élève un autre bâtiment plus spécialement affecté aux services administratifs: c'est là que demeure le curateur de l'Université. Au rez-de-chaussée se trouve la caisse, au premier étage le secrétariat, au second le *Leseverein* qui ne reçoit pas moins de 450 publications périodiques, politiques, scientifiques ou littéraires. Nous aurons à revenir également sur l'organisation générale des cabinets de lecture universitaires. R. BLANCHARD.

VARIA

Nécrologie. J. Personne.

La semaine dernière est mort un savant dont le nom restera toujours cher à ceux qui l'ont connu. PERSONNE a été subitement ravi à ses travaux et à notre affection.

Jacques Personne naquit en 1816 à Saulieu, où il fit ses premières études. Il dut bientôt les interrompre pour commencer son stage d'élève en pharmacie; il vint alors à Paris. En 1839, il fut admis comme interne dans les hôpitaux de Paris. Sa vocation pour les sciences chimiques et pharmaceutiques se revèle déjà dans un intéressant travail sur la recherche du plomb dans l'eau distillée de fleurs d'oranger. Bientôt, à la suite d'un brillant concours, il obtient le titre de pharmacien des hôpitaux; on était en 1849. Dès lors sa voie était toute tracée; son succès assuré et dès lors sa vie ne fut plus qu'une longue suite de travail non interrompu: de préparateur, il devint bientôt chef des travaux chimiques et analytiques à l'Ecole supérieure de pharmacie, et, pendant près de quarante-deux ans, il a partagé son existence entre ses devoirs de pharmacien en chef des hôpitaux et ses travaux de l'école! Existence modeste, pleine de labeur et de dévouement, et récompensée d'une façon bien insuffisante.

Que dirais-je des nombreux travaux et mémoires qu'il a publiés pendant ces longues années ? Ai-je besoin de rappeler les services qu'il a rendus à cette École de pharmacie qui s'est enfin honorée de le compter parmi ses membres.

Demandez plutôt aux nombreuses générations de pharmaciens qui sont fiers d'avoir été ses élèves ; tous auront été navrés en apprenant qu'il n'était plus et se seront sentis émus au souvenir du maître qui, sous une enveloppe parfois un peu rude, cachait un excellent cœur.

Son œuvre est grande : analyste habile, Personne savait travailler. Qui ne connaît son important mémoire sur les teintures alcooliques, mémoire qui a servi de base à cette partie du Codex de 1836. On lui doit encore une analyse très estimée du chanvre, du lupulin. Ses travaux sur le phosphore, sur l'essence de térébenthine comme antidote de ce toxique, sont connus de tous. Ai-je besoin de rappeler la préparation facile de l'éther iodhydrique, bromhydrique, le titrage de l'iodure de potassium ? Ses travaux sur le chloral sont devenus classiques.

Il commençait à peine à recueillir le fruit de ses labeurs, et de son infatigable activité. Il venait d'être nommé Docteur ès sciences ; l'Institut lui décernait le prix Barbier, il était membre du Conseil d'hygiène et de salubrité, l'Academie de médecine lui avait ouvert ses portes. En quelques instants tout cela n'est plus. Personne est mort ! Le vide qu'il laisse ne sera bien approuvé que de ceux qui l'ont connu car Personne avant tout était modeste ; c'est le plus bel éloge qu'on adresser. P. Yvon.

Universités Belges.

Dans notre numéro du 6 novembre, il se serait, paraît-il, glissé quelques inexactitudes dans l'article que nous avons publié sur les Universités étrangères. Nous avons reçu, à ce sujet, une lettre de M. Léon Vanderkindère, recteur de l'Université Libre de Bruxelles, par laquelle il nous signale et nous prie de réparer quelques erreurs concernant les Universités belges.

Dans la rédaction de son article, notre collaborateur a fait quelques emprunts à divers journaux de médecine étrangers, notamment au *London medical Record* ; il a donc pu, et ce, avec la plus entière bonne foi, donner certains renseignements inexacts. Comme nous n'avons nulle prétention à l'infaillibilité, nous insérons très volon- réclamations de M. Vanderkindère.

« Il n'est pas exact de dire que l'Université de Bruxelles n'est autorisée à conférer que des titres purement scientifiques, qui ne donnent pas le droit d'exercer. La loi belge du 20 mai 1876 (*Moniteur belge* du 24 mai 1876) lui a donné, aussi bien qu'aux Universités de l'Etat, le droit de délivrer des diplômes ayant une valeur légale. Les diplômes conférés conformément aux prescriptions de la loi de 1876, doivent, avant de produire aucun effet légal, être intérinés par une commission spéciale, désignée par le gouvernement. Cette condition s'applique aux diplômes des Universités de l'Etat aussi bien qu'à ceux de l'Université de Bruxelles.

« Maintenant, il est vrai qu'à côté de cette catégorie de diplômes légaux, l'Université de Bruxelles, peut, en vertu de ses règlements, en conférer d'autres qui n'ont qu'une valeur scientifique et ne donnent pas le droit d'exercer, par exemple, les professions d'avocat, de médecin, etc. Mais, sous ce rapport, les Universités de l'Etat font exactement la même chose et délivrent également, en vertu de leurs règlements, des diplômes purement scientifiques, sans la moindre valeur légale.

« Chose à noter, les matières d'examen, exigées à Bruxelles pour l'obtention des grades scientifiques, sont exactement les mêmes que celles qui sont énumérées dans la loi du 20 mai 1876, relative à l'obtention des grades légaux. Si les Facultés compétentes peuvent dispenser le récipendiaire de la fréquentation des cours pendant l'année de son inscription, c'est qu'il était impossible d'exiger de praticiens étrangers à la Belgique d'abandonner leur clientèle et leur famille, pour venir s'asseoir de nouveau sur les bancs comme de simples novices, tandis qu'ils ne se présentent aux examens que munis de titres conférés chez eux ou à l'étranger.

« Il n'est pas exact non plus d'avancer que les récipiendaires, moyennant 25 francs par examen, peuvent se faire dispenser de l'épreuve orale. L'épreuve orale est la règle pour tous, sans exception. Ceux qui désirent *en outre* subir une épreuve écrite, ont à payer de ce chef un supplément de frais s'élevant à 25 francs. Ce n'est donc pas tout à fait la même chose.

« Votre correspondant affirme que les praticiens étrangers peuvent obtenir, sans trop de peine, le diplôme de docteur. Il est à supposer qu'il a puisé ce renseignement à des sources non suspectes ; quant à nous, nous n'avons pas à défendre ici l'Université de Bruxelles, ni l'honorabilité de ses professeurs. Elle n'a pas besoin de semblable apologie. Nous nous contenterons de vous soumettre quelques chiffres :

« En 1878-1879, sur 113 récipiendaires inscrits pour l'obtention des grades scientifiques dans les quatre Facultés, 91 ont été admis, 21 ajournés et 1 a été absent. En 1879-1880, sur 120 récipiendaires inscrits, 82 ont été admis, 34 ajournés, 4 n'ont pas fait acte de présence. »

Ecole pratique des hautes études (1880-1881).

IIe Section. *Sciences physico-chimiques. Laboratoires.* — Les élèves aptes à faire des travaux d'investigation seront admis dans les laboratoires suivants :

1° Laboratoire de physique de M. Becquerel, membre de l'Institut, au Muséum d'histoire naturelle ; — 2° Laboratoire de chimie organique de M. Berthelot, membre de l'Institut, au Collège de France ; — 3° Laboratoire de chimie générale et de physiologie de M. Dumas, membre de l'Institut, à l'Ecole centrale des arts et manufactures ; — 4° Laboratoire de chimie générale de M. Frémy, membre de l'Institut, au Muséum d'histoire naturelle ; — 5° Laboratoire de physique de M. Jamin, membre de l'Institut, à la Faculté des Sciences ; — 6° Laboratoire de chimie de M. Pasteur, membre de l'Institut, à l'Ecole normale supérieure ; — 7° Laboratoire de chimie de M. H. Sainte-Claire-Deville, membre de l'Institut, à l'Ecole normale supérieure ; — 8° Laboratoire de chimie de la Faculté des Sciences. Directeur : M. Troost. Directeur adjoint : M. Riban ; — 9° Laboratoire de chimie minérale de M. Schutzenberger, au Collège de France ; — 10° Laboratoires de chimie et de chimie biologique de M. Wurtz, membre de l'Institut, à la Faculté de médecine.

IIIe Section. *Sciences naturelles. Laboratoires.* — Les élèves aptes à faire des travaux d'investigation seront admis dans les laboratoires suivants :

1° Laboratoire d'anthropologie de M. le Docteur Mathias Duval, à la Faculté de Médecine ; — 2° Laboratoire de pathologie comparée et expérimentale du Collège de France, de M. le professeur Brown-Séquard; — 3° Laboratoire de botanique (organographie et physiologie) dirigé par M. Van Tieghem, membre de l'Institut, au Muséum d'histoire naturelle ; — 4° Laboratoire de botanique (classifications et familles naturelles) de M. le professeur Bureau, au Muséum d'histoire naturelle, tous les jours de 11 heures à 4 heures, à partir du 3 décembre ; — 5° Laboratoire de culture de M. Decaisne, membre de l'Institut, au Muséum d'histoire naturelle ; — 6° Laboratoire de botanique de M. Chatin, membre de l'Institut, à l'Ecole de pharmacie ; — 7° Laboratoire d'histologie normale et pathologique de M. le professeur Ranvier, au Collège de France ; — 8° Laboratoire de géologie de M. le professeur Hébert, membre de l'Institut, à la Faculté des sciences ; — 9° Laboratoire d'histoire Naturelle des corps inorganiques, au Collège de France. Directeur : M. Fouqué, professeur au Collège de France ; — 10° Laboratoire de zoologie expérimentale de M. de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences, sera ouvert à la Sorbonne pendant l'hiver, à partir du mercredi 1er décembre, et à la station maritime de Roscoff (Finistère), pendant l'été, pour les élèves ou les personnes inscrites ; — 11° Laboratoire de physiologie de M. le professeur Marey, membre de l'Institut, au Collège de France. M. François Frank, directeur adjoint ; — 12° Laboratoire de zoologie de M. Milne-Edwards, membre de l'Institut, au Muséum d'histoire naturelle, pendant toute l'année scolaire ; — 13° Laboratoire de recherches météorologiques de M. Renou, au parc Saint-Maur ;—14° Laboratoire d'anatomie pathologique, dirigé par M. Charcot, professeur à la Faculté de médecine. Directeur adjoint : M. Mathias Duval, agrégé de la Faculté de médecine ; — 15° Laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine. dirigé par M. Robin, membre de l'Institut, professeur d'histologie à la Faculté de Médecine. Directeur adjoint : M. le docteur Cadiat ; — 16° Laboratoire de physique végétale de M. Georges Ville, professeur au Muséum d'histoire naturelle ; — 17° Laboratoire de physiologie de M. le professeur Vulpian, à la Faculté de médecine; — 18° Laboratoire d'ophthalmologie de M. le docteur Javal, à la Sorbonne. Directeur adjoint : M. le docteur Schiötz ; — 19° Laboratoire de tératologie de M. le professeur Dareste, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

N. B. — Une salle de lecture, à l'usage des élèves de l'Ecole pratique, sera ouverte à la Bibliothèque de l'Université (Sorbonne), tous les jours non fériés de 3 heures à 10 heures. Les aspirants de l'Eco[illegible] pratique des Hautes Etudes s'inscrivent pour ces deux sections [illegible] les bureaux du Secrétariat de la Faculté des sciences.

Concours de l'internat.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé le mercredi 22 décembre 1880, par le classement des candidats dans l'ordre suivant :

Internes titulaires. — 1. Jarry ; — Gilbert ; — Wickham ; — De Langenhagen ; — Bouicli ; — Richardière ; — Gendron ; — Manaud ; Attinger ; Ricard.

11. Lecoq ; — Tissier ; — Lermoyez ; — Gallois ; — Metaxas ; — Pillot ; — Boulland ; — Sené ; — Pennel ; — Darier.

21. Marey ; — Shcæk ; — Coleville ; — De Molènes ; — Pignot ; — Gauthiez ; — Chéron ; — Uribe ; — Bodinier ; — Leprevost.

31. Lebreton ; — Charrin ; — Valude ; — Greffier ; — Barbulée ; — Barbe ; — Lejard ; — Chaput ; — Bonnaire ; — Sapelier.

41. Catuffe ; — Leval-Piquechef.

Internes provisoires. — 1. Bottey; — Malibran; — Marciguey; — Wins; — Brodeur; — Gilles de la Tourette; — Hamonick; — Salat; Wouillamier; — Brossard.

11. Duflocq; — Feulard; — Poupon; — Gomot; — Luquet; — Pruche; — Dange; — Cayla; — Legendre (P.-L.); — Boursier.

21. Delotte; — Clado; — Boucher; — Frémont; — Toupet; — Perrin; — Bottez; — Didion; — Mancet; — Bucquet.

31. Dutertre; — Ribetou; — Sauze; — Ribail; — Durand-Fardel; Bourdel; — Beurnier; — Jaurand.

Concours de l'externat.

Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé le mercredi 15 décembre 1880 par le classement des candidats dans l'ordre suivant:

1. Villar, Varnier, Hartmann, Hontang, Roger, Hallé, Gouttière dit Cachera, Demoulin, Pignot, Huet, Wickam, Jeanton, Bucquet, Monprofit, Bouttier, Vuillamier, Diez, Malibran, Mérigot de Treigny, Duchon-Doris.

21. Vallet, Uribe, Gallois, Butruille, Regnauld, Loppé, Doyen, Didion, Martin, Leflaive. Hervé, Lejard, Langlois, Chrétien, Poupon, Roussel, Braine, Dieudonné, Martin de Gimard, Girode.

41. Vallois, Ayrolles, Proust, Queyrat, Desgoffe, Demelin, Ménager, Michel, Dortel, Hamon, Festal, Champeil, Callais, Soyer, Barbier, Simon (Marie-Paul), Delon, Baena, Moulinet, Cotton, d'Englesqueville.

61. Charier. Veret, Debrand, Graverry, Godet, Chaslin, Delahaye, Gosselin, Bœhlher, Leval-Piquechef, Lhirondel, Pennel, Cayla, Courbatieu, Bouygues, Hitier, Guinon, Springer, Secheyron, Campart.

81. Reverchon, Duron, Depierris, Rousseau, Lancry, Aurière, Aron, Carbou, Charles, Chayé, Ranguedat, Gaudichier, Richer, Jaurand, Casteneda, Narich, Bourrel, Lallot, Potocki, Ronsin.

101. Carlet, Dutertre, Turbert, Pollier, Reboul, Deschamps, Filibilin, Fournier, Bataille, Giboteau, Duroselle, Levêque, Alexandre, Grandhomme, Legrain, Courtade, Grisel, Picard, Jacquelot, Costilhes.

121. Fournel, Lafille, Cordier, Collache, Quermonne, Ruiz y Diaz, Robert, Lefèvre, Dalché de la Rive de Desplanels, Collin, Hirschmann, Devis, Ricoux, Ribeton, Gautier, Hirschfeld, Bottey, Bouyer, Bolognesi, Fourrier.

141. Dupré (Arthur). Oursel, Mernel, Cadiz, Caillet, Planès, Marieux, Renouard, Landa, Rogier, Bellier, Gaillard, Dewèvre, Pichevin, Lhomme, Hainaut, Casanova, Tourneur, Renard, Michaux.

161. Chauveau, Chaussat, Pillot, Oudrille, Fauvelle, Guigo, Brossard, Sardou, Jailles, Lengueville, Nicolas. Berne, Dupont, Maron, Rigolet, Guyon, Pesme, Lanel, Carlier, Faille.

181. Sarazin, Bertrin, Gomot, Vénégas, Monnet, Jutelet, Klippel, Cahn, Cazaux, Ringeisen, Bezançon, Buret, Fleury, Dutheil, Olivier, Pinel-Maisonneuve, Puistienne, Torkomian, Gouly, Coumailleau.

201. Boutarel, Coulon, Dupré (Henri), Veil, Lachaud, Banvillet, Bessière, Hélie, Triboul, Grimodie. Genesteix, Verdié, Gourichon, Leter, Leblond, Lassègue, Dupré (Pierre), Barancy, Grenet, Boularan.

221. Magniatis, Lemoyne, Vincent, Camescasse, Bouchut, Denux, Parreno, Emourgeon, Duriau, Martha, Imberdis Trilhe, Raldiris, Vauthier, Robin, Trévelot, Chambert, Monique, Féolde, Bogdan.

241. Bosset, Mulette.

Assistance publique. Distribution des prix aux élèves internes et externes. Proclamation des élèves nommés à l'internat et à l'externat.

La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1880, aura lieu le mercredi 29 décembre 1880, à une heure de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même Séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1880.

Avis essentiel. — MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1881. En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au Secrétariat de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les Établissements.

Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes. de 2e, 3e et 4e année, le mercredi 24 décembre, à trois heures et demie, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. A MM. les élèves externes de 1re année et à MM. les internes provisoires, le 27 décembre, à midi ; à ceux de 2e et de 3e année, le même jour à deux heures ; à ceux de 1re année, le samedi 29 décembre, à deux heures précises, dans le même Amphithéâtre.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 27. — 1er *de Doctorat* (nouveau mode) : MM. Wurtz, Gariel, Bourgoin. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Duplay, Reclus. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Henninger, de Lannessan. — 4e *de Doctorat*. MM. Charcot, Potain, Ollivier. — 3e *Officier de santé* (Hôtel-Dieu) : MM. Bouchardat, Fournier, Terrillon. — 1er *de fin d'année* : MM. Baillon, Gay, Hanriot.

Mardi 21 — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Sappey. Humber. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Lefort, Bouchard, Hallopeau; — 2e *Série* : MM. Hardy, Peter, Berger; — 3e *Série* : MM. Lasègue, G. Sée, Peyrot; — 2e *de fin d'année* : MM. Hayem, Richelot, Ch. Richet. — 3e *de fin d'année* : MM. Ball, Legroux, Bouilly.

Mercredi 29. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Marchand; — 2e *Série* : MM. Charcot, Duplay, Reclus; — 3e *Série* : MM. Verneuil, Fournier, Monod. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Baillon, Henninger, Gay; — 2e *Série* : MM. Regnauld, Gariel, de Lannessan.

Jeudi 30. — Pas d'actes.

Vendredi 31. — Pas d'actes.

Samedi 1er. — Pas d'actes.

Thèses. — *Lundi* 27 : 492. M. Balland. — 493. — M. Lalanne. — *Mardi* 28 : 494. M. Cordier. — 495. — M. Tavenaux. — 496. — M. Artigalos. — 497. — M. Avrard. — 498. — M. Brionne. — 499. — M. Brunel de Bonneville. — *Mercredi* 29 : 500. M. Leroux. — 501. M. Vanoy.

Falsification des denrées alimentaires.

Le concours organisé à New-York par les soins du Comité de surveillance, dans le but d'empêcher les falsifications des denrées alimentaires, médicaments et boissons, vient de se terminer au mois d'octobre. La Société nationale du commerce a décerné au premier candidat en ligne un prix de 1000 dollars (5000 fr.) (*Sanitary Engineer of New-York*).

Il serait désirable que des primes d'encouragement de ce genre fussent également instituées en France pour combattre les falsifications, surtout en ce qui concerne les produits pharmaceutiques.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. Ribemont commencera le 3 janvier 1881, à 4 h. 1/2 un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra 4 parties : 1° grossesse normale et pathologique. — 2° Accouchement; — 3° Opérations et dystocie; — 4. Exercices cliniques et opératoires. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours d'accouchements. — M. Loviot recommencera son cours théorique et pratique d'accouchements le lundi 10 janvier. On s'inscrit tous les jours, de 3 à 5 heures, 10, rue Hautefeuille.

Cours de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le lundi 3 janvier, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les instruments nécessaires sont à leur disposition. On s'inscrit, 4, rue Jean Lantier, de 1 heure à 2.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 10 décembre au jeudi 16 décembre 1880, les naissances ont été au nombre de 1117, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 410 ; illégitimes, 151. Total, 561. — *Sexe féminin* : légitimes, 411 ; illégitimes, 145. Total, 556.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1876 : 1,988,806 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 10 décembre au jeudi 16 décembre 1880, les décès ont été au nombre de 1031, savoir : 546 hommes et 485 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15. F. 8. T. 23. — Variole : M. 15. F. 6. T. 21. — Rougeole : M. 6. F. 9. T. 15. — Scarlatine : M. 5. F. 9. T. 14. — Coqueluche : M. 3. F. 1. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 28. F. 23. T. 51. — Dysentérie : M. 2. F. .. T. 2. — Erysipèle : M. .. F. 1. T. 1. — Méningite (tubercul. et aiguë) : M. 28. F. 16. T. 44. — Infections puerpérales : 10. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. ... — Phthisie pulmonaire : M. 116. F. 76. T. 192. — Autres tuberculoses : M. 4. F. 2. T. 6. — Autres affections générales : M. 14. F. 30. T. 44. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26. F. 24. T. 50. — Bronchite aiguë : M. 23. F. 19. T. 42. — Pneumonie : M. 33. F. 36. T. 69. — Athrepsie : M. 25. F. 23. T. 48. — Autres maladies des divers appareils : M. 165. F. 174. T. 339. — Après traumatisme : M. 2. F. 2. T. 4. — Morts violentes : M. 31. F. 16. T. 47. — Causes non classées : M. 5. F. .. T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 100 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39 ; illégitimes, 15. Total, 57. — *Sexe féminin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 12. Total, 43.

Hôpitaux et hospices civils de Paris. — *Mutations.* — *Médecine* : Par suite du décès de M. le Dr Delpech, médecin de l'hôpital Necker, et de l'admission à l'honorariat de MM. Oulmont, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Hillairet médecin de l'hôpital Saint-Louis, arrivés à la limite d'âge, les mutations suivantes dans les hôpitaux auront lieu le 1er janvier 1881 : — M. Gallard passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ; — M. Ollivier, de Necker à Saint-Louis ; — M. Cornil, de Saint-Antoine à la Pitié ; — M. Rigal, de Saint-Antoine à Necker ; — M. Grancher, de Tenon à Necker ; — M. Dieulafoy, de Tenon à Saint-Antoine ; — H. Hallopeau, de Tenon à Saint-Antoine ; — MM. Sevestre, Huchard, Tennesson, du Bureau Central à Tenon.

Chirurgie : Par suite du décès du professeur Broca, les mutations suivantes auront lieu dans les services de chirurgie le 1er janvier 1881 : M. le professeur Trélat passe de la Charité à Necker ; — M. Després, de Cochin à la Charité ; — M. Th. Anger, de Tenon à Cochin ; — M. J. Lucas Championnière, de la Maternité de Cochin à Tenon ; — M. Marchand, du Bureau Central à la Maternité de Cochin.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* Les épreuves orales sont terminées. Les dernières questions orales ont été les suivantes : Vendredi 10 : *Vaisseaux et nerfs de l'utérus. Délivrance.* — Dimanche 12 : *Rapports du rectum. Rétrécissement du rectum.* — Lundi 13 : *Valvule iléo-cœcale. Causes des perforations intestinales.* — Mercredi 15 : *Espace intercostal. Causes et signes de l'hydro-pneumo-thorax.* — Vendredi 17 : *Veine porte. Diagnostic de l'ascite.* — Dimanche 19 : *Veines saphènes. Complications des varices.* — Lundi 20 : *Rapports de la trachée. Hémoptysie.* — Mardi 21 : *Anneau crural. Hernie.* — Mercredi 22 : *Orifice mitral. Signes et diagnostic de l'insuffisance mitrale.*

Concours de l'externat. — Ce concours s'est terminé le mardi 14 Décembre. Les dernières questions étaient : *Saignée du bras.* — *Administration du chloroforme* — *Traitement de l'épistaxis.* — *Entorse.*

Asiles d'Aliénés de la Seine. — *Concours pour l'internat en médecine.* — La question orale a été la suivante : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* — Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Variole. Signes et diagnostic de la fracture de côtes* ; — *Pneumonie franche. Fracture du radius.* — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Sauton, Gabriel, Auriol, internes titulaires ; Gauthier, interne provisoire.

Il est vivement à désirer que les élèves se préoccupent sérieusement de ce concours, qui doit se renouveler tous les ans, et que les candidats, ainsi que cela se pratique pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris, suivent des conférences et s'exercent à traiter les questions orales. Ainsi, deux des élèves nommés ont fait une excellente question écrite d'anatomie et de physiologie ; mais ont laissé à désirer pour la partie orale faute de s'être excercés à traiter ce genre de questions.

Nécrologie. — Le Dr A. Verron, médecin à Vertus (Marne), est mort le 4 décembre à l'âge de 71 ans. — M. Halphryn vient de

mourir à l'âge de 42 ans. On lui doit une excellente thèse sur l'*anthrax de la lèvre supérieure*. — On annonce la mort de M. le Dr E. Giraud, médecin de l'asile des vieillards, à Nice et celle de M. le Dr Lhomme, président de l'association médicale du département du Cher. — M. le professeur Gaudy, membre honoraire de l'Académie de médecine de Belgique, est décédé à Bruxelles le 22 novembre dernier à l'âge de 82 ans. — Nous apprenons avec regret la mort prématurée de M. Métadier, professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. le Dr Lefebvre, président de l'association médicale de l'Yonne, est décédé à Auxerre le 15 novembre dernier, à l'âge de 60 ans.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. — Nous avons l'honneur de les prévenir, qu'à partir de ce jour, ils pourront nous adresser le montant de leur renouvellement par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'auront aucuns frais à payer en sus du montant de leur renouvellement. En raison de la grande facilité que ce nouveau mode d'abonnement leur donnera, nous prions nos abonnés, dont l'abonnement prendra fin* **le 31 décembre**, *de bien vouloir nous adresser de suite leur renouvellement.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1880 de nous les réclamer **avant le vingt janvier**.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. Maladies du système nerveux. — M. Charcot continue ses conférences le dimanche à 9 h. 1/2.

Hôpital St-Louis. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. A. Fournier. Vendredi et mardi à 9 heures 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. Clinique des maladies des enfants. — M. Parrot, mardi et samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.

Hôtel-Dieu. Laboratoire de clinique. — M. le Dr Bochefontaine, chef du laboratoire et M. Hardy, chef adjoint, font, tous les mercredis, de 9 h. et demie à 10 h. et demie du matin, des cours pratiques publics sur l'anatomie pathologique, la physiologie expérimentale et la chimie appliquée à la clinique. Ces cours ont lieu à l'amphithéâtre Bichat.

Hôpital Lariboisière. — Médecine. — Service de M. Proust. — Larynx. — Maladies professionnelles. — Salle Saint-Charles (H.) : 1, bronchite capillaire; 3, cancer du larynx; 15 *bis*, rhumatisme noueux; 22 *bis*, épilepsie partielle; 30, pneumothorax. — Salle Sainte-Marie (F.); 3, rhumatisme gravidique; 8, épilepsie partielle faciale; 14, pleuro-pneumonie; 15, empyème pulsatile; 16, scarlatine.

Service de M. Siredey. — Salle Saint-Augustin *bis* (H.) : 11, arthrite blennorrhagique; 20, aortite et péricardite; 22, néphrite parenchymateuse et rétinite; 23, pneumonie du sommet. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 17, atrésie du col de l'utérus; 19 *bis*, pneumothorax; 33, pleurésie et péricardite sèche rhumatismales.

Service de M. Jaccoud. — Salle Saint-Jérôme (H.) : 4, hydro-pneumothorax; 13, asphyxie locale des extrémités; 28, otite typhique; 30, pneumonie du sommet. — Salle Sainte-Claire (F.) : 16, néphrite parenchymateuse; 21, arthropathies tabétiques; 34, myélite transverse.

Service de M Fernet. — Salle Saint-Vincent (H.), 19, paraplégie syphilitique; 27, dilatation bronchique; 29, monoplégie brachiale corticale; 30, néphrite *a frigore*. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 10, pachyméningite cervicale hypertrophique.

Service de M. Bouchard. — Salle Saint-Landry (H.) : 3 et 5, néphrite aiguë *a frigore* : — 16, fièvre typhoïde avec hémorrhagies intestinales, 19, psoriasis; 20, tuberculose pulmonaire, costale, vertébrale et testiculaire. — Salle Sainte-Mathilde (F.) : 1 et 2, arthrites génitales; 16, paraplégie syphilitique tertiaire.

Service de M. Constantin Paul. — Salle Saint-Henri (H.) : 1, coliques hépatiques; 2, périnéphrite; 19, pneumothorax; 23 *bis*, cancer mélanique du pli de l'aine; 33, néphrite interstitielle, épistaxis, tamponnement. — Salle Sainte-Elisabeth (F.) : 1 *bis*, chlorose avec incontinence d'urine traitée avec succès par les bains galvaniques; 2, fièvre typhoïde et pneumonie; 16, pneumonie catarrhale; 21 *bis*, chlorose traitée par les bains galvaniques.

Chirurgie. — Service de M. Duplay. — Salle Saint-Honoré (H.) : 1a paralysie faciale d'origine traumatique; 5, fracture sous-trochantérienne inférieure; 7, hypospadias. — Salle Saint-Ferdinand; 2, hydarthrose; 4, fracture du péroné avec luxation de l'astragale; 15 *bis* ostéomyélite du 2e métacarpien; 19, tuberculose urinaire; 19 *bis*, 20, 21, 23, rétrécissement de l'urèthre.

Service de M. Labbé. — Salle Sainte-Jeanne (F.) : 14, épithélioma du rectum; 30, rétraction du grand palmaire; 33, fracture de la rotule.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

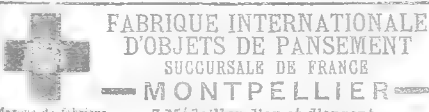




TABLE DES MATIÈRES

1880



N. B. — *Rechercher par ordre alphabétique, non-seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :* **Académie de Médecine** ; — **Association française** ; — **Congrès** ; — **Chirurgie** ; — **Société anatomique** ; — **Société de Biologie** ; — **Société de Chirurgie.**

TABLE DES MATIÈRES

A

B.

D

E.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O

P

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.